

# HRESTOMATIJA

## medicinskega prava

Suzana Kraljić  
Jozo Čizmić

UREDNIKA







Univerza v Mariboru

---

Pravna fakulteta

# Hrestomatija medicinskega prava

Urednika

**Suzana Kraljić**

**Jozo Čizmić**

Marec 2020

**Naslov** Hrestomatija medicinskega prava  
*Title* *Chrestomathy of Medical Law*

**Urednika** Suzana Kraljić  
*Editor* (Univerza v Mariboru, Pravna fakulteta)

Jozo Čizmić  
(Univerza v Splitu, Pravna fakulteta)

**Recenzija** Alena Huseinbegović  
*Review* (Univerza Džemal Bijedić, Filozofska fakulteta)

Viktorija Haubrich  
(Univerza v Mostarju, Pravna fakulteta)

**Tehnični urednik** Jan Perša  
*Technical editor* (Univerza v Mariboru, Univerzitetna založba)

**Oblikovanje ovitka** Jan Perša  
*Cover designer* (Univerza v Mariboru, Univerzitetna založba)

**Založnik / Published by**  
Univerza v Mariboru, Univerzitetna založba  
Slomškov trg 15, 2000 Maribor, Slovenija  
<https://press.um.si>  
[zalozba@um.si](mailto:zalozba@um.si)

**Izdajatelj / Co-published by**  
Univerza v Mariboru, Pravna fakulteta  
Mladinska ulica 9, 2000 Maribor, Slovenija  
<https://www.pf.um.si>  
[info.pf@um.si](mailto:info.pf@um.si)

**Izdaja**  
*Edition* Prva izdaja

**Vrsta publikacije**  
*Publication type* E-knjiga

**Dostopno na**  
*Available at* <https://press.um.si/index.php/ump/catalog/book/458>

**Izdano**  
*Published* Maribor, marec 2020



**ARRS**

JAVNA AGENCIJA ZA RAZISKOVALNO DEJAVNOST  
REPUBLIKE SLOVENIJE

**Ime projekta**  
*Project name* Pravno varstvo pacientovih pravic, dolžnosti in odgovornosti

**Številka**  
*Number* BI-HR/18-19-034





© Univerza v Mariboru, Univerzitetna založba

**Tekst / Text**

© avtorji in Kraljič,  
Čizmič 2020

To delo je objavljeno pod licenco  
Creative Commons Priznanje avtorstva  
4.0 Mednarodna.

*This work is licensed under the Creative  
Commons Attribution - 4.0 International  
License.*

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

CIP - Kataložni zapis o publikaciji  
Univerzitetna knjižnica Maribor

61:34

HRESTOMATIJA medicinskega prava [Elektronski vir] / urednika Suzana  
Kraljič, Jozo Čizmič. - 1. izd. - El. učbenik. - Maribor :  
Univerzitetna založba Univerze, 2020

Način dostopa (URL): <http://press.um.si/index.php/ump/catalog/book/458>

ISBN 978-961-286-335-7

doi: [10.18690/978-961-286-335-7](https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7)

1. Drugi var. nasl. 2. Kraljič, Suzana

COBISS.SI-ID 98294785

**ISBN** 978-961-286-335-7 (pdf)

**DOI** <https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7>

**Cena**  
*Price* Brezplačni izvod

**Odgovorna oseba založnika** prof. dr. Zdravko Kačič,  
*For publisher* rektor Univerze v Mariboru



# HRESTOMATIJA MEDICINSKEGA PRAVA

SUZANA KRALJIĆ IN JOZO ČIZMIĆ

Univerza v Mariboru, Pravna fakulteta, Maribor, Slovenija, e-pošta:  
suzana.kraljic@um.si

Univerza v Splitu, Pravna fakulteta, Split, Hrvaška, e-pošta:  
jozo.cizmic@pravst.hr

**Povzetek** Monografija je posvečena izbranim vprašanjem medicinskega prava, ki se navezujejo z večih vidikov na pacientove pravice, dolžnosti in odgovornosti. Pacient namreč danes ni več pasivni akter, temveč se je spremenil v aktivnega akterja, ko se sprejemajo odločitve glede njegove zdravja in celo življenja. Ker pa sta pravo in medicina zelo dinamični področji, je bilo razumevanje pacientovih pravic v zadnjih letih deležno naglega razvoja in s tem povezanimi spremembami zakonodaje v Sloveniji in na Hrvaškem, kakor tudi na EU in mednarodni ravni. Obogatila se je tudi sodna praksa, ki ima prav tako ključen pomen na področju razvijanja in sodobnega pristopanja k problematiki razumevanja pacientovih pravic, Monografija podaja širok pristop k obravnavi sedanjih pravnih vprašanj tega področja (npr. varstvo podatkov, pravica do zasebnosti, kazenska odgovornost, soodgovornost pacienta ....), kakor tudi vprašanj, ki jih medicina, pravo in nenazadnje (bio)etika odpirata glede pacientovih pravic, dolžnosti in odgovornosti na eni strani, kakor tudi glede pristojnosti, kompetenc in odgovornosti zdravstvenih delavcev, zdravstvenih organizacij in zdravstvenih sistemov na drugi strani.

**Ključne besede:**

pravice in dolžnosti  
pacienta,  
bioetika,  
načelo  
samoopredelitve,  
odškodninska in  
kazenska  
odgovornost,  
cepljenje,  
matične celice,  
umetna inteligenca.

# CHRESTOMATHY OF MEDICAL LAW

SUZANA KRALJIĆ & JOZO ČIZMIĆ

University of Maribor, Faculty of Law, Maribor, Slovenia, e-mail: [suzana.kraljic@um.si](mailto:suzana.kraljic@um.si)

University of Split, Faculty of Law, Split, Croatia, e-mail:

[jozo.cizmic@pravst.hr](mailto:jozo.cizmic@pravst.hr)

**Abstract** The publication focuses on selected issues of medical law that relate in many ways to the patient's rights, duties and responsibilities. The patient is no longer a passive actor, but has turned into an active actor when decisions are made about his/her health and even his/her life. However, as law and medicine are very dynamic fields, understanding of patients' rights in recent years has undergone rapid development and related legislative changes in Slovenia and Croatia, as well as at EU and international level. The case law has also been enriched, which has also a crucial influence on the development and on the contemporary approach to the understanding of patients' rights. The publication offers a broad approach to handling of current legal questions related to medical law (eg. GDPR, right to privacy, criminal liability, ...), as well as the issues raised by medicine, law and, last but not least, (bio)ethics regarding patients' rights, duties and responsibilities on the one hand, as well as the competencies and responsibilities of healthcare professionals, healthcare organizations and health systems on the other hand.

**Keywords:**

patient's rights and  
duties,  
bioethics,  
principle of self-  
determination,  
civil and criminal  
liability,  
vaccination,  
stem-cells,  
artificial  
intelligence,  
negligence.

## Kazalo

<b>A.</b>	
<b>UVOD</b>	<b>1</b>
<b>I. poglavje: Medicinsko pravo</b>	
Jozo Čizmić	<b>3</b>
<b>II. poglavje: Prikaz pacientovih pravic in dolžnosti po ZPacP</b>	
Suzana Kraljić	<b>23</b>
<b>III. poglavje: Podatki o znanstvenem projektu</b>	
Suzana Kraljić, Jozo Čizmić	<b>49</b>
<b>B.</b>	
<b>PREGLED PRAVNIH VIROV /</b>	
<b>PREGLED PRAVNIH IZVORA</b>	<b>57</b>
Suzana Kraljić, Jozo Čizmić	
<b>C.</b>	
<b>VSEBINSKI DEL</b>	<b>71</b>
<b>PRAVICE – DOLŽNOSTI – ODGOVORNOSTI</b>	
<b>Odškodninska odgovornost za medicinsko napako– nova dognanja</b>	
Vesna Rijavec	<b>73</b>
<b>Medical Error – Should it be a Criminal Offence?</b>	
Miha Šepec	<b>89</b>
<b>Medicinsko pravo in (personalizirana) integrativna bioetika</b>	
Jozo Čizmić	<b>113</b>
<b>Građanskoravni aspekti krionike i neuroprezervacije kao prava pacijenata</b>	
Blanka Kačer, Suzana Kraljić	<b>145</b>

<b>Kučni red stacionarnih zdravstvenih ustanova – prava i obveze pacijenata</b> Jozo Čizmić	167
<b>Obvezno cepljenje v Sloveniji: razkorak med pravom in vsakdanjo prakso?</b> Suzana Kraljić	211
<b>Pravni aspekti zakonske obveze cijepljenja</b> Dinka Šago	229
<b>Medicinsko-odštetni aspekt Opće uredbe Europskog parlamenta i Vijeća (GDPR)</b> Blanka Kačer	255
<b>E-zdravlje: zaštita osobnih podataka u novim uvjetima</b> Marija Boban	269
<b>Pravo pacijenata na zaštitu osobnih podataka o zdravlju u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti</b> Maja Proso	303
<b>Liječnička (profesionalna) tajna</b> Jozo Čizmić	315
<b>Sodno izvedenstvo v medicini v luči hrvaške pravne ureditve</b> Jozo Čizmić	367
<b>Vloga izvedenca v civilnih sodnih postopkih s poudarkom na medicinskom izvedenstvu</b> Tjaša Ivanc, Suzana Kraljić	413
<b>Primjena robotike u medicini: tehnološki, pravni i etički izazov</b> Marija Boban	433
<b>Robotika i umjetna inteligencija u medicini – građanskopravni aspekt odgovornosti za štetu</b> Hrvoje Kačer, Blanka Kačer	453
<b>Kaznenopravna odgovornost robota</b> Ivan Vukušić	471
<b>Pravni izazivi uporabe robotov v medicini</b> Suzana Kraljić, Tjaša Ivanc	489
<b>Pravni i etički aspekti manipuliranja matičnim stanicama</b> Dinka Šago	507

---

<b>Managementski trendi v sodobni praksi zdravstvenih zavarovanj</b> Suzana Kraljić, Petra Cajnko	<b>531</b>
<b>Kaznena odgovornost medicinskih sestara</b> Ivan Vukušić	<b>563</b>
<b>Komore u zdravstvu s posebnim osvrtom na (javne) ovlasti u zdravstvu</b> Mirko Klarić	<b>587</b>
<b>Odgovornost bez krivnje u kirurgiji de lege lata i de lege ferenda</b> Hrvoje Kačer, Blanka Kačer	<b>607</b>
<b>ZAKON O PACIENTOVIH PRAVICAH</b>	<b>625</b>
<b>ZAKON O ZAŠTITI PRAVA PACIJENATA</b>	<b>713</b>





**A.**

**UVOD**



# I. poglavje

## MEDICINSKO PRAVO

JOZO ČIZMIĆ

1/ Živimo u vremenu u kojemu je uobičajeno i nužno da se u znanstvenom i praktičnom pristupu bilo kojem problemu prilazi **multidisciplinarno**. Pravo i medicina imaju puno zajedničkih točaka, a u nekima se čak i preklapaju. Zajednički cilj i medicine i prava jest humanost, jer se staraju o životu i zdravlju ljudi, svatko na svoj način.<sup>1</sup> Snažan i ubrzani razvitak medicine i znanosti o životu otvaraju značajna pitanja koja traže i pravnu regulaciju. U pitanjima života i smrti, zdravlja i bolesti, prava pacijenata i dužnosti/odgovornosti liječnika, razumljivo je da se sve više javlja i potreba za uređivanjem tih složenih pitanja putem pravnih normi.<sup>2</sup> Medicina u svom ubrzanom razvitku ide, u pravilu, ispred prava, pa se nužno nameće potreba konstantnog pravnog uređenja brojnih pitanja iz područja medicine.<sup>3</sup> Danas je uobičajeno da na području (bio)medicine pravna regulacija kasni za razvitkom društvenih odnosa što je ponajviše posljedica ekspanzije znanstveno-tehnoloških inovacija.<sup>4</sup> Time nastaju i tzv. pravne praznine pa značajni i prijeporni biomedicinski odnosi nisu obuhvaćeni pravnim normama, nego su kontrolirani ponajviše

---

<sup>1</sup> Usp. Radišić, 2004, str. 5.

<sup>2</sup> Vidi Šeparović, 1998, str. 5.

<sup>3</sup> Tako Jelačić, 1977, str. 236.

<sup>4</sup> Usp. Visković, 1995, str. 219.

normativnom sviješću općeg morala i znanstvene i medicinske deontologije. Kašnjenje pravne intervencije na području biomedicine ima značajne negativne učinke za društvo u cjelini.<sup>5</sup>

Zbog svoje interdisciplinarnosti medicinsko pravo je vrlo kompleksno, pa zahtijeva od **pravnika barem elementarno poznavanje medicinske problematike, ali i obrnuto**.<sup>6</sup> Posebno se akcent postavlja na poznavanje medicinske prakse i visokih standarda i dostignuća u području medicinske djelatnosti, jer je to, među ostalim, dovelo i do znatnog širenja instituta odgovornosti zdravstvenih djelatnika, ne samo u pogledu stručnog, *lege artis* postupanja, nego i u pogledu iskazivanja dužne pažnje i poštivanja tuđih i vlastitih prava tijekom obavljanja zdravstvene djelatnosti.<sup>7</sup>

U cilju pravnog uređenja medicinske djelatnosti donose se novi propisi koje nameće medicinska praksa, brojna medicinska etička načela preuzimaju se i daje im se pravna snaga, pristupa se kodifikaciji prava pacijenata i sl. U tom smislu postoji niz područja u kojima se medicinska i pravna znanost i praksa, a i druge poput (bio)etike, isprepliću i nužno koegzistiraju. Pri tome je potpuno nevažno je li u konkretnom predmetu veći udio medicine ili prava, odnosno etike. Naveli bismo, primjerice, neka područja kojima se može i mora pristupiti s medicinskog, pravnog i etičkog aspekta: nesavjesno liječenje; samovoljno liječenje; nepružanje liječničke pomoći, nadriječništvo, izumi i tehnička unapređenja stvoreni u zdravstvu, patentiranje gena, ljudski genom; davanje i primanje mita; zadržavanje u zdravstvenoj ustanovi protiv volje pacijenta; pravna zaštita života; pravna zaštita genetskog identiteta i privatnosti; dužnost liječnika da pacijenta izvijesti o rizicima operacije i pristanak pacijenta na operaciju; nepristajanje pacijenta na medicinsku intervenciju iz vjerskih pobuda; transplatacija dijelova ljudskog tijela; odgovornost liječnika i zdravstvene ustanove zbog sekundarnih šteta; odgovornost za štete nastale uporabom medicinskih tehničkih uređaja; ograničenje odgovornosti zbog štete; liječnička grešaka pri određivanju dijagnoze i terapije; osiguranje od profesionalne (liječničke) odgovornosti; fertilizacija *in vitro* i genetske intervencije; izdavanje lijekova i odgovornost ljekarnika, nesavjesno postupanje pri pripremljanju i izdavanju lijekova; dužnost liječnika da obznani vlastitu stručnu pogrešku; sloboda liječnika da izabere

---

<sup>5</sup> Tako i podrobnije o tome kod Visković, 1995, str. 78.-82.

<sup>6</sup> Upravo zbog povezanosti ove dvije struke, liječnicima je u svakodnevnom radu potrebno (prethodno) elementarno poznavanje pravnog aspekta, odnosno mogućih negativnih pravnih posljedica njihova rada, posebno jer često odluke moraju donositi u trenu. Liječnici su sve više izloženi kaznenim prijavama, građanskim tužbama i stegovnim postupcima zbog eventualnih propusta i grešaka u njihovom radu.

<sup>7</sup> Tako Mujović Zornić, 2001, str. 15.

terapiju i njezina ograničenja; ispitivanje lijekova na ljudima; sudska psihijatrija i sudska medicina; liječnička tajna i neovlašteno otkrivanje profesionalne tajne; eutanazija; bioetika i biomedicinska istraživanja; protupravni prekid trudnoće; medicinska vještačenja; prenošenje zarazne bolesti; prenošenje spolne bolesti i dr.

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

Medicinsko pravo je **grana prava** koja se odnosi na medicinsku djelatnost.<sup>8</sup> U zadnjih nekoliko desetljeća medicinsko pravo postoji i afirmiralo se kao zasebna disciplina pravne znanosti i kao zasebna grana prava.<sup>9</sup> Medicinsko pravo čini skup pravnih pravila kojima se uređuje medicinska djelatnost, utvrđuje status osoba koje tu djelatnost obavljaju, kao i njihov odnos s korisnicima njihovih usluga,<sup>10</sup> odnosno kojima se uređuje zaštita prava čovjeka na zdravlje, zdravstvenu zaštitu i zdravstveno osiguranje, odgovornost i prava zdravstvenih djelatnika i zdravstvenih organizacija te organizacija zdravstva kao javne djelatnosti od posebnoga društvenog interesa.<sup>11</sup> Medicinsko pravo obuhvaća sve pravne aspekte zdravstvenih djelatnosti, sve subjekte, odnose i postupke za koje pravo vezuje određene pravne učinke, odnosno prava i/ili obveze. Na ovom području pravo i medicina se susreću i teže zajedničkom cilju – očuvanju čovjekovih najvrijednijih dobara: života, tijela, zdravlja i ljudskog dostojanstva, kao iznimno značajanog segmenta zaštite ljudskih prava.<sup>12</sup>

Medicinsko pravo (*medical law, droit medical, Artzrechts*) u **užem smislu** obuhvaća pravna pravila koja uređuju odnose u obavljanju zdravstvene/medicinske zaštite.<sup>13</sup> Gledano u **širem smislu**, medicinsko pravo obuhvaća i druge propise kojima se ne

---

<sup>8</sup> Vidi Šeparović, 1998, str. 3.

<sup>9</sup> Iako je medicinsko pravo relativno nova grana prava, elemente medicinskog prava možemo naći među najstarijim pravnim izvorima. U Hamurabijevu zakoniku (1729.-1686. prije Krista) nalaze se, primjerice, odredbe o profesionalnoj odgovornosti liječnika. Hipokrat (460.-377. prije Krista) je radio na etičkom i pravnom uređenju odgovornosti liječnika (*Corpus hippocraticum*), a treba spomenuti i Justinijanove zakone (*Codex, Institutiones i Novellae*) u kojima se, među ostalim, uređuje i profesionalna odgovornost liječnika, potreba ocjenjivanja težine tjelesnih povreda, uloga liječnika u vještačenju i sl. Tako i detaljnije o povijesnom razvitku medicinskog prava i sudske medicine kod Zečević i dr., 2004, str. 1-5. Jovanović, 1959, str. 5-12; Jahnke, 1988, str. 294.

<sup>10</sup> Tako Radišić, 2004, str. 21.

<sup>11</sup> Usp. Šeparović, 1998, str. 5.

<sup>12</sup> Vidi Mujović-Zornić, 2001, str. 15.

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

uređuju izravno odnosi u obavljanju zdravstvene djelatnosti, ali su u svezi s njima, kao što su, primjerice, propisi o prometu i izdavanju lijekova, osiguranju od odgovornosti, medicinskim proizvodima i sl.<sup>14</sup> Medicinsko pravo u širem smislu obuhvaća, dakle, i pravne norme koje se tiču lijekova, medicinskih sredstava, prikupljanja i transfuzije krvi i sl.<sup>15</sup>

3/ U pravnoj teoriji i judikaturi u zadnje vrijeme pojavljuje se i naziv »**zdravstveno pravo**« ili »pravo zdravlja« (*Health Law*), koji je prema mišljenju nekih autora **sadržajno širi** od pojma «medicinsko pravo», jer obuhvaća sve propise vezane uz zdravstvo, odnosno zdravlje.<sup>16</sup> Drže da je zdravstveno pravo ne samo širi pojam, nego i socijalno-zdravstveno područje aktivnosti različito od medicinskog prava. Termin i pojam zdravstva daleko je sveobuhvatniji od onoga što se shvaća pod medicinom, te sadrži u sebi naglaske na društvenim i pravnim konotacijama i ingredijentima, jer se radi o važnoj socijalnoj djelatnosti, dok medicina ima svoje biološke, somatske, organske, morfološke komponente i elemente.<sup>17</sup> Smatraju, usto, da je pojam „medicinsko pravo“ uži od pojma „zdravstveno pravo“ jer medicinsko pravo, u načelu, uređuje odnos između liječnika i pacijenta kao pružatelja i korisnika zdravstvene zaštite, i tek podredno uključuje druge zdravstvene radnike u području svoje regulacije, pa može predstavljati samo jednu od grana zdravstvenog prava.<sup>18</sup>

Treba napomenuti da ima i **suprotnih mišljenja**. Tako Šeparović smatra da je pojam „medicinsko pravo“ **obuhvatniji** od pojma „zdravstveno pravo“ jer pokriva cjelovito područje medicine kao djelatnosti, kao medicinskog (zdravstvenog) čina, kao struke i poziva, umijeća (*ars*) i znanosti (*scientia*).<sup>19</sup>

Povijesno gledano, u zapadnoeuropskim državama pružanje zdravstvenih usluga bilo je fokusirano na liječnika, koji je bio profesionalno odgovoran za početnu dijagnozu i cijeli tijek postupka liječenja pacijenta, pa je u tom smislu u prvom planu bio odnos pacijenta i liječnika, s dominantnom ulogom liječnika. Stoga se držalo da su pretežiti predmet medicinskog prava upravo različiti aspekti odnosa liječnika i pacijenta.<sup>20</sup> Napretkom medicine i timskim radom, odnosno sudjelovanjem u liječenju i drugih zdravstvenih i nemedicinskih (administrativnih) djelatnika pored

---

<sup>14</sup> Tako Klarić, 2002, str. 3.

<sup>15</sup> Usp. Deutsch & Spickhoff, 2003, str. 3.

<sup>16</sup> Vidi Laufs & Uhlenbruck, 2002, str. 4; Klarić, 2002, str. 3.

<sup>17</sup> Tako i podrobnije kod Radovančević & Rušinović Sunara, 2005, str. 3.

<sup>18</sup> Usp. Babić & Roksandić, 2006, str. 19.

<sup>19</sup> Tako Šeparović, 1998, str. 3.

<sup>20</sup> Vidi Giesen, 1988; Kennedy & Grubb, 1991; Morgan, 2001.

liječnika, pojam «medicinsko pravo» postao je limitiran i ne može više obuhvatiti i objasniti sve odnose u koje stupaju pacijenti i zdravstveni djelatnici u obavljanju zdravstvene djelatnosti, a posebno stoga što pacijent nema više podređenu ulogu (*patient as consumer*). Zbog toga pojam «zdravstveno pravo» (*health law*), odnosno «pravo zdravstvene zaštite» (*health care law*), kao sadržajno širi, sve više potiskuje naziv «medicinsko pravo». Primjer za to možemo naći i u korištenju pojma zdravstveno pravo u propisima (smjernicama) Europske unije, izmjenama naziva specijaliziranih časopisa iz *Medical Law* u *Health Law* i sl.<sup>21</sup>

**Zdravstveno pravo** može se **definirati** kao skup pravnih pravila kojima se regulira provođenje i pružanje odgovarajuće, potrebne, pravno priznate i neophodne zdravstvene zaštite stručnim obavljanjem zdravstvene djelatnosti od strane ovlaštenih zdravstvenih radnika. Ono u **užem smislu** obuhvaća skup pravnih pravila kojima se regulira sadržaj, način obavljanja, opseg te struktura provođenja zdravstvene djelatnosti od strane ovlaštenih zdravstvenih radnika, tj. posebna pravna pravila koja reguliraju sadržaj, opseg, ovlaštenike i način obavljanja liječničke, stomatološke, farmaceutsko-biokemijske i sestrinske djelatnosti, dok u **širem smislu** obuhvaća skup pravnih pravila i drugih grana prava kojima se uređuju i sva ostala pitanja koja na izravan ili neizravan način proizlaze ili nastaju u postupku pružanja zdravstvene zaštite.<sup>22</sup> U nekoliko proteklih desetljeća zdravstveno pravo prepoznato je kao zasebno područje prava. Zdravstveno pravo razvilo je vlastita načela i zasebne pravne izvore, kodificirana su pravila (bio)medicinske etike, a zdravstveno pravo postalo je dijelom studijskih programa na brojnim sveučilištima u svijetu.<sup>23</sup>

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

<sup>21</sup> Tako i opširnije o tome kod Hervey & Mc Hale, 2004, str. 6-21.

<sup>22</sup> Usp. Babić & Roksandić, 2006, str. 20.

<sup>23</sup> Vidi Sandor, 2002., str. 76.

4/ Prilikom pojmovnog i sadržajnog objašnjenja „medicinskog prava“ svakako treba ukazati i na njegov odnos prema **sudskoj medicini**. Pojmovi „sudska medicina“ i „medicinsko pravo“ nisu sinonimi. Sudska medicina (engl. *Forensic Medicine*, njem. *Recht Medizin*) je **grana medicine** koja se, najčešće za potrebe suda, bavi utvrđivanjem činjenica kao što su, primjerice, nastupanje smrti, ozljede i sl.<sup>24</sup> Sudska medicina je medicinska disciplina koja povezuje dvije različite struke i znanosti – medicinu iz kruga bioloških znanosti i pravo kao predstavnika društvenih znanosti, a temeljni joj je zadatak pružanje pomoći pravnoj struci u slučajevima kad u pravnim postupcima treba riješiti različite medicinske probleme.<sup>25</sup> Znanja iz sudske medicine služe uglavnom za razjašnjavanje pravnih problema iz domene zdravlja i bolesti, života i smrti ljudi.<sup>26</sup> Možemo zaključiti da sudska medicina predstavlja, zapravo, pravo u medicini, a medicinsko pravo predstavlja medicinu u pravu.<sup>27</sup> Sudska se medicina se naziva i **forenzičkom medicinom**. Često se kao sinonim koristi i pojam «**pravna medicina**», koja u sebi uključuje i **sudsku psihopatologiju** i **medicinsku kriminalistiku**.<sup>28</sup>

5/ **Predmet proučavanja** - Područje medicinskog/zdravstvenog prava vrlo je opsežno s tendencijom širenja, jer zdravstvena djelatnost, kao predmet proučavanja medicinskog prava, svakim danom postaje sve razvijenija, a pitanja i problemi koji iz te djelatnosti proizlaze postaju sve brojniji.<sup>29</sup> Što se predmeta medicinskog prava tiče, norme medicinskog prava u pravilu su vezane i odnose se na tri subjekta: čovjeka (bolesnika, pacijenta) i njegova temeljna prava (na zdravstvenu zaštitu, odnosno život, zdravlje i sigurnost); liječnika i druge zdravstvene djelatnike (a posebno na njihovu odgovornost); te bolnice i druge zdravstvene ustanove u kojima pacijenti ostvaruju svoje pravo na zdravstvenu zaštitu, kao i na zdravstveni sustav u cjelini i njegovo uređenje i djelotvorno funkcioniranje.<sup>30</sup>

Usto, zaseban predmet medicinskog prava je i **zdravstveno osiguranje** i s tim u svezi pravo čovjeka na zdravstvenu zaštitu, financiranje zdravstva.<sup>31</sup> Tako je odredbom čl. 2. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju (NN 150/08, 94/09, 153/09, 71/10, 139/10 i 49/11) dalje - ZOZO) propisano da se obveznim

---

<sup>24</sup> *Ibid.*, str. 3.

<sup>25</sup> Vidi Zečević, 2004., str. 1.

<sup>26</sup> Tako Jelačić, 1981., str. 5.

<sup>27</sup> Usp. Radišić, 2004., str. 21; Radišić, 2002, str. 1.

<sup>28</sup> Tako Ramljak & Vesel, 1986, str. 17-18. O pravnoj medicini vidi i kod Marić & Lukić, 1998.

<sup>29</sup> Tako Babić & Roksandić, 2006, str. 20.

<sup>30</sup> Usp. Šeparović, 1998, str. 4.

<sup>31</sup> *Ibid.*, str. 4.



zdravstvenim osiguranjem osiguravaju svim osiguranim osobama prava i obveze iz obveznoga zdravstvenog osiguranja na načelima uzajamnosti, solidarnosti i jednakosti, na način i pod uvjetima utvrđenim tim Zakonom te propisima donesenim na temelju njega. U okviru prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja osiguravaju se i prava za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti koje obuhvaćaju i mjere za provođenje specifične zdravstvene zaštite radnika te dijagnostičke postupke kod sumnje na profesionalnu bolest sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti i posebnim zakonima te pravilnicima donesenim na temelju tih zakona. Opseg prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, koji se pod jednakim uvjetima osigurava svim osiguranim osobama utvrđen je odredbama ovoga Zakona i propisima donesenim na temelju njega.

U hrvatskom pravu predmet zdravstvenog prava proizlazi iz same definicije zdravstvene djelatnosti koja je dana u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine, broj 100/18 i 125/19, dalje - ZOZZ). Tako se propisuje da zdravstvena zaštita obuhvaća sustav društvenih, skupnih i individualnih mjera, usluga i aktivnosti za očuvanje i unaprjeđenje zdravlja, sprječavanje bolesti, rano otkrivanje bolesti, pravodobno liječenje te zdravstvenu njegu, rehabilitaciju i palijativnu skrb (ZOZZ, čl. 4.), a zdravstvena djelatnost je djelatnost od interesa za Republiku Hrvatsku koja se obavlja kao javna služba i koju po stručno-medicinskoj doktrini i uz uporabu medicinske tehnologije obavljaju zdravstveni radnici pri pružanju zdravstvene zaštite, pod uvjetima i na način propisan ovim Zakonom, a iznimno zdravstvenu djelatnost na području promicanja zdravlja, prevencije bolesti te zaštite mentalnoga zdravlja mogu obavljati i nezdravstveni radnici (ZOZZ, čl. 28.).

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

Izvore medicinskog prava mogli bismo svrstati u više skupina: propise koji **izravno** uređuju odnose koji nastaju u obavljanju zdravstvene djelatnosti, te propise iz drugih područja prava (primjerice, ustavnog, građanskog, građanskog procesnog, kaznenog,<sup>32</sup> kaznenog procesnog, radnog i socijalnog, upravnog, obiteljskog, međunarodnog i sl.), koji dijelom (**posredno**) uređuju pojedina pitanja vezana za odnose u obavljanju zdravstvene djelatnosti.<sup>33</sup>

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

Zakoni koji predstavljaju temeljni izravni izvor medicinskog prava jesu:

- Zakon o zdravstvenoj zaštiti ("Narodne novine", broj 100/18);
- Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju ("Narodne novine", broj 80/13 i 137/13);
- Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj ("Narodne novine", broj 80/13 i 15/18);
- Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ("Narodne novine", broj 85/06, 150/08 i 71/10);
- Zakon o liječništvu ("Narodne novine", broj 121/03 i 117/08);
- Zakon o ljekarništvu ("Narodne novine", broj 121/03, 35/08 i 117/08);
- Zakon o sestrinstvu (NN 121/03, 117/08 i 57/11);
- Zakon o dentalnoj medicini ("Narodne novine", broj 121/03, 117/08 i 120/09);
- Zakon o primaljstvu ("Narodne novine", broj 120/08 i 145/10);
- Zakon o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti ("Narodne novine", broj 121/03 i 117/08);
- Zakon o fizioterapeutskoj djelatnosti ("Narodne novine", broj 120/08);
- Zakon o djelatnostima u zdravstvu ("Narodne novine", broj 87/09);
- Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite ("Narodne novine", broj 118/18);

---

<sup>32</sup> O tzv. medicinskom kaznenom pravu detaljnije kod Korošec, 2004.

<sup>33</sup> Šeparović navedene izravne izvore medicinskog prava naziva izvorima medicinskog prava u užem smislu, dok ostale pravne izvore medicinskog prava koji se odnose na «zdravstveni čin», naziva izvorima medicinskog prava u širem smislu. Šeparović, 1998, str. 4.

- Zakon o suzbijanju zlouporabe droga ("Narodne novine", broj 107/01, 87/02, 163/03, 141/04, 40/07, 149/09, 84/11, 80/13 i 39/19);
- Zakon o provedbi uredbi Europske unije iz područja prekursora za droge ("Narodne novine", broj 80/13);
- Zakon o lijekovima ("Narodne novine", broj 76/13, 90/14 i 100/18);
- Zakon o medicinskim proizvodima ("Narodne novine", broj 76/13);
- Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama ("Narodne novine", broj 76/14);
- Zakon o Hrvatskom Crvenom križu ("Narodne novine", broj 71/10);
- Zakon o obeštećenju radnika profesionalno izloženih azbestu ("Narodne novine", broj 79/07, 139/10 i 111/18);
- Zakon o obveznom zdravstvenom nadzoru radnika profesionalno izloženih azbestu ("Narodne novine", broj 79/07, 139/10 i 111/18);
- Zakon o krvi i krvnim pripravcima ("Narodne novine", broj 79/06 i 124/11);
- Zakon o primjeni ljudskih tkiva i stanica ("Narodne novine", broj 144/12);
- Zakon o presađivanju ljudskih organa u svrhu liječenja ("Narodne novine", broj 144/12);
- Zakon o medicinski pomognutoj oplodnji ("Narodne novine", broj 86/12);
- Zakon o podacima i informacijama u zdravstvu ("Narodne novine", broj 14/19);
- Zakon o provedbi Uredbe (EU) 2017/745 o medicinskim proizvodima i Uredbe (EU) 2017/746 o in vitro dijagnostičkim medicinskim proizvodima ("Narodne novine", broj 100/18);
- Zakon o provedbi Uredbe (EU) br. 536/2014 Europskog parlamenta i vijeća od 16. travnja 2014. o kliničkim ispitivanjima lijekova za primjenu kod ljudi te o ostavljanju izvan snage Direktive 2001/20/EZ ("Narodne novine", broj 14/19);
- Zakon o privremenoj mjeri u području obveznog zdravstvenog osiguranja ("Narodne novine", broj 70/19);
- Zakon o potvrđivanju Konvencije Vijeća Europe o krivotvorenju farmaceutskih proizvoda i sličnim kažnjivim dijelima koja uključuju prijetnje javnom zdravlju ("Narodne novine - Međunarodni dio", broj 7/19).

Pored zakona, izravni izvor medicinskog prava su i vrlo brojni (provedbeni) **podzakonski propisi**, koje ponajviše donose Ministarstvo zdravstva i Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

Samo dio pravnih pravila nalazi se u pravnim propisima kojima se izravno i jedino uređuje medicinska djelatnost i status njezinih djelatnika, dok je drugi dio pravila medicinskog prava raspoređen, odnosno nalazi se u brojnim drugim **zakonskim i podzakonskim tekstovima koji pripadaju različitim područjima prava, a jednim dijelom uređuju i područje medicinskog prava.**<sup>34</sup> Primjerice, Ustav Republike Hrvatske, Zakon o obveznim odnosima, Kazneni zakon Zakon o zaštiti tajnosti podataka; Zakon o tajnosti podataka; Zakon o zaštiti osobnih podataka; Zakon o pravu na pristup informacijama; Zakon o kaznenom postupku, Zakon o parničnom postupku; Zakon o sanitarnoj inspekciji; Zakon o otrovima i dr.

Osim propisa koje donosi država, izvor medicinskog prava je i tzv. **staleško pravo**, a čine ga propisi koje, uz eventualno odobrenje nadležnog organa (ministarstva), donose razne profesionalne udruge i organizacije zdravstvenih djelatnika (primjerice, liječnička, ljekarnička, stomatološka ili sestrińska komora, udruga inženjera medicinske radiologije i dr.),<sup>35</sup> deklaracije međunarodnih strukovnih organizacija i sl., a kojima se uređuje ponašanje zdravstvenih djelatnika prilikom obavljanja svoje profesije, međusobni odnosi članova pojedine profesije/komore, odnos prema pacijentima, društvu, kao i druga prava i dužnosti.<sup>36</sup> Staleško pravo rezultat je samostalnosti strukovnih organizacija unutar zdravstvenog sustava koje na temelju zakonskih ovlasti mogu donositi podzakonske opće akte kojima reguliraju temeljna pitanja iz područja njihove struke.<sup>37</sup> Propisi staleškog prava ograničenog su dosega jer važe isključivo za članove komore/udruge određene profesije, a ne obvezuju pacijente i treće osobe, ali im ipak mogu jamčiti određena prava.<sup>38</sup> Autonomno staleško pravo pojavljuje se najčešće u obliku **statuta** strukovnih komora,<sup>39</sup> te

---

<sup>34</sup> Usp. Radišić, 2002, str. 1.

<sup>35</sup> U Republici Hrvatskoj djeluju *Hrvatska liječnička komora, Hrvatska stomatološka komora, Hrvatska ljekarnička komora, Hrvatska komora medicinskih sestara, Hrvatska komora medicinskih biokemičara*, koje su strukovne organizacije zdravstvenih radnika sa statusom pravne osobe (arg. ZOZZ, čl. 189.). Ako posebnim zakonom nije drukčije određeno, zdravstveni radnici visoke stručne spreme i medicinske sestre koji obavljaju zdravstvenu djelatnost na području Republike Hrvatske, obvezno se učlanjuju u navedene komore (ZOZZ, čl. 190.).

<sup>36</sup> U tom smislu Radišić, 2004, str. 23.

<sup>37</sup> Vidi Babić & Roksandić, 2006, str. 41.

<sup>38</sup> Tako Radišić, 2004, str. 23.

<sup>39</sup> Vidi Statut Hrvatske liječničke komore, («Narodne novine» br. 47/04.); Statut Hrvatske stomatološke komore («Narodne novine», broj 44/04., 69/06.); Statut Hrvatske ljekarničke komore, od 27. svibnja 2004. godine; Statut Hrvatske komore medicinskih sestara, od 1. listopada 2003. (izmjene 18. rujna 2005.); Statut Hrvatske komore medicinskih biokemičara, od 29. studenog 1994. godine, izmijenjen 23. siječnja 2004. godine.

## pravila pojedine medicinske profesije, odnosno kodeksa etike i/ili deontologije pojedine profesije.

Značajni predmet zanimanja medicinskog prava predstavlja odnos između liječnika (zdravstvenog radnika) i pacijenata u pogledu pružanja medicinske usluge, a taj odnos nije samo pravni, nego je i **etički**. U njemu su moralni i pravni obziri pomješani u znatno većoj mjeri nego što je to slučaj s ostalim pravnim odnosima među ljudima. Liječnik (zdravstveni djelatnik) je (pravno) dužan pridržavati se određenih načela medicinske etike. Moralne i pravne dužnosti liječnika toliko su se stopile da ih je u pojedinostima gotovo nemoguće razlučiti.<sup>40</sup> Etička pravila i pravila struke nisu po svojoj prirodi pravna pravila. Međutim, odnos zdravstvenog djelatnika i pacijenta povodom pružanja medicinske usluge nije uređen jedino pravnim pravilima, već su i pravila medicinske etike i pravila medicinske struke veliki i iznimno značajan segment medicinskog prava kojim se uređuju obveze (njihov sadržaj i opseg) zdravstvenih djelatnika prilikom pružanja medicinskih usluga, do te mjere da ih je u našem pravu zakonodavac nekada digao na razinu pravne norme, za čije se nepoštivanje odnosno kršenje vežu ne samo moralne, nego i stegovne (disciplinske), kaznenopravne i građanskopravne sankcije.<sup>41</sup> Medicinska etika i pravo međusobno se nadopunjuju, pravilima medicinske etike sudovi priznaju i pravnu snagu jer nepostupanje zdravstvenih djelatnika po tim pravilima podliježe pravnoj sankciji, pa je neprijeporno da je medicinska etika izvor medicinskog prava.<sup>42</sup> Pravila medicinske etike uobičajeno se kodificiraju u posebnim, nacionalnim i međunarodnim, etičkim odnosno deontološkim **kodeksima**. Kodeksima etike i deontologije u pravilu se utvrđuju načela i pravila ponašanja kojih su se dužni pridržavati zdravstveni djelatnici, članovi pojedinih komora, pri obavljanju svoje profesionalne djelatnosti, a radi očuvanja dostojanstva i ugleda profesije. Najstarija kodifikacija liječničke etike je Hipokratova zakletva.<sup>43</sup> U Republici Hrvatskoj

---

<sup>40</sup> Tako Radišić, 2002, str. 1.

<sup>41</sup> Usp. Klarić, 2002, str. 3.

<sup>42</sup> Vidi Radišić, 2004, str. 24.

<sup>43</sup> Hipokratova zakletva drevni je dokument i temelj je medicinske etike. Nastala je u V. stoljeću prije Krista. Hipokrat je postavio temelje moderne medicine, oslobađajući je od religije, nametanja kulta čovjeka i uvođenjem znanstvenog načela promatranja čovjeka i prirode. Hipokrat je u zakletvu unio temeljna deontološka načela koja su u to vrijeme važila u Grčkoj. Vidi Nikolić, 2003, str. 87-90. Polagali su je prilikom stupanja na dužnost svi liječnici koji su pripadali Hipokratovom društvu Asklepiada. Cjeloviti tekst Hipokratove zakletve objavljen je kod Miličić, 1996, str. XXIII. Zdravstveni djelatnici najčešće se susreću sa Ženevskom formulacijom Hipokratove zakletve, u kojoj su naglašene obveze koje, prema iskustvima iz prethodna dva svjetska rata, nisu poštivane. Usp. Nikolić, 2003, str. 87-90. Usvojena je u Ženevi, 1948. godine, dopunjena na 22. Skupštini Svjetskog liječničkog udruženja u Sydneyu 1968., i 35. skupštini u Veneciji, 1983. godine. Cjeloviti tekst objavljen je kod Miličić, 1996, str. XXIII.-XXIV. I *Međunarodni kodeks liječničke etike nalaže*: "Liječnik je dužan držati u tajnosti sve što zna o bolesniku, čak i nakon njegove smrti". Usvojen je u Londonu 1949. godine, te dopunjavao dva puta: na skupštini Svjetskog liječničkog udruženja u Sydneyu

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

Pravni izvor medicinskog prava kojeg nije donio zakonodavac predstavlja i **tzv. autonomno pravo**. Autonomni izvori prava su oni koje je donio (ili je barem sudjelovao u njihovom donošenju) subjekt na kojeg će se oni i primjenjivati. Kod tih su izvora adresant i adresat pravne norme iste (pravne) osobe. Autonomni su izvori oblik samoregulacije i samoobvezivanja, u granicama slobode koju im je dao zakonodavac. Oni imaju karakter prava jer su popraćeni državnom sankcijom, ali kroz te norme dolazi do izražaja volja i odluka subjekta na kojeg se primjenjuju.<sup>44</sup> Na području zdravstvene djelatnosti to bi najčešće bili statuti, pravilnici, poslovnici, kolektivni ugovori, rješenja i drugi opći akti zdravstvenih ustanova (bolnice, lječilišta, domovi zdravlja, zavodi, poliklinike i sl.) te trgovačkih društava za obavljanje zdravstvene djelatnosti.

Ubrzanim razvitkom medicinskog prava povećava se i broj njegovih pravnih izvora, i to ne samo na nacionalnoj razini, nego i na **međunarodnoj razini**.<sup>45</sup> I međunarodne izvore medicinskog prava mogli bismo svrstati u one kojima se izravno uređuje područje medicinskog prava, te one iz drugih područja koji dijelom (posredno) uređuju pojedina pitanja iz područja medicinskog prava. Tako se najvažnija pitanja i načela iz područja medicinske djelatnosti inkorporiraju i u konvencijama o ljudskim pravima kao što je, primjerice, *Konvencija o zaštiti ljudskih prava i temeljnih sloboda* iz 1950. godine. Što se međunarodnih izvora medicinskog prava tiče, naveli bismo, primjerice, sljedeće: *Konvencija Vijeća Europe o zaštiti ljudskih*

---

1986., i Veneciji 1983. godine. Cjeloviti tekst objavljen je kod Miličić, 1996, str. XXIV.-XXV. Usp. Douraki, 2002, str. 183.

<sup>44</sup> Podrobnije kod Bošković, 2012, str. 473.

<sup>45</sup> Tako Memeteau, 1986, str. 19.

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

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

Medicinska djelatnost podvrgnuta je i sudskoj kontroli s ciljem da se osigura i zajamči da će se zdravstveni djelatnici u obavljanju svoje profesije pridržavati važećih standarda svoje struke te da će postupati s dužnom pozornošću. Granice dužne pažnje i odgovornosti određuju sudovi u svojim odlukama, pa je neprijeporno da je **sudska praksa** od iznimnog značenja za medicinsko pravo, a posebno jer puno pitanja koja nastaju u odnosima između zdravstvenih djelatnika i pacijenata nisu precizno i jednoznačno ili nisu uopće uređena pisanim pravnim pravilima.<sup>46</sup> Čak i u uvjetima iscrpnog reguliranja pisanim pravilima, kreativnoj funkciji sudske prakse ostaje značajna uloga u interpretaciji pravnih pravila. Naročito kad se radi o tekstovima koji zbog svoje nepotpunosti, nedorečenosti, praznina ili nedosljednog tretiranja određenih pitanja nužno iziskuju stvaralački doprinos onih koji ih primjenjuju.<sup>47</sup> Unatoč činjenici što sudska praksa, prema izloženome, ne predstavlja općevažeci izvor prava, odluke sudova u konkretnim predmetima izvor su prava za subjekte na koje se njihova pravomoćnost odnosi.<sup>48</sup> Sudska odluka djeluje kao izvor prava za same stranke za koje je u konkretnom slučaju donesena (*res iudicata facit ius inter partes*).<sup>49</sup> Možemo zaključiti, iako sudska praksa nije *de iure* izvor prava, ona *de facto* može biti izvor prava. Osim što sudska praksa na području medicinskog prava ima iznimno značenje u popunjavanju pravnih praznina, ima i veliki utjecaj na prihvaćanje novih pravnih ideja i stajališta, kao i na zakonodavnu djelatnost (*de lege ferenda*), do te mjere da postoji mišljenje, i to ne samo u SAD-u nego i u zemljama Zapadne Europe, da je medicinsko pravo u velikoj mjeri djelo sudske prakse. Posebno se to odnosi na područje odgovornosti zdravstvenih djelatnika gdje su sudovi, tumačeći i prilagođavajući opća pravna pravila, tijekom vremena izgradili moderni sustav odgovornosti medicinskih djelatnika.<sup>50</sup>

**Pravna znanost** utječe na zakonodavca, na sudsku/arbitražnu praksu, na stvaranje i odgoj pravnika, ali i ostalih djelatnika. Metode provedbe toga utjecaja su **neposredne** (poznati pravници i drugi znanstveni radnici sudjeluju u radu savjetodavnih tijela zakonodavca, sude kao članovi sudskih i arbitražnih vijeća, djeluju kao eksperti kada na zahtjev suda daju pravno ili drugo stručno mišljenje itd.), ili **posredne** (članci, studije, znanstvena djela, znanstvene kritike normativnih propisa, prijedlozi za dopune, izmjene ili donošenje novih propisa i sl.). Znanstvena

---

<sup>46</sup> Usp. Radišić, 2004, str. 25. U sudskoj praksi medicinskog prava formirani su sudski (pravni) standardi poput dužne pozornosti liječnika kao standarda profesionalnog ponašanja, liječničke greške, opća pravila o teretu dokazivanja pretrpjela su izmjene i sl.

<sup>47</sup> Vidi Triva, Belajec & Dika, 1986, str. 37.

<sup>48</sup> *Ibid.*, str. 37.

<sup>49</sup> Tako Vedriš & Klarić, 1998, str. 23.

<sup>50</sup> Usp. Laufs & Uhlenbruck, 2002, str. 4.



djela u kojima se teorijski obrađuju pravni problemi imaju veliko značenje za razvitak pravne znanosti, izravno utječu na stručno i znanstveno uzdizanje pravničkog kadra, ali nemaju snagu izravnog pravnog izvora. Pravna znanost djeluje na sud samo snagom svoje uvjerljivosti, ali se sudac ne može u konkretnom slučaju pozvati na neko znanstveno djelo kao zakon. Iako pravna znanost uvelike utječe i na zakonodavca, ni zakonodavac se pri donošenju propisa ne poziva na stajalište doktrine, kao takve, ili istaknutih pravnika. Zato je pravna znanost danas samo neizravan izvor prava.<sup>51</sup> S druge strane, znanstvena i stručna djela iz područja prava imaju znatan utjecaj na stvaranje primjenu i izmjene pravnih pravila. Pravna znanost komentira, sistematizira, obrađuje i analizira pojedina pitanja s gledišta postojećeg prava, *de lege lata*, i daje prijedloge i upućuje na rješenja koja bi zakonodavac i sudska praksa ubuduće trebali imati u vidu (*de lege ferenda*). Znanstvenici i stručnjaci za pitanja medicinskog prava trebali bi redovito sudjelovati u pripremnim radovima za izradu i donošenje novih propisa iz područja medicinskog prava. Usto, pozitivni pravni propisi iz područja medicinskog prava predmet su stalnog znanstvenog proučavanja i tumačenja, što pomaže utvrđivanju pravnog smisla tih propisa, a time i ispravnoj primjeni propisa u konkretnim slučajevima. Tako pravna znanost, iako nije izravni izvor prava, posredno ima veliki uticaj na sudsku praksu i na zakonodavno reguliranje, pa joj se ne može osporiti zapaženu ulogu koju ima na razvitak medicinskog prava.

**7/ Načela medicinskog prava** - Iz sadržajne strukture pojma medicinskog prava i temeljnih ciljeva zdravstvene politike nužno proizlaze i dvije vrste temeljnih načela medicinskog prava – **načela pružanja zdravstvene zaštite i načela provođenja zdravstvene zaštite**.<sup>52</sup> U našem pravu načela pružanja zdravstvene zaštite sadržana su ponajprije u odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti. Zdravstvena zaštita stanovništva Republike Hrvatske provodi se na načelima sveobuhvatnosti,

---

<sup>51</sup> Vidi Vedriš & Klarić, str. 23.

<sup>52</sup> Tako Babić & Roksandić, 2006, str. 27. Što se načela provođenja **zdravstvene djelatnosti** tiče, **Babić-Roksandić** drže da su zajednička za sve zdravstvene struke jer naglašavaju specifičnosti zdravstvene djelatnosti u cjelini, te posebno navode sljedeća načela: 1/ Načelo o zdravstvenoj djelatnosti kao o djelatnosti od posebnog interesa za Republiku Hrvatsku; 2/ načelo cjeline ljudskog života; 3/ načelo humanosti zaštite prava pacijenata; 4/ načelo integriteta zdravstvenih radnika; 5/ načelo savjesnog obavljanja zdravstvene djelatnosti; 6/ načelo adekvatne, kvalitetne i stručne zdravstvene usluge; 7/ načelo zakonitosti u obavljanju zdravstvene djelatnosti; te 8/ načelo čuvanja profesionalne tajne. Babić & Roksandić, 2006, str. 31-34. **Šeparović** navodi sljedeća načela medicinskog prava: 1/ Načelo jamstva prava čovjeka na primjerenu zdravstvenu zaštitu uz poštivanje dostojanstva pacijenta, njegove volje da slobodno izabere liječnika, slobodu odlučivanja s pravom samoodlučivanja, uz jednakost pred zakonom; 2/ načelo odgovornosti liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika za primjeren zdravstveni postupak zaštite i liječenja; 3/ načelo o zdravstvenoj djelatnosti kao djelatnosti od interesa za RH; 4/ načelo o posebnoj brizi za ugrožene i posebno osjetljive skupine i pojedince (djeca, mladež, trudnice, stari, žrtve rata i dr.); 5/ načelo o pravu na život u zdravu okolišu. Šeparović, 1998, str. 5.

kontinuiranosti, dostupnosti i cjelovitog pristupa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, te specijaliziranog pristupa u specijalističko-konzilijarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti te na načelima supsidijarnosti i funkcionalne integracije (ZOZZ, čl. 13.).

Sveobuhvatnost zdravstvene zaštite uključuje cjelokupno stanovništvo Republike Hrvatske u provedbi odgovarajućih mjera zdravstvene zaštite u skladu sa zakonom (ZOZZ, čl. 14.), ali i sve osobe koje se zateknu ili nalaze na njezinu području.<sup>53</sup> Ovim se načelom stvaraju ujedno i zakonske pretpostavke za realizaciju populacijske orijentacije nove zdravstvene politike koja teži očuvanju i unapređenju zdravlja, produljenju trajanja i poboljšanja kvalitete života populacije i pojedinaca.<sup>54</sup>

Kontinuiranost zdravstvene zaštite postiže se ukupnom organizacijom zdravstvene djelatnosti, osobito na razini primarne zdravstvene djelatnosti koja pruža neprekidnu zdravstvenu zaštitu stanovništvu kroz sve životne dobi. U osiguranju kontinuiranog djelovanja, sustav zdravstvene djelatnosti u Republici Hrvatskoj mora biti međusobno funkcionalno povezan i usklađen (ZOZZ, čl. 15.).

Dostupnost zdravstvene zaštite ostvaruje se takvim rasporedom zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava koja obavljaju zdravstvenu djelatnost i zdravstvenih radnika na području Republike Hrvatske koji će omogućiti stanovništvu podjednake uvjete zdravstvene zaštite, naročito na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti (ZOZZ, čl. 16.). Sustav treba biti dostupan svim građanima po načelu jednake dostupnosti, uvažavajući pravo na zdravlje i zdrav život kao temeljno ljudsko pravo.<sup>55</sup>

Načelo cjelovitog pristupa primarne zdravstvene zaštite osigurava se provođenjem objedinjenih mjera za unapređenjem zdravlja i prevencijom bolesti te liječenjem i rehabilitacijom (ZOZZ, čl. 17.). Zamišljeno je da osigura slobodan izbor doktora medicine i doktora stomatologije koji kod građana provodi mjere za unapređenje zdravlja i prevenciju bolesti te liječenje i rehabilitaciju do razine radne osposobljenosti.<sup>56</sup>

---

<sup>53</sup> Vidi u tom smislu Zakon o zdravstvenoj zaštiti stranaca, „Narodne novine“, broj 114/97.

<sup>54</sup> Usp. Jadro, Hrabrić & Kramarić, 2003, str. 15.

<sup>55</sup> *Ibid.*, str. 15.

<sup>56</sup> Vidi Bošković, 2000, str. 9.

Načelo specijaliziranog pristupa osigurava se organiziranjem i razvijanjem posebnih specijaliziranih kliničkih, javnozdravstvenih dostignuća i znanja te njihovom primjenom u praksi (ZOZZ, čl. 18.). Ovo načelo zapravo afirmira pružanje zdravstvenih usluga u skladu s razvitkom i dostignućima medicinske znanosti te materijalnim mogućnostima društva u cjelini.<sup>57 58</sup>

Načelo supsidijarnosti osigurava pružanje zdravstvenih usluga na najnižoj razini pružanja zdravstvene zaštite na kojoj je to moguće, sukladno strategijama i planovima u području zdravstva (ZOZZ, čl. 19.).

Načelo funkcionalne integracije osigurava suradnju zdravstvenih ustanova na svim razinama zdravstvene djelatnosti, uz restrukturiranje na osnovi zajedničkog razvoja, unaprjeđenja i usklađivanja procesa upravljanja, dijagnostičko-terapijskih postupaka, dobre kliničke prakse, kao i svih drugih oblika operativnih metodologija usmjerenih prema boljoj kvaliteti zdravstvenih usluga, ishoda liječenja te povećanoj djelotvornosti i dugoročnoj racionalizaciji troškova sustava zdravstva (ZOZZ, čl. 20.).

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

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

---

<sup>57</sup> *Ibid.*, str. 9.

<sup>58</sup> Tako i detaljnije o načelima kod Babić & Roksandić, 2006, str. 27-34; i Šeparović, 1998, str. 5; Korošec, 2004, str. 34-38; Jadro, Hrabrić & Kramarić, 2003, str. 14-15; Bošković, 2000, str. 9.

**multidisciplinarnog značaja koji se javljaju u obavljanju zdravstvene djelatnosti.** Sve to nužno traži i odgovarajući **proces naobrazbe** polivalentnih stručnjaka koji će moći udovoljiti tim složenim zahtjevima.<sup>59</sup>

Osim što bi trebali biti detaljno upoznati s pravnim propisima i pravnom praksom iz područja zdravstva, **pravnici** bi trebali biti barem na općenitoj razini upućeni u medicinsku problematiku,<sup>60</sup> kroz odgovarajući **proces naobrazbe polivalentnih stručnjaka** koji će moći udovoljiti tim zahtjevima. Temeljne spoznaje o tome pravnicima bi mogli steći tijekom studiranja iz kolegija medicinsko/zdravstveno pravo, sudska medicina, sudska psihijatrija/psihopatologija i sl.<sup>61</sup>

Osobe koje se u vidu zanimanja bave poslovima iz područja medicinskog prava, ili su im znanja iz tog područja nužna iz drugih razloga (pacijenti, znanstvenici, odvjetnici i sl.), mogućnost specijalizacije i stjecanja tih znanja mogu ostvariti, osim kroz visokoškolski sustav, i sudjelovanjem na specijaliziranim savjetovanjima, radionicama, u radu na znanstvenim i stručnim projektima i bavljenjem znanstvenim radom, članstvom u strukovnim povjerenstvima, radnim skupinama (za izradu propisa) i sl. Posebno bismo istaknuli nužnost osnivanja strukovnih udruga koje bi, između ostalog, trebale omogućiti i organizirati stjecanje specijalističkih znanja i kvalifikacija iz područja medicinskog prava (organiziranjem seminara i polaganjem specijalističkih ispita), donositi pravila struke i etičke kodekse, ostvarivati suradnju s drugim sličnim nacionalnim i inozemnim/međunarodnim udrugama (primjerice, udrugama pacijenata, pravnika u zdravstvu, sudsko-medicinskih vještaka i dr.) i komorama (primjerice, odvjetničkom, liječničkom).

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

---

<sup>59</sup> Detaljnije kod Gosić, 2008.

<sup>60</sup> Detaljnije kod Gosić, 2008.

<sup>61</sup> Usp. Jelačić, 1997, str. 236.

## Literatura

- Babić, Tatjana & Roksandić, Sunčana (2006). *Osnove zdravstvenog prava*. Tipex, Zagreb.
- Bošković, Zvonimir (2000). Sustav zdravstvene zaštite te prava i dužnosti građana u ostvarivanju zdravstvene zaštite. *Informator*, broj 4838-4839., od 19. i 22. srpnja 2000. godine.
- Bošković, Zvonimir (2007), *Medicina i pravo*, Pergamena, Zagreb.
- Deutsch, Erwin & Spickhoff, Andreas (2003). *Medizinrecht*, Berlin: Springer.
- Douraki, Thomais (2002). Ethical and Legal Dimensions of Medical Confidentiality in European Law of Human Rights, *Pravni život*, god. LI, br. 9.
- Giesen, Dieter (1988). *International Medical Malpractice Law*, London: Martinus Nijhoff Publishers.
- Gosić, Nada (2008). *Pravna perspektiva u bioetičkoj edukaciji u Hrvatskoj*, referat održan na 9. bioetičkom okruglom stolu «Bioetika i medicinsko pravo», održanom u Rijeci, 15. i 16. svibnja 2008.
- Hervey, Tamara K. & Mc Hale, Jean (2004). *Health Law and the European Union*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jadro, Dubravka, Hrabrić, Mila & Kramarć, Danica (2003). *Zakon o zdravstvenoj zaštiti*, rad u knjizi Zbirka zdravstvenih zakona s obrazloženjem, Zagreb: Udruga poslodavaca u zdravstvu.
- Jahnke, Burkhard (1988), *Leipziger Kommentar zum Strafgesetzbuch*, 10. Auflage, 5. Band, Leipzig: De Gruyter Recht.
- Jelačić, Olga (1977). *O nastavi iz sudske medicine na pravnim fakultetima*, Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu, XIV.
- Jelačić, Olga (1981). *Osnove sudske medicine za studente prava*. Split.: Pravni fakultet Split.
- Kennedy, Ian. & Grubb, Andrew (1991). *Medical Law – Text with Materials*. London: Butterworths.
- Klarić, Petar (2002). Odgovornost za štete u medicini, *Informator*, br. 5016-5017. od 3. i 6. travnja 2002.
- Klarić, Petar (2003). *Odstetno pravo*. Zagreb.: Narodne novine.
- Korošec, Damjan (2004). *Medicinsko kaznensko pravo*. Ljubljana: Pravna fakulteta in Cankarjeva založba.
- Laufs, Adolf & Uhlenbruck, Wilhelm (2002). *Handbuch des Arztrecht*. Munchen: Verlag C. H. Beck.
- Marić, Jovan & Lukić, Mihajlo. (1998). *Pravna medicina*. Beograd: Barex.
- Memeteau, Gerard (1986). *Droit medical*. Paris: Litec.
- Morgan, Derek(2001). *Issues in Medical Law and Ethics*. London: Cavendish Publisher.
- Mujović Zornić, Hajrija (2001). *Pravo kao garant vršenja medicine*, Bilten Jugoslovenskog udruženja za medicinsko pravo, septembar/decembar.
- Nikolić, S. (2003). Etika zdravstvenih radnika danas. *Timočki medicinski glasnik*, vol. 28., broj 3-4, str. 87.-90.
- Miličić, Vjekoslav. (1996). *Deontologija profesije liječnik, život čovjeka i integritet liječnika – čudoredna raskrižja bioetike*, Zagreb: Sveučilišna tiskara Zagreb, Pravni fakultet Zagreb.
- Radišić, Jakov (2002). Medicinsko pravo u svetu i kod nas. *Pravni informator*, br. 9.
- Radišić, Jakov (2004). *Medicinsko pravo*, Beograd: Fakultet za poslovno pravo: Nomos.
- Radovančević, Lj. & Rušinović Sunara, Đula (2005). *Sadržaj i kontekst zdravstvenog prava i bioetike*, referat na skupu Lošinjski dani bioetike, Mali Lošinj, Hrvatska, 13.-15. lipnja 2005.

- Ramljak, Alija & Vesel, Josif (1986). *Pravna medicina*. Banja Luka: Pravni fakultet Univerziteta »Đuro Pucar – Stari«.
- Sandor, Judit (2002). Data Protection in Health Care, Beyond Biomedical Use. *Frontiers of European Health Law, Yearbook.*, Rotterdam: Erasmus University.
- Šeparović, Zvonimir (1998). *Granice rizika – Etičkopravni pristupi medicini*, 3. izmijenjeno i dopunjeno izdanje, Zagreb: Informator.
- Triva, Siniša, Belajec, Velimir & Dika, Mihajlo (1986). *Gradansko parnično procesno pravo*. Zagreb: Narodne novine.
- Vedriš, Martin & Klarić, Petar (1998). *Gradansko pravo*. Zagreb: Narodne novine.
- Visković, Nikola (1995). *Bioetika i biomedicinsko pravo*. Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu, god. 32 (1-2). str. 78.-82.
- Visković, Nikola (1995). *Država i pravo*. Zagreb: Birotehnika.
- Zečević, Dušan i suradnici (2004). *Sudska medicina i deontologija*, Zagreb: Medicinska naklada.

## II. poglavje

# PRIKAZ PACIENTOVIH PRAVIC IN DOLŽNOSTI PO ZPacP

SUZANA KRALJIČ

### 1 Uvod

Zdravje je danes opredeljeno kot izredno cenjena in zelena vrednota, ki še posebej pridobi na pomenu v času, ko zbolimo mi ali naši najbližji. Pomembnost zdravja je poudarjena tako na nacionalni, regionalni in mednarodni ravni. Pravica do zdravja je v mnogih pravnih aktih, zavezujočih kakor tudi nezavezujočih, opredeljena kot temeljna človekova pravica. Z namenom njenega uresničevanja ima vsakdo pravico do najvišje dosegljive ravni zdravja.

Pacientove pravice so deležne v zadnjih 20-30 letih velike pozornosti in osveščenost pacientov je vsak dan večja. **Paternalistični model** razmerja med zdravnikom / medicinsko sestro in pacientom, kjer je bil pacient pasivni udeleženec, se je umaknil in pacient se je iz pasivnega udeleženca spremenil v aktivnega. Izhajajoč iz slovenskega **Zakona o pacientovih pravicah** (Uradni list RS, št. 15/08; 55/17 - v nadaljevanju: ZPacP) iz leta 2008 ima pacient štirinajst pravic, a tudi sedem

dolžnosti. Od štirinajstih pravice jih je dvanajst materialne narave, dve pa sta procesne narave.

ZPacP s svojimi 92 člani predstavlja interdisciplinaren zakon, saj posega razen na področje pacientovih pravic, tudi na področje človekovih pravic, zdravstvenega sistema, socialne politike, interesov države. Namen ZPacP je omogočiti enakopravno, primerno, kakovostno in varno zdravstveno obravnavo, ki temelji na zaupanju<sup>62</sup> in spoštovanju med pacientom in zdravnikom ali drugim zdravstvenim delavcem (npr. medicinsko sestro) ter zdravstvenim sodelavcem (2. odst. 1. člena ZPacP). Pacient je namreč v tem razmerju šibkejša stranka. Vendar pa ne gre prezreti, da so pacientove pravice in dolžnosti inkorporirane tudi še v drugih zakonih: npr. Zakon o duševnem zdravju (Uradni list RS, št. 77/08; 46/15 - v nadaljevanju: ZDZdr); Zakon o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 72/06 – UPB, 15/08 – ZPacP, 58/08, 107/10 – ZPPKZ, 40/12 – ZUJF, 88/16 – ZdZPZD, 40/17, 64/17 – ZZDej-K, 49/18 - v nadaljevanju: ZZdrS); Zakon o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 23/05 – UPB, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US. – v nadaljevanju: ZZDej); Zakon o nalezljivih boleznih (Uradni list RS, št. 33/06 – UPB – v nadaljevanju: ZNB) idr.

## 2 Pacientove pravice

Pri uresničevanju pravic pacientov po ZPacP se upoštevajo zlasti naslednja načela:

- a) spoštovanje vsakogar kot človeka in spoštovanje njegovih moralnih, kulturnih, verskih, filozofskih in drugih osebnih prepričanj;
- b) spoštovanje telesne in duševne celovitosti ter varnosti;
- c) varstvo največje zdravstvene koristi za pacienta, zlasti otroka;
- d) spoštovanje zasebnosti;
- e) spoštovanje samostojnosti pri odločanju o zdravljenju;

---

<sup>62</sup> O zaupanju glej tudi *VSRS sodba II Ips 176/2011* (ECLI:SI:VSRS:2012:II.IPS.176.2011), 13. september 2012: »Zdravnik je dolžan pacienta pregledati in opraviti preiskave z diagnostičnimi sredstvi ter na ta način pridobiti potrebne izvide in točno diagnozo. Do napak lahko pride ali v napačnem izvidu ali v neizčrpanju vseh diagnostičnih preiskav, ki so bile na voljo, ali v napačni presoji, interpretaciji zbranih izvidov. Po presoji revizijskega sodišča bi bilo prestogo zahtevati od skrbnega operaterja, da še enkrat preveri vsak posamezni izvid internista, ker bi to pomenilo, da bi moral operater sam pribaviti vsak izvid. V tem primeru so si bili posamezni zdravniki med seboj prvrjeni in velja načelo zaupanja. V saki, ki sodeluje pri zdravljenju istega pacienta, se lahko zanesa na to, da so vsi ostali člani svoje obveznosti izpolnili strokovno in s potrebno skrbnostjo. Le v primeru, da drug zdravnik očitno ni kos svojim nalogam (zaradi zapitosti, bolezni, preobremenjenosti, izčrpanosti) in ko je v stanju, ki mu več ne omogoča, da bi izpolnjeval svoje dolžnosti, le takrat se zaupanje lahko spremeni v dvom in nezaupanje.«



- f) spoštovanje osebnosti in dostojanstva tako, da nihče ni socialno zaznamovan zaradi svojega zdravstvenega stanja in vzrokov, posledic ter okoliščin tega stanja ali zdravstvene obravnave, ki jo je bil zaradi tega deležen (3. člen ZPacP).

Pacientove pravice, ki jih določa ZPacP in so hkrati vezane na sistem zdravstvenega zavarovanja, se uresničujejo v okviru predpisov s področja zdravstvenega zavarovanja. Pacientove pravice pa se lahko omejijo, če to tako določajo zakoni s področja zagotavljanja javne varnosti in javnega zdravja ter kadar bi bile ogrožene pravice drugih oseb (3. in 4. odst. 4. člena ZPacP).

## **2.1 Pravica do dostopa do zdravstvene obravnave in zagotavljanje preventivnih storitev**

Pacient ima v skladu s predpisi s področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja **pravico do dostopa do zdravstvene obravnave**. Vsakemu pacientu mora biti torej zagotovljen dostop do zdravstvenih storitev, ki jih narekujejo njegove potrebe glede zdravja.

Pacient ima **pravico do nujne medicinske pomoči**, ki je ni mogoče kakor koli pogojevati, še zlasti ne s plačilom ali napotnico (2. odst. 6. člena ZPacP). Ta člen ZPacP dopolnjuje še 3. odst. 56. člena ZZDej, ki določa, da zdravstveni delavec ne sme odkloniti nujne medicinske pomoči. Tudi ZZdrS vsebuje določbe, ki se nanašajo na nujno zdravniško pomoč, ki obsega nujne storitve, katerih opustitev bi v kratkem času vodila v nepopravljivo in hudo okvaro zdravja ali smrt. Tako pomoč je dolžan nuditi zdravnik v skladu s Kodeksom zdravniške etike (<https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/zbornicni-akti/kodeks-2016.pdf?sfvrsn=2>) in v skladu z dosežki znanosti in strokovno preverjenimi metodami. Tudi ZZdrS določa, da zdravnik ne sme pogojevati nudenja nujne zdravniške pomoči z vnaprejšnjim plačilom (43. člen ZZdrS). Dodatno pa 36. člen ZPacP določa, da se nujna medicinska pomoč otroku lahko opravi tudi, kadar jo starši ali skrbnik zavrnejo.

ZPacP določa, da:

- a) je **nujna medicinska pomoč** neodložljivo ravnanje, ki je potrebno za ohranitev življenjsko pomembnih funkcij ali za preprečitev nepopravljivega in hudega poslabšanja zdravstvenega stanja;<sup>63</sup>
- b) **nujna zobozdravstvena pomoč** vključuje zdravstvene storitve, ki jih zobozdravnik, drug zdravstveni delavec ali zdravstveni sodelavec izvaja zaradi poškodb, močnejših krvavitev, infekcij in hudih stalnih bolečin v področju ustne votline in zob za preprečitev nepopravljivega in hudega poslabšanja zdravstvenega stanja;
- c) **nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene in zobozdravstvene storitve** vključujejo zdravstvene storitve, kot jih opredeljujejo predpisi s področja zdravstvenega zavarovanja (12. do 12b. tč. 2. člena ZPacP).

Pacient pa ima tudi pravico do ustreznih **preventivnih zdravstvenih storitev** za ohranitev njegovega zdravja in preprečitev bolezni (3. odst. 6. člena ZPacP). Iz navedenega izhaja, da zdravstvena dejavnost ne zajema zgolj kurativne medicine, torej medicine, ki se ukvarja z zdravljenjem bolezni, ampak zajema tudi preventivno medicino, ki se ukvarja s preprečevanjem bolezni in ohranjanjem zdravja. Zato je treba zagotoviti dostop do zdravstvenih storitev tudi v primeru, ko še ni nastopila bolezen (Kraljić, 2006: 264).

Pravica do dostopa do zdravstvene obravnave in zagotavljanje preventivnih storitev je **deklarativne narave**, saj je njena realizacija odvisna od standardov medicinske stroke, finančnih zmožnosti zdravstvenega sistema in opredelitve preventivnih programov. Zaradi tega je treba to razumeti predvsem kot napotilo za prizadevanje za čim širše zagotavljanje tovrstnih storitev (Brulc & Pirc Musar, 2008: 26).

---

<sup>63</sup> Prim. VSL Sodba II Cp 1547/2018 (ECLI:SI:VSLJ:2019:II.CP.1547.2018), 6. februar 2019: »Na podlagi izvedenih dokazov je sodišče prve stopnje pravilno zaključilo, da je bilo tožniku potrebno nuditi nujno medicinsko pomoč, saj je bilo tožnikovo psihično zdravstveno stanje takšno, da bi lahko resno ogrozilo njegovo zdravje. Nujna medicinska pomoč je neodložljivo ravnanje, ki je potrebno za ohranitev življenjsko pomembnih funkcij ali za preprečitev nepopravljivega in hudega poslabšanja zdravstvenega stanja (12. točka 2. člena ZPacP).«

## 2.2 Pravica do enakopravnega dostopa in obravnave pri zdravstveni obravnavi

**Načelo enakosti** predstavlja danes temelj vseh mednarodnih instrumentov, ki s svojo vsebino posegajo na področje človekovih pravic. Pomembnosti tega načela se je zavedal tudi slovenski zakonodajalec, saj to izhaja tudi iz 14. člena Ustave Republike Slovenije (Uradni list RS, št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121, 140, 143, 47/13 – UZ148, 47/13 – UZ90, 97, 99, 75/16 – UZ70a -v nadaljevanju: URS), po katerem je vsakomur potrebno zagotoviti enake človekove pravice brez razlikovanja glede na narodnost, raso, spol, jezik, vero, politično ali drugo prepričanje, gmotno stanje, rojstvo, izobrazbo, družbeni položaj ali katerokoli drugo osebno okoliščino. Splošno določilo o enakosti je zajeto tudi v ZPacP. Pacienta je treba spoštovati kot človeka in spoštovati je treba tudi njegova moralna, kulturna, verska, filozofska in druga osebna prepričanja (1. al. 3. člena ZPacP).<sup>64</sup>

Konkretizacija **prepovedi diskriminacije** pa je podana v 7. členu ZPacP. Vsak pacient ima namreč pravico do enake obravnave pri zdravstveni oskrbi ne glede na spol, narodnost, raso ali etnično poreklo, vero ali prepričanje, invalidnost, starost, spolno usmerjenost ali drugo osebno okoliščino.<sup>65</sup> Na prvi pogled izgleda, da je krog razlogov, ki jih ZPacP navaja in na podlagi katerih ne sme biti razločevanja, izredno ozek, saj številni drugi mednarodni in domači pravni akti zajemajo precej širšo paleto razlogov. Vendar pa je treba opozoriti, da formulacije prepovedi diskriminacije po ZPacP ni ozka, saj gre za zgolj primeroma navedene možne diskriminatorne podlage (takšne, ki se verjetno največkrat pojavljajo) na eni strani, medtem ko si na drugi strani ZPacP pušča »odprta vrata« za morebitne druge razloge, ki bi lahko bili podlaga za diskriminatorno obravnavanje pacientov.

Prepoved diskriminatornega obravnavanja pacientov izhaja tudi iz 1. člena **Oviedske konvencije** (Konvencije o varstvu človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja v zvezi z uporabo biologije in medicine – Uradni list RS – Mednarodne pogodbe, št. 17/98), ki varuje dostojanstvo in identiteto vseh

<sup>64</sup> ZDZdr v svojem 1. odst. 3. člena prepoveduje diskriminacijo na podlagi duševne motnje.

<sup>65</sup> Prim. *VSM Sodba I Cp 494/2018* (ECLI:SI:VSMB:2018:1.CP.494.2018), 10. julij 2018: »Prvostopenjsko sodišče zato pravilno zaključuje, da je toženka zdravljenje tožnika v zobozdravstveni ordinaciji zavrnila zaradi okužbe s HIV ter s tem ravnala protipravno, saj je tožnika diskriminirala, ker mu zaradi zdravstvenega stanja ni omogočila pravice do enake obravnave pri zdravstveni oskrbi, v zvezi s tem pa je tožniku nastala nepremoženjska škoda v obliki duševnih bolečin, ki so se manifestirale z občutki užaljenosti, ponižanosti in prizadetosti.«

človeških bitij. Vsakomur je treba brez razlikovanja jamčiti duševno in telesno nedotakljivost ter druge pravice in temeljne svoboščine v zvezi z uporabo biologije in medicine. Oviedska konvencija<sup>66</sup> pa nadalje še vsaki državi pogodbenici nalaga, da sprejme v svojo notranjo zakonodajo ukrepe, potrebne za uresničitev njenih določb.

Tudi KEZZNO nalaga izvajalcem zdravstvene nege in oskrbe, da skrbijo za ohranitev življenja in zdravja ljudi. Svoje delo opravljajo strokovno, kakovostno, varno, sočutno, vestno, odgovorno, celovito in zanesljivo Spoštujejo človekove pravice, dostojanstvo in zasebnost pacienta v vseh stadijih zdravja, bolezni in umiranju, pravico pacienta do izbire in odločanja, njegove vrednote, navade, duhovna prepričanja posameznika, družine in skupnosti.

ZPacP pa namenja poleg splošnih še posebne pravice otrokom in drugim ogroženim skupinam (npr. starostniki, osebe z težavami v duševnem zdravju, ...). Tako imajo npr. otroci imajo v času stacionarne in druge zdravstvene obravnave pravico do stalnega spremstva enega od staršev ali druge osebe, ki skrbi za otroka, razen če so podani razlogi, zaradi katerih to ne bi bilo v otrokovo korist (1. in 4. odst. 8. člena ZPacP).

### 2.3 Pravica do proste izbite zdravnika in izvajalca zdravstvene dejavnosti

Pacient ima pravico, da prosto izbere zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev, ki mu bo zaupal svoje zdravljenje (9. člen ZPacP). Zdravnik in izvajalec zdravstvene dejavnosti, ki ga je pacient izbral, lahko pod pogojem, da ne gre za nujno medicinsko pomoč, pacientovo izbiro zavrne le v posebej utemeljenih primerih, ko bi bilo zdravljenje predvidoma manj uspešno ali nemogoče ali kadar tako določa zakon (npr. ugovor vesti<sup>67</sup>). Zdravnik mora v primeru zavrnitve pacientu predlagati izbiro drugega zdravnika ali izvajalca zdravstvenih storitev ter razloge za zavrnitev pacientu pojasniti v pisni obliki v osmih dneh od izražene pacientove izbire (10. člen ZPacP).

---

<sup>66</sup> Oviedsko konvencijo je 19. januarja 2020 ratificiralo 29 držav. Več glej <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/164/signatures> (19.1.2020).

<sup>67</sup> Pravico do ugovor vesti ureja 46. člen Ustave RS: »Ugovor vesti je dopusten v primerih, ki jih določa zakon, če se s tem ne omejujejo pravice in svoboščine drugih oseb.« S pravico do ugovora vesti se je uvarjalo tudi Ustavno sodišče RS v zadevi U-I-276/00 (ECLI:SI:USRS:2003:U.I.276.00), 6. november 2013.

## 2.4 Pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave

Zdravstvena dejavnost se izvaja na **primarni** (osnovna zdravstvena dejavnost in lekarniška dejavnost), **sekundarni** (specialistična ambulanta in bolnišnična dejavnost) in **terciarni ravni** (dejavnost klinik, kliničnih inštitutov ali kliničnih oddelkov ter drugih pooblaščenih zdravstvenih zavodov). Ne glede na raven, na kateri se izvaja zdravstvena dejavnost, ima pacient, v skladu z medicinsko doktrino, pravico do:

- a) **primerne oskrbe** - kot primerna se šteje tista zdravstvena oskrba, ki je skladna s pacientovimi potrebami ter zmožnostmi zdravstvenega sistema v RS in temelji na enostavnih, preglednih in prijaznih administrativnih postopkih ter vzpostavlja s pacientom odnos sodelovanja in zaupanja;
- b) **kakovostne oskrbe** - kakovostna zdravstvena oskrba je tista, ki dosledno dosega izide zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami, ob upoštevanju temeljnih načel kakovosti, kot so uspešnost, varnost, pravočasnost, kontinuiteta, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenje na pacienta;
- c) **varne zdravstvene oskrbe** - varna zdravstvena oskrba je tista, ki preprečuje škodo za pacienta v zvezi s samim zdravljenjem in v zvezi z okoliščinami fizične varnosti bivanja ali zadrževanja pri izvajalcu zdravstvenih dejavnosti (11. člen ZPacP).<sup>68</sup>

Pri stacionarni obravnavi mora izvajalec zdravstvene dejavnosti zagotoviti pogoje za uresničevanje pravice pacienta do ustrezne verske duhovne oskrbe (Kraljić, 2016a: 45-55).<sup>69</sup>

---

<sup>68</sup> Glej tudi *VSRS sodba II Ips 176/2011* (ECLI:SI:VSRS:2012:II.IPS.176.2011), 13. september 2012: »Zdravnik je dolžan pacienta pregledati in opraviti preiskave z diagnostičnimi sredstvi ter na ta način pridobiti potrebne izvide in točno diagnozo. Do napake lahko pride ali v napačnem izvidu ali v neizčrpanju vseh diagnostičnih preiskav, ki so bile na voljo, ali v napačni presoji, interpretaciji zbranih izvidov. Po presoji revizijskega sodišča bi bilo prestogo zahtevati od skrbnega operaterja, da še enkrat preveri vsak posamezni izvid internista, ker bi to pomenilo, da bi moral operater sam pribaviti vsak izvid. V tem primeru so si bili posamezni zdravniki med seboj prirejeni in velja načelo zaupanja. Vsak, ki sodeluje pri zdravljenju istega pacienta, se lahko zanese na to, da so vsi ostali člani svoje obveznosti izpolnili strokovno in s potrebno skrbnostjo. Le v primeru, da drug zdravnik očitno ni kos svojim nalogam (zaradi zapitosti, boleznj, preobremenjenosti, izčrpanosti) in ko je v stanju, ki mu več ne omogoča, da bi izpolnjeval svoje dolžnosti, le takrat se zaupanje lahko spremeni v dvom in nezaupanje.«

<sup>69</sup> Glej tudi 25. člen *Zakon o verski svobodi* (Uradni list RS, št. 14/07, 46/10 – odl. US, 40/12 – ZUJF in 100/13), ki se nanaša na versko duhovno oskrbo v bolnišnicah in socialnovarstvenih zavodih, ki opravljajo institucionalno varstvo).

## 2.5 Pravica do spoštovanja pacientovega časa

Pacient ima pravico, da se njegov čas spoštuje, zato mora izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe poskrbeti za najkrajši možni čakalni čas in čakalno dobo v okviru razumnega časa. ZPacP opredeljuje:

- a) **čakalna doba** je v dneh izraženo obdobje od uvrstitve na čakalni seznam do dejanske izvedbe zdravstvene storitve. Šteje se, da čakalna doba obstaja, če navedeno obdobje znaša več kot en dan
- b) **čakalni čas** je v minutah izraženo čakanje v čakalnici pred ambulanto, in sicer od s terminom dogovorjenega časa začetka izvedbe zdravstvene storitve do njenega dejanskega začetka.
- c) **čakalni seznam** je elektronska zbirka podatkov zaporedno vpisanih pacientov, ki čakajo na izvedbo določene zdravstvene storitve pri izbranem izvajalcu zdravstvene dejavnosti oziroma zdravstvenem delavcu (3. do 5. tč. 2. člena ZPacP).

Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe organizira delo tako, da se pacientu zagotovi čim hitrejša zdravstvena obravnava. Izvajalec zdravstvene dejavnosti pacienta obravnava v skladu z vrstnim redom na čakalnem seznamu oziroma v naročilni knjigi in vrstnega reda ne sme spreminjati, razen če ta zakon ne določa drugače. Pri tem pa je treba pacientu nujno medicinsko pomoč, nujno zobozdravstveno pomoč ali nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene in zobozdravstvene storitve omogočiti takoj (2. in 3. odst. 14. člena ZPacP).

Če izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe zdravstvene storitve ne more opraviti takoj in ne gre za nujno medicinsko pomoč, nujno zobozdravstveno pomoč, nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene in zobozdravstvene storitve ali za zdravstvene storitve, za katere se ne vodi čakalni seznam, se pacienta uvrsti na čakalni seznam (4. odst. 14. člena ZPacP).

Najdaljša dopustna čakalna doba v RS je spoštovana, če je čakalna doba za neko zdravstveno storitev pri najmanj enem izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe v okviru najdaljših dopustnih čakalnih dob (5. odst. 14. člena ZPacP).

**Čakalni čas** naj ne bi presegal 30 minut, kar pa ne velja, kadar posamezen zdravstveni delavec / sodelavec v tem času izvaja nujno medicinsko pomoč ali zaključuje zdravstveno storitev predhodno obravnavanega pacienta, ki jo je treba izvesti brez nepotrebnega odlašanja ali prekinitve. Če nastopi katere od dveh okoliščin, je treba paciente v čakalnici sproti obveščati. Omejitev glede čakalnega časa ne velja za ne naročene paciente oziroma za paciente, ki zamudijo na termin. V obeh primerih se bo takšnega pacienta obravnavalo le v prostem terminu, razen če gre za nujno medicinsko pomoč (14a. člen ZPacP).

Izvajalec pacienta uvrsti na čakalni seznam za zdravstveno storitev, pri čemer upošteva stopnjo nujnosti, kadar ne gre za nujno medicinsko pomoč, nujno zobozdravstveno pomoč ali nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene in zobozdravstvene storitve in zdravstvene storitve ni mogoče opraviti takoj. **Stopnja nujnosti** se določi v skladu z največjo zdravstveno koristjo pacienta, pri čemer se upošteva razumen čas. Določi jo zdravnik, ki pacienta napoti na zdravstveno storitev, na podlagi uveljavljenih sodobnih medicinskih smernic, svoje strokovne presoje in ob upoštevanju prejšnjega odstavka. Stopnja nujnosti se označi na napotni listini. Stopnje nujnosti so:

- a) nujno;
- b) zelo hitro;
- c) hitro,
- d) redno (14b. člen ZPacP).

Pacient je za isto zdravstveno storitev lahko uvrščen na **čakalni seznam največ pri enem izvajalcu**, in sicer največ na en termin oziroma okvirni termin. Omejitev glede števila terminov oziroma okvirnih terminov ne velja za kontrolni pregled (5. odst. 15. člena ZPacP). Pacient se lahko naroči elektronsko, po pošti, po telefonu in osebno v ordinaciji (2. odst. 15a. člena ZPacP).

Pacient ali v njegovem imenu njegov ožji družinski član lahko brez navajanja razlogov **odpove termin** najpozneje deset dni pred izvedbo zdravstvene storitve, in sicer le enkrat v okviru iste napotitve in le v okviru napotitve s stopnjo nujnosti hitro ali redno. Poznejša odpoved termina je dopustna le iz pacientovih objektivnih razlogov, pri čemer pacient razlog za odpoved sporoči pisno. V primeru odpovedi iz objektivnih razlogov ne veljajo omejitve glede odpovedi termina le enkrat v okviru iste napotitve in napotitve v okviru stopnje nujnosti hitro ali redno. Po preteku 30

dni od termina odpoved ni mogoča niti v primeru pacientovih objektivnih razlogov. Če pacient ne pride na termin in termina ne odpove ustrezno (**neopravičena odsotnost**), se ga črta s čakalnega seznama in napotna listina preneha veljati. Pacient se lahko na čakalni seznam za to zdravstveno storitev pri tem izvajalcu znova uvrsti šele po poteku treh mesecev od termina, na katerem je bil neopravičeno odsoten. Ta rok ne velja, če izvajalec presodi, da taka omejitev neposredno ogroža pacientovo zdravstveno stanje ali zdravstveno obravnavo (1. do 3. odst. 15b. člena ZPacP).

Pacient prejme izvid takoj oziroma najpozneje v sedmih dneh po opravljeni zdravstveni storitvi, razen če je strokovno utemeljeno, da je rok za izdajo izvida daljši oziroma krajši. V nujnih primerih, tudi v primerih suma na maligno obolenje oziroma tekom zdravljenja malignega obolenja, se izvid pacientu izda takoj (2. odst. 18. člena ZPacP).

## 2.6 Pravica do obveščeni in sodelovanja

Pacient ima pravico, da zdravstveni delavci / sodelavci z njim govorijo ali drugače komunicirajo v slovenskem jeziku ali v jeziku narodne skupnosti na območjih lokalnih skupnosti, kjer je poleg slovenskega jezika uradni jezik tudi italijanski oziroma madžarski jezik (19. člen ZPacP). Gre za izpeljavo 11. člena URS, ki določa, da je uradni jezik v Sloveniji slovenščina, na območjih občin, v katerih živita italijanska in madžarska narodna manjšina, pa je uradni jezik tudi italijanščina in madžarščina. Pri komuniciranju z pacientom je treba spoštovati njegovo osebnost. To se lahko kaže v načinu ogovarjanja. Pacienta kličemo po imenu in priimku s spoštljivim nazivom (npr. gospod), ki ustreza njegovi starosti. Tikanje ni primerno oziroma je lahko omejeno samo na paciente mlajše generacije. Spoštljivo nazivanje in vikanje daje pacientu občutek, da se ga jemlje resno in da bo imel možnost sodelovanja v poteku zdravljenja (Mohar, 1997: 107).

Pacient ima pravico v skladu s 1. odst. 20. člena ZPacP, da je zaradi uresničevanja pravice do samostojnega odločanja o zdravljenju in pravice do sodelovanja v procesu zdravljenja obveščen o:

- a) svojem zdravstvenem stanju in verjetnem razlogu ter posledicah bolezni ali poškodbe;
- b) cilju, vrsti, načinu izvedbe, verjetnosti uspeha ter pričakovanih koristih in izidu predlaganega medicinskega posega oziroma predlaganega zdravljenja;



- c) možnih tveganjih, stranskih učinkih, negativnih posledicah in drugih neprijetnosti predlaganega medicinskega posega oziroma predlaganega zdravljenja, vključno s posledicami njegove opustitve;
- d) morebitnih drugih možnosti zdravljenja;
- e) postopkih in načinov zdravljenja, ki v RS niso dosegljivi ali niso pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Zdravnik, ki je odgovoren za zdravljenje, mora pacientu v celoti in pravočasno pojasniti navedena pojasnila v neposrednem stiku, obzirno, na pacientu razumljiv način oziroma skladno s pacientovimi individualnimi sposobnostmi sprejemanja informacij. Za operativni ali drug medicinski poseg, ki je povezan z večjim tveganjem ali večjo obremenitvijo, poda razumljiva ustna in pisna pojasnila zdravnik, ki bo opravil medicinski poseg. Če pa to ni možno, pa drugi zdravnik, ki je usposobljen za tak medicinski zdravnik (1. odst. 20. člena ZPacP).<sup>70</sup>

Pacient ima pravico do sprotnega in podrobnega obveščanja o poteku zdravljenja ter po koncu medicinskega posega oziroma zdravljenja pravico do obveščeniosti o rezultatu zdravljenja oziroma morebitnih zapletih. Če pacient ni sposoben odločanja o sebi, se uresničuje ta pravica v skladu z zmožnostmi, ki jih dopušča njegova sposobnost razumevanja (2. in 3. odst. 20. člen ZPacP). Pacient ima pravico, da po pridobitvi omenjenih pojasnil, dejavno sodeluje pri izbiri načina zdravljenja (21. člen ZPacP).

Zdravnik lahko pacientu le izjemoma zamolči podatke o njegovem zdravstvenem stanju, če zdravnik glede na okoliščine oceni, da bi mu takšno obvestilo povzročilo resno zdravstveno škodo. Gre za ti. **terapevtski privilegij** ali **obzirni molk zdravnika**,<sup>71</sup> ki je možen, če bi informacija o bolezni pomenila za pacienta veliko

---

<sup>70</sup> Glej tudi VSRS sklep II Ips 140/2015 (ECLI:SI:VSRS:2016:II.IPS.140.2015), 10. november 2016: »Sodišči prve in druge stopnje pri presoji o ustrežnosti danega pojasnila nista ocenili pomembne okoliščine, da poseg ni bil nujen in da nesporno prinaša specifična in zelo pogosta tveganja zlasti nastanka vnetja trebušne slinavke z visokim tveganjem smrtnosti. Pri oceni tudi nista upoštevali, da je pomembno, do kakšne mere so bile res potrjene indikacije za ta poseg, saj gre za tako zahtevno preiskavo, da se po navedbah izvedenca ne opravlja v diagnostične ampak v terapevtske namene, ko so indikacije že jasne. Izvedenec namreč ni mogel z gotovostjo ugotoviti, ali je bila predhodno opravljena EUZ preiskava (endoskopski ultrazvok), saj izvida v dokumentaciji ni bilo (da naj bi bil EUZ opravljen izhaja le iz dopisa Diagnostičnega Centra A.). Pomembno je namreč, ali naj bi se poseg opravil v diagnostične ali terapevtske namene, saj bi moral zdravnik v primeru, če indikacije z izvidi niso bile jasno potrjene, tožniko še toliko bolj opozoriti na tveganje zapletov pri tej preiskavi ali morda celo na nespametnost opravljanja posega.«

<sup>71</sup> Glej VSL vmesna sodba II Cp 1164/2014 (ECLI:SI:VSLJ:2014:II.CP.1164.2014), 17. september 2014: »Tožena stranka kot zdravstvena ustanova objektivno odgovarja za ravnanje svojih delavcev, kar pa ne pomeni, da je za samo škodno dejanje objektivno odgovorna, saj zdravljenja ni mogoče šteti za nevarno dejavnost, ki bi opravičevala uporabo pravil o odgovornosti po načelu vzročnosti. Zdravstvena ustanova tako vselej odgovarja krivdno, pri čemer je razmerje med bolnikom in zdravstveno ustanovo pogodbene narave. Nاپotnica mora biti izpolnjena na način, da že iz same njene vsebine izhaja nujnost pregleda oziroma posega in se lahko na tej podlagi opravi osnovno triaziranje – to je določitev vrstnega reda pregledov oziroma posegov glede na njihovo potrebnost oziroma

breme ter če bi lahko poslabšala njegovo zdravstveno stanje (Čizmić, 2008: 238). Zamolčanja pa ne sme biti, če je to pacient, ki je sposoben odločanja v svojo najboljšo zdravstveno korist, izrecno zahteval popolno obveščenost. Razloge za zamolčanje podatkov se ločeno dokumentira v zdravstveni dokumentaciji (1. odst. 22. členu ZPacP). Zdravnik mora spoštovati zahtevo, da se mu podatki o njegovem zdravstvenem stanju ne sporočijo, razen če bi drugim grozila resna zdravstvena škoda. **Načelo avtonomije** omogoča pacientu tudi, da se odloči, da se mu podatki o njegovem zdravju ne sporočijo, kar mora zdravnik spoštovati. Če pa bi zaradi pacientove neobveščenosti lahko bila povzročena resna zdravstvena škoda njemu ali drugim, pa ga je kljub njegovi odločitvi o neobveščanju o njegovem zdravstvenem stanju potrebno seznaniti ter poučiti o nadaljnjem ravnanju. Na primer: pacient se je slabo počutil, ko je prišel v bolnišnico. Zdravniku reče, da ne želi vedeti, kaj mu je. Pri pregledu se ugotovi, da ima pacient sars. Zdravnik je v takšnem primeru dolžan pacienta obvestiti, kaj pomeni omenjena bolezen zanj in za druge. To pomeni, da se lahko odstopi od načela pacientove avtonomije glede varovanja podatkov, saj so lahko pacientove pravice in s tem tudi pravica oziroma načelo avtonomije omejene z zakonskimi predpisi s področja zagotavljanja javne varnosti in javnega zdravja ter v primerih, ko bi bile ogrožene pravice drugih. Če je pacient zbolel za nalezljivo boleznijo, je z zakonom določenih primerih potrebno sprejeti ustrezne ukrepe (npr. karantena) ter po potrebi obvestiti določene osebe ali institucije (npr. šola, delodajalec, družina). Gre torej za izpeljavo načela *neminem laedere*.

Pacient ima pravico vedeti, kdo ga zdravi in kdo sodeluje pri njegovem zdravljenju. V ordinaciji, ambulanti ali na drugem mestu, kjer se opravlja zdravstvena obravnava, je v čakalnici ali na drugem vidnem mestu objavljeno osebno ime in strokovni ter morebitni znanstveni naziv zdravstvenega delavca / sodelavca ter njegova časovna dostopnost. Zdravstveni delavec / sodelavec, ki ima neposredni stik s pacientom, ima na vidnem mestu oznako z navedbo osebnega imena in strokovnega ter morebitnega znanstvenega naziva ter se pacientu osebno predstavi. V prostorih mora biti objavljen tudi naziv pravne in fizične osebe, s katero ima izvajalec

---

*njujnost. ZZDej ne priznava t.i. terapevtskega privilegija, to je pravice zdravnika, da sam odloči, v kolikšni meri bo bolnika poučil oziroma seznanil z diagnozo ter z riziki, ki jih s seboj prinaša medicinski poseg. Odklonitev pojasnila ima svojo podlago le tedaj, če bi pojasnilo škodljivo vplivalo na bolnikovo zdravstveno stanje. Zdravnikova pojasnjevalna dolžnost je izrednega pomena, ne le v postopku samega zdravljenja, temveč že v postopku pridobivanja dokončne diagnoze na podlagi suma, zaradi katerega je napoten na specialistično obravnavo, saj se le tako lahko zagotovi, da bo pacient nemudoma odreagirjal oz. da se pacient seznanil o posledicah, če ne bo ravnal po napolitil splošnega zdravnika. Z možnostjo verjetnosti preživetja sta tožnika dokazala, da je dejanje, katerega vzročno povezanost s škodnim dogodkom je presojalo sodišče, povečalo verjetnost nastanka škodnega dogodka. S tem, ko sta tožnika torej dokazala, da bi imel pokojni D. s pravilnim ravnanjem delavke tožene stranke možnost preživetja, je na toženo stranko prešlo dokazno breme, da bi prišlo do škode posledice, torj D. smrti, kljub temu, če bi delavka tožene stranke ravnala pravilno. Zdravstvena kartoteka je javna listina, kar pomeni, da dokazuje resničnost tistega, kar se v njej potrjuje ali določa.»*

zdravstvenih storitev sklenjeno pogodbo za izvajanje laboratorijskih in drugih storitev (23. člen ZPacP).

Če zdravstveno storitev pacient delno ali v celoti plača sam, mu izvajalec (zasebni in javni) predhodno predloži pisno informacijo o predvidenih stroških zdravstvenih storitev. Po opravljeni zdravstveni storitvi pacient prejme račun za opravljene zdravstvene storitve ter uporabljena zdravila in medicinske pripomočke (1. odst. 25. člena ZPacP).

## 2.7 Pravica do samostojnega odločanja o zdravljenju

URS v svojem 2. st. 18. člena določa, da je na človeku prepovedano delati medicinske ali druge znanstvene poskuse brez njegove svobodne privolitve. Dodatno pa v 3. odst. 51. člena še določa, da nikogar ni mogoče prisiliti k zdravljenju, razen v primerih, ki jih določa zakon. Iz navedenega izhaja, da je v bistvo svobodna privolitev v medicinske in druge zdravstvene poskuse povzdignjena v ustavno kategorijo. S tem je poudarjena teža in pomen svobodne privolitve, kar je odraz grozot druge svetovne vojne, ko so v koncentracijskih taboriščih izvajali različne medicinske poskuse na taboriščnikih, seveda brez njihove privolitve (npr. Mengele, Klauberg in Pokorny v Auschwitzu; Rascher in Eppinger v Dachau) (Brumec, 2008: 128-129). Te poskuse so izvajali »v imenu znanosti in za dobro nemškega naroda«. Temu posledično temu je bil takoj po drugi svetovni vojni (1947) sprejet **Nürnberški kodeks**, ki predstavlja skupek etičnih načel za izvajanje raziskovanja in poskusov na ljudeh. Iz Nürnberškega kodeksa jasno izhaja, da je prostovoljna privolitev v sodelovanje ključnega pomena. Pri tem mora biti njena odločitev svobodna, brez prisile, strahu in prevare. Pacient mora imeti dovolj informacij in zadostno stopnjo razumevanja, da lahko sprejme svojo odločitev. Zaradi tega mora biti deležen obrazložitve narave, namena in trajanja eksperimenta, o uporabljenih metodah ter o morebitnih neprijetnostih in nevarnostih, ter učinkih na njeno zdravje (Kraljić, 2016b: 303-317).

V 26. členu ZPacP je določeno, ima pacient **pravico do samostojnega odločanja o zdravljenju**. Načeloma pacientu, ki je sposoben odločanja o sebi, brez njegove poprejšnje svobodne in zavestne privolitve ni dovoljeno opraviti medicinskega posega oziroma zdravstvene obravnave. Temeljno načelo je torej, da je potrebno pridobiti privolitev pacienta (pojasnilna dolžnost, Aufklärungspflicht, informed consent). Pacient lahko da privolitev ustno, z dejanjem oziroma ravnanjem, iz

katerega je mogoče zanesljivo sklepati, da pomeni privolitev, ali pisno, kadar tako določa zakon. Iz navedenega sklepamo, da je v razmerju do pacienta zelo pomembna tudi neverbalna komunikacija (molk, pogled, stisk roke, poslušanje...). Ti neverbalni načini komuniciranja omogočajo, da se pacient počuti bolje. Pacient namreč spremlja, gleda in posluša zdravnika ali medicinsko sestro, in mimika, gestika in ton glasu marsikdaj pacientu povedo več kakor besede (Mohar, 1997: 111).

Privolitev se lahko da tudi za več medicinskih posegov skupaj, če predstavljajo funkcionalno celoto v okviru postopka zdravljenja. Kadar pa pacient ne more dati pisne privolitve, lahko da privolitev tudi ustno v prisotnosti dveh polnoletnih prič, kar je treba dokumentirati na predpisanem obrazcu skupaj z navedbo razloga nezmožnosti. Če pa je pacient v medicinski poseg privoli, noče pa podati pisne privolitve, je treba to dejstvo in morebitne razloge dokumentirati na predpisanem obrazcu in potrditi s podpisom dveh polnoletnih prič.

Da bi se lahko pacient lahko pravilno odločil, je treba opraviti pojasnilno dolžnost določen čas pred posegom. To naj bi pacientu omogočilo, da bi lahko na razumen način premislil o samem medicinskem posegu oziroma zdravstveni oskrbi in posledicah (pozitivnih in morebitnih negativnih) tega medicinskega posega oziroma zdravstveni oskrbi. Niti ZPacP niti ZZdrS pa ne določata minimalnega časa, kdaj naj bi zdravnik opravil pojasnilno dolžnost. V obrazložitvi Evropski listini o pacientovih pravicah se glede pojasnilne dolžnosti navaja, da naj bi se slednja opravila vsaj 24 ur pred medicinskim posegom oziroma zdravstveno oskrbo (European Charter of Patient's Rights, 2002: 5).

Avtonomija pacienta naj bi pacienta potegnila iz pasivnosti v soodgovornost, saj je v njegovih rokah, da se sam odloča o medicinskem posegu oziroma zdravstveni oskrbi (Troschke & Schmidt, 1983: 15). Kadar se opravlja pogovor z namenom pojasnitve, naj to ne bo monolog zdravnika, ampak naj bo dialog med pacientom in zdravnikom. Velja načelo, da bolj je nujen in potreben medicinski poseg, toliko manj obširna naj bo razlaga, in obratno (Misliwetz & Ellinger, 1992: 138). Pri tem je treba poudariti, da pojasnitev ne sme biti opravljena pisno, ampak jo mora opraviti oziroma jo lahko ustno opravi samo zdravnik (Deutsch & Spickhoff, 2008: 199; Miličinski, 1982: 79).

Zdravstveni poseg se sme torej opraviti šele, ko je zdravnik glede medicinskega posega opravil svojo pojasnilno dolžnost. To pomeni, da je pacient bil o posegu poučen in da lahko na podlagi pridobljenih informacij odloči, ali naj se poseg opravi ali ne. Potrebna je torej prostovoljna privolitev (prim. tudi 5. člen Oviedske konvencije).

Privolitev pacienta je potrebna tudi v primeru:

- a) sodelovanja v učnem procesu, zlasti ob prisotnosti drugih oseb med izvajanjem zdravstvene oskrbe zaradi zdravstvenega izobraževanja;
- b) uporabe zdravstvenih podatkov za namene, ki ne predstavljajo zdravljenja;
- c) seznanjanja tretjih oseb z zdravstveno dokumentacijo;
- d) sporočanja informacij o zdravstvenem stanju tretjim osebam;
- e) sodelovanja v medicinskih raziskavah;
- f) preiskav na njemu odvzetem biološkem materialu, pri čemer se te lahko opravijo samo za potrebe njegovega zdravljenja, razen če morebitno drugo rabo biološkega materiala ureja poseben zakon;
- g) razpolaganje s telesom ali deli telesa po njegovi smrti za potrebe medicinskega izobraževanja in znanstvenih raziskav v primeru odvzemu in presaditve delov človeškega telesa zaradi zdravljenja;
- h) darovanje organov, tkiv ali celic v času življenja in po smrti (3. odst. 26. člena ZPacP).

Če pacient ni sposoben odločanja o sebi ali ni zmožen izraziti svoje volje, se lahko opravi nujna medicinska pomoč brez njegove privolitve (28. člen ZPacP). Medicinski poseg oziroma zdravstvena obravnava, ki ne pomeni nujne medicinske pomoči in ki ni povezan z večjim tveganjem ali večjo obremenitvijo, se lahko pacientu opravi brez njegove privolitve pod naslednjimi pogoji:

- a) pacient ni sposoben odločanja o sebi;
- b) zdravnik ni vedel ali ni mogel vedeti, da je pacient, pacientov zdravstveni pooblaščenec, pacientov zakoniti zastopnik ali druga oseba, ki lahko poda privolitev, posegu nasprotoval;
- c) da privolitve iz prejšnje točke ni bilo možno pridobiti v razumnem času;
- d) ter da je medicinski poseg oziroma zdravstvena oskrba pacientu v največjo zdravstveno korist (29. člen ZPacP).

Pacient, ki je sposoben odločanja o sebi, ima pravico zavrniti predlagani medicinski poseg oziroma zdravstveno obravnavo. Zavrnitev pacienta pa se ne upošteva, če bi zaradi njegove zavrnitve bilo ogroženo življenje ali zdravje drugih (1. odst. 30. člena ZPacP), kar je podano v primeru določenih nalezljivih bolezni po ZNB. Če zdravnik, ki pacienta zdravi, oceni, da je pacientova odločitev v nasprotju z njegovo najboljšo zdravstveno koristjo in bi zavrnitev lahko ogrozila njegovo življenje ali povzročila nepopravljivo in hudo poslabšanje njegovega zdravstvenega stanja, mora poskusiti pacienta o tem prepričati, po potrebi pa za pomoč zaprositi pacientove ožje družinske člane oziroma predlagati pacientu pridobitev drugega mnenja (2. odst. 30. člena ZPacP). Osnovna pacientova pravica je torej, da lahko poda zavrnitev tudi v primeru, če bi medicinski poseg oziroma zdravstvena obravnava lahko rešila ali podaljšala pacientovo življenje. Če pacient izrazi zavrnitev, mu mora zdravnik pojasniti, kako bo to vplivalo na njegovo zdravstveno stanje. Zavrnitev medicinskega posega ali zdravstvene obravnave, ki je pacientu nesprejemljiva zaradi verskih prepričanj, kulturne tradicije ali drugih osebnih razlogov, je potrebno ustrezno spoštovati. Pacientova zavrnitev pa ne sme imeti posledic v odnosu zdravstvenih delavcev / sodelavcev do pacienta (3. odst. 30. člen ZPacP).

Pacient ima pravico kadar koli prekliče privolitev kakor tudi zavrnitev medicinskega posega oziroma zdravstvene obravnave (31. člen ZPacP).

Pravna ureditev **posebnih varovalnih ukrepov** predstavljajo eno izmed večjih novosti, ki jih je prinesle novela ZPacP v 31a. členu. Za zagotavljanje kakovostne in varne zdravstvene obravnave se lahko namreč izvaja ukrep telesnega oviranja s pasovi oziroma posebni varovalni ukrep. Posebni varovalni ukrep je nujen ukrep, ki se uporabi zaradi omogočanja zdravljenja pacienta ali zaradi odprave ali obvladovanja nevarnega vedenja pacienta:

- a) kadar je ogroženo njegovo življenje ali življenje drugih, huje ogroženo njegovo zdravje ali zdravje drugih ali s svojim ravnanjem povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim in;
- b) ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugim, blažjim ukrepom.

Posebni varovalni ukrep uvede lečeči zdravnik in pacienta, zoper katerega je uveden posebni varovalni ukrep, je treba nadzorovati, spremljati njegove vitalne funkcije in obravnavati ves čas trajanja posebnega varovalnega ukrepa v skladu s sodobno medicinsko doktrino. Posebni varovalni ukrep lahko traja le toliko časa, kolikor je

nujno potrebno glede na razlog njegove uvedbe, vendar ne več kot štiri ure. Trajanje posebnega varovalnega ukrepa lahko lečeči zdravnik podaljša še za en interval, če za to še vedno obstajajo zgoraj navedeni razlogi. Zdravnik pacienta osebno pregleda po 12 urah od uvedbe ukrepa. Izjemoma lahko posebni varovalni ukrep uvede tudi drug zdravstveni delavec, vendar o tem nemudoma obvesti lečečega zdravnika. Če lečeči zdravnik ukrepa ne uvede, se izvajanje ukrepa takoj opusti in se o tem napravi pisni zaznamek v pacientovo zdravstveno dokumentacijo. Lečeči zdravnik o uvedbi in izvedbi posebnega varovalnega ukrepa v 12 urah pisno obvesti pacientovega ožjega družinskega člana oziroma bližnjo osebo, če pacient nima ožjih družinskih članov, in zastopnika pacientovih pravic, razen če pacient, ki ima po uvedenem ukrepu sposobnost odločanja o sebi, temu obvestilu izrecno nasprotuje. Zastopnika pacientovih pravic se obvesti le, kadar si ga je pacient izbral, kadar pacient nima ožjega družinskega člana oziroma ne določi bližnje osebe ali kadar se ožji družinski član ali bližnja oseba tem obvestilom pisno odpove.

## 2.8 Pravica do upoštevanja vnaprej izražene volje

Pacient, ki je sposoben odločanja o sebi in je dopolnil 18 let starosti, lahko določi osebo, ki bo v primeru in za čas njegove nesposobnosti odločanja o sebi odločala o njegovi zdravstveni obravnavi in drugih pravicah. Ta oseba se imenuje **pacientov zdravstveni pooblaščenec** (1. odst. 32. člena ZPacP), ki je lahko oseba, ki je sposobna odločanja o sebi in je dopolnila 18 let starosti. Pacientov zdravstveni pooblaščenec ima pravico do seznanitve s pacientovo zdravstveno dokumentacijo in njegovim zdravstvenim stanjem ter pojasniti, ki so pomembna za odločanje o zdravstveni obravnavi. Pacient postavi svojega zdravstvenega pooblaščenca s pisnim pooblastilom, na katerem mora biti pacientov podpis overjen. V pooblastilu lahko pacient določi navodila in usmeritve glede zdravstvene obravnave ter morebitne omejitve pravice do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo in njegovim zdravstvenim stanjem (3. odst. 32. člena ZPacP). Dano pooblastilo lahko pacient kadar koli prekliče s pisno izjavo, pri čemer ZPacP za odpoved ne zahteva overitve. Pooblastilo lahko v vsakem trenutku s pisno izjavo odpove tudi pooblaščenec, razen če bi odpoved lahko povzročila resno zdravstveno škodo za pacienta (4. odst. 32. člena ZPacP). Podatki o pacientovem zdravstvenem pooblaščenecu so izvajalcu zdravstvenih storitev dostopni prek centralnega registra podatkov o pacientih.

Pacient, ki je sposoben odločanja o sebi in je dopolnil 18 let starosti, lahko s pisno izjavo izključi ali omeji osebe, ki so upravičenci do odločanja o njegovi zdravstveni obravnavi po ZPacP, za primer ko ni sposoben odločanja o sebi. Ta podatek izvajalec zdravstvenih storitev dobi prek centralnega registra podatkov o pacientih.

Pacient, ki je sposoben odločanja o sebi in je dopolnil 18 let starosti, ima pravico, da se upošteva njegova volja o tem, kakšne zdravstvene obravnave ne dovoljuje, če bi se znašel v položaju, ko ne bi bil sposoben dati veljavne privolitve, če:

- a) bi trpel za hudo boleznijo, ki bi glede na dosežke medicinske znanosti v kratkem času vodila v smrt tudi ob ustreznem medicinskem posegu oziroma zdravstveni oskrbi in tako zdravljenje ne daje upanja na ozdravitev oziroma izboljšanje zdravja ali lajšanje trpljenja, ampak samo podaljšuje življenje;
- b) bi mu medicinski poseg oziroma zdravstvena oskrba podaljšala življenje v položaju, ko bo bolezen ali poškodba povzročila tako hudo invalidnost, da bo pacient dokončno izgubil telesno ali duševno sposobnost, da bi skrbel zase (1. odst. 34. člena ZPacP).

Omenjeno vnaprej izraženo voljo pacienta iz točke a) je za zdravnika zavezujoča, volja iz točke b) pa mora biti upoštevana kot smernica pri odločanju o zdravljenju (2. odst. 34. člena ZPacP). Vnaprej izraženo voljo je treba upoštevati, ko nastopi položaj, ki ga predvideva navedena opredelitev, in če hkrati ne obstoji utemeljen dvom, da bi pacient voljo v teh okoliščinah preklical (3. odst. 34. člen ZPacP). Vnaprej izražena volja mora biti dokumentirana na predpisanem obrazcu (4. odst. 34. člena ZPacP). Izbrani osebni zdravnik in zastopnik pacientovih pravic pacienta pred izjavljanjem vnaprej izražene volje natančno poučita o pomenu in posledicah njegove odločitve. Pisno izjavo vnaprej izražene volje pacient lahko pacient kadar koli s pisno izjavo spremeni ali prekliče (6. odst. 34. člena ZPacP) (glej več Kraljić, 2016c: 44-55).

## 2.9 Pravica do preprečevanja in lajšanja trpljenja

Pacient ima pravico, da se brez odlašanja ukrene vse potrebno za odpravo ali največjo možno **ublažitev bolečin in drugega trpljenja**, povezanega z njegovo boleznijo. Nadalje ima pacient pravico, da se pri njegovi zdravstveni oskrbi po strokovnih standardih preprečijo nepotrebne bolečine in drugo trpljenje, povezano z medicinskim posegom. Pacient v končni fazi bolezni in pacient z neozdravljivo



boleznijo, ki povzroča hudo trpljenje, ima pravico do paliativne obravnave (39. člen ZPacP). Po definiciji WHO iz leta 2002 je paliativna obravnava je obravnava pacientov z neozdravljivo boleznijo in njihovih najbližjih. Njen namen je izboljšati kakovost življenja pacientov in njihovih bližnjih s preventivnimi ukrepi in lajšanjem trpljenja tako, da omogočimo zgodnje odkrivanje, oceno in ustrezno obravnavo bolečine ter drugih telesnih, psiholoških, socialnih in duhovnih težav

## 2.10 Pravica do drugega mnenja

Da bi se zagotovila maksimalna zaščita, ima pacient pravico do drugega mnenja (ti. *second opinion*) (Čizmić, 2008: 240). **Drugo mnenje** je mnenje enega ali več drugih zdravnikov o oceni nekega zdravstvenega stanja oziroma predvidenem postopku zdravstvene obravnave pacienta, ki potrdi, ovrže ali spremeni oceno določenega zdravstvenega stanja oziroma predviden postopek zdravstvene obravnave pacienta, ki jo izvaja lečeči zdravnik (5. tč. 2. člena ZPacP).

Pacient ima pravico kadarkoli pridobiti drugo mnenje na vseh ravneh (primarni sekundarni, terciarni). Drugo mnenje poda zdravnik, ki ima po pridobitvi licence najmanj pet let delovnih izkušenj s področja, za katero se zahteva drugo mnenje. Zahteva za pridobitev drugega mnenja za pacienta ne sme imeti negativnih posledic pri nadaljnji zdravstveni obravnavi pri lečečem zdravniku. Ne glede na vsebino drugega mnenja ohranja lečeči zdravnik neodvisnost in odgovornost pri sprejemanju strokovnih odločitev. Zdravnik poda drugo mnenje na podlagi predložene zdravstvene dokumentacije, lahko pa opravi tudi pregled pacienta ali opravi oziroma predlaga dodatne zdravstvene storitve. Zdravstveno dokumentacijo, ki je podlaga za drugo mnenje, lahko zdravniku, ki bo podal drugo mnenje, posreduje na zahtevo pacienta lečeči zdravnik ali pacient sam (40. člen ZPacP).

## 2.11 Pravica do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo

V skladu z 41. členu ZPacP ima pacient ob prisotnosti zdravnika ali drugega zdravstvenega delavca / sodelavca, če se je predhodno identificiral in izkazal pravno podlago, pravico do neoviranega vpogleda in prepisa zdravstvene dokumentacije (*medical documentation*), ki se nanaša nanj. Fotokopiranje ali drugo reprodukcijo zdravstvene dokumentacije mora zagotoviti izvajalec zdravstvenih storitev. Verodostojno reprodukcijo slikovne dokumentacije, ki se ne hrani v elektronski obliki, je izvajalec zdravstvenih storitev dolžan zagotoviti, če razpolaga s tehničnimi

sredstvi, ki to omogočajo. Pacientu oziroma njegovemu pooblaščenцу ali drugi osebi, ki ima pravico do seznanitve, se omogoči seznanitev pod pogojem, da je zagotovljena njihova identifikacija in izkazana pravna podlaga (2. odst. 41. člena ZPacP). To pravico je izvajalec zdravstvenih storitev dolžan pacientu omogočiti takoj ali najpozneje pet delovnih dni po prejemu zahteve. To svojo pravico lahko pacient uveljavlja največkrat največ dvakrat mesečno. Izvajalec lahko za to zaračuna materialne stroške preslikave oziroma druge reprodukcije in posredovanja. Pacient pa ima pravico zahtevati tudi:

- a) da se dodajo njegove pripombe k zapisom v zdravstveni dokumentaciji,
- b) osnovna ustna pojasnila o vsebini zdravstvene dokumentacije, razen kadar pacient prejme izčrpna pojasnila;
- c) izčrpna ustna pojasnila o vsebini zdravstvene dokumentacije, če glede posameznih delov dokumentacije ni prejel pojasnil.

Razen pacienta samega pa imajo pravico do seznanitve s pacientovo zdravstveno dokumentacijo tudi osebe, ki so bodisi po zakonu ali po pooblastilu (ti. pacientov zdravstveni pooblaščenec) pacienta upravičene do odločanja o pacientovi zdravstveni obravnavi.<sup>72</sup>

Pravica do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo pa se razteza tudi na čas po pacientovi smrti. To pravico imajo:

- a) osebe, ki so za obdelavo podatkov pooblaščene z zakonom;
- b) osebe, za katere je pacient predhodno dal izrecno privolitev v pisni obliki;
- c) pacientov zakonec, zunajzakonski partner, partner iz partnerske zvez, otroci in posvojenci, kadar teh oseb ni, pa pacientovi starši;
- d) osebe, ki za to izkažejo pravni interes z ustrežno listino.

---

<sup>72</sup> Glej tudi *VSRS sodba in sklep II Ips 202/2013* (ECLI:SI:VSRS:2014:II.IPS.202.2013), 11. december 2014: »Ni mogoče mimo dolžne skrbnosti zdravstvenih zavodov pri ravnanju z zdravstvenimi podatki, hrambi vseh dokumentov, vsebin oziroma gradiva, nastalega v sklopu zdravstvene obravnave pacienta, še posebej ko vsebujejo po eni strani občutljive osebnostne podatke po drugi strani pa za sodne in druge postopke pomembne dokaze, kot je v tem primeru. Vsaj v času, dokler ne potečejo zastaralni roki, je razumno pričakovati, da v tovrstnih zahtevnih in kompleksnih primerih poskrbijo tudi za ustrežno hrambo ključnih in bistvenih vsebin dokumentov in zapisov, torej hrambo, ki bo omogočala uporabnost in nespremenljivost vsebine dokumentov, na tehnično ustrezen način (z reprodukcijo v fizični ali digitalni obliki, ki zagotavlja avtentičnost, ali s hrambo v ustreznih prostorih ali na drug način zavarovano pred škodljivimi vplivi in podobno).«

## 2.12 Pravico do varstva zasebnosti in osebnih podatkov

Zasebnost je predmet 8. člena Evropske konvencije o človekovih pravicah in temeljnih svoboščinah (Uradni list RS-MP, 7/1994 - v nadaljevanju: EKČP), ki določa, da ima vsakdo pravico do spoštovanja zasebnega in družinskega življenja.<sup>73</sup> Javna oblast se lahko v to pravico vmeša samo, če je to določeno z zakonom in nujno v demokratični družbi zaradi državne varnosti, javne varnosti ali ekonomske blaginje države, zato da se prepreči nered ali zločin, da se zavaruje zdravje ali morala ali da se zavarujejo pravice in svoboščine drugih ljudi. Iz navedenega izhaja, da je zdravje osnovna človeška vrednota, ki je v današnji družbi kakor pri posameznikih visoko rangirana, saj se lahko z njo omeji zasebnost posameznika, kot temeljna človekova pravica.

Iz 43. člena ZPacP izhaja, da morajo izvajalci pri vsakokratni zdravstveni oskrbi spoštovati **pacientovo zasebnost**, zlasti njegova moralna kulturna, verska, filozofska in druga osebna prepričanja, ob upoštevanju medicinske doktrine. Pacientu se omogoči, da so pri medicinskem posegu oziroma zdravstveni obravnavi navzoči le zdravstveni delavci oziroma zdravstveni sodelavci, ki opravljajo medicinski poseg oziroma zdravstveno obravnavo ter osebe, ki imajo v konkretnem primeru pravico do privolitve v medicinski poseg oziroma zdravstveno oskrbo, če pacient ni sposoben odločanja o sebi in če je to glede na naravo medicinskega posega oziroma zdravstvene oskrbe izvedljivo druge osebe, če tako določa ZPacP. Osebe, katerih navzočnost je potrebna za potrebe zdravstvenega izobraževanja, pa so lahko navzoče le s predhodno privolitvijo pacienta.

V skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov (Uradni list RS, št. 94/2007 – UPB1 - v nadaljevanju: ZVOP) in ZPacP ima pacient **pravico do zaupnosti osebnih podatkov**. Gre za uresničevanje temeljne človekove pravice, kar se uresničuje tudi skozi mnoge mednarodne dokumente kakor tudi skozi ustavno določbo 38. člena URS, ki prepoveduje uporabo osebnih podatkov v nasprotju z namenom njihovega zbiranja. Konkretizacija uresničevanja varstva osebnih podatkov in s tem določila glede zbiranja, obdelovanja, namena uporabe, nadzora in varstva tajnosti osebnih podatkov pa je podana v ZVOP (2. odst. 38. člena URS). Ker pa predstavlja ZPacP v razmerju do ZVOP *lex specialis*, je treba glede konkretizacije varstva osebnih podatkov na tem področju upoštevati ZPacP. Osebnosti

---

<sup>73</sup> Pravica do zasebnosti je urejena tudi v 35. členu URS, ki zagotavlja nedotakljivost človekove telesne in duševne celovitosti, zasebnosti in osebnostnih pravic.

podatek je katerikoli podatek, ki se nanaša na posameznika, ne glede na obliko, v kateri je izražen.

S pacientovimi zdravstvenimi in drugimi osebnimi podatki morajo zdravstveni delavci / sodelavci ravnati tudi v skladu z **načelom zaupnosti**. Osebni podatki pacienta se lahko uporabljajo samo v skladu z namenom zbiranja, za vsako drugo uporabo in obdelavo njegovih zdravstvenih in drugih osebnih podatkov, pa dopustno samo na podlagi pacientove privolitve ali privolitve oseb, ki imajo pravico do privolitve v medicinski poseg ali zdravstveno obravnavo, če pacient ni sposoben odločanja o sebi. Po pacientovi smrti pa lahko dajo privolitev njegovi ožji družinski člani, razen če je pacient to pisno prepovedal. Izjemoma pa je druga uporaba in obdelava osebnih podatkov dovoljena:

- a) za namene epidemioloških in drugih raziskav, izobraževanja, medicinskih objav ali druge namene, če pacientova istovetnost ni ugotovljiva;
- b) za namene spremljanja kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe pacientova, če istovetnost ni ugotovljiva;
- c) če prijavo zdravstvenega stanja zahteva zakon;<sup>74</sup>
- d) kadar se zaradi potreb zdravljenja podatki posredujejo drugemu izvajalcu zdravstvenih storitev;
- e) kadar to določa drug zakon (44. člen ZPacP).

Zdravstveni delavci / sodelavci ter osebe, ki so jim zaradi narave njihovega dela podatki dosegljivi, so dolžni kot **poklicno skrivnost** varovati vse, kar pri opravljanju svojega poklica ali dela zvedo o pacientu, zlasti informacije o njegovem zdravstvenem stanju, njegovih osebnih, družinskih in socialnih razmerah ter informacije v zvezi z ugotavljanjem, zdravljenjem in spremljanjem bolezni ali poškodb. Te dolžnosti lahko zavezanca, bodisi deloma ali popolnoma, razreši:

- a) pacient;
- b) starši oziroma skrbnik za otroka pred dopolnjenim 15. letom starosti;

---

<sup>74</sup> To je podano po ZNB, ki določa, da mora zdravnik takoj po postavljeni diagnozi oziroma sumu nalezljive bolezni prijaviti pristojnemu zavodu za zdravstveno varstvo: vsak pojav nalezljive bolezni iz 8. člena ZNB (npr. šen, vrančni prisad, kolera, kuga itd.) ali smrt zaradi nje; vsak sum na davico, gnojni meningitis, virusno hemoragično mrzlico, kolero, kugo, ošpice, otroško paralizo, pljučni antraks in steklino; vsako epidemijo ali sum na epidemijo nalezljive bolezni; vsako izločanje povzročitelja trebušnega tifusa, drugih salmonel, šigel, kampilobaktra, jersinije in lamblije; vsako nosilstvo virusov hepatitisa B in C, povzročiteljev aidsa in povzročiteljev malarije; vsak ugriz in stik s steklo živaljo ali na steklino sumljivo živaljo (14. člen ZNB).

- c) starši oziroma skrbnik za otroka po dopoljenem 15. letu starosti, če so informacije potrebne za izvrševanje starševske skrbi oziroma skrbništva, otrok pa sporočanja ni prepovedal;
- d) oseba, ki je imela pravico do privolitve v medicinski poseg oziroma zdravstveno oskrbo, če pacient ni bil sposoben odločanja o sebi, vendar samo glede informacij o zdravstvenem stanju, ki so vezane na medicinski poseg oziroma zdravstveno oskrbo, v katero je privolila;
- e) sodišče;
- f) drugе osebe, kadar tako določa zakon (2. odst. 45. člena ZPacP).

Tudi KEZZNO (5. člen) določa, da zaposleni v zdravstveni negi zavezani k poklicni molčečnosti in ohranjajo zaupnost osebnih podatkov, pri izmenjavi informacij med sodelavci uporabljajo strokovno presojo (prim. tudi Uvod KZE ).

Zdravnik lahko sporoči informacije o zdravstvenem stanju pacienta, če je to nujno potrebno za varovanje življenja ali preprečitev hudega poslabšanja zdravja drugih oseb. Zdravnik mora naznaniti *sum storitve kaznivega dejanja* zoper življenje in telo, kaznivega dejanja zoper spolno nedotakljivost ter kaznivega dejanja zoper zakonsko zvezo, družino in mladino, pri katerih je bil kot oškodovanec udeležen otrok (3. odst. 45. člena ZPacP).

Kadar pa zdravnik izda neupravičeno skrivnost, za katero je izvedel kot zdravnik pri opravljanju svojega poklica, se kaznuje z denarno kaznijo ali zaporom do enega leta. Za navedeno dejanje pa se ne kaznuje, če izda skrivnost zaradi splošne koristi ali upravičenega interesa javnosti ali zaradi koristi koga drugega, če je ta korist večja kakor ohranitev skrivnosti ali če je z zakonom določena odveza dolžnosti varovanja skrivnosti. Pregon v primeru storitve tega kaznivega dejanja se začne na zasebno tožbo (142. člen KZ-1).<sup>75</sup>

---

<sup>75</sup> Prim. VSRS sodba I Ips 78/2000 (ECLI:SI:VSRS:2001:I.IPS.78.2000), 7. november 2001: »V skladu s 3. odstavkom 51. člena ZZD je lahko sodišče zdravstvenega delavca odveže dolžnosti varovanja poklicne skrivnosti. S tem ko ga postavi za izpovedca, je s strani sodišča podana taka odveza.«

### 3 Pacientove dolžnosti

Z uresničevanjem načela pacientove avtonomije pa nastopijo za pacienta (in tudi svoje) mnoge dolžnosti in odgovornosti. Dolžnosti lahko delimo na dolžnosti, katerih namen je, da se pacient izogne lastni škodi (npr. skrb za zdravje s preventivnimi ukrepi). V drugo skupino spadajo dolžnosti, katerih namen je odklonitev ali zmanjšanje že nastale škode (npr. jemanje tablet proti visokemu pritisku). Pacientove dolžnosti pa lahko delimo tudi glede nato, čigavi zaščiti so namenjene. Tako so lahko namenjene zaščiti pacienta ali pa zaščiti tretjih oseb (npr. v primeru nalezljivih bolezni). V prvem primeru lahko govorimo o dolžnosti, saj njihova kršitev ni povezano s pravno sankcijo, medtem ko v drugem primeru govorimo o odgovornosti. Za njihovo kršitev je lahko predpisana tudi kazenska sankcija, oškodovana oseba pa lahko zahteva tudi odškodnino za nastalo škodo, povrnitev v prejšnje stanje idr.. Pacientove dolžnosti lahko delimo tudi glede na njihov izvor. Nekatere lahko izvirajo iz obveznosti, ki jih imajo osebe ena do druge (npr. spoštovanje), medtem ko druge predstavljajo odgovornosti državljanov, ki jih imajo v socialni državi (npr. obvezno zdravljenje primerih, določenih z zakonom) (več glej tudi Kraljić, 2015: 123-133).

Za uspešno zagotavljanje sistema kakovostne in varne zdravstvene obravnave in s tem tudi varstva pacientovih pravic, pa je treba poudariti, da ima pacient tudi dolžnosti, in sicer:

- a) dejavno sodelovati pri varovanju, krepitvi in povrnitvi lastnega zdravja;
- b) v času bolezni ravnati v skladu s prejetimi strokovnimi navodili in načrti zdravljenja, v katere je ustno oziroma pisno privolil;
- c) dati pristojnemu zdravniku in drugim pristojnim zdravstvenim delavcem oziroma zdravstvenim sodelavcem vse potrebne in resnične informacije v zvezi s svojim zdravstvenim stanjem, ki so mu znane in so pomembne za nadaljnjo zdravstveno oskrbo, zlasti podatke o svojih sedanjih in preteklih poškodbah ter boleznih in njihovem zdravljenju, boleznih v rodbini, morebitnih alergijah in zdravilih, ki jih uživa;
- d) obvestiti zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce o nenadnih spremembah zdravstvenega stanja, ki se pojavijo med zdravljenjem;
- e) biti obziren in spoštljiv do zasebnosti in drugih pravic drugih pacientov ter zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev;

- f) spoštovati objavljene urnike, hišni red in predpisane organizacijske postopke izvajalcev zdravstvenih storitev;
- g) pravočasno obvestiti izvajalca zdravstvenih storitev o morebitnem izostanku na pregled ali zdravljenje (54. člen ZPacP).

## Viri

- European Charter of Patient's Rights, Basic Document, Rome, November 2002, str. 5.
- Evropske konvencije o človekovih pravicah in temeljnih svoboščinah: Uradni list RS-MP, 7/1994.
- Kodeks etike zaposlenih v zdravstveni negi in oskbi (KEZZNO): Uradni list RS, št. 13/17.
- Kodeks zdravniške etike. Pridobljeno: <https://www.zdravnikazbornica.si/docs/default-source/zbornicni-akti/kodeks-2016.pdf?sfvrsn=2> (9.1.2020).
- KONVENCIJE O VARSTVU ČLOVEKOVIH PRAVIC IN DOSTOJANSTVA ČLOVEŠKEGA BITJA V ZVEZI Z UPORABO BIOLOGIJE IN MEDICINE: UARDNI LIST RS - MP, ŠT. 17/98.
- Ustava Republike Slovenije (URS): Uradni list RS, št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121, 140, 143, 47/13 – UZ148, 47/13 – UZ90, 97, 99, 75/16 – UZ70a).
- Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr): Uradni list RS, št. 77/08; 46/15.
- Zakon o nalezljivih boleznih (ZNB): Uradni list RS, št. 33/06 – UPB.
- Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP): Uradni list RS, št. 15/08; 55/17.
- Zakon o varstvu osebnih podatkov (ZVOP): Uradni list RS, št. 94/2007 – UPB1.
- Zakon o zdravniški službi (ZZdrS): Uradni list RS, št. 72/06 – UPB, 15/08 – ZPacP, 58/08, 107/10 – ZPPKZ, 40/12 – ZUJF, 88/16 – ZdZPZD, 40/17, 64/17 – ZZDej-K, 49/18.
- Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej): Uradni list RS, št. 23/05 – UPB, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US.

## Literatura

- Brulc, U. & Pirc Musar, N. (2008), *Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP)* (Ljubljana: GV Založba), str. 26.
- Brumec, V. (2008). *Kratka zgodovina medicine* (Maribor : Založba Pivec), str. 128-129.
- Čizmić, J. (2008). Pravo pacijenata na obaviještenost, s posebnim osvrtom na zaštitu tajnosti podataka o zdravstvenom stanju pacijenata, *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci 1/2008*, str. 238.
- Deutsch, E. & Spickhoff, A. (2008). *Medizinrecht: Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinprodukte-recht und Transfusionsrecht*, 6. Auflage (Heidelberg: Springer), str. 199.
- Kraljić, S. & Ivanc, T. (2014). Od ignorance do "salami slicing-a" - problematika redkih bolezni, V: Kraljić, S. (ur.), Reberšek Gorišek, J. (ur.) & Rijavec, V. (ur.). *Medicina in pravo : sodobne dileme III* (Maribor: Pravna fakulteta), str. 135-150.
- Kraljić, S. (2006). Pravice pacientov v luči bodoče ureditve, *Zbornik Pravne fakultete Univerze v Mariboru 2006*, str. 264.

- Kraljić, S. (2015). Pacientove dolžnosti in odgovornosti. V: Kurtović Mišić, A. (ur.). *Zbornik radova s međunarodnog simpozija Medicinsko pravo u sustavu zdravstvene djelatnosti, [Plitvice], 13. i 14. studenog 2015. godine* (Split: Pravni fakultet), str. 123-133.
- Kraljić, S. (2016a) Religijska, duhovna in kulturna raznolikost v zdravstveni oskrbi. V: Kraljić, S. (ur.), Reberšek Gorišek, J. (ur.) & Rijavec, V. (ur.). *Razmerje med pacientom in zdravnikom : konferenčni zbornik : 25. posvet Medicina in pravo* (Maribor: Pravna fakulteta: Lexonomica press), str. 45-55.
- Kraljić, S. (2016b). Pojasnilna dolžnost in informirana privolitev - odprti problemi v slovenski pravni ureditvi in sodni praksi. V: Kurtović Mišić, A. (ur.), et al. *Zbornik radova s međunarodnog simpozija, 2. hrvatski simpozij medicinskog prava* (Split: Pravni fakultet), str. 303-317.
- Kraljić, S. (2016c). Pravo pacienta na zdravstvenog opunomoćenika. V: Cerjan, S. (ur.). *Aktualna pravna problematika u zdravstvu, IX. kongres pravnika u zdravstvu s međunarodnim sudjelovanjem* (Varaždin: Udruga pravnika u zdravstvu), str. 44-55.
- Miličinski, J. (1982). *Medicinska etika in deontologija* (Ljubljana: Dopolna delavska univerza Univerzum), str. 79.
- Missliwetz, J. & Ellinger, A. (1992) *Recht für Ärzte und Medizinstudenten* (Wien: Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung), str. 138.
- Mohar, P. (1997), *Temelji medicinske etike in deontologije* (Ljubljana: Zavod RS za šolstvo), str. 107.
- Troschke, J. von & Schmidt, H. (Hrsg) (1983). *Ärztliche Entscheidungskonflikte, Falldiskussionen aus rechtlicher, ethischer und medizinischer Sicht*, Medizin und Recht, Band 12 (Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag), str. 15.



### III. poglavje

# PODATKI O ZNANSTVENEM PROJEKTU

SUZANA KRALJIĆ IN JOZO ČIZMIĆ

	Slovenija	Hrvaška
<b>Sodelujoča fakulteta</b>	Pravna fakulteta Univerze v Mariboru	Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu
<b>Naslov / Naziv</b>	Pravno varstvo pacientovih pravic, obveznosti in odgovornosti (Legal protection of patient's rights, duties and responsibilities)	Prava, obveze i odgovornosti pacijenata u ostvarivanju pravne zaštite (Legal protection of patient's rights, duties and responsibilities)
<b>Status projekta</b>	Mednarodni bilateralni slovensko-hrvaški znanstveno-raziskovalni projekt	Međunarodni bilateralni slovensko-hrvatski znanstveno-istraživački projekt
<b>Odobren</b>	Odlučba Skupnega odbora za znanstveno in tehnološko sodelovanje med Republiko Slovenijo in Republiko Hrvaško, 16. zasedanje, 10. april 2018, Ljubljana	Odluka Zajedničkog povjerenstva za znanstvenu i tehnološku suradnju između Republike Hrvatske i Republike Slovenije, 16. Zasedanje održano 10. Travnja 2018. U Ljubljani
<b>Oznaka projekta</b>	BI-HR/18-19-034	BI-HR/18-19-034
<b>Trajanje projekta</b>	23.4.2018-31.12.2019	23.4.2018-31.12.2019

<b>Znanstveno področje projekta / Znanstveno področje projekta</b>	Pravo – Družbene vede – biomedicinske vede	Pravo – Društvene znanosti – biomedicinske znanosti
<b>Vodja projekta /voditelj projekta</b>	Izr. prof. dr. Suzana Kraljić, izredna profesorica (Pravna fakulteta Univerze v Mariboru)	prof. dr. Jozo Čizmić, redoviti profesor u trajnom zvanju (Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu)
<b>Sodelavci na projektu / suradnici na projektu</b>	Red. prof. dr. Vesna Rijavec izr. prof. dr. Tjaša Ivanc izr. prof. dr. Tomaž Keresteš red. prof. dr. Janja Hojnik as. Katja Drnovšek mladi raziskovalec Kristjan Zahrastnik Katja Markač Hrovatin	prof. dr. sc. Dinka Šago prof. dr. sc. Ines Medić, prof. dr. sc. Marija Boban prof. dr. sc. Blanka Ivančić Kačer prof. dr. sc. Mirko Klarić doc. dr. sc. Ivan Vukušić doc. dr. sc. Maja Proso

### Vsebina projekta Slovenija

Skladno s predpostavkami razpisa, ima predloženi projekt interdisciplinarno naravo in pripada 1. in 7. prioritetenemu področju. Zdravje in varstvo zdravja ljudi ima prvovrzedni pomen tak o za posameznika kakor tudi za celotno družbo. Vendar, kot je navedeno v Preambuli Evropske listine o pacientovih pravicah, nacionalni zdravstveni sistemi v EU zaradi svoje raznolikosti i predstavljajo „rizik za pravice pacientov, potrošnikov, uporabnikov, članov družine, ranjive populacije in navadne ljudi“. To pa zato, ker so pravice proklamirane v teoriji mnogokrat neu resničljive v praksi. Razlogi so mnogokrat finančne narave, vendar pa je neredko vzrok tudi neadekvatna zakonska regulativa. Kljub obstoju različnih instrumentov, ki varujejo pravice p acientov na mednarodnem nivoju (npr. Oviedska konvencija, Evropska listina o pacientovih pravicah, Direktiva 2011/24/EU), je odgovornost za razvoj in implementacijo pravic zagotavlje nih z mednarodnimi pravnimi akti še naprej v izključni domeni nacionalne države. Zaradi tega mehanizmi zaščite varirajo, od sprejemanja posebne zakonodaje glede pravic pacientov d o relativno nizke stopnje pravnega varstva. RH je že 2004 sprejela poseben Zakon o varstvu u pacientovih pravic, vendar razvoj zdravstvene dejavnosti nenehno terja priznavanje novih in preverjanje obstoječih pacientovih pravic. Ravno iz teh razlogov novi hrvaški Zakon o varstvu pravic, dolžnosti in odgovornosti pacientov redefinira obstoječe pravice (pravica do soodločanja, pravica do obveščenosti, pravica na zavrnitve prejema

obvestila, pravica do zasebnosti – pravica do dostojanstva in zasebnosti), hkrati pa ureja tudi nove pravice (pravica do enakosti, pravica do izogibanja nepotrebnim bolečinam, pravica do spoštovanja pacientovega časa in dajanje zdravstvene storitve v razumnem roku ter pravica do pritožbe). Posebna pozornost je posvečena tudi opredelitvi postopka učinkovitega varstva pacientovih pravic ter n.Ormiranju nepristranskih postopkov, ki omogočajo takšno varstvo ter vodenju simetrije med koriščenje pacientovih pravic ter izpolnjevanjem dolžnosti in odgovornosti pacienta. Končno, z omenjenim zakonom se v pravni red RH prenaša Direktiva 2011/24/EU, s katero se izvajalci zdravstvenega varstva v RH zavezujejo na dajanje vseh ključnih informacij, da bi se čezmejnimi pacientom omogočila izbira po informiranje, vključno z informacijami o možnostih zdravljenja, dostopnosti, kakovosti in varnosti zdravstvenega varstva kakor tudi na dajanje jasnih računov in jasnih informacij o cenah, kakor tudi o stanju stvari z njihovo odobritvijo ali prijavo, o njihove zavarovalniškem kritju ali o drugih načinih osebnega ali skupnega varstva z oziroma na profesionalno odgovornost. To je še posebej pomembno v razmerju do držav članic EU s posebnim poudarkom na RS, h kateri s ciljem uresničevanja zdravstvenega varstva gravitira znatno število državljanov RH, in obratno. V tem smislu in z vidika hrvaških in slovenskih pacientov, bi bilo zelo koristno sodelovati pri eventualni izdelavi predloga o modalitetah uresničevanja obveznosti, ki jih za RS in RH prinaša omenjena Direktiva. Razen tega, je RS v postopku zagotavljanje pravnega varstva pacientovih pravic v znatni prednosti pred RH, saj je 2008 sprejela Zakon o pacientovih pravicah, ki prav tako vsebuje podrobno razdelan pritožbeni postopek kakor tudi možnost mirnega reševanja sporov med pacienti in izvajalci zdravstvenih storitev. Izkušnje pridobljene skoraj z desetletno uporabo ZPacP v RS so lahko koristne tudi za RH pri bodočem promoviranju pravnega varstva pacientovih pravic. Zaradi tega se hrvaški in slovenski raziskovalci soglasni glede nujnosti potrebe pričujočega projekta. Projekt bo vključeval primerjalnopravno analizo hrvaške in slovenske zakonodaje na področju varstva pacientovih pravic, ter njihovo implementacijo v medicinski praksi tako v RH kakor tudi v RS. Razen tega je tudi potrebna analiza obstoječih mednarodnih dokumentov ter primerov, ki se nanašajo na kršitve pacientovih pravic, s katerimi se ukvarja ESČP kakor tudi SEU, saj so zavezujoče narave. Cilj raziskovanja je ugotoviti, ali so pacienti in zdravstveni delavci v RH in RS zadostno obveščeni (zdravstveno pismeni) ter če obstajajo razlike v poznavanju in razumevanju pacientovih pravic med pacienti in zdravstvenimi delavci. Pravna fakulteta v Splitu (PFS) in Pravna fakulteta v Mariboru (PFM) sta že uspešno sodelovali na bilateralnem projektu „Priznanje in izvršitev tujih sodnih odločb v nacionalnih sistemih Slovenije in Hrvaške ter v sklopu Evropskega

sodnega prostora“ med 1.1.2007 in 31.12.2008. PFS od akademske ga leta 2008/9 izvaja „Poslijediplomski specijalistički studij Medicinsko pravo“, PFM pa organizira že 26. let posvete „Medicina in pravo“. Pri obeh fakultetah deluje tudi Center za medicinsko pravo, na PFS še dodatno podružnica „Hrvatske udruge za zdravstveno pravo i etiku“. PFS je bil tudi organizator „Savjetovanja iz medicinskog prava (2009, 2011)“, njegovi predava telji so bili tudi referenti na posvetovanjih v organizaciji PFM in obratno. Na PFS je od 2011 a ktiven interni projekt „Medicinskopravna znanost, zakonodavstvo i praksa u svjetlu pristupa nja RH EU“. PFM izdaja revijo „Medicine, Law & Society“, ki izhaja 2x letno, na drugi stopnji študija pa je predmet Medicinsko pravo, katerega nosilka je Suzana Kraljić, ki kot predavateljica sodeluje pri licenčnem izobraževanju medicinskih sester v RS, je nosilka predmetov, pove znih s pacientovimi pravicami na FZV UM kakor tudi urednica revije Medicine, Law and Society. Predvideno je, da bodo raziskovalci v prvem letu projekta naredili primerjalnopravno anali zo stanja v nacionalnih ureditvah RS in RH. V drugem letu je predvidena analiza pridobljenih rezultatov v razmerju do mednarodnih dokumentov ter sodne prakse. Končni cilj projekta je ugotovitev področij, katerih regulacija ni adekvatna ter da se na podlagi pridobljenih skupni h rezultatov oblikujejo skupni predlogi za posodobitev in izboljšanje pravnega varstva pacientovih pravic.

### **Ključne besede Slovenija**

profesionalna odgovornost / čezmejno zdravstveno varstvo / ranljive skupine

### **Vsebina projekta Hrvaška**

Sukladno uvjetima Natječaja, predloženog projekt je interdisciplinarnog karaktera i pripada 1. i 7 prioritetnom području. Zdravlje i zaštita zdravlja ljudi imaju prvorazredan značaj kako za pojedinca, tako i za društvo kao cjelinu. Međutim kao što je navedeno u Preambuli Europske povelje o pravima pacijenata "unatoč njihovim različitostima nacionalni zdravstveni sustavi u okviru Europske unije predstavljaju rizik za prava pacijenata, potrošača, korisnika, članova obitelji, ranjive populadje i običnih ljudi". To stoga što su prava proklarnirana u teoriji često neostvariva u praksi. Razlozi su često finansijske prirode, ali nerijetko je uzrok i neadekvatna zakonska regulativa. Unatoc postojanju raličitih instrumenata koji štite prava pacijenata na međunarodnoj razini (primjerice, Konvencija o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine, Europska

povelja o pravirna pacijenata, Direktiva 2011/24/EU Europkog parlamenta i Vijeća od 9. ožujka 2011. o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti) odgovornost za razvoj i implementaciju prava garantiranih međunarodnim pravnim aktirna i dalje je u isključivoj domeni nacionalne države. Stoga mehanizmi zaštite variraju, od donošenja posebnog zakonodavstva u vezi prava pacijenata do relativno niskog stupnja pravne zastite. Republika Hrvatska je još 2004. godine donijela poseban Zakon o zaštiti prava pacijanata, no razvoj zdravstvene djelatnosti stalno nameće priznavanje novih i preispitavanje postojećih prava pacijenata. Upravo iz tih razloqa novi hrvatski Zakon o zaštiti prava, dužnostima i odgovornostima pacijenata redefinira postojeća prava (pravo na suodlučivanje, pravo na obaviještenost, pravo na odbijanje primitka obavijesti, pravo na privatnost, pravo ria dostojanstvo i privatnost), a također i uređuje nova prava (pravo na jednakost, pravo na izbjegavanje nepotrebne boli, pravo na poštivanje pacijentovog vremena i pružanje zdravstvene usluge u razumnom roku te pravo na pritužbu). Posebna pozornost posvećena je i definiranju procesa učinkovite zaštite prava pacijenata te normiranju nepristranih postupaka koji tu zaštitu omogućuju, te uvođenju simetrije između korištenja prava pacijenata i ispunjivanja dužnosti i odgovornosti pacijenata. Konačno, navedenim se zakonom u pravni poredak RH prenosi Direktiva 2011/24/EU, kojom se pružatelj zdravstvene zaštite u RH obvezuju na pružanje svih bitnih informacije kako bi prekograničnim pacijentima omočili odabir nakon informiranja, uključujući informacije i moćnosti liječenja, dostupnosti, kvaliteti i sigurnosti zdravstvene zaštite, te na pružanje jasnih računa i jasnih informacija o cijinama, kao i o stanju stvari s njihovim odobrenjern ili prijavorn, o njihovom osigurateljnomo pokriću iii drugim načinima osobne ili skupne zaštite s obzirorn na profesionalnu odgovonost. Ovo je posebno bitno u odnosu na države članice EU u neposrednom okruženju, s posebnim naglaskom na Sloveniju koja, s ciljem ostvarivanja zdravstvene zaštite, gravitira značajan broj državljana RH. U tom smislu, i s aspekta hrvatskih i slovenskih pacijenata, bile bilo bi veoma koristno suradtvati na eventualnoj izradi prijedloga o modalitetima ostvarivanja obveza nametnutih gore spomenutom Direktivom. Pored toga, Slovenija je u procesu pravne zaštite prava pacijenata u stanovitoj prednosti u odnosu na RH, S obzirorn da je još 2008. g. donijela Zakon o pravima pacijenata koji također sadrži detaljno razrađenu proceduru podnošenja žalbe, ali i mogućnost mirnog rješavanja sporova između pacijenta i pružitelja zdravstvene usluge. Iskustava stečena tijekom sedmogodišnje primjene navedenog zakona za Sloveniju, ali i za Hrvatsku mogu biti od koristi u daljnjem unaprijeđenju pravne zaštite prava pacijenata. Stoga su i hrvatski i slovenski istraživaci suglasni s mišljenjem da postoji potreba za ovim

projektom. Projekt: bi ukjučivao analizu hrvatskog i slovenskog zakonodavstva u području zaštite prava pacijenata, te njegovu implementaciju u medicinsku praksu, kako u Hrvatskoj tako i u Sloveniji. Pored toga, potrebna je i analiza postojećih međunarodnih akata te primjera koji se odnose na kršenje prava pacijenata kojima se bave Europski sud za ljudska prava te Sud EU, koji su također obvezujući za pravnu praksu.

Cilj istraživanja je utvrditi jesu li pacijenti i zdravstveni radnici u republici Hrvatskoj dostatno obaviješteni, te ima li razlike u poznavanju i razumijevanju prava pacijenata između pacijenata i zdravstvenih radnika. Pravni fakultet u Splitu i Pravni fakultet u Mariboru su uspješno surađivali na bilateralnom međunarodnom projektu »Priznanje i izvršenje stranih sudskih odluka u nacionalnim sustavima Slovenije i Hrvatske, te u sklopu Europskog sudskog prostora u razdoblju od 1.1.2007 do 31.12.2008. godine. Pravni fakultet u Splitu od 2008/2009. akademske godine izvodi Poslijediplomski specijalistički studij "Medicinsko pravo" a Pravni fakultet u Maribor održava tradicionalno savjetovanje »Medicina in pravo.« Pri Pravnom fakultetu u Splitu djeluje Centar za medicinsko pravo i podružnica Hrvatske udruge zdravstveno pravo i etiku, Pravni fakultet u Splitu bio je i organizator nekoliko savjetovanja iz medicinskog prava (2009, 2011), a njegovi nastavnici bili su i referenti na savjetovanjima u organizaciji Pravnog fakulteta u Mariboru. Na Pravnom fakultetu u Splitu od 2011. aktivan je interni projekt "Medicinskopravna znanost, zakonodavstvo i praksa u svjetlu pristupanja Republike Hrvatske Europskoj uniji".

Predviđeno je da istraživači, u prvoj godini trajanja projekta, najprije naprave usporednu analizu stanja u nacionalnim zakonodavstvima. U drugoj godini predviđena je analiza dobijenih rezultata u odnosu na međunarodne akte te sudsku praksu. Krajnji cilj projekta je utvrđenje područja, čija regulacija nije adekvatna te da se na podlozi prikupljenih zajedničkih rezultata oblikuju zajednički prijedlozi za osuvremenjivanje i poboljšanje pravne zaštite prava pacijenata.

### **Ključne besede Hrvatska**

Profesionalna odgovornost / prekogranična zdravstvena zaštita / ranljive grupe

**Aktivnosti izvedene v času trajanja projekta in povezane s temo projekta**

aktivnost	število
Sodelavci na bilateralnem projektu so v času trajanja projekta objavili znanstvene in strokovne članke	21
Sodelavci na bilateralnem projektu so v času trajanja projekta izdali monografijo ali bili avtor samostojnega poglavja v monografiji	21 + 1 samostalna monografija
Sodelavci na bilateralnem projektu so v času trajanja projekta kot referenti sodelovali na znanstvenih in strokovnih posvetih – prispevek je bil objavljen	24
Sodelavci na bilateralnem projektu so v času trajanja projekta kot referenti sodelovali na znanstvenih in strokovnih posvetih – brez objave prispevka	4

U okviru bilateralnega projekta održani su sljedeći bilateralni radni sastanci:

u Splitu	u Mariboru
19. 06. 2018.,	20.-23. 09. 2018.,
11. 07. 2018.,	19.-22. 11. 2018.,
24.-27. 10. 2018.,	28.-30. 11. 2018.,
11. 07. 2019.,	29.-30. 03. 2019.,
17.-18. 10. 2019.	

Voditelj i suradnici su u više navrata na teret sredstava projekta putovali u Maribor, odnosno ugošćavali kolegice i kolege iz Maribora u Splitu, a to je vidljivo iz podataka voditeljice financijske službe o utrošenim sredstvima.

Voditelji i suradnici na projektu aktivno su sudjelovali u izradi konzorcijskog ugovora, elaborata i pravilnika o radu međunarodnog hrvatsko-slovenskog združenog studija „Medicinsko pravo“.

Voditelj i suradnici na projektu sudjelovali su više puta kao referenti na međunarodnim i nacionalnim specijaliziranim simpozijima iz područja medicinskog prava.

U skladu s najavom na završetku projekta tiskana je knjiga u elektroničkom obliku – »**Hrestomatija medicinskega prava**« - u kojoj su sadržani neki radovi voditelja i suradnika na projektu (u nakladi Univerzitetne založbe Univerze v Mriboru).



**B.**

**PREGLED PRAVNIH VIROV /  
PREGLED PRAVNIH IZVORA**

Suzana Kraljić, Jozo Čizmić



## **Slovenija**

- Družinski zakonik (DZ): Uradni list RS, št. 15/17, 21/18 – ZNOrg, 22/19 in 67/19 – ZMatR-C.
- Kazenski zakonik (KZ-1): Uradni list RS, št. 50/12 – uradno prečiščeno besedilo, 6/16 – popr., 54/15, 38/16 in 27/17.
- Navodilo o vračanju plačanih stroškov kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev: Uradni list RS, št. 11/10.
- Navodilo za izpolnjevanje obrazca prijave v zavarovanje za invalide: Uradni list RS, št. 10/05, 43/05 in 53/12.
- Navodilo za pripravo poročila o izvajanju dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja v preteklem obdobju izravnave: Uradni list RS, št. 93/05 in 137/06.
- Obligacijski zakonik (OZ): Uradni list RS, št. 97/07 – UPB, 64/16 – odl. US in 20/18 – OROZ631.
- Odredba o določitvi enotne definicije ključnih pojmov v zdravstvu: Uradni list RS, št. 40/14.
- Odredba o določitvi enotnih metodoloških načel, enotnih standardov in standardnih postopkov za zagotovitev enotnosti sistema vodenja zbirk podatkov s področja zdravstvenega varstva: Uradni list RS, št. 4/12.
- Odredba o določitvi vrste in rokov hrambe zdravstvene dokumentacije v Centralnem registru podatkov o pacientih: Uradni list RS, št. 66/15.
- Odredba o seznamu poklicev v zdravstveni dejavnosti: Uradni list RS, št. 4/14.
- Odredba o seznamu standardov, katerih uporaba ustvari domnevo o skladnosti medicinskega pripomočka z zahtevami Zakona o medicinskih pripomočkih: Uradni list RS, št. 28/11 in 15/17.
- Odredba o seznamu zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev: Uradni list RS, št. 6/14.
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja: Uradni list RS, št. 79/94, 73/95, 39/96, 70/96, 47/97, 3/98, 3/98, 51/98 – odl. US, 73/98 – odl. US, 90/98, 6/99 – popr., 109/99 – odl. US, 61/00, 64/00 – popr., 91/00 – popr., 59/02, 18/03, 30/03, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14 – odl. US, 25/14, 85/14, 10/17 – ZČmIS in 64/18).
- Pravilnik o barvilih, ki se lahko dodajajo zdravilom: Uradni list RS, št. 51/17.
- Pravilnik o centralni bazi zdravil za uporabo v humani medicini: Uradni list RS, št. 21/17.
- Pravilnik o darovanju in pridobivanju človeških tkiv in celic: Uradni list RS, št. 70/08, 67/14 in 79/14.
- Pravilnik o dispečerski službi zdravstva: Uradni list RS, št. 58/17.
- Pravilnik o določanju cen zdravil za uporabo v humani medicini: Uradni list RS, št. 32/15, 15/16, 19/18 in 11/19.
- Pravilnik o določitvi izhodišč za cenovne standarde medicinskih pripomočkov in za cene pripomočkov (artiklov) iz obveznega zdravstvenega zavarovanja: Uradni list RS, št. 25/14.
- Pravilnik o določitvi meril za določitev višine nagrade in za povračilo dejanskih stroškov za delo zastopnika pacientovih pravic: Uradni list RS, št. 23/09.
- Pravilnik o dovoljenju za promet s paralelno uvoženim zdravilom in paralelni distribuciji zdravil za uporabo v humani medicini: Uradni list RS, št. 26/18.
- Pravilnik o dovoljenju za promet z zdravilom za uporabo v humani medicini: Uradni list RS, št. 57/14, 41/17 in 44/19.

- Pravilnik o Etični komisiji za presaditve: Uradni list RS, št. 1/19.
- Pravilnik o histovigilanci: Uradni list RS, št. 47/17.
- Pravilnik o internem strokovnem nadzoru pri izvajalcu zdravstvenih storitev, zoper katerega je vložena druga zahteva: Uradni list RS, št. 77/08.
- Pravilnik o izdajanju zdravniških spričeval in potrdil v zdravstvenih delovnih organizacijah: Uradni list SRS, št. 28/71 in 1/80 – ZZV.
- Pravilnik o izdaji zdravil prek medmrežja: Uradni list RS, št. 87/15.
- Pravilnik o izvajanju strokovnega nadzora s svetovanjem v dejavnosti zdravstvene in babiške nege: Uradni list RS, št. 3/16 in 64/17 – ZZDej-K.
- Pravilnik o izvajanju strokovnega nadzora s svetovanjem za posamezne poklicne skupine zdravstvenih delavcev, ki niso organizirani v poklicnih zbornicah oziroma strokovnih združenjih z javnim pooblastilom: Uradni list RS, št. 60/13, 3/15 in 64/17 – ZZDej-K.
- Pravilnik o kadrovskih, tehničnih in prostorskih pogojih izvajalcev psihiatričnega zdravljenja ter o postopku njihove verifikacije: Uradni list RS, št. 63/09.
- Pravilnik o kadrovskih, tehničnih in prostorskih pogojih za izvajanje nalog na področju duševnega zdravja za izvajalce institucionalnega varstva ter centre za socialno delo ter o postopku njihove verifikacije: Uradni list RS, št. 97/09, 84/12 in 85/14.
- Pravilnik o licencah v dejavnosti laboratorijske medicine: Uradni list RS, št. 113/06.
- Pravilnik o mediaciji v zdravstvu: Uradni list RS, št. 77/08.
- Pravilnik o medicinskih merilih, načinu in postopku ugotavljanja možganske smrti ter sestavi komisije za ugotavljanje možganske smrti: Uradni list RS, št. 70/01 in 56/15 – ZPPDČT.
- Pravilnik o merilih za določitev višine nagrade in za povrnitev stroškov za delo zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja: Uradni list RS, št. 67/10, 17/11 in 7/13.
- Pravilnik o merilih za določitev višine plačila opravljanja zdravstvenih storitev po podjemni pogodbi ali drugih pogodbah civilnega prava: Uradni list RS, št. 15/17.
- Pravilnik o merilih za razvrščanje bolnišnic: Uradni list RS, št. 43/98 in 71/03.
- Pravilnik o minimalnih pogojih usposobljenosti in pridobljenih pravic za poklice zdravnik, zdravnik specialist, zdravnik splošne medicine, doktor dentalne medicine, doktor dentalne medicine specialist, diplomirana medicinska sestra, diplomirana babica in magister farmacije: Uradni list RS, št. 4/17.
- Pravilnik o načinu delovanja in pogojih za razvoj nacionalnega programa zdravljenja s presaditvijo krvotvornih matičnih celic in načinu delovanja registra nesorodnih dajalcev krvotvornih matičnih celic: Uradni list RS, št. 75/03 in 56/15 – ZPPDČT.
- Pravilnik o načinu in postopku analiznega, nekliničnega farmakološko-toksikološkega in kliničnega preskušanja zdravil za uporabo v humani medicini: Uradni list RS, št. 16/18.
- Pravilnik o načinu in vsebini obravnave v skupnosti ter vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja obravnave v skupnosti: Uradni list RS, št. 49/09.
- Pravilnik o načinu konzerviranja in postopkih prevoza človeških organov: Uradni list RS, št. 12/16.
- Pravilnik o načinu povezovanja s sorodnimi tujimi in mednarodnimi organizacijami in izmenjavi delov človeškega telesa z drugimi državami: Uradni list RS, št. 70/03 in 56/15 – ZPPDČT.
- Pravilnik o načinu sodelovanja med zdravstvenim osebjem in reševalno službo ter policijo: Uradni list RS, št. 44/09.

- Pravilnik o načinu varstva osebnih podatkov dajalcev in prejemnikov delov človeškega telesa zaradi zdravljenja: Uradni list RS, št. 75/03 in 56/15 – ZPPDČT.
- Pravilnik o načinu zagotavljanja sredstev za pripravništvo, sekundariat in specializacije: Uradni list RS, št. 54/17.
- Pravilnik o nagradah in priznanjih za področje zdravstvenega varstva: Uradni list RS, št. 6/93.
- Pravilnik o nalogah transplantacijskih koordinatorjev: Uradni list RS, št. 42/16.
- Pravilnik o napredovanju delavcev zaposlenih v zdravstvu: Uradni list RS, št. 41/94, 14/97, 98/99 – ZZdrS, 101/00, 19/01 – odl. US in 45/02.
- Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah: Uradni list RS, št. 63/10, 55/17 – ZPacP-A in 3/18.
- Pravilnik o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja: Uradni list RS, št. 104/13, 8/15, 1/16, 57/18 in 30/19.
- Pravilnik o obrazcih o pisnih izjavah volje pacienta: Uradni list RS, št. 82/08 in 84/08 – popr.
- Pravilnik o obrazcu zdravniškega potrdila o upravičeni odsotnosti z naroka glavne obravnave ali drugega procesnega dejanja pred sodiščem: Uradni list RS, št. 118/08.
- Pravilnik o ocenjevanju zdravstvene sposobnosti za vojaško službo: Uradni list RS, št. 80/97, 18/02 in 70/08.
- Pravilnik o odpisu, obročnem plačilu in odlogu plačila dolga iz naslova prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje: Uradni list RS, št. 129/06.
- Pravilnik o opozorilih o škodljivosti pitja alkoholnih pijač na javnih športnih prireditvah: Uradni list RS, št. 51/17.
- Pravilnik o opravljanju izpita ter izbiri in vlogi zastopnika pravic oseb na področju duševnega zdravja: Uradni list RS, št. 49/09 in 31/13.
- Pravilnik o opredelitvi v zvezi z darovanjem delov človeškega telesa: Uradni list RS, št. 29/17.
- Pravilnik o opredelitvi zdravilskih sistemov in zdravilskih metod ter o postopku evidentiranja, priznavanja in nadzora zdravilskih sistemov in zdravilskih metod, ki se uvajajo v zdravilsko dejavnost: Uradni list RS, št. 79/08, 115/08, 101/11 in 74/17.
- Pravilnik o organizaciji in izvajanju verske duhovne oskrbe v bolnišnicah in pri drugih izvajalcih zdravstvenih storitev: Uradni list RS, št. 100/08.
- Pravilnik o označevanju in navodilu za uporabo zdravil za uporabo v humani medicini: Uradni list RS, št. 57/14.
- Pravilnik o pitni vodi: Uradni list RS, št. 19/04, 35/04, 26/06, 92/06, 25/09, 74/15 in 51/17.
- Pravilnik o podeljevanju naziva primarij: Uradni list RS, št. 68/17.
- Pravilnik o pogojih in postopku za pridobitev naziva svetnik ali višji svetnik: Uradni list RS, št. 72/06.
- Pravilnik o pogojih in postopku za uvoz in izvoz ter vnos in iznos človeških tkiv in celic: Uradni list RS, št. 47/18.
- Pravilnik o pogojih izvajanja helikopterske nujne medicinske pomoči: Uradni list RS, št. 81/16.
- Pravilnik o pogojih za izdajo dovoljenja za opravljanje dejavnosti preskrbe s človeškimi tkivi in celicami: Uradni list RS, št. 31/17.
- Pravilnik o pogojih za izdajo potrdil o pridobljenih poklicnih kvalifikacijah: Uradni list RS, št. 4/17.
- Pravilnik o pogojih za opravljanje zdravilske dejavnosti: Uradni list RS, št. 101/11.
- Pravilnik o pogojih za pripravo in izvajanje programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb: Uradni list RS, št. 74/99, 92/06 in 10/11.

- Pravilnik o pogojih, ki jih mora izpolnjevati zavod za izvajanje praktičnega pouka dijakov zdravstvenih šol in študentov visokošolskih zavodov za podelitev naziva učni zavod: Uradni list RS, št. 103/05.
- Pravilnik o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji za izvajanje preiskav na področju laboratorijske medicine: Uradni list RS, št. 64/04, 1/16 in 56/19.
- Pravilnik o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji za pregledovanje brisov materničnega vratu: Uradni list RS, št. 68/01 in 128/04.
- Pravilnik o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati zdravstveni zavodi in zasebne ordinacije za izvajanje programov pripravništva, sekundarijata in specializacij zdravnikov in zobozdravnikov: Uradni list RS, št. 110/00, 112/07 in 40/17 – ZZdrS-F.
- Pravilnik o pogojih, ki jih morajo izpolnjevati zdravstveni zavodi in zasebni zdravstveni delavci za izvajanje programov specializacij: Uradni list RS, št. 138/06.
- Pravilnik o pogojih, pod katerimi zdravniku ni treba opravljati dežurstva: Uradni list RS, št. 44/09.
- Pravilnik o pogojih, rokih, načinu vključitve in uporabe eZdravja za obvezne uporabnike: Uradni list RS, št. 69/15 in 25/19.
- Pravilnik o poklicih, za katere se pred prvim opravljanjem storitev preverja poklicna kvalifikacija ponudnika storitev: Uradni list RS, št. 4/17.
- Pravilnik o pooblastilih za obdelavo podatkov v Centralnem registru podatkov o pacientih: Uradni list RS, št. 51/16.
- Pravilnik o poročanju in obvladovanju hudih neželenih dogodkov in hudih neželenih reakcij pri ravnanju s človeškimi organi: Uradni list RS, št. 76/15.
- Pravilnik o posebnih zahtevah glede označevanja in predstavljanja predpakiranih živil: Uradni list RS, št. 83/14 in 74/16.
- Pravilnik o postopkih zbiranja, shranjevanja in uporabe krvotvornih matičnih celic: Uradni list RS, št. 104/03 in 56/15 – ZPPDČT.
- Pravilnik o postopku obveščanja o smrti oseb, ki pridejo v poštev kot dajalci delov človeškega telesa zaradi presaditve: Uradni list RS, št. 85/01 in 56/15 – ZPPDČT.
- Pravilnik o postopku verifikacije zdravstvenih programov in dejavnosti, ki se izvajajo na področju zdravstvene in zdraviliške dejavnosti: Uradni list RS, št. 70/03, 73/08 in 64/17 – ZZDej-K.
- Pravilnik o preizkusu iz zdravstvenih vsebin za zdravilce, ki nimajo zdravstvene izobrazbe: Uradni list RS, št. 79/08, 101/11 in 55/17.
- Pravilnik o prepovedi vpogleda v povzetek podatkov o pacientu v Centralnem registru podatkov o pacientih: Uradni list RS, št. 84/15.
- Pravilnik o preventivnih zdravstvenih pregledih delavcev (Uradni list RS, št. 87/02, 29/03–popr., 124/06 in 43/11 – ZVZD-1.
- Pravilnik o prevozihih pacientov: Uradni list RS, št. 107/09, 31/10 in 81/15.
- Pravilnik o pripravi in sprejemu tehničnih smernic na področju zdravstvene in zdraviliške dejavnosti: Uradni list RS, št. 122/04 in 64/17 – ZZDej-K.
- Pravilnik o pripravništvu in strokovnih izpitih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev na področju zdravstvene dejavnosti: Uradni list RS, št. 47/18.
- Pravilnik o pristojbinah na področju medicinskih pripomočkov: Uradni list RS, št. 24/19.
- Pravilnik o proizvodnji in prometu z medicinskimi pripomočki: Uradni list RS, št. 37/10.
- Pravilnik o proizvodnji zdravil: Uradni list RS, št. 81/16.
- Pravilnik o proizvodnji, prometu na debelo in uvozu učinkovin ter registriranih proizvajalcev učinkovin, veletrgovcev z učinkovinami in uvoznikov učinkovin: Uradni list RS, št. 79/16.

- Pravilnik o radiofarmacevtskih izdelkih: Uradni list RS, št. 61/18.
- Pravilnik o razširjenih strokovnih kolegijih: Uradni list RS, št. 44/17.
- Pravilnik o razvrščanju zdravil na listo: Uradni list RS, št. 35/13.
- Pravilnik o razvrščanju živil za posebne zdravstvene namene na listo: Uradni list RS, št. 110/10.
- Pravilnik o registru in licencah izvajalcev fizioterapevtske dejavnosti: Uradni list RS, št. 59/10.
- Pravilnik o registru izvajalcev laboratorijske medicine (Uradni list RS, št. 113/06 in 15/17).
- Pravilnik o sestavi, nalogah, pristojnostih in načinu dela Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko: Uradni list RS, št. 21/18.
- Pravilnik o seznamu poklicnih bolezni: Uradni list RS, št. 85/03, 43/11 – ZVZD-1 in 96/12 – ZPIZ-2.
- Pravilnik o sistemskem nadzoru v zdravstvu: Uradni list RS, št. 39/18.
- Pravilnik o sistemu za sprejem, shranjevanje in sledljivost zdravil: Uradni list RS, št. 82/15 in 70/16.
- Pravilnik o sledljivosti človeških tkiv in celic ter izdelkov in materialov, ki prihajajo v stik s tkivi in celicami: Uradni list RS, št. 70/08, 17/15 in 43/18.
- Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči: Uradni list RS, št. 81/15 in 93/15 – popr.
- Pravilnik o sofinanciranju strokovnega tiska, organizacije in udeležbe na kongresih in drugih strokovnih srečanjih: Uradni list RS, št. 71/94.
- Pravilnik o specializacijah zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev: Uradni list RS, št. 37/04, 25/06, 113/06, 2/09, 9/12 in 82/14.
- Pravilnik o specializaciji iz medicinske biokemije: Uradni list RS, št. 15/17.
- Pravilnik o sprejemu, obdelavi, shranjevanju, sprostitvi in razdeljevanju človeških tkiv in celic: Uradni list RS, št. 70/08 in 46/18.
- Pravilnik o strokovnem izpopolnjevanju zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev: Uradni list RS, št. 92/06 in 42/17.
- Pravilnik o strokovnem nadzoru izvajanja programa preprečevanja in obvladovanja bolnišničnih okužb: Uradni list RS, št. 10/11.
- Pravilnik o strokovnem nadzoru s svetovanjem v dejavnosti laboratorijske medicine: Uradni list RS, št. 53/17.
- Pravilnik o upravnem nadzoru v zdravstvu: Uradni list RS, št. 39/18.
- Pravilnik o uvrstitvi oseb na čakalni seznam zaradi zdravljenja s presaditvijo delov človeškega telesa: Uradni list RS, št. 85/16.
- Pravilnik o uvrščanju in izločitvi medicinskih pripomočkov na seznam medicinskih pripomočkov: Uradni list RS, št. 25/14.
- Pravilnik o varnosti in zdravju pri delu s slikovnim zaslonom: Uradni list RS, št. 30/00, 73/05 in 43/11 – ZVZD-1.
- Pravilnik o varovanju delavcev pred tveganji zaradi izpostavljenosti biološkim dejavnikom pri delu: Uradni list RS, št. 4/02, 39/05 in 43/11 – ZVZD-1.
- Pravilnik o varovanju delavcev pred tveganji zaradi izpostavljenosti azbestu pri delu: Uradni list RS, št. 93/05 in 43/11 – ZVZD-1.
- Pravilnik o varovanju delavcev pred tveganji zaradi izpostavljenosti kemičnim snovem pri delu: Uradni list RS, št. 100/01, 39/05, 53/07, 102/10, 43/11 – ZVZD-1, 38/15, 78/18 in 78/19.
- Pravilnik o varovanju delavcev pred tveganji zaradi izpostavljenosti hrupu pri delu: Uradni list RS, št. 17/06, 18/06 – popr. In 43/11 – ZVZD-1.

- Pravilnik o varovanju zdravja pri delu nosečih delavk, delavk, ki so pred kratkim rodile ter doječih delavk: Uradni list RS, št. 62/15.
- Pravilnik o varovanju zdravja pri delu otrok, mladostnikov in mladih oseb: Uradni list RS, št. 62/15.
- Pravilnik o vigílanci medicinskih pripomočkov: Uradni list RS, št. 61/10.
- Pravilnik o višini materialnih stroškov nastanitve pri izvajalcu zdravstvenih storitev: Uradni list RS, št. 83/08.
- Pravilnik o višini nadomestil predsednika in članov Komisije Republike Slovenije za varstvo pacientovih pravic ter mediatorjev: Uradni list RS, št. 14/10.
- Pravilnik o vodenju registra zasebnih zdravstvenih delavcev: Uradni list RS, št. 24/92, 98/99 – ZZdrS in 35/00.
- Pravilnik o volitvah in imenovanju članov v organe upravljanja Zavoda: Uradni list RS, št. 38/93.
- Pravilnik o vrstah zdravstvene dejavnosti: Uradni list RS, št. 63/18, 25/19 in 47/19.
- Pravilnik o vrstah zdravstvene dejavnosti: Uradni list RS, št. 63/18, 25/19 in 47/19.
- Pravilnik o vsebini programov izobraževanja in usposabljanja za posamezne postopke preskrbe z organi: Uradni list RS, št. 21/16.
- Pravilnik o vsebini, pogojih in načinu opravljanja izpita za koordinatorja nadzorovane obravnave: Uradni list RS, št. 63/09.
- Pravilnik o začetnih formulah za dojenčke in nadaljevalnih formulah za dojenčke in majhne otroke: Uradni list RS, št. 54/07, 2/08 – popr., 8/10 in 38/14.
- Pravilnik o zagotavljanju varnosti in zdravja pri ročnem premeščanju bremen: Uradni list RS, št. 73/05 in 43/11 – ZVZD-1.
- Pravilnik o zaposlovanju in financiranju pripravnikov zdravstvenih poklicev razen zdravnikov in zobozdravnikov: Uradni list RS, št. 60/01, 59/03, 96/04, 97/05 in 64/17 – ZZDej-K.
- Pravilnik o zaposlovanju in financiranju pripravnikov zobozdravnikov: Uradni list RS, št. 61/01, 6/02 in 59/03.
- Pravilnik o zdravniškem registru: Uradni list RS, št. 35/00, 57/00 – popr., 43/04 in 31/10.
- Pravilnik o zdravniških pregledih posameznikov za ugotavljanje zdravstvene zmožnosti za posest ali nošenje orožja: Uradni list RS, št. 66/01.
- Pravilnik o Zdravstvenem svetu: Uradni list RS, št. 88/01, 40/06, 8/09, 11/11 in 48/12.
- Pravilnik o zdravstvenih zahtevah za osebe, ki pri delu v proizvodnji in prometu z živili prihajajo v stik z živili: Uradni list RS, št. 82/03 in 25/09.
- Pravilnik o zdravstvenih zahtevah, ki jih mora izpolnjevati letalsko osebje in drugo strokovno osebje ter o preverjanju zdravstvene sposobnosti in vodenju evidenc o zdravstveni sposobnosti: Uradni list RS, št. 72/02, 62/08, 7/09, 41/14 in 32/16.
- Pravilnik o žitnih kašicah ter hrani za dojenčke in majhne otroke: Uradni list RS, št. 25/09.
- Pravilnik o živilih, namenjenih za uporabo v energijsko omejenih dietah za zmanjšanje telesne teže: Uradni list RS, št. 90/00, 142/04, 24/05 in 70/07)
- Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni: Uradni list RS, št. 19/98, 47/98, 26/00, 67/01, 33/02, 37/03, 117/04, 31/05, 83/07, 22/09, 17/15, 47/18, 57/18 in 57/18.
- Sklep o določitvi članarine Zdravniške zbornice Slovenije: Uradni list RS, št. 4/07, 19/08, 12/09, 10/11, 24/15 in 4/18.
- Sklep o pavšalnih prispevkih za obvezno zdravstveno zavarovanje: Uradni list RS, št. 77/96, 33/98, 83/98, 1/00, 122/00, 94/01, 2/03, 127/03 in 76/08 – ZZVZZ-K.



- Sklep o podrobnejših navodilih za računovodsko spremljanje in izkazovanje poslovnih dogodkov v zvezi z izvajanjem izravnave pri dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju: Uradni list RS, št. 89/05, 31/06, 99/10 in 65/14.
- Sklep o razpisu volitev članov skupščine in članov območnih svetov Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije: Uradni list RS, št. 14/17 in 83/18.
- Sklep o razpisu volitev v skupščino in območne svete Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije: Uradni list RS, št. 41/97.
- Sklep o sestavi in načinu dela Sveta za zdravje Republike Slovenije: Uradni list RS, št. 97/00.
- Sklep o stroških preizkusa iz zdravstvenih vsebin za zdravilce: Uradni list RS, št. 112/08.
- Uredba o standardih o stopnji potrebnega znanja slovenskega jezika za orientacijska delovna mesta na področju zdravstva: Uradni list RS, št. 42/04 in 88/16 – ZdZPZD.
- Ustava Republike Slovenije (URS): Uradni list RS, št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121,140,143, 47/13 – UZ148, 47/13 – UZ90,97,99 in 75/16 – UZ70a)
- Zakon o delovnih razmerjih (ZDR-1): Uradni list RS, št. 21/13, 78/13 – popr., 47/15 – ZZSDT, 33/16 – PZ-F, 52/16, 15/17 – odl. US in 22/19 – ZPosS.
- Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr): Uradni list RS, št. 77/08, 46/15 – odl. US in 44/19 – odl. US.
- Zakon o kakovosti in varnosti človeških tkiv in celic, namenjenih za zdravljenje (ZKVČTC): Uradni list RS, št. 61/07 in 56/15 – ZPPDČT.
- Zakon o lekarniški dejavnosti (ZLD-1): Uradni list RS, št. 85/16, 77/17 in 73/19.
- Zakon o matični evidenci zavarovancev in uživalcev pravic iz obveznega pokojninskega in invalidskega zavarovanja (ZMEPIZ-1): Uradni list RS, št. 111/13 in 97/14.
- Zakon o medicinskih pripomočkih (ZMedPri): Uradni list RS, št. 98/09.
- Zakon o nalezljivih boleznih (ZNB-1): Uradni list RS, št. 33/06 – UPB.
- Zakon o naravnih zdravilnih sredstvih in o naravnih zdraviliščih (ZNZS): Uradni list SRS, št. 36/64 in 11/65,
- Zakon o obveznih zavarovanjih v prometu (ZOZP): Uradni list RS, št. 93/07 – UPB, 40/12 – ZUJF, 33/16 – PZ-F in 41/17 – PZ-G.
- Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP): Uradni list RS, št. 15/08 in 55/17.
- Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ-2): Uradni list RS, št. 96/12, 39/13, 99/13 – ZSVarPre-C, 101/13 – ZIPRS1415, 44/14 – ORZPIZ206, 85/14 – ZUJF-B, 95/14 – ZUJF-C, 90/15 – ZIUPTD, 102/15, 23/17, 40/17, 65/17, 28/19 in 75/19.
- Zakon o pridobivanju in presaditvi delov človeškega telesa zaradi zdravljenja (ZPPDČT): Uradni list RS, št. 56/15.
- Zakon o priznavanju poklicnih kvalifikacij zdravnik, zdravnik specialist, doktor dentalne medicine in doktor dentalne medicine specialist (ZPPKZ): Uradni list RS, št. 107/10 in 40/17 – ZZdrS-F.
- Zakon o socialnem varstvu (ZSV): Uradni list RS, št. 3/07 – UPB, 23/07 – popr., 41/07 – popr., 61/10 – ZSVarPre, 62/10 – ZUPJS, 57/12, 39/16, 52/16 – ZPPreb-1, 15/17 – DZ, 29/17, 54/17, 21/18 – ZNOrg, 31/18 – ZOA-A in 28/19.
- Zakon o socialno varstvenih prejemkih (ZSVarPre): Uradni list RS, št. 61/10, 40/11, 14/13, 99/13, 90/15, 88/16, 31/18 in 73/18.
- Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1): Uradni list RS, št. 43/11.
- Zakon o varstvu osebnih podatkov (ZVOP-1): Uradni list RS, št. 94/07 – UPB.
- Zakon o zaposlovanju, samozaposlovanju in delu tujcev (ZZSDT): Uradni list RS, št. 1/18 – UPB in 31/18.

- Zakon o zavarovalništvu (ZZavar-1): Uradni list RS, št. 93/15 in 9/19.
- Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ): Uradni list RS, št. 65/00, 47/15 in 31/18.
- Zakon o zdravilih (ZZdr-2): Uradni list RS, št. 17/14 in 66/19.
- Zakon o zdravilstvu (ZZdrav): Uradni list RS, št. 94/07 in 87/11.
- Zakon o zdravljenju neplodnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo (ZZNPOB): Uradni list RS, št. 70/00 in 15/17 – DZ.
- Zakon o zdravniški službi (ZZdrS): Uradni list RS, št. 72/06 – UPB, 15/08 – ZPacP, 58/08, 107/10 – ZPPKZ, 40/12 – ZUJF, 88/16 – ZdZPZD, 40/17, 64/17 – ZZDej-K, 49/18 in 66/19.
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ): Uradni list RS, št. 72/06 – UPB, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K in 36/19.
- Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej): Uradni list RS, št. 23/05 – UPB, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US in 73/19.
- Zakon o zdravstveni inšpekciji (ZZdrI): Uradni list RS, št. 59/06 – UPB in 40/14 – ZIN-B.
- Zakon o zdravstveni ustreznosti živil in izdelkov ter snovi, ki prihajajo v stik z živili (ZZUZIS): Uradni list RS, št. 52/00, 42/02 in 47/04 – ZdZPZ.
- Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok (ZZUUP): Uradni list SRS, št. 11/77, 42/86 in Uradni list RS, št. 70/00 – ZZNPOB.
- Zakon za uravnoteženje javnih financ (ZUJF): Uradni list RS, št. 40/12, 96/12 – ZPIZ-2, 104/12 – ZIPRS1314, 105/12, 25/13 – odl. US, 46/13 – ZIPRS1314-A, 56/13 – ZŠtip-1, 63/13 – ZOsn-I, 63/13 – ZJAKRS-A, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 101/13 – ZIPRS1415, 101/13 – ZDavNepr, 107/13 – odl. US, 85/14, 95/14, 24/15 – odl. US, 90/15, 102/15, 63/16 – ZDoh-2R, 77/17 – ZMVN-1, 33/19 – ZMVN-1A in 72/19.

## **Hrvaška**

- Obiteljski zakon, Narodne novine br. 103/15, 98/19.
- Ustav Republike Hrvatske: Narodne novine br. 56/90, 135/97, 08/98, 113/00, 124/00, 28/01, 41/01, 55/01, 76/10, 85/10, 05/14.
- Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju: Narodne novine br. 85/06, 150/08, 71/10, IPT.
- Zakon o izvršavanju Državnog proračuna Republike Hrvatske za 2017. godinu: Narodne novine broj 119/16.
- Zakon o javnoj nabavi: Narodne novine br. 90/11, 83/13, 143/13 i 13/14 - odluka Ustavnog suda RH).
- Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi: Narodne novine br., 124/11.
- Zakon o lijekovima: Narodne novine br., 76/13, 90/14, 100/18.
- Zakon o medicinskim proizvodima: Narodne novine br. 76/13.
- Zakon o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti: Narodne novine br. 121/03, 117/08.
- Zakon o mirovinskom osiguranju: Narodne novine br. 157/13, 151/14 - Uredba, 33/15, 93/15 - Uredba, 120/16, 62/18 i 115/18.
- Zakon o obeštećenju radnika profesionalno izloženih azbestu: Narodne novine br., 79/07, 139/10.
- Zakon o obveznom zdravstvenom nadzoru radnika profesionalno izloženih azbestu: Narodne novine br., 79/07, 139/10.
- Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju i zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj: Narodne novine br. 80/13, 15/18, IPT.
- Zakon o podacima i informacijama u zdravstvu: Narodne novine br. 14/19.
- Zakon o posredovanju pri zapošljavanju i pravima za vrijeme nezaposlenosti: Narodne novine br., 80/08, 94/09, 121/10, 25/12, 118/12, 12/13 - pročišćeni tekst i 153/13.
- Zakon o primjeni ljudskih tkiva i stanica: Narodne novine br. 144/12.
- Zakon o radu: Narodne novine br., 93/14, 127/17.
- Zakon o roditeljskim potporama: Narodne novine br. 85/08, 110/08, 34/11, 54/13, 152/14, 59/17, IPT.
- Zakon o socijalnoj skrbi: Narodne novine br., 157/13 i 152/14.
- Zakon o uvjetima za stjecanje prava na starosnu mirovinu radnika profesionalno izloženih azbestu: Narodne novine br., 79/07, 149/09, 139/10.
- Zakon o vodi za ljudsku potrošnju: Narodne novine br., 56/13 i 64/15.
- Zakon o presađivanju ljudskih organa u svrhu liječenja: Narodne novine br. 144/12.
- Zakon o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti: Narodne novine br., 79/07, 113/08 i 43/09.
- Zakon o zdravstvenoj zaštiti: Narodne novine br., 100/18.
- Zakon o liječništvu: Narodne novine br., 121/03, 117/08.
- Zakon o koncesijama: Narodne novine br., 143/12.
- Zakon o zaštiti prava pacijenata: Narodne novine br., 169/04 i 37/08.
- Zakon o suzbijanju zlouporabe droga: Narodne novine br., 171/01, 87/02, 163/03, 141/04, 40/07, 149/09, 84/11 i 80/13.
- Zakon o ljekarništvu: Narodne novine br., 121/03, 142/06, 35/08, 117/08.
- Zakon o obveznim odnosima: Narodne novine br. 35/05, 41/08 i 125/11 - Prijelazne i završne odredbe iz Zakona o rokovima ispunjenja novčanih obveza – čl. 9. i 10.
- Zakon o općem upravnom postupku: Narodne novine br., 47/09.
- Zakon o sestrinstvu: Narodne novine br., 121/03, 117/08, 57/11.
- Zakon o službenoj statistici: Narodne novine br., 103/03, 75/09, 59/12 i 12/13.

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

Zakon o medicinski pomognutoj oplodnji: Narodne novine br. 86/12.

Zakon o djelatnostima u zdravstvu: Narodne novine br., 87/09.

Zakon o zaštiti prava pacijenata: Narodne novine br., 169/04, 37/08 - odluka Ustavnog suda RH.

Zakon o dentalnoj medicini: Narodne novine br., 121/03, 117/08, 120/09 - čl. 29. promjena naziva zakona.

Zakon o doprinosima: Narodne novine br. 84/08, 152/08, 94/09, 18/11, 22/12, 144/12, 148/13, 41/14, 143/14, 115/16.

Zakon o hrani: Narodne novine br., 81/13, 14/14 i 30/15.

## **IZBRANI MEDNARODNI VIRI IN VIRI EU**

- Additional Protocol, to the Convention on Human Rights and Biomedicine, concerning Transplantation of Organs and Tissues of Human Origin
- Additional Protocol, to the Convention on Human Rights and Biomedicine, on the Prohibition of Cloning Human Beings
- Additional Protocol, to the Convention on Human Rights and Biomedicine, concerning Genetic Testing for Health Purposes
- Additional Protocol, to the Convention on Human Rights and Biomedicine, concerning Biomedical Research
- Consolidated versions of the Treaty on European Union and the Treaty on the Functioning of the European Union
- Constitution of the World Health Organization
- Convention Against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CAT)
- Convention on Human Rights and Biomedicine (Oviedo Convention)
- Convention on the counterfeiting of medical products and similar crimes involving threats to public health
- Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (CEDAW)
- Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)
- Convention on the Rights of the Child (CRC)
- Council of Europe Convention on the counterfeiting of medical products and similar crimes involving threats to public health
- Declaration on Primary Health Care (Alma-Ata)
- Declaration on Primary Health Care (Astana)
- Directive 2001/83/EC of the European Parliament and of the Council of 6 November 2001 on the Community code relating to medicinal products for human use
- Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare
- European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment
- European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms
- European Social Charter
- International Covenant on Civil and Political Rights (ICCPR)
- International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR)
- Modernised Convention for the Protection of Individuals with Regard to the Processing of Personal Data
- Ottawa Charter for Health Promotion
- Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care (1991)
- Rec(2003)10 on Xenotransplantation and its Explanatory Memorandum
- Rec(2004)10 concerning the Protection of the Human Rights and Dignity of Persons with Mental Disorder
- Rec(2016)6 on Research on Biological Materials of Human Origin
- Rec(2016)8 on the processing of personal health-related data for insurance purposes, including data resulting from genetic tests and its Explanatory Memorandum
- Recommendation 1418(1999) of the Parliamentary Assembly on the protection of the human rights and dignity of the terminally ill and dying

- Recommendation CM/Rec(2019)2 of the Committee of Ministers to member States on the protection of health-related data
- Regulation (EC) No 141/2000 of the European Parliament and of the Council of 16 December 1999 on orphan medicinal products
- Regulation (EC) No 726/2004 of the European Parliament and of the Council of 31 March 2004 laying down Community procedures for the authorisation and supervision of medicinal products for human and veterinary use and establishing a European Medicines Agency
- Regulation (EU) 2017/745 of the European Parliament and of the Council of 5 April 2017 on medical devices, amending Directive 2001/83/EC, Regulation (EC) No 178/2002 and Regulation (EC) No 1223/2009 and repealing Council Directives 90/385/EEC and 93/42/EEC (Text with EEA relevance. )
- Regulation (EU) 2017/746 of the European Parliament and of the Council of 5 April 2017 on in vitro diagnostic medical devices and repealing Directive 98/79/EC and Commission Decision 2010/227/EU (Text with EEA relevance)
- Regulation (EU) 2019/126 of the European Parliament and of the Council of 16 January 2019 establishing the European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA), and repealing Council Regulation (EC) No 2062/94
- Regulation (EU) No 536/2014 of the European Parliament and of the Council of 16 April 2014 on clinical trials on medicinal products for human use, and repealing Directive 2001/20/EC
- Universal declaration on human rights
- WMA Declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects

C.

**VSEBINSKI DEL**  
PRAVICE – DOLŽNOSTI – ODGOVORNOSTI





# ODŠKODNINSKA ODGOVORNOST ZA MEDICINSKO NAPAKO – NOVA DOGNANJA

VESNA RIJAVEC

Univerza v Mariboru, Pravna fakulteta, Maribor, Slovenija, e-pošta: vesna.rijavec@um.si

**Povzetek** V prispevku je predstavljena medicinska napaka z vidika civilne odškodninske odgovornosti. Obravnavane so razvrstitve napak, s katerimi je povezana škoda. Predvsem pa so v ospredju razlogi, zaradi katerih do napak prihaja in vprašanja, kako standardizirati dolžno ravnanje in vrednotiti odstop od standardov. Ugotavljanje krivde pogosto preveč bremeni zdravnike, zato ponekod že poznajo odškodninske sisteme brez krivde. Prav tako se tudi pri dokazovanju vzročne zveze kažejo poenostavitve tudi v praksi Sodišča EU. Potrebni bi bili novi zavarovalni produkti. Upoštevati je treba vpliv različnih faktorjev na nastanek škode in stek prispevkov več oseb. Ne gre prezreti niti pacientovih dolžnosti pri zdravljenju in pri zmanjševanju škode.

## **Ključne besede:**

medicinska napaka, standard skrbnosti, škoda, odškodninska odgovornost brez krivde, pacientove dolžnosti.

## **Prvič izdano v:**

RIJAVEC, Vesna. Odškodninska odgovornost za medicinsko napako - nova dognanja. V: KRALJIC, Suzana (ur.), REBERSEK GORIŠEK, Jelka (ur.), RIJAVEC, Vesna (ur.). *Sodobni izživi in dileme : konferenčni zbornik*. 27. Posvetovanje Medicina, pravo in družba, 23. - 24. marec 2018, Maribor, Slovenija. 1. izd. Maribor: Univerzitetna založba Univerze, 2018. Str. 67-79.



DOI <https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7.1>  
ISBN 978-961-286-335-7

# CIVIL LIABILITY FOR MEDICAL ERROR – NEW KNOWLEDGE

VESNA RIJAVEC

University of Maribor, Faculty of Law, Maribor, Slovenia, e-mail: vesna.rijavec@um.si

**Abstract** The article presents a medical error in relation to civil liability for damages. The classification of errors related with damage is addressed. Above all, in the foreground are the reasons for which mistakes arise and the issues of how to standardize the obligatory conduct and evaluate the deviation from the standards. Finding the blame is often overly burden some for doctors, so in some countries they already know no fault compensation. New insurance products will be needed. The impact of various factors on the occurrence of damage and the contribution of several persons should be more considered. It must not be ignored that the patients have duties in treatments as well and they have a duty to reduce harm.

**Keywords:**  
medical error,  
standard of care,  
civil liability for  
damages,  
harm,  
no fault  
compensation.

## First published in:

RIJAVEC, Vesna. Odškodninska odgovornost za medicinsko napako - nova dognanja. V: KRALJIC, Suzana (ur.), REBERŠEK GORIŠEK, Jelka (ur.), RIJAVEC, Vesna (ur.). *Sodobni izzivi in dileme : konferenčni zbornik*. 27. Posvetovanje Medicina, pravo in družba, 23. - 24. marec 2018, Maribor, Slovenija. 1. izd. Maribor: Univerzitetna založba Univerze, 2018. Str. 67-79.

<https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7.1> DOI  
978-961-286-335-7 ISBN



## 1 Uvod

Bolniku v bolnišnici uspešno opravijo manjši rutinski poseg. Nato se vrne domov, kjer se čez kratek čas začne slabo počutiti. Vrne se v bolnišnico, kjer odkrijejo, da ima pooperativno okužbo zaradi uporabljenih nesterilnih orodij. Kako se je to lahko pripetilo?

Zdravniška napaka je skupna točka različnih pravnih redov. Drugi odločilni pojem je zaplet, ki je nevtralnější od izraza napaka. Po drugi strani pa v medicinski stroki nasprotujejo splošnemu poimenovanju napake kot zdravniška napaka, ker izraz neustrezno *a priori* odgovornost polaga na ramena zdravnika, čeprav lahko k škodi prispeva nepravilno ravnanje več subjektov v okviru zdravstvene oskrbe. Zato je na splošno primernejši izraz »zdravstvena oz. medicinska napaka«, ki ima širši pomen. V teoriji najdemo različne poskuse definicij, niti terminologija v zvezi z napakami v zdravstvu ni enotna niti pri nas niti drugod. To je prvi vir težav, ki ga je treba z jasnimi definicijami odpraviti. Lahko pa ugotovimo, da sta pri nas teorija in praksa vendarle že uspešno izoblikovali jasnejše opredelitve odločilnih pojmov, kot so zaplet, napaka in strokovni standard. Kljub temu ostaja še vrsta nerešenih vprašanj. V tem prispevku bo upoštevan zgolj civilnopravni odškodninski vidik obravnavanja neželenega dogodka.

Razlikovati je torej treba najmanj med zapletom in napako. Napaka je odstopanje od profesionalnih standardov strokovnega ukrepanja, skrbnosti in pazljivosti, ki ima lahko za posledico kakršnokoli poslabšanje zdravja (Flis, 1994). Toda vsak neljubi dogodek ni napaka in tudi ni podlaga pravne odgovornosti. Zaplet pomeni, da je pri medicinskem posegu nastala neka neželena posledica, za katero pa še ne vemo, ali je v vzročni zvezi z nepravilnim ravnanjem izvajalcev posega. Nekateri v tem smislu uporabljajo tudi izraz varnostni incident. V medicinski literaturi se pojem zapleta povezuje s pojmom »iatrogeni«, kar pomeni, da je zaplet v zvezi z zdravniškim ravnanjem. Kot zelo splošno lahko povzamemo opredelitev, po kateri gre za iatrogeni zaplet v primerih, ko škodljiva posledica nastane zaradi določenega medicinskega ukrepa, neodvisno ali odvisno od osnovne bolezni (Fortuna, 2004: 48).

## 2 Razvrstitev napak

Napake lahko zdravnik stori na najširšem polju, to je na polju opravljanja zdravstvene dejavnosti (zdravstvena dejavnost je dejavnost, ki jo določa poseben zakon (21. tč. 1. odstavek 2. člena ZPacP). Zdravstvena dejavnost pa obsega ukrepe in aktivnosti, ki jih po medicinski doktrini in ob uporabi medicinske tehnologije opravljajo zdravstveni delavci oziroma delavke in zdravstveni sodelavci oziroma sodelavke pri varovanju zdravja, preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju bolnikov in poškodovancev (1. odstavek 1. člen ZZDej).

Napake lahko preučujemo tudi po naslednjih sklopih:

- a) napake v postopku ali izboru zdravljenja (vprašanje strokovno pravičnega pristopa k zdravljenju);
- b) napake pri vodenju medicinske dokumentacije;
- c) napake v organiziranju dela in vršenju nadzora nad delom sodelujočih pri storitvi;
- d) timska napaka;
- e) napake pri uporabi medicinskih pripomočkov in aparatov;
- f) napake terapije, nepravilna odmera zdravil.

Pogosto se napake klasificirajo tudi glede na faze v postopku zdravljenja: napake v diagnostičnem postopku, napake v samem aktivnem zdravljenju (napake pri operacijah) in napake v postoperativni fazi (okužbe). Zdravniške napake so lahko posledica bodisi zdravnikovega napačnega aktivnega bodi pasivnega ravnanja (opustitev dolžnostne skrbnosti). Pogost razlog je slaba komunikacija med bolnikom in osebjem oz. med samim osebjem.

Vsako obliko poklicnih kršitev je tako mogoče opredeliti tudi z vidika krivde:

- a) *culpa in adendo* – nespoštovanje poklicnih dolžnosti, neprevidnost, nerazumevanje, neupoštevanje zahtev poklica ali tveganj, katerim je izpostavljena oseba, neustrezna uporaba delovnih pogojev ali enostavnost zdravstvene dejavnosti, ki zahteva posebno pozornost in previdnost;

- b) *culpa in eligendo* - posledica napačne izbire tehničnih postopkov, izbire neustreznega izpolnitvenega pomočnika ali nepravilnega prenosa svojih obveznosti na druge;
- c) *culpa in omitendo* - če bolnik izgubi možnost zdravljenja ali preživetja zaradi neuspešnega izvajanja potrebnih ukrepov, neprihod zdravnika ali opustitev zdravljenja;
- d) *culpa in vigilando* - nepravilen nadzor nad ukrepi, ki jih izvajajo podrejeni.

V vsaki od teh skupin so številna odprta vprašanja. Npr. treba je graditi na uspešnih opredelitvah odločilnih pojmov kot so zaplet, napaka in strokovni standard. V odškodninskih sporih zaradi medicinske napake, je treba odgovoriti na težka in zapletena vprašanja glede standardov strokovnega ravnanja, vzročne zveze, obsega in višine škode. Vprašanje ekskulpacije po obrnjenem dokaznem bremenu je v sferi povzročitelja in se tudi v tem kontekstu pojavi problem standarda skrbnosti. »Zdravstvena napaka je napaka, ki se zgodi pri opravljanju zdravstvene dejavnosti. Pomeni odstopanje od pričakovanih norm zdravstvene stroke in od tega, kar se v stroki smatra kot običajno in pravilno.« Takšno definicijo zdravstvene napake je izoblikovala posebna komisija Ministrstva za zdravstvo.

### 3 Pravni viri

Normativni viri zdravstveno dejavnost urejajo v okviru ustavnih načel, katerih primarni pomen je ena najvišjih kategorij vrednot zdravje. V sistemu javnega zdravstva dopolnjeno z možnostmi zasebnega zdravstva, je dolžnost posameznega izvajalca storitev opredeljena z licenco tudi s pogodbo o delovnem razmerju ali pogodbo o delu ali s koncesijsko pogodbo. V okviru le te pa stroka razvije določene protokole ravnanja ob storitvah, ki usmerjajo dobro medicinsko prakso. Poleg pravnih virov delovanje zdravnikov in tudi zdravstvenega osebja uokvirjajo etična pravila.

### 4 Standard dolžnega ravnanja

Da bi ugotovili protipravnost v škodnem dogodku in krivdo zdravnika ali drugega zdravstvenega delavca, je treba analizirati in ovrednotiti njegovo ravnanje pri izvedbi konkretnega zdravljenja. Zdravnik mora ravnati z vso potrebno dolžno skrbnostjo in po pravilih medicinske stroke, sicer ima njegovo ravnanje, v primeru poslabšanja zdravja pacienta, elemente nedopustnosti. Pri presoji ravnanja zdravnika se uporablja

strožje merilo skrbnosti – skrbnost dobrega strokovnjaka (2. odstavek 6. člen OZ). Zahtevati pa je mogoče le tisto previdnost in skrbnost, ki je bila glede na strokovna merila v konkretnem primeru objektivno potrebna in subjektivno mogoča.

V primerjavi med zdravniki splošne prakse in specialisti ali med bolnišničnimi in ambulantnimi zdravniki je treba upoštevati vsakemu od njih prilagojene standarde dolžnega ravnanja *lege artis*. Pomembna dolžnost je tudi nadzor nad delom začetnikov in specializantov, kar je spet urejeno s pravili stroke. Med pravili stroke so za različne namene pripravljene terapevtski protokoli, ki usmerjajo pravila ravnanja in jih usklajujejo z določenim "višjimi" normativnimi "viri". Problem upoštevanja terapevtskega protokola je dejstvo, da je zgolj priručnik o študijah primerov ali statistični pregled rešitev, ki so se izkazale za bolj ali manj koristne, ne da bi kdaj pridobili naravo pravne norme, niti ne dopolnjujejo drugih virov. To je zelo spremenljiv pripomoček, daleč od vrednosti, ki jo ima pravni precedens za odvetnika. Odstopanja je mogoče opravičiti, vendar pogosto težave povzročajo različne interpretacije in različna presoja konkretnih okoliščin. Razen v primerih, ko zdravnik očitno ne spoštuje operativnih protokolov, se na odstop od protokola ni mogoče enostavno opreti, ker se zdravnikovo ravnanje šteje za napačno, če zdravljenja ni izvedel v skladu z zahtevanim standardom oskrbe. Izvedenec je v sporu tisti strokovnjak, ki pojasni najprej kakšen standard velja abstraktno in nato ali konkretno zdravnikovo ravnanje sledi abstraktnemu standardu skrbnosti, torej kako bi moralo biti in kako je bilo. Standarda skrbnosti dobrega strokovnjaka pa ne gre presojati v smeri, kaj vse bi morebiti še lahko v konkretnem primeru storili, da bi bilo zdravljenje čimbolj uspešno, temveč v smeri, ali je bilo v konkretnem primeru v danih konkretnih okoliščinah storjeno, kar določajo trenutne zmožnosti, praksa in standardi zdravljenja. Poseben položaj je nujna medicinska pomoč.

## 5 Vzročna zveza in krivda

Ob ugotovitvi škode in protipravnosti, sta za nastanek odškodninske obveznosti pomembni še predpostavki vzročne zveze in krivde, kjer se pojavlja več teoretično težavnih konceptov. Za nastanek odškodninske obveznosti mora biti podana vzročna zveza med zatrjevano kršitvijo (zdravstveno napako) in nastalimi posledicami, to je škodo. Dokazno breme je na strani pacienta. Ugotovljeno dejansko stanje se presoja s pomočjo pravnih teorij o vzročni zvezi (teorija naravne vzročnosti ali ekvivalenčna teorija, teorija o *ratio legis* vzročnosti, teorija adekvatne

vzročnosti). Vzročno zvezo dokazuje tožnik, toženec pa ima možnost da dokaže, da je do škode prišlo brez njegove krivde.

V zvezi z odkrivanjem in razvrščanjem poklicnih napak lahko kot naprednega označimo primer Nemčije. Če je identificirana resna medicinska napaka (*Grosser Behandlungsfehler*) pride do obrnjenega dokaznega bremena; v takem primeru mora pacient zgolj poročati o dejstvih, iz katerih izvira resna napaka, s katero so kršena pravila medicinske stroke ali osnovno znanje medicine (Heiderhoff & Zmij; 2009; Koziol & Steininger; 2011).

Nove še ne raziskane dimenzije odpira tudi nedavna sodba Sodišča EU v zadevi C 621/15 (z dne 21. junija 2017), v kateri je sodišče odločilo, da je treba Direktivo 85/374/EGS v zvezi z odgovornostjo za proizvode z napako razlagati tako, da ne nasprotuje nacionalnim pravilom dokazovanja, da – ne glede na ugotovitev, da medicinske raziskave ne dokazujejo niti ne izključujejo obstoja vzročne zveze med uporabo cepiva in nastankom bolezni, za katero je zbolel oškodovanec. Nekatera dejstva, na katera se sklicuje vlagatelj zahtevka, pomenijo resne, natančne in dosledne indice, na podlagi katerih je mogoče ugotoviti obstoj napake v cepivu ter vzročne zveze med to napako in navedeno boleznijo. Takšno sklepanje nasprotuje pravilom dokazovanja. Temelji namreč na domnevah, da se obstoj vzročne zveze med napako, ki se pripisuje cepivu, in škodo, nastalo oškodovancu, vedno šteje za dokazan, če so prisotni nekateri vnaprej določeni dejanski indici glede vzročnosti.

## 6 Konkurenca več deležnikov

Obravnava neželenega dogodka samo z vidika ravnanja zdravnika je nezadostna, na kar opozarjajo avtorji povsod v znanstveni literaturi (Rijavec, 2017: 240 in sl; Samec Berghaus & Pristovšek, 2016: 234). Pri zapletu še vedno ni zagotovljeno pravilno upoštevanje deleža posameznega akterja v zvezi z nastalo posledico. Tudi zdravniku in zdravstvenemu delavcu je treba omogočiti, da bo razbremenjen pritiska posledic, da sam ne nosi celotne odgovornosti ob sodelovanju več oseb ali, če so težave v organiziranju dejavnosti. Na pretirano poudarjen represivni element pri reakciji družbe na škodne posledice se zdravstveno osebje prilagodi z defenzivno medicino, ki uničuje bistvo zdravstvene dejavnosti (Kessler, 2011; Studdert, Mello, Sage et al., 2005). Upoštevati je torej treba vse deležnike, čeprav teorija odgovornosti temelji na zgodovinskem razvoju odgovornosti za zdravniško napako. Pri izvajanju storitve sodelujejo tudi drugi zdravstveni in tehnični delavci, pomembni so različni dejavniki.

Pacienta obravnavajo različni zdravniki, namestniki in drugi. Razlog je lahko dopust ali druga načrtovana ali nenačrtovana odsotnost. Bolnik mora imeti oskrbo po pravilih stroke in standardih skrbnosti, vendar pri nadomestnem zdravniku ni mogoče pričakovati, da bo v enaki meri kot primarni zdravnik do potankosti poznal bolnikov primer. Medicinska stroka ima pravila predaje primera. Njihovo nespoštovanje lahko vodi do škode. Pri zdravstvenih storitvah je tako običajno, da sodeluje več oseb in pri škodi je treba ugotoviti povzročitelje in za vsakega njegov del odgovornosti.

Pravico do zdravstvenega varstva uvrščamo med človekove pravice pozitivnega statusa. Slednje vzpostavlja zahtevo od države, da mora z aktivnim delovanjem zagotoviti (vzpostaviti in skrbeti) njeno izvrševanje. Izvrševanje te pravice mora biti učinkovito. Te dolžnosti države so dolžnosti prizadevanja, kar pomeni, da si mora država veskozi prizadevati za tem bolj učinkovit zdravstveni sistem; kolikor že mogoč v konkretnih razmerah (Kresal, 2010: 546-7). Država bi upravičencem morala odgovarjati za neučinkovit zdravstveni sistem, vendar določbe 50. in 51. člena Ustave RS niso operacionalizirane do te mere, da bi mogli državljani neposredno na njihovi podlagi uveljavljati konkretne pravice. Zakonski pridržek postavlja breme zagotavljanja učinkovitega zdravstvenega sistema predvsem na zakonodajalca, ki sprva determinira nabor pravic upravičencev; upravno-izvršilna veja pa z izvedbenimi predpisi nenadomestljivo skrbi za njihovo kontinuirano uresničevanje. Jasno je, da neučinkovita organizacija, manko dodelanih metod poslovanja, neizdelane strategije omenjenih deležnikov ipd. lahko pod vprašaj postavijo celokupno učinkovitost zdravstvenega sistema. Odgovornost na tej ravni se iz sfere pravno sankcioniranih ravnanj seli v sfero politične odgovornosti. Določeno odgovornost je treba iskati tudi v upravljalnem stroju zdravstvene službe, ki ne omogoča izvedbe storitve po zahtevanih standardih. Posebno kategorijo deležnikov tvorijo pacienti, katerih dolžnosti so pogosto prezrte. V škodnem dogodku je pomembno ugotoviti, da je oškodovanec soprispeval k nastanku škode, ali da škode ni zmanjšal, čeprav bi jo lahko. Tako imamo primere, k zdravnica zaradi poklicne molččnosti ne navede pacientovih negativnih lastnosti, ki so odločilno vplivale na potek zdravljenja. V sodnem postopku je njen interes lahko močnejši, da sme ta dejstva navesti. Posebno področje se odpira tudi z nevarnimi bolniki, z nasilnimi osebami, osebami s psihičnimi motnjami.



## 7 Vrste odškodninske odgovornosti

Prav tako je pogosta dilema, ali gre za poslovno ali deliktno odškodninsko odgovornost. Oba sistema temeljita na napaki, ki je izhodiščna točka za zahtevo bolnika bodisi pri sklicevanju na kršitev pogodbe bodisi v primeru delikta. V prvem primeru se lahko napaka šteje za odstopanje od pogodbeno zagotovljenega standarda oskrbe (ki se nanaša na previdnost in skrbnost hipotetičnega zdravnika, kot nekakšno pravilo najboljše prakse) in v slednjem primeru kot kršitev pacientove pravice (kot na primer pomanjkanje pravih informacij, to je informiranega soglasja). V zvezi s standardom oskrbe mora zdravnik opravljati svoje naloge ustrezno, s skrbnostjo in v skladu s trenutnim stanjem medicinske znanosti in stroke. Za pridobitev informirane privolitve mora zdravnik pravilno in natančno obvestiti bolnika o zdravljenju.

Za nepravilno izpolnitev oziroma kršitev pojasnilne dolžnosti je v Sloveniji do nedavnega veljalo, da vzpostavlja neposlovno (deliktno) odškodninsko odgovornost, dokler ni Vrhovno sodišče (*VSRS sodba in sklep II Ips 94/2015*, 02.07.2015; *tako tudi VSRS sodba in sklep II Ips 342/2014*, 22.01.2015) obrazložilo, da je pojasnilna dolžnost zdravnikova obveznost, ki izhaja iz njegovega pogodbenega razmerja z bolnikom, kar pa predstavlja temelj za poslovno odškodninsko odgovornost. Pogodbeno razmerje ne nastane v primerih, ko ni podana privolitev bolnika (bolnik nasprotuje medicinskemu posegu). Omenjeno ne velja za ravnanje zdravnika, ki zaradi danih okoliščin ne more pridobiti privolitve in bi bilo bolnikovo življenje ogroženo, v kolikor ne bi ukrepal (Samec Berghaus & Pristovšek, 2016). Prav tako gre za obliko neposlovne odškodninske odgovornosti takrat, ko predstavlja škoda posledico nedopustnega posega v telesno integriteto. Medicinske (strokovne) napake pa vzpostavijo poslovno odškodninsko odgovornost (*VSRS sodba II Ips 716/2006*, 26.02.2009). Razlikovanje med poslovno ali neposlovno odškodninsko odgovornostjo samo po sebi ne vpliva na predpostavke odškodninske odgovornosti, ki morajo biti izpolnjene v obeh vrstah odškodninske odgovornosti (*VSRS sklep II Ips 615/2007*, 07.05.2009). Razlika se pojavi pri razbremenitvi odškodninske odgovornosti. Tako se povzročitelj neposlovne odškodninske odgovornosti le-te razbremeni, če dokaže, da je škoda nastala brez njegove krivde (131. člen OZ), medtem ko mora povzročitelj škode pri poslovni odškodninski odgovornosti za svojo razbremenitev dokazati, da ni mogel izpolniti svoje obveznosti oziroma da je zamudil z izpolnitvijo obveznosti zaradi okoliščin, nastalih po sklenitvi pogodbe, ki jih ni mogel preprečiti, ne odpraviti in se jim tudi ne izogniti

(240. člen OZ). Izhajajoč iz omenjenega, je v obeh vrstah odškodninske odgovornosti v osredju vprašanje ravnanja *contra legem artis* (VSRŠ sodba in sklep II Ips 342/2014, 22.01.2015). Vendar bo moral povzročitelj v primeru razbremenitve poslovne odškodninske odgovornosti dokazati svojo skrbnost, kakor tudi obstoj okoliščin, zaradi katerih ni mogel pogodbe pravilno izpolniti in so bile zanj nepremagljive oziroma neodvrtljive (Mežnar, 2013: 29).

Zgodovinsko je pravna zaveza zdravnika izvirala iz položaja javnega poklica da izvaja veščine in skrbnost, ki se pričakujejo od njegovega poklica. Deliktna narava zahtevka je bila nesporna. Poznejša je utemeljitev na pogodbeni dolžnosti, ko je zdravnik zdravil bolnika za plačilo. Pred uvedbo javnega zdravstva so bolnike zdravili bodisi za plačilo bodisi iz človekoljubnih razlogov. Tudi kasneje, ko bolniku ni bilo treba dati oprijemljivega nadomestila plačila, je obveljala opredelitev, da gre za pogodbeno zavezo.

V medicini je odgovornost lahko objektivna ali krivdna. V evropskih pravnih redih na področju zdravniške odgovornosti obstajata dva različna modela nadomestil škode: (1) sistemi, zasidrani v klasičnem modelu preverjanja napak (z dokaznim bremenom, ki se zdi vedno težji za zdravnika) in (2) sistemi, na konceptu širjenja podjetniškega tveganja na področju zdravja, ki uporabljajo modele, temelječe na ideji o izogibanju škodi, pri čemer se manj osredotočajo na koncept napake. Ta dva sistema sta tudi na mednarodnem nivoju določeni z izrazoma sistem, ki temelji na napaki, in sistem brez krivde.

Izziv je vprašanje, ali je treba klasični sistem odškodninske odgovornosti nadgraditi. Obstajajo države, ki so se na področju odškodninske odgovornosti v zdravstvu odločile za korenito spremembo oziroma, vsaj po mnenju nekaterih, velik korak naprej, saj so iz klasičnega sistema odškodninske odgovornosti prešle v sistem t. i. *no fault* oziroma nekrivdne odškodninske odgovornosti ali pa so ta sistem obstoječemu (klasičnemu civilnopravnemu) sistemu dodale in ga ustrezno modificirale. V praksi je velikokrat težko potegniti ločnico med malomarnim in ne malomarnim ravnanjem zdravnika. Zato je nujna analiza »no fault« pravnih orodij v EU in izven EU ter primerjava zakonodaje o zdravstveni dejavnosti ter zdravstvenih zavarovanjih v EU (Tappan, 2005).

Za skandinavske države je značilen sistem zavarovanja poklicne odgovornosti brez krivde. Prvič je bil uveden na Švedskem, kjer je do leta 1975 veljal klasični sistem zavarovanja poklicne odgovornosti. Ta sistem zavarovanja odgovornosti deluje tudi kot zavarovanje za zdravnike in zdravstvene delavce za vsako škodo, ki jo lahko povzročijo pri opravljanju poklica, da bi jih zavarovali pred velikimi odškodninskimi zahtevki. Vendar pa to ne pomeni, da so zdravniki popolnoma oproščeni odškodnin za škodo. Sami prav tako prispevajo k skladu, iz katerega se izplača nadomestilo. Tako so zdravstvene ustanove (bolnišnice) dolžne skleniti zavarovalno pogodbo, ne z zdravniki kot posamezniki, vendar zdravniki letno prispevajo v skupni kompenzacijski sklad. Osnovna značilnost zavarovanja nekrivdne odgovornosti za poklicno delovanje je nepotrebnost ugotavljanja odgovornosti za napako. Na Švedskem je odločanje o odškodnini iz civilnega postopka preneseno v upravni postopek, izključeni so bili izrazi, kot so krivda, malomarnost in na splošno odgovornost zdravnika. Vseeno pa mora iti za škodo zaradi neustrezne zdravstvene oskrbe, ki bi jo bilo mogoče preprečiti (Džidić & Maleta, 2018). Zato se preučujejo vzroki napake, da se prepreči ponavljanje istih napak, vendar ne z namenom določitve krivde zdravnika, temveč vzročne zveze med škodljivim dejanjem in škodo. Postopek ugotavljanja vzročne zveze se vodi kot upravni postopek.

Kot slabost sistema zavarovanja nekrivdne odgovornosti se navaja veliko povečanje stroškov (Rakočević, 2011: 29). Če pa po drugi strani primerjamo stroške dolgotrajnejših in veliko bolj zapletenih sodnih postopkov v klasičnem modelu, ni dvoma, da so stroški vzdrževanja klasičnega modela lahko še višji. Sistem brez napak se v veliki meri financira iz javnih prihodkov, to je po stroških davkoplačevalcev, manjši del pa na stroške premije, ki jo plača zavarovalni izvajalec (najpogosteje v zdravstveno ustanovo). Poleg tega velik del bremena izvajajo zdravniki z dodelitvijo določenega zneska denarju v sklad solidarnosti. V nekrivdnem sistemu pa so v svetu pogosto določene tudi zgornje omejitve odškodnin, kar lahko v veliki meri pripomore k vzdržnosti sistema.

Samo zdravljenje je na splošno neudobno in ima določene psihološke posledice in travme za pacienta, pa tudi za njegove družinske člane. Če torej med zdravljenjem pride do napak, ki poleg bolezni povzročijo pacientu kakršno koli dodatno škodo, bodisi materialno ali nematerialno, je gotovo, da takšne razmere zahtevajo nujno in mirno rešitev in ublažitev negativnih posledic. Ljudska izobrazba in osveščenost jim omogočata, da poznajo svoje pravice in lahko brez težav ocenijo, kdaj je njihova poškodba posledica medicinske napake, ne glede na to subjektivno naravo te ocene.

Posledica tega je povečano število sporov, to je odškodninski zahtevek. Klasični sistem zavarovanja poklicne odgovornosti v medicini se je tako soočal s problematiko presežnih sodnih postopkov in preobremenjenostjo sodišč v zadnjih letih. Ta sprememba klasičnega sistema odgovornosti je v veliki meri prenesla breme napak in škode v medicini iz medicinskega sektorja v sodni sistem. To vključuje opozorilo, ki kaže na potrebo po reformi klasičnega sistema poklicne odgovornosti. Dinamičen razvoj medicinskega znanja pomeni, da tradicionalni model civilne odgovornosti, ki temelji na načelu napake, ne vodi do popolne kompenzacije zahtevkov bolnikov.

Drugo vprašanje, ki se tu pojavlja, je vloga zavarovalnice v klasičnem modelu zavarovanja poklicne odgovornosti. Zdi se, da je treba odgovoriti, ali lahko zavarovalne družbe dejansko pokrijejo vsa tveganja, ki jih pokriva zavarovalna pogodba v tem razredu odgovornosti. V klasičnem zavarovalnem modelu, zlasti v sistemu prostovoljnega zavarovanja poklicne zdravniške odgovornosti, zavarovalne družbe za vsako zase ustvarijo zavarovalne pogoje, ki so zato različni za vsako družbo, kar vodi do različnosti in nestandardiziranih paketov zavarovanja poklicne odgovornosti. V takih okoliščinah zavarovalnice niso specializirane za zavarovanje poklicne odgovornosti zdravnikov in ne morejo prevzeti in pokrivati vsakega tveganja, ki bi se lahko pojavilo ali se lahko pojavlja v tem poklicu, s pogodbo o zavarovanju. Zato večina držav skuša najti način za reformo klasičnega modela zavarovalnega sistema poklicne odgovornosti v medicini ali za uvedbo drugega nadomestnega modela zavarovanja poklicne odgovornosti (Džidić & Maleta, 2018).

Poleg švedskega modela, ki je najširše uveljavil nekrivdno odgovornost za napako, je treba omeniti tudi Francijo. Slednja spada med evropske države, ki so uvedle poseben zakon na področju zdravniške odgovornosti, da bi bil sistem nadomestila škode bolj prilagojen bolnikovim potrebam. Seveda moramo poudariti, da francoski zgled spada med zapletenejše sisteme, kar je posledica soobstoja upravnega in zasebnega prava na tem področju. Dejansko francoska zakonodaja določa različna pravila glede na javno ali zasebno naravo bolnišnic. Če je bolnišnica javna, se bodo izvajala postopkovna pravila upravnega zakona; medtem ko bo bolnišnica zasebna, se bo izvajala postopkovna pravila zasebnega prava. V prvem primeru imajo bolnišnice pravico ukrepati proti zdravniku delavcu.

Na področju priznavanja odškodnin so ZDA nekaj posebnega, saj se tam zaznava resna nevarnost, da bo prišlo do pomanjkanja zdravnikov, ker je za zdravniško prakso višina zavarovalnih premij prevelika obremenitev.

Pri večjem vključevanju objektivne odgovornosti je smiselno pospešiti razvoj novih zavarovalnih produktov. Primerjalnopravne rešitve sicer obstajajo, vendar so raznolike in tudi ne povsem prepričljive, zaradi česar ni mogoče njihovo togo prevzemanje, temveč je potrebna bazična raziskava za izoblikovanje rešitev prilagojenih napredku specifično slovenske pravne ureditve predmetnega področja. Število odškodninskih zahtevkov proti zdravnikom in zdravstvenim organizacijam zaradi zdravniške napake narašča, prav tako pa naraščajo odškodnine, ki jih dosojajo sodišča. Za škodo, ki jo povzroči delavec pri delu ali v zvezi z delom, odgovarja pravna ali fizična oseba, pri kateri je delavec delal takrat, ko je bila škoda povzročena. V Sloveniji je sicer vse več privatnih zdravniških ambulant, za katere pa vprašanje odškodnine ne bo tako postranskega pomena kot je to za velike zdravstvene zavode, ki se financirajo iz državnega proračuna (neposredno, ali posredno prek zdravstvene blagajne) (Samec Berghaus & Pristovšek, 2016: 111). Drugo vprašanje, ki se tu pojavlja, je vloga zavarovalnice v klasičnem modelu zavarovanja poklicne odgovornosti. Zdi se, da je treba odgovoriti, ali lahko zavarovalne družbe dejansko pokrijejo vsa tveganja, ki jih pokriva zavarovalna pogodba v tem razredu odgovornosti. V klasičnem zavarovalnem modelu, zlasti v sistemu prostovoljnega zavarovanja poklicne zdravniške odgovornosti, zavarovalne družbe za vsako zase ustvarijo zavarovalne pogoje, ki so zato različni za vsako družbo, kar vodi do različnosti in nestandardiziranih paketov zavarovanja poklicne odgovornosti. V takih okoliščinah zavarovalnice niso specializirane za zavarovanje poklicne odgovornosti zdravnikov in ne morejo prevzeti in pokrivati vsakega tveganja, ki bi se lahko pojavil ali se lahko pojavlja v tem poklicu, s pogodbo o zavarovanju. Zato večina držav skuša najti način za reformo klasičnega modela zavarovalnega sistema poklicne odgovornosti v medicini ali za uvedbo drugega nadomestnega modela zavarovanja poklicne odgovornosti. Nov izziv so tudi neidentificirani oškodovanci ali težave skupinskih tožb.

## **8 Postopki ob napaki oz. zapletu**

Odškodninski zahtevki se relativno pogosto rešujejo v sodnem pravnem postopku. Sodni postopek pa bi moral biti zadnje sredstvo. Treba bi bilo bolje izdelati in promovirati vzporedne možnosti urejanja vprašanj odgovornosti v internih in

upravnih postopkih, kar bi pacientom vlivalo zaupanje, da je že poskrbljeno za preprečevanje škodnih dogodkov. Z resno razpravo je treba vzpodbuditi tudi vedno pogostejše vključevanje alternativnih načinov reševanja sporov, mediacije in arbitraže, saj so v tujini študije pokazale izjemno uspešnost teh načinov tudi pri večanju zaupanja v zdravstvo.

V širšem pomenu je za paciente poglobitveni cilj preprečevanje napak. Da bi to naredili, je več bolnišnic v nemško govorečih državah uvedlo sisteme za prepoznavanje in preprečevanje napak. Takšni sistemi "učjenja" bi morali pomagati pri spremljanju kakovosti oskrbe in bi jih bilo zato treba postaviti v vseh bolnišnicah v bližnji prihodnosti. Zato je tudi pri nas treba posvetiti posebno pozornost kriterijem, ki bodo omogočali spremljanje in zagotavljanje kakovosti.

V pravnem postopku večinoma sodišče obravnava odškodninski zahtevek pacienta proti ustanovi zaradi škode, ki jo je utrpel v postopku zdravljenja. Tožbe zaradi zdravljenja brez pacientove privolitve so redke oz. izjema, saj bi v takem primeru tožnik moral dokazati, da je zdravnik ravnal brez pacientovega soglasja, kar ni ravno običajno. Bolj pridejo v poštev prekoračitve soglasja, ko se pacient sklicuje na nezadostnost ali odsotnost pojasnilne dolžnosti.

## 9 Sklep

V zvezi z odgovornostjo je ključna tudi dobra opredelitev pojmov glede neljubih dogodkov v zdravstvu (zaplet, incident...). S pomočjo jasnih definicij je mogoče čimprej zaznati, kdaj nastopi primer, ko je treba vsakokrat ustrezno ukrepati za odpravo nepravilnosti in pomanjkljivosti ter posledično za zagotovitev varnosti pacientov. Vedno bolj pa se uveljavljajo tudi zahteve po spremljanju kakovosti zdravstvenih ustanov na podlagi različnih kriterijev, med katerimi so lahko že statistični podatki o zapletih ne le o napakah. Uvajajo se novi načini evidentiranja teh kazalcev, zato ni vseeno, če bo postalo pokazatelj višje kakovost, majhno število zapletov ali število napak.

Primerjalna analiza evropskih pravnih sistemov pokaže, da včasih razprave glede razlikovanja med pogodbeno in deliktno odgovornostjo prevladajo nad resnično pomembnimi vprašanju zdravstvene odgovornosti. Pravzaprav obstajajo enakovredni pravni sistemi, ki urejajo zdravstveno odgovornost na podlagi odškodninske zakonodaje in drugi na podlagi pogodbenega prava. Po drugi strani pa

je treba sisteme krivdnega in nekrivdnega ugotavljanja odgovornosti še naprej primerjalno ocenjevati, čeprav vse kaže da gre prihodnost v smeri poenostavitve določanja odškodnine za medicinske napake. Eden od ključnih ciljev tega prispevka je bil tudi dokazati pomembnost odgovornosti v zdravstvu kot izhodišče za širšo razpravo o tem, kako naj se strukturirajo standardi odgovornosti.

Za konec pa ugotovitev o potrebnem zaupanju zdravniku. Iz zgodovine je znan zapis iz leta 1495 avtorja Zerbija, ki je bil profesor na univerzah v Bologni in Padovi. Objavil je prvo natisnjeno razpravo o geriatrici, "*Gerontocomia*: "Pravzaprav večina bolnikov bolj verjame zdravniku, ki uživa dober sloves in je v javnosti prepoznan kot nekomu, ki ima znanje, vendar nima slovesa. Zaupanje, ki ga ima bolnik v zdravnika, je z vidika zdravstvene ozdravitve vredno celo več kot dejanska zmogljivost zdravnika [...]" (Rippa Bonati & Zampieri, 2013: 20).

## Literatura

- Džidić, M. & Maleta, N (2018) Insurance no fault responsibility in medicine, *Medicine, Law and Society*, vol. 11, 1/2018.
- Flis, V. (1994) Medicinska napaka, *Konferenčni zbornik Medicina in pravo II* (Odgovornost zdravnika, Medicinska napaka), str. 47-67.
- Flis, V. (2010) Ali je zdravljenje kaznivo dejanje? V: *Medicina in pravo: sodobne dileme II*, str. 389-400.
- Fortuna M. (2004) Zavarovanje bolnikov, če strokovna napaka ni dokazana, *ISIS*, Glasilo Zdravniške zbornice Slovenije, št. 10, str. 48.
- Heiderhoff, B. & Zmij, G. (eds.) (2009) *Tort Law in Poland, Germany and Europe* (Koln: Sellier european law publishers).
- Koziol, H. & Steininger, BC. (eds) (2011) *European Tort Law 2010* (Berlin/Boston: De Gruyter).
- Kessler, D. P. (2011) Evaluating the medical malpractice system and options for reform, *J Econ Perspect*, 25 (2), str. 93-110.
- Kresal, B. (2010) v: Arhar, F. et al. (eds.), *Komentar Ustave Republike Slovenije* (Kranj: Fakulteta za državne in evropske študije).
- Mežnar, Š. (2013) Pogodbena odškodninska odgovornost - nekatera odprta vprašanja, *Odvetnik*, št. 60.
- Obligacijski zakonik (OZ): Uradni list RS, št. 97/07 – uradno prečiščeno besedilo in 64/16 – odl. US.
- Rakočević, P. (2011) Odgovornost bez krivice medicinskih radnika, *Glasnik Advokatske komore Vojvodine*, časopis za pravnu teorijo i praku, Godina LXXXIII, knjiga 71, št. 1.
- Rijavec, V. (2017) Medicinska napaka, *Pravni letopis*, IPP, Ljubljana, str. 240 in sl.
- Rippa Bonati, M. & Zampieri, F. (2013) Historical Overview of Medical Liability, V: Ferrara, SD. (ed.) *Malpractice and Medical Liability* (Heidelberg, London, New York, Dordrecht: Springer, 2013).

- Samec Berghaus, N. & Pristovšek, RF. (2016) Nova dognanja o odškodninski odgovornosti zdravnika V: Kraljić, S. Reberšek Gorišek, J. & Rijavec, V. (ur.), *Razmerje med pacientom in zdravnikom: konferenčni zbornik : 25. posvet Medicina in pravo* (18.-19. marec 2016, Maribor), str. 109-125.
- Studdert, D.M., Mello, M.M. & Sage, M. et al. (2005) Defensive medicine among high-risk specialties physicians in a volatile malpractice environment, *JAMA*, 293(21), str. 2609-2617.
- Tappan, K. (2005) Medical-Malpractice Reform: Is Enterprise Liability or No-Fault a Better Reform? *Boston College Law Review*, 46 (5), str. 1095-1130.
- Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej): Uradni list RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13 in 88/16 – ZdZPZD.



## MEDICAL ERROR – SHOULD IT BE A CRIMINAL OFFENCE?

MIHA ŠEPEC

University of Maribor, Faculty of Law, Maribor, Slovenia, e-mail: miha.sepec@um.si

**Abstract** Medicine is a risky profession where medical professionals have a duty to do anything in their power to help their patients. However, what if a doctor makes a grievous mistake that leads to the death but could have been avoided? Are moral responsibility and apology to patients' family enough? Should we impose sanctions (civil or criminal) on the doctor who negligently caused the patients' death? To answer this questions, we present arguments against criminalisation of medical error, where the strongest arguments are uncertainty of medical standards, counterproductive criminalisation seen in defensive medicine, using criminal law as the last resort, and the argument of doctor's immunity. On the other hand, arguments for criminalisation are obvious negligent treatment with serious consequences, general prevention of future negligent conduct, sanitation of a medical system gone wrong, and the argument of privileged criminal offence. Our conclusion is that criminal law repression of medical malpractice or medical error is justified, however only in the most obvious cases of undisputed negligence or carelessness of a doctor, where his inappropriate conduct has led to a serious deterioration of health of a patient, which could have easily been avoided, if a doctor respected the practice and rules of medical science and profession.

### Keywords:

medical error,  
criminal law,  
criminal offence,  
medical  
malpractice,  
doctor,  
medical  
professional,  
negligent  
treatment.

### First published in:

ŠEPEC, M., Medical error - should it be a criminal offence?. *Medicine, law & society*. [Print ed.]. Apr. 2018, vol. 11, iss. 1, str. 47-65.

## 1 Introduction

Medicine is one of the most noble and respected professions in society. Society holds doctors in high regard because they consider them members of a learned profession who act as treasured advisors, who help keep them in good health, who restore ill patients to good health, and who save lives and prevent premature and unnecessary deaths. However, at the same time, medicine is a high-risk profession, fraught with dangers for those that practice it. This is especially the case for doctors that practice in the often high pressure setting of medical emergency services, where a momentary lapse of good professional judgment, for example in diagnosis or treatment of a patient can lead to serious adverse consequences to the patient and sometimes even death. A rough estimate is that in the United Kingdom two percent of patients admitted to acute care hospitals suffer severe harm from healthcare errors (Merry, 2009). Given that medicine deals with one of the most legally secured human rights – right to life – it is undisputed that legal regulation of the medical practice is not only necessary but crucial. In addition, it cannot be seriously disputed that legal regulation of medical conduct which leads to the deterioration of a patient's health, or even to death in cases where this could have been avoided by more careful or professionally adequate treatment, is necessary. Therefore, the question arises as to how the law should regulate and sanction medical errors. In the United States, aggrieved patients that sustain injuries and damages due to doctor error have legal recourse under civil tort law, which allows the patient (the plaintiff) to initiate a lawsuit in court against the doctor and/or the hospital (the defendants) where the negligent treatment was provided, in order to recover monetary damages (Flis, 2016, see also Sonny Bal, 2009). In European countries with the continental legal system and in Japan, criminal law prosecution is also common for healthcare providers that provide professionally poor medical treatment, and which caused deterioration of a patient's health, or which leads to the patient's death, and which could have been avoided if the medical professional had not been negligent or careless in the performance of the treatment.

European countries often incriminate professional errors of doctors in the context of general crimes against the body and life – that is, wounding or causing grievous bodily harm, or causing the death of a person due to negligence – involuntary manslaughter.

In this regard Slovenia is quite unique<sup>1</sup> since the Slovenian Criminal Code (2008)<sup>2</sup> contains a special offence of negligent treatment in the Article 179. Under this Article, a medical professional that violates the practices and rules of the medical science and profession, and whose conduct negligently causes a significant deterioration in health of a patient can be sentenced to imprisonment up to three years. Paragraph 3 of Article 179 stipulates that if the patient dies, the sanction includes imprisonment from one to eight years. The offence is classified in Chapter 20 of Crimes Against Human Health, where the central protected right is public health and public confidence in the health system.

In this paper, we explore whether criminalizing physician negligence in this fashion, and exposing medical professionals, as a special risk group, to criminal liability by implementing a special criminal offence that only they can commit (*delicta propria*), is appropriate and necessary, from both a legal and public policy standpoint. The two fundamental questions addressed in this paper are therefore, first, should criminal law criminalise medical error committed stemming from mere negligence, and, second, whether modern criminal law requires a specific incrimination of medical error - i.e. negligent treatment in medicine.

## 2 Medical error – definition and dilemmas

### 2.1 Medical error

First, we must define how legal scholars define medical error, medical malpractice, negligent treatment, medical mistake, doctor's error, doctor's fault or doctor's mistake. All of these phrases are used more or less synonymously. However, it is more appropriate to speak of medical error, medical mistake or medical malpractice, since the latter terms are not limited to doctors but also include negligent treatment rendered by other medical professionals (anaesthetists, medical nurses and other health professionals that treat or help treating the patients).<sup>3</sup> Doctors and hospitals are expected to provide medical treatment employing all of the knowledge and skill at their disposal. Doctors owe certain duties to their patients and a breach of these duties triggers a cause of action for negligence against the doctor (Pandit & Pandit, 2009).

In the IOM report “To Err Is Human: Building a Safer Health System”, clinical error was defined as failure of a planned action to be completed as intended or the use of a wrong plan to achieve an aim (Kohn, Corrigan & Donaldson, 2000).<sup>4</sup>

Legal definitions of medical error began in 1869 when medical expert Rudolf Virchow defined medical error as an error that occurs in a deviation from the generally accepted rules of medical profession because of insufficient care (Matz, 1869, in: Kaufman, 1989).

Today, medical malpractice is defined as an act or omission by a physician or medical expert during treatment of a patient that deviates from accepted norms of practice in the medical community and causes injury to the patient (Sonny Bal, 2009). Grunsven (1997) argues that only an extreme deviation from generally accepted standards of practice should constitute gross negligent medical care.

It is undeniable that in criminal law, the first element that must be considered when determining whether a doctor’s negligence or medical error constitutes a chargeable offence is to determine whether there was a breach of the medical profession’s standards (Korošec, 2016). In other words, we must establish if the medical professional carried out the medical care in accordance with accepted standards in the medical community, and if not, what alternative medical care would have been appropriate in the given situation. There is no question that these questions require medical expert testimony, since judges, juries and even legal experts lack the necessary medical knowledge and expertise to answer these questions. For example, the views of legal experts can differ from those of medical experts. What medical experts define as wrong, unacceptable, criminal medical care, or as constituting a mistake, an error, negligence, or lapse in treatment or the like is practically irrelevant to a criminal lawyer. To the contrary, the only important fact that must be established is whether the medical professional’s treatment in fact deviated from the accepted standards of the medical community (Korošec, 2016). These standards are defined by medical expertise and science on both national and international levels. It is therefore abundantly clear that if the medical profession itself cannot answer the question whether a defined instance of medical care was performed in accordance with accepted medical standards, or if the medical profession cannot even provide an answer as to how a medical professional should act in a defined instance (e.g. a new yet undiscovered disease where there is no medical knowledge on how to treat it), there can be no criminal responsibility on the part of a medical professional that

would demand criminal prosecution. In other words, no person, whether a professional or otherwise, can be convicted of a crime for engaging in conduct that has not been well defined as being criminal. This principle is as self-evident as requiring no citation of authority. Therefore, a medical expert's final opinion, when asked what the appropriate standard of care was under the circumstances, of "I do not know," reflects the kind of uncertainty and vagueness that must exonerate the doctor from wrongdoing and must therefore always lead to a judgment that no criminal offence was committed, since the basic premise of a criminal medical mistake or negligent treatment is missing – a violation of a well-accepted medical norm, i.e. standard of care (Korošec, 2016).

It is evident that not every deterioration in a patient's health or even death during treatment is the direct result of a medical error (i.e., breach of the standard of care) as sometimes both are a natural consequence of the patient's condition and simply cannot be avoided, even with the best medical care. A medical accident, for example, is defined as an unwanted, unexpected, random event that happens with all due care of a doctor who took all the necessary precautions to reduce the risk of a potential accident (Flis, 1994). Similarly, medical complications quite frequently occur during the course of medical treatment that is performed professionally and with all due care. Medical complications are expected, but occur randomly and cannot be predicted with any certainty (Flis, 1994). Complications and accidents are normal during complex procedures (Grunsven, 1997) and cannot be attributed to doctor's mistakes or errors, especially if the doctor has taken all the necessary and needed precautions to avoid them.

## **2.2 Elements of criminal liability**

When discussing medical error as a criminal offence, we must first define the elements of criminal liability that must be met in order to find a medical professional guilty of that offence. First, there must be a legal duty on the part of the doctor to provide care or treatment to the patient. In other words, there must be a professional relationship between the patient and the healthcare provider (Sonny Bal, 2009). There is no professional relationship when a person who is not a medical expert provides emergency help to someone in need of it. There is, nevertheless, a duty of care which arises, which could result in criminal culpability when the emergency treatment provided worsens the health condition of the person in need and the treatment was in fact not that urgent – this depends on the Good Samaritan Law of

the country, and whether and how the omission of help is defined as an offence in the Criminal Code. There is also no professional relationship formed in a case where, for example, a heart surgeon who is enjoying a vacation at sea and provides some emergency treatment to a person at the beach who has a heart attack. In such a case, courts would likely conclude that since no doctor-physician relationship was established, the volunteering surgeon owed no duty of reasonable medical care (Sonny Bal, 2009).

The next element is acting in contradiction with the practice and rules of the medical science and profession - i.e. a violation of the medical profession (breach of the standard of care). We have already discussed this element in the previous chapter and will do so again in chapter 3.1.

Thirdly, there must exist causation between a doctor's treatment that violates the rules of medical profession and a patient's significant deterioration of health. The dominant theory of causation in criminal law is the equivalence theory. The equivalence theory is based on natural cause causation, where the basic concept is the formula *sine qua non*, which attributes causality to the conduct of the perpetrator only if his conduct is a necessary condition for the prohibited consequence – e.g. if the doctor had not performed the treatment, the patient's health would not have deteriorated. However, we must also take into account other causation theories – the theory of adequate causation (Dežman, 2010) and the theory of acting in accordance with regulations. The theory of adequate causation emphasises the value criteria. That is to say, under this theory the doctor's duty of care requires conduct that is normally expected of a doctor in a specific case, while also taking into account the developments that occur in the regular course of events. So for example, there will be no legal causation and therefore no liability when the result that occurs would almost never have happened as the result of a doctor's treatment – e.g. a doctor injects a vaccine that has no reported side effects into a child, but in the particular case the vaccine triggers a severe reaction and deterioration of the child's health, which the doctor could not have foreseen (see also Korošec, 2016).

The causation theory of acting in accordance with regulations postulates that causation cannot be attributed to a doctor who has violated the medical standards when treating a patient in the case where the consequence of the treatment would have occurred even if the doctor had acted in accordance with medical standards – e.g. a negligent doctor does not perform the much needed and urgent examination

of a sick patient, but even if he had performed the examination, it would make no difference, since the patient would have died anyway.

The last element required to establish criminal liability is the doctor's negligence. In criminal law, medical error can lead to a criminal culpability only if the doctor has been negligent. If the doctor acts with the intent to kill or injure a patient, this is not considered only a medical error, but a criminal offence of murder, or wounding and causing grievous bodily harm with intent. A medical error, on the other hand, consists of conduct on the part of a doctor, who is not careful enough, who is inattentive, carefree, or acts in any other way that is inconsistent with and falls below the standard of care in the medical profession. To use an example, a doctor fails to order blood analysis on a child, erroneously believing the child's medical problem was nothing to worry about and that there would be no complications, when in fact, the testing would have easily detected a serious infection, which could have been treated without complications by the use of antibiotics. Under this hypothetical, assuming the standard of care required the doctor to order the routine blood testing, the doctor most probably breached the standard of care; the breach was the proximate cause of further injury to the child; and, the doctor was negligent. Negligence is, therefore, conduct that departs from the standards expected of a reasonably prudent person. Using our hypothetical, since the "actor" or "person" in question is a doctor, and hence is a medical professional, we must ask the additional question, would another doctor with the same knowledge have acted as he did. The offence of medical error may be committed by making an error of judgment or an error in the execution of treatment of a kind that a reasonably prudent and skilful doctor would not have made. In the case Adomako – John Assare in 1995 an anaesthetist failed to notice that the tube supplying oxygen to a patient had become detached. According to expert evidence, any competent anaesthetist would have recognized this immediately (Ormerod, 2005). Ormerod (2005) argues that whether the actor is negligent is, therefore, measured by an objective standard, namely, whether the risk of harm would have been obvious to the reasonably prudent and skilful doctor, anaesthetist or other medical professional, as the circumstances require. This is an approach of the Anglo-American criminal law doctrine. Continental criminal law doctrine, on the other hand, emphasizes subjective criteria, which turns on the question of whether the accused had the possibility and was aware of how he should have acted based on his personal experiences and training (Bavcon et al., 2014). Under this standard, a skilful surgeon practicing in the most state of the art hospital should exercise more prudence and care than would be

required of an average doctor practicing, for example, in a local or rural clinic. This approach has come under criticism. Pandit & Pandit (2009), for example, argue that for liability to attach, the manner and nature of treatment has to be so deficient that it falls short of the skill and/or standard expected from average medical practitioners and not that of the highly qualified and exceptionally gifted. This approach was also adopted in Anglo-American court practice. In the case of *Bolam V. Friern Hospital Management Committee* (1957),<sup>5</sup> the court adopted the Bolam test and argued: “A man need not possess the highest expert skill: It is well established law that it is sufficient if he exercises the ordinary skill of an ordinary competent man exercising that particular art. In the case of a medical man, negligence means failure to act in accordance with the standards of reasonably competent medical men at the time.”

Brenner et al. (2012) question the negligence standards in the medical profession. They argue that medical negligence cannot be adjudged simply by examining nonconformity to norms but rather that we should consider two additional concepts before imposing legal liability – justification and excuse. By way of explanation, medical conduct is justified when the benefits of a certain course of conduct outweigh the risks. The public policy argument in favour of this approach is that the law sanctions the conduct and encourages future conduct under similar circumstances. The notion of excuse, on the other hand, relieves a doctor of legal liability under specific circumstances even though the doctor’s conduct was not justified (Brenner et. al., 2012).

An interesting approach in the continental criminal law doctrine was taken in the Austrian Criminal Code (Strafgesetzbuch, StGB, 2016, paragraph II of Article 88)<sup>6</sup>, which decriminalises bodily harm resulting from negligence when committed in the exercise of a lawfully regulated health profession, assuming there was no gross negligence. Gross negligence is not a criminal law standard but a standard of the civil law, and according to the proposed definition, occurs when someone acts in an unusual and conspicuously negligent manner, whereby the occurrence of a state of affairs corresponding to the legal facts was almost certainly foreseeable (Halmich, 2016).



### **3 Arguments against criminalisation of medical error**

Should medical error therefore be a criminal offence, and if so, under what circumstances? We will first present the principal arguments against criminalisation of medical error.

#### **3.1 Uncertainty of medical standards**

Unfortunately (or fortunately, depending on your point of view) medicine often lacks the certainty associated with other sciences such as mathematics and therefore is not considered to be a definitive science, since it suffers from some of the same limitations as exist in the law – for example, the vagrancies and unpredictability of people, who because of their diversity in their social mores rarely adopt to the same standards. Kennerly (2013) states that “Any physician who is 99.99% certain that patient did not suffer a heart attack is unfit to practice medicine. A patient history and physical examination will never give any physician enough information to be “99.99%” or 98.78% or 73.64% or 22.13% or 00.01% certain of anything.” In 1959, Halmer and Reshner argued that, “In medicine, exact explanation of causes of diseases, concise diagnosis and absolute predictability of outcome of treatment are difficult, if not impossible!” (Halmer & Reshner, 1959) and even earlier, in 1952, King declared, “Medicine will not achieve the status of science until the basic laws of health and disease have been disclosed,” (King, 1952).

It is undeniable that in 2018 medicine is considered one of the leading sciences in the world. However, despite its many advancements this does not mean that medicine will always provide clear and unambiguous answers on how a certain patient in a certain situation should be treated. Far from being black and white, medical practitioners often have to make difficult decisions that fall within the grey area, where there are not always 100 % correct answers and solutions. For example, while doctors can often make a definitive diagnosis of a patient’s condition, in many other cases they are left instead with making differential diagnoses, due to uncertainties and lack of clear evidence that speak against a conclusive diagnosis. We have already explained that a basic element of imposing criminalisation of a medical error is the prerequisite of proving the doctor’s actions or inactions violated the practice and rules of the medical science. It cannot be disputed that the goal of a trial in a medical negligence case is to reach a fair and just decision on whether the

patient's injuries should be attributed to the doctor. At the most fundamental level, to achieve fairness and satisfy constitutional notions of due process of law in a medical negligence trial, clear and well-defined criteria for determining medically negligent conduct are essential (Brenner et. al., 2012). However, Brenner et. al. (2012) argue that any standard of care that is based solely on conformance with the practice and rules of the medical science is a faulty and distorted measure of medical negligence, since it is necessarily based on the flawed deductive reasoning of compliance with the professional conduct or norms of the majority of practitioners that is presumed to be (but in fact may not be) reasonable, diligent and prudent. First of all, there is no guarantee that the majority is reasonable, diligent and prudent. Secondly, physicians who deviate from customary norms may not necessarily be acting in ways that are in fact unreasonable or reckless. "In fact medical progress has often come from the practices of nonconforming doctors whose innovations derived from alternative ideas about the norms of medical practice" (Brenner et. al., 2012). In *Helling v Carey* (1974)<sup>7</sup>, the court found the doctor negligent for not recognizing a glaucoma, although according to the accepted standards of care, routine screening for glaucoma was not performed on patients younger than 40 years old. Helling was under 40. The doctor did therefore comply with the standard norms in his profession. The legal issue before the court was whether compliance with the professional standards of a specialty satisfied the appropriate duty of care. The specific ruling in the case was that professionals whose actions conform to the standards of their given specialty may, nevertheless, commit malpractice if such conduct is not reasonably prudent. In support of this ruling, the court reasoned, "What is usually done may be evidence of what ought to be done, but what ought to be done is fixed by a standard of reasonable prudence, whether it is usually complied with or not." In other words, in *Helling* the court thus demanded a higher standard than the professional standard of care.

Medical standards can also differ in certain cultures or countries with different medical systems (countries with compulsory health insurance or countries without it). It should be undisputed that when there are more widely accepted standards of care the doctor should not be prosecuted for adopting one of them – although it was not the best option for the patient. Thus meaning that when there are more than one treatment options and all are within the appropriate standard of care, and the doctor chooses one of them, and gets a poor outcome, the doctor should not be held liable for not choosing the other options.

In the case of *Bolam V. Friern Hospital Management Committee* (1957)<sup>8</sup>, for example, the court declared, “There may be one or more perfectly proper standards, and if he confirms with one of these proper standards, then he is not negligent.”

Legal scholars often argue about the meaning of certain legal constructs or standards. In criminal law, for example, we have as many definitions of guilt as we have scholars. To answer this dilemma Ronald Dworkin, a famous legal scholar, presented a metaphor of Judge Hercules, a hypothetical ideal judge, immensely wise and with full knowledge of legal sources. In American tort law, by analogy, expert Dean Prosser, who authored the *Handbook on the Law of Torts*, in trying to explain to law students the concept of negligence, refers to the (defendant) actor as being the “reasonably prudent person” all knowing, ever careful, and always acting with just the degree of care and caution necessary under the particular circumstances to avoid liability (Prosser, 1978). Acting on the premise that the law is a seamless web, Judge Hercules is required to construct the theory that best fits and justifies the law as a whole (law as integrity) in order to decide any particular case. Dworkin argues that Judge Hercules would always come to the one right answer (Dworkin, 1986). By further analogy, in medicine, the utopian medical practitioner would be Doctor Hippocrates, a brilliant and all-knowing doctor that would always give us one right answer. Medicine however is not practiced in a utopian realm, but rather in the real world, where there is no Judge Hercules and there is no Doctor Hippocrates and where doctors have flaws, and have to deal with shades of gray and everything is not monochrome. Given these realities, how then can we find the correct answer? Why should we penalize a doctor who is not Hippocrates and who might not employ the most optimal treatment, although he is trying his best to heal his patient, and does employ a reasonable and accepted treatment, which nevertheless does not work in the end? If there are no definite and clear standards of care, then the law should not penalize the doctor for providing treatment that is reasonable but leads to suboptimal results. Criminalisation of such behaviour would be unfair.

On the other hand, we can safely argue that the less complex the disease or the problem, the easier it will be to find the right answer. Errors such as improper transfusion, wrong-limb surgeries, administration of the wrong dosage of medicine, administration of medicine to the wrong patient or at the wrong time, the doctor’s lack of hygiene, overlooking simple signs that any sensible doctor would have found, all can be categorized as gross negligence and the defence based on complexity of medicine must necessarily fail. Obvious medical errors fall under the standard of *res*

*ipsa loquitur* or negligence *per se* – such cases do not need any special evidence or expert testimony to be established. Instead, negligence is established as a matter of law.

### 3.2 Counterproductive Criminalisation – Defensive Medicine

Ashworth and Horder (2013) present a minimalist approach to criminal law where one of the basic tenets of criminalisation is the principle of not imposing criminal sanctions where doing so would be counterproductive; that is to say, not establishing a criminal offence(s) for certain behaviour where the harms associated with doing so substantially outweigh the social utility of imposing such criminal sanctions. “*The argument here is if the criminalisation of certain conduct gives rise to social consequences that are hardly better than the mischief at which the law aims, this militates strongly in favour of decriminalisation*” (Ashworth & Horder, 2013).

In medicine, the greater harm is in the so-called practice of defensive medicine, which can be defined as the modification of clinical practice solely to reduce exposure to legal challenges by patients or the state, rather than direct clinical reasons (Oyebode, 2013). As explained by Heller (2017) practice of defensive medicine in the US has led to massive increase on cost of distributing medical service, and a largely broken medical system. Exposing doctors to criminal responsibility whenever anything goes wrong since they did not fully adapt to the traditional standard procedures of the general community will suppress any kind of progress in medicine. Taking this to the extreme, one could argue that if doctors are never willing to deviate from accepted norms, and never willing to take any risks (i.e., think and act “outside the box”) with the patients solely out of fear of legal liability, whether civil or criminal, the logical result could be the stagnation or even the regression of medicine as a profession which in turn is detrimental to the advancement of the profession and therefore a loss to the whole society. Studies have shown that legal sanctions against doctors are correlated with the use of defensive medicine – a survey of Italian general practitioners and specialists found that 37% of GP and 83% of specialists had engaged in at least one defensive practice in the previous month (Miller, Samson & Flynn, 2012). Nonetheless, this argument must not be misused so that the patient would become a “test bunny” at the hands of the doctor, who abuses the consent of the patient and is derelict in the duty to inform the patient about all available medical options – as was the case of Aoto Hospital in Japan, where three young, inexperienced urology surgeons performed “keyhole”

laparoscopy on a prostate cancer patient in order to gain experience with a high-tech procedure. They neglected to inform the patient of their lack of experience in the procedure; the possibility of serious intra-abdominal bleeding experienced by patients of other, more experienced surgeons; and, the existence of well-established standard alternative treatments (Leflar & Iwata, 2005).

### 3.3 Criminalisation as a Last Resort

Related to the previous argument is the further argument that criminalisation should be used as a tool of last resort given its draconian nature. Within the law, there are at least two other major remedial schemes available to regulate medical negligence and error, either or both of which are often preferable to criminalization: civil liability, best exemplified by the laws of tort and contract, and administrative regulation. The minimalist principle of criminal law expressed in the *de minimis* limitation is, that the criminal law should not be used to punish minor wrongs (Ashworth & Horder, 2013). Dežman (2010) lists administrative measures that can be taken against a doctor, including warnings, obligatory professional training, and even medical license withdrawal in more extreme cases. He posits whether a personal sense of guilt, professional compromise, negative public opinion and even a loss of a medical license are not severe enough sanctions, and whether it truly is necessary to add to that the threat of criminal law repression.

### 3.4 Justification and Excuse Argument

Brenner et. al. (2012) present this argument in favour of decriminalisation that is based on the utilitarian rule that in the medical profession the benefits of a certain course of action (even if outside the standard of care or perhaps illegal) outweigh the risks. They argue that medical negligence is not simply nonconformity to existing norms of conduct and that we should consider two additional concepts of legal liability – justification and excuse. The concept of justification means that certain medical conduct may be justified when the benefits of that conduct outweigh the risks. The doctrine of excuse, on the other hand, relieves a doctor of legal liability under specific circumstances even though his conduct was not justified (Brenner et. al., 2012). These are well-established concepts of necessity in continental criminal law doctrine (see Roxin, 2003; Jescheck & Weigend, 1996; Ashworth & Holder, 2013), where conduct that could have otherwise been classified as criminal, in certain circumstances is either justified or excused – e.g., a non-licensed student of medicine

performs an emergency abortion on a woman outside a hospital setting and not in accordance with medical standards. However, the procedure was absolutely necessary to save the lives of both the woman and the baby and there was no time to wait for medical assistance.

We therefore see no reasons to modify the concepts of justification and excuse in criminal law solely for the medical profession, since both concepts are completely applicable for the medical profession. Therefore, this cannot be treated as an argument for decriminalisation of medical error, but rather more of an exclusion for situations where medical error will not be regarded as criminal offence.

### **3.4 Argument of Immunity**

Judges in the rule of law countries enjoy procedural immunity that protects them from legal responsibility when passing judgments in court. In order for a judge to pass the judgment fairly, and without fear of legal reprisal and retribution, he or she must be protected not only against legal action from the people he or she passes judgment on but also from potential sanctions by the state. However, if a judge must be protected in order to judge fairly, can we not say that a doctor should also enjoy some degree of immunity in order to heal patients properly?

The argument is not without merit since the nature of the work of both professions is often quite similar. A negligent judge can destroy a person's life (e.g., sending an innocent person to jail by negligently performance of duties or taking away a person's essential belongings by negligent interpretation and application of the law) and a negligent doctor can cause a person's death or serious damage to the patient's health. However, a judge will enjoy at least a qualified immunity even if a higher court ultimately decides that the judgment was entered erroneously in violation of applicable legal doctrine, while a doctor receives no such protection (except maybe from colleagues who present their testimony as expert witnesses). In the Yugoslavian criminal law doctrine, medicine was regarded as an exception to criminal unlawfulness because of its social benefits to society. In modern criminal law (heavily influenced by German criminal law doctrine), this radical special treatment of medicine has become rare and it seems that it no longer comports with modern notions of a person's dignity, right of self-determination, autonomy and the right to free development of personality (Bavcon et. al, 2014). Furthermore, the procedural immunity afforded to judges is not the absolute or intrinsic right of a judge, but

rather a legally afforded privilege that is not intended to protect the judge as an individual, but to the contrary is intended to prevent the possible obstruction of work of the judicial authority by triggering manifestly unfounded criminal proceedings (Constitutional Court of Slovenia, 2012).<sup>9</sup>

## **5 Arguments for Criminalisation of Medical Error**

### **5.1 Obvious Negligent Treatment with Serious Consequences**

Situations where doctors neglect basic principles of proper treatment, make apparent mistakes, abuse the patient's right to consent to treatment, and conduct themselves in manners not befitting of their profession cannot be excused. When such self-evident negligent treatment causes serious consequences to a patient's health, there is no real reason why the state should not legally sanction such behaviour – even under criminal law. A doctor who is drunk during a surgery, one who leaves a scalpel in the body of a patient, or one who is not careful as to which limb he must operate on and similar cases involving clear negligent or careless acts, cannot be excused and glossed over under the guise of general notions that medicine is good for the society and that doctors should not answer for serious acts of malfeasance because they help people. Careless, amateurish, dilettante doctors, surgeons, medical nurses and other medical professionals, who as a consequence of their negligent acts or omissions which could have easily been avoided, cause serious deterioration of health and even death to their patients, should be expelled from medical profession. A prime example of this is the case of *People v. Milos Klvana* in 1992.<sup>10</sup> There, Doctor Klvana was convicted on nine counts of second-degree murder for performing childbirth deliveries at home or at his personal office utilizing methods that were absolutely not in accordance with the medical practice at that time, thereby indirectly causing the death of nine children. In one instance, Doctor Klvana even went so far as to tell one of the parents to bury the dead baby in the backyard and not tell anyone about the death. He was convicted of second-degree murder based on implied malice, on account of engaging in conduct that endangers the lives of others, and acting deliberately with conscious disregard for human life (Grunsven, 1997).

A country's health system is of paramount importance to its citizenry (especially in countries with compulsory health insurance) and accordingly should be protected from outside and inside threats, including from medical professionals that have demonstrated an inability to perform their sworn and sacred duties.

## 5.2 General Prevention of Future Negligent Conduct

Criminal repression has two effects on crime. The first is special prevention – by sending the offender to jail and/or in conjunction with other punitive sanctions, society prevents or at least deters the health care/offender from repeating the same or another crime again. The second is general prevention – by punishing and potentially sentencing the offender to jail, others at least theoretically will be deterred from committing acts that amount to criminal offences (Bavcon et. al., 2014). By criminally sanctioning the negligent doctor, society hopefully deters other doctors from making the same mistake or at least sends a message to other medical professionals encouraging them to be more careful and prudent in the future.<sup>11</sup> Whether this argument is true depends on the questionable premise that the threat of possible criminal prosecution actually is a deterrent to a healthcare professional making errors (Marry, 2009). Criminal law prevention should not be used where it is unlikely to actually deter and help to prevent the mischief (Ashworth & Horder, 2013). Arguments pointed in chapters 3.1, 3.2. and 3.3. of this article can also be presented to contradict the argument of general prevention.

Nonetheless, we can argue, as in chapter 4.1. of this article, that in the most obvious cases of undisputed medical negligence or carelessness, where the inappropriate conduct has led to a serious deterioration of health or even death of a patient, the malfasant doctor should be criminally prosecuted – either for a special offence of medical error or negligent treatment, or for common criminal offences of manslaughter, causing the death of another out of negligence, wounding or inflicting bodily harm, etc.

## 5.3 Sanitation of a Medical System Gone Wrong – the Case of Japan

When the criminal justice system completely ignores the medical profession and when the rules of the criminal justice system do not apply, arrogance can lead the doctors to consider themselves above the law, with potentially disastrous consequences for patients. This was nowhere as evident as it was in Japan before the year 1990. The creed of medieval Japan's feudal lords in ruling their subjects – “Keep them ignorant and dependant” was often ironically applied to doctor's methods of managing patients (Leflar, 2009). Customary practices, for example, hid cancer diagnoses from patients, allowed for the withholding of information about prescription drugs, tolerated the refusal of doctors to give their patients access to



their medical records, and sometimes conditioned provision of medical treatment on the patient's waiver of the right to sue or complain (Lafler, 2009).<sup>12</sup> The state of medical chaos in Japan calmed down after some successful criminal prosecutions for an offence of professional negligence causing death or injury with prison sentence up to 5 years for the offender (Leflar & Futoshi, 2005). A research by Leflar and Futoshi (2005) shows that there were only 21 medical accidents reported to Japanese Police in the year 1997, however in the year 2003 this number rose to 248. Authors of the research also report that even though the number of medical accidents have risen significantly, the status of medical treatment of patients in Japan has improved quite significantly. The Japanese experience therefore demonstrates that invoking the threat of criminal law sanctions can be an effective tool a state can use in order to prevent serious abuses by the medical profession.

#### **5.4 Privileged Criminal Offence with Milder Sentence**

Every day health care professionals are required to make complex and difficult decisions that will influence people's lives. Taking into account the known Latin phrase "To err is human" it becomes evident that the criminal law should show a fair amount of lenience and restraint in cases involving doctor error, especially since medical error occurs frequently; usually without malice; and, since there is significant stigma that will attach to doctors that are criminally convicted. Also, imposing criminal liability, except in the most egregious of cases, will surely have a chilling effect on persons deciding to enter the medical profession, and this can itself have adverse public policy consequences. As pointed out by a respected oncologist Zwitter (2012) "The doctor is increasingly alone and often bitter, torn between professionally optimal medicine, unrealistic policy requirements and over-expectations of the patients on the one hand, and among the practically feasible on the other."

Considering the nature of the doctor's work, we can therefore argue that a special criminal offence of negligent medical treatment is an appropriate sanction for a doctor, when that sanction excludes a doctor's responsibility for a more serious crime committed out of negligence. In this regard, a special criminal offence for medical professionals should be considered as a privileged criminal offence. A privileged criminal offence is a construct of continental criminal law doctrine, which expresses a milder form of a criminal offence that differs from the fundamental one

by certain aspects of execution, guilt elements of the perpetrator, and in a milder sanction.

The existence of Article 179 (Negligent medical treatment and healing activities) in the Slovenian Criminal Code effectively means that a negligent doctor, who causes the death of a patient, will not be responsible for causing death out of negligence after Article 118 of the Criminal Code, and if he causes serious bodily harm, the doctor will only be liable after Article 179, and not after Article 123 (Serious bodily harm). We can argue that this special offence after Article 179 of the Slovenian Criminal Code committed out of negligence (a doctor who causes the death of a patient with direct intent or *dolus eventualis*, will be liable for murder after Article 115 or Article 116 of the Slovenian Criminal Code) is a compromise between ignoring criminal repression in the medical field and the need to penalize obvious medical errors that result in a serious deterioration of health or even death of a patient that could have been avoided. Therefore, this would be a sensible legislative solution if this were a privileged criminal offence – meaning that the legislator would take into account the risk and the stress of the medical profession and propose a milder sentence for a negligent doctor who causes deterioration of health or death of a patient that should have been avoided.

Nonetheless, this is not the case in the Slovenian criminal legislation. If a non-medical person causes the death of another as a result of negligence (e.g. worker at a construction site who should have secured a danger zone forgets to do it and because of that another worker dies), this person will be prosecuted in accordance with Article 118 (Causing the death of another out of negligence) and if convicted faces imprisonment from six months to five years. However, if a negligent doctor causes the death of another as a result of negligence, the doctor will be prosecuted after paragraph 3 of Article 179 and if convicted faces the prospect of imprisonment from one to eight years! This means that Article 179 of the Slovenian Criminal Code in fact defines a qualified offence – an offence with a higher sentence, and which differs from the fundamental one (Article 118) by certain aspects of execution and guilt elements of the perpetrator. The same applies when a negligent doctor causes serious bodily harm to a patient as a result of negligence. In accordance with paragraph 3 of Article 123 – Serious bodily harm (which is the fundamental injury offence), a non-medical person causing another person serious bodily harm as a result of negligence can be sentenced with imprisonment of up to two years. However, if this is a doctor, he or she will be liable after paragraph 1 of Article 179

with imprisonment of up to three years. This means that the Slovenian legislator does not put much trust in Slovenian doctors and other medical professionals and is sentencing them more severely with more extreme criminal repression than non-medical persons for causing serious bodily harm or death of another as a result of negligence. The argument by the legislator in support of this dichotomous treatment is that the law must provide the highest legal security when it comes to medical profession (Korošec, 2016). However, this argument is quite dubious, since there are many other legal and non-legal options<sup>13</sup> that the Slovenian government could have taken in order to provide better standards and security in the Slovenian health system. The other argument in support of doctor criminalisation is that the patient is in hopeless, ignorant position when confronted with a doctor (weak party status) and that an abuse of a doctor's trust demands stricter criminal repression. While this argument might have superficial appeal, in reality this approach demonstrates a high (misplaced and unfounded?) distrust in Slovenian doctors and only serves to promote resentment among doctors that is manifested in many ways, including beneficial expert testimony against colleagues at court – also known as guild association testimony.

Over-criminalising the work of medical professionals is hardly the best solution to the problems extant in the Slovenian health care system. It would be therefore sensible either to abrogate the special criminal offence defined in Article 179 from the Slovenian Criminal Code, or to modify this offence in to a privileged offence for medical professionals with a reduced sentence.

## **6 Conclusion**

The criminal law's impact and effects on the medical profession are both profound and complicated. Questions concerning the patient's informed consent, understanding of the procedures being performed, euthanasia, manipulation of the person's genome, trading with body parts, and medical experiments on people are all very complex. Nonetheless, one of the most basic dilemmas the criminal law faces is whether negligent medical treatment, also known as medical malpractice or medical error, should be criminally prosecuted. We presented arguments against criminalisation of medical error, where the strongest arguments are uncertainty of exactly what the correct medical standards are, counterproductive criminalisation as seen by the practice of defensive medicine, using criminal law sanctions as a method of last resort, the arguments of justification and excuse, and of doctor's immunity.

On the other hand, arguments favouring the criminalisation of medical error include obvious negligent treatment with serious consequences, the general prevention of future negligent conduct in medicine, the sanitation of a medical system gone wrong – as exemplified by the Japanese experience, and the argument of privileged criminal offence with milder sentence.

After considering all of these arguments, it is quite safe to say that doctors should not have a blanket exclusion from criminal repression merely because of their sometimes exalted status as medical providers. To the contrary, the criminal prosecution of the most negligent of doctors, who due to their irrational, carefree or careless behaviour cause serious deterioration of health or death of a patient can and should be criminally sanctioned. There is no absolute argument that criminal prosecution should be completely excluded. There are however, arguments that criminal prosecution of doctors should be an exception and not a rule. There are also strong arguments to be made that because of the inherently risky nature of medicine, there should be a privileged criminal offence for negligent doctors with lower sentence in comparison to the fundamental offences of causing death or serious bodily harm to another due to negligence. Despite this, the Slovenian legislator to date has not adapted such an approach. The Slovenian Criminal Code has a qualified offence for medical professionals with higher sentence in Article 179 of the Criminal Code, when death or serious deterioration of health of a patient is attributed to the negligence of a medical professional. Such a distrusting attitude toward Slovenian medical providers from a criminal law aspect is nothing to be proud of and will surely not contribute to let alone advance the quality of the Slovenian health system. In our judgment, it would be more sensible as a matter of public policy either to abolish the special offence defined in Article 179 from the Criminal Code, or to modify this offence into a privileged offence for medical professionals with reduced sentence.

### **Statement**

I hereby declare that this manuscript is my original work, that is has not been published elsewhere and that it has not been submitted simultaneously for publication elsewhere.

## Notes

- <sup>1</sup> Germany and Austria - countries that the Slovenian legislator often looks after when writing new incriminations, are not familiar with the special offence of negligent treatment in medicine. However, the Croatian Criminal Code also has a special offence of negligent medical treatment in Article 181 (see also Turković, 2012).
- <sup>2</sup> Criminal Code of the Republic of Slovenia (KZ-1) adopted in 2008, last amended in 2017, Slovenian Parliament
- <sup>3</sup> In this article when we are discussing doctors, we also mean all other medical professionals who are responsible for treating a patient.
- <sup>4</sup> This is however a very medical or technical definition which does not help the legal definition.
- <sup>5</sup> High Court, Queen's Bench Division (1957) *Bolam v. Friern Hospital Management Committee*, case number 2 All ER 118, United Kingdom.
- <sup>6</sup> Criminal Code of the Republic of Austria (Strafgesetzbuch) adopted in 1974, last amended in 2017, Austrian Parliament.
- <sup>7</sup> *Helling v. Carey* (1974) The Supreme Court of Washington, 83 Wn.2d 514, USA
- <sup>8</sup> High Court, Queen's Bench Division (1957) *Bolam v. Friern Hospital Management Committee*, case number 2 All ER 118, United Kingdom.
- <sup>9</sup> Constitutional Court of Republic of Slovenia (2012) decision Up-689/11 of 24. 1. 2012
- <sup>10</sup> *People v. Klvana* (1992) 11 Cal. App 4th 1679, 15 Cal. Rptr. 2d 512. Calif., Nos. B048085, B065578, Court of Appeal, Second District, Division 1, USA California.
- <sup>11</sup> This is also a theory of tort law (Heller, 2017).
- <sup>12</sup> See also the case of Aoto Hospital already described in chapter 3.2.
- <sup>13</sup> Improve the overall standards in hospitals, reduce work overload of medical personnel, introduce risk simulation trainings, and improve educations standards etc. (see also Jere Jakulin, 2017).

## References

- Ashworth, A. & Holder, J. (2013) *Principles of Criminal Law*, 7th ed. (Oxford: Oxford University Press).
- Bavcon, L., Šelih, A., Korošec, D., Ambrož, M. & Filipčič, K. (2014) *Kazensko pravo, splošni del* (Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije).
- Brenner, L., Brenner, A., Awerbuch, E. & Horwits, D. (2012) Beyond the Standard of Care: A New Model to Judge Medical Negligence, *Clinical Orthopaedics and Related research*, 470(5), pp. 1357-1364, doi: 10.1007/s11999-012-2280-0.
- Criminal Code of the Republic of Slovenia (KZ-1) adopted in 2008, last amended in 2017, Slovenian Parliament.
- Dežman, Z. (2010) Zakon o pacientovih pravicah in njegov kazensko pravni vidik, In: Rijavec, V., Reberšek Gorišek, J., Flis, V., Planinšec, V. & Kraljič, S. (eds.) *Medicina in pravo, sodobne dileme II* (Maribor: Faculty of Law of University of Maribor), pp. 375-388.
- Dworkin, R. (1988) *Law's Empire* (Cambridge: Harvard University Press).
- Flis, V. (1994) Medicinska napaka, In: Flis, V. & Planinšec, V. (eds.) *Medicina in pravo II, Odgovornost zdravnika, Medicinska napaka* (Maribor: Slovensko zdravniško društvo v Mariboru in Pravniško društvo v Mariboru), pp. 47-67.

- Flis, V. (2016) No Fault Compensation for Medical Injuries, *Medicine, Law & Society*, 9(2), pp. 73-84, doi: 10.18690/24637955.9.2.73-84(2016)
- Grunsven, P. (1997) Medical Malpractice or Criminal Mistake – An Analysis of Past and Current Criminal Prosecutions for Clinical Mistakes and Fatal Errors, *DePaul Journal of Health Care Law*, 2(1), pp. 1-54.
- Halmich, M. (2016) *Strafrechtsnovelle bringt Änderungen im Medizinstrafrecht*, available at: <https://www.halmich.at/strafrechtsnovelle-bringt-aenderungen-im-medizinstrafrecht/> (December 5, 2017).
- Heller Allan, T. (2017) An Overview of Medical Malpractice Law in the United States Including Legislative and the Health Care Industry's Responses to Increased Claims, *Medicine, Law & Society*, 10(2), pp. 139-163, doi: 10.18690/2463-7955.10.2.139-163.2017.
- Helmer, O. & Rescher, N. (1959) On the Epistemology of Inexact Sciences, *Management Science*, 6(1), pp. 25-52, doi: 10.1287/mnsc.6.1.25.
- Jere Jakulin, V. (2017) Systems Methodology for Strategic Decision-making in Complex Healthcare Systems, *Medicine, Law & Society*, 10(2), pp. 121-138, doi: 10.18690/2463-7955.10.2.121-138.2017.
- Jeschek, H. H. & Weigend, T. (1996) *Lehrbuch des Strafrechts, Allgemeiner Teil* (Berlin: Duncker & Humblot).
- Kennerly, M. (2017) Medicine Is Not An Exact Science (Countering A Defensive Medicine Myth), available at: <https://www.litigationandtrial.com/2013/12/articles/attorney/exact-science-defensive-medicine-myth/> (December 7, 2017)
- King, L. S. (1952) Is Medicine an exact science? *Philosophy of Science*, 19, pp. 131-140, doi: 10.1086/287185.
- Kohn, L., Corrigan, J. & Donaldson, M. (2000) *To Err Is Human: Building a Safer Health System* (Washington: National Academies Press).
- Korošec, D. (2016) *Medicinsko kazensko pravo*, 2nd ed. (Ljubljana: GV Založba).
- Korošec, D. (2016) Criminal Law Dilemmas in Withholding and Withdrawal of Intensive Care, *Medicine, Law & Society*, 9(1), pp. 21-39, doi: 10.18690/24637955.9.1.21-39(2016).
- Leflar, R. & Iwata, F. (2005) Medical Error as Reportable Event, as Tort, as Crime: A Transpacific Comparison, *Widener Law Review*, 12, pp. 189-225.
- Lefler, R. (2009) The Regulation of Medical Malpractice in Japan, *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 467(2), pp. 443-449, doi: 10.1007/s11999-008-0602-z.
- Matz, S. (1989) Der ärztliche Kunstfehler und sein Beweis, In: Kaufman, A. (ed.) *Moderne Medizin und Strafrecht* (Heidelberg: CF Müller Juristischer Verlag).
- Merry, A. (2009) How does the law recognize and deal with medical errors? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 102(7), pp. 265-271, doi: 10.1258/jrsm.2009.09k029.
- Miller, R., Sampson, N. & Flynn, J. (2012) The prevalence of defensive orthopaedic imaging: a prospective practice audit in Pennsylvania, *Journal of Bone and Joint Surgery*, 94(3), doi: 10.2106/JBJS.K.00646.
- Oyebode, F. (2013) Clinical Errors and Medical Negligence, *Medical Principles and Practice*, 22(4), pp. 323-333, doi: 10.1159/000346296.
- Pandit, M. & Pandit, S. (2009) Medical negligence: Criminal prosecution of medical professionals, importance of medical evidence: Some guidelines for medical practitioners, *Indian Journal of Urology*, 25(3), pp. 329-383, doi: 10.4103/0970-1591.56207.

- Pandit, M. & Pandit, S. (2009) Medical negligence: Coverage of the profession, duties, ethics, case law, and enlightened defence – A legal perspective, *Indian Journal of Urology*, 25(3), pp. 372-378, doi: 10.4103/0970-1591.56206.
- Prosser, W. (1978) *Law of Torts*, 4<sup>th</sup> ed. (Minnesota: West Publishing Company)
- Roxin, C. (2003) *Strafrecht, Allgemeiner Teil II, Besondere Erscheinungsformen der Straftat* (München: Beck).
- Ormerod, D. (2005) *Smith & Hogan Criminal Law*, 11th ed. (New York: Oxford University Press).
- Sonny Bal, B. (2009) An Introduction to Medical Malpractice in the United States, *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 467(2), pp. 339-347, doi: 10.1007/s11999-008-0636-2.
- Turković, M. (2012) *Nesavjesno liječenje*, Ius Info, available at: <http://www.iusinfo.com.hr/DailyContent/Topical.aspx?id=13137> (December 18, 2017)
- Zwitter, M. (2012) Položaj zdravnika v sodobni družbi, In: Reberšek Gorišek, J. & Ivanc, T. (ed.) *Medicina in pravo, Odsev medicine in prava v sodobni družbi* (Maribor: Faculty of Law of University of Maribor), pp. 63-69.





# MEDICINSKO PRAVO I (PERSONALIZIRANA) INTEGRATIVNA BIOETIKA

JOZO ČIZMIĆ

Sveučilište u Splitu, Pravni fakultet, Split, Hrvatska, e-mail: jcizmic@pravst.hr

**Sažetak** Zbog značenja i aktualnosti bioetike i medicinskog prava kod zaštite i promicanja prava pacijenata, ali i uređenja rada i statusa zdravstvenih radnika, odnos ovih dviju znanstvenih disciplina i znanstvenih područja postao je predmetom brojnih rasprava i istraživanja. U radu je autor ukazao na nekoliko slučajeva u kojima se bioetika i medicinsko pravo međusobno dodiruju, prožimaju i nadopunjuju, a posebna pozornost posvećena je pojmu tzv. personalizirane integrativne bioetike. Personalizirana (integrativna) bioetika predstavljala bi novi pristup u razumijevanju života i zdravlja čovjeka utemeljen na individualnim biološkim informacijama svakog pojedinog čovjeka, uzimajući u obzir različite činitelje koji negativno utječu na život i zdravlje pojedinaca. Pojam personalizirane integrativne bioetike autor je pokušao objasniti kroz utjecaj interakcije između života i zdravlja čovjeka, s jedne strane, te medicine i zdravstvenog sustava, suvremenih tehnologija i inovacija, prirode i čovjekova okoliša, društvenih/međuljudskih odnosa i osobnih stajališta o životu i zdravlju pojedinca, s druge strane.

**Ključne riječi:**

medicinsko pravo,  
bioetika,  
personalizirana  
integrativna  
bioetika,  
prava pacijenata,  
zdravstvena  
djelatnost.

**Prvi put objavljeno u:**

Čizmić, Jozo, Medicinsko pravo i (personalizirana) integrativna bioetika // Medicina, pravo & družba - globalizacija medicine v 21. stoljetju / Kraljić, Suzana ; Reberšek Gorišek, Jelka ; Rijavec, Vesna (ur.). Maribor: Univerza v Mariboru, Pravna fakulteta, 2019. str. 213-244



DOI <https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7.3>  
ISBN 978-961-286-335-7

# MEDICINSKO PRAVO IN (PERSONALIZIRANA) INTEGRATIVNA BIOETIKA

JOZO ČIZMIĆ

Univerza v Splitu, Pravna fakulteta, Split, Hrvaška, e-pošta: jczimic@pravst.hr

**Povzetek** Zaradi pomembnosti in aktualnosti bioetike in zdravstvenih pravic pri varovanju in spodbujanju pravic pacientov ter zaradi organizacije dela in statusa zdravstvenih delavcev, je razmerje med tema dvema znanstvenima disciplinama in zdravstvenimi področji postalo predmet številnih razprav in raziskav. Avtor v prispevku izpostavlja številne primere, v katerih se bioetika in medicinsko pravo stikata, se medsebojno prepletata ter se dopolnjujeta. Poseben poudarek je namenjen pojmu ti. personalizirane intergrativne bioetike. Personalizirana (integrativna) bioetika bi predstavila nov pristop k razumevanju človeškega življenja ter zdravja posameznika, ki bi temeljil na individualnih bioloških informacijah vsakega posameznika, vključno z upoštevanjem različnih dejavnikov, ki negativno vplivajo na življenje in zdravje posameznikov. Avtor poskuša predstaviti na eni strani koncept personalizirane bioetike z vplivom interakcije med življenjem in zdravjem, ter na drugi strani z medicino in zdravstvenim sistemom, sodobno tehnologijo ter inovativnostjo, naravnim in človeškim okoljem, socialnimi/medosebnimi odnosi in osebnimi stališči o življenju ter zdravju posameznika.

**Ključne besede:**

medicinsko pravo,  
bioetika,  
personalizirana  
integrativna  
bioetika,  
pravice pacientov,  
zdravstvena  
dejavnost.

**Prvič izdano v:**

Čizmić, Jozo, Medicinsko pravo i (personalizirana) integrativna bioetika // Medicina, pravo & družba - globalizacija medicine v 21. stoletju / Kraljić, Suzana ; Reberšek Gorišek, Jelka ; Rijavec, Vesna (ur.). Maribor: Univerza v Mariboru, Pravna fakulteta, 2019. str. 213-244

<https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7> DOI  
978-961-286-335-7 ISBN



## MEDICAL LAW AND (PERSONALISED) INTEGRATIVE BIOETHICS

JOZO ČIZMIĆ

University of Split, Faculty of Law, Split, Croatia, e-mail: jozo.cizmic@pravst.hr

**Abstract** Due to the significance and relevance of bioethics and medical rights in the protection and promotion of patients' rights, as well as the organization of work and status of health workers, the relationship between these two scientific disciplines and scientific areas has become the subject of numerous discussions and researches. In this paper the author points out several cases in which bioethics and medical law touch upon, intervene and complement each other. Special attention is given to the term of so-called personalised integrative bioethics. Personalized (integrative) bioethics would present a new approach to understanding human life and a person's health based on individual biological information of each individual, taking into account various factors, which negatively affect the life and health of individuals. The author attempts a definition of the concept of personalised bioethics through the influence of interaction between life and health, on one hand and through medicine and the health system, modern technology and innovation, nature and human environment, social/interpersonal relationships and personal stands on life and health of an individual.

**Keywords:**

medical law,  
bioethic,  
personalised  
integrative  
bioethic,  
patients' rights,  
healthcare service.

**First published in:**

Čizmić, Jozo, Medicinsko pravo i (personalizirana) integrativna bioetika // Medicina, pravo & družba - globalizacija medicine v 21. stoletju / Kraljić, Suzana ; Reberšek Gorišek, Jelka ; Rijavec, Vesna (ur.). Maribor: Univerza v Mariboru, Pravna fakulteta, 2019. str. 213-244

## 1 Uvod

Medicinsko pravo je grana prava koja se odnosi na medicinsku djelatnost (Šeparović, 1998: 3). U zadnjih nekoliko desetljeća medicinsko pravo postoji i afirmiralo se kao zasebna disciplina pravne znanosti i kao zasebna grana prava.<sup>1</sup> Medicinsko pravo čini skup pravnih pravila kojima se uređuje medicinska djelatnost, utvrđuje status osoba koje tu djelatnost obavljaju, kao i njihov odnos s korisnicima njihovih usluga (Radišić, 2004: 21), odnosno kojima se uređuje zaštita prava čovjeka na zdravlje, zdravstvenu zaštitu i zdravstveno osiguranje, odgovornost i prava zdravstvenih radnika i zdravstvenih organizacija te organizacija zdravstva kao javne djelatnosti od posebnoga društvenog interesa (usp. Šeparović, 1998: 5). Medicinsko pravo obuhvaća sve pravne aspekte zdravstvenih djelatnosti, sve subjekte, odnose i postupke za koje pravo vezuje određene pravne učinke, odnosno prava i/ili obveze.<sup>2</sup> Na ovom području pravo i medicina se susreću i teže zajedničkom cilju – očuvanju čovjekovih najvrjednijih dobara: života, tijela, zdravlja i ljudskog dostojanstva, kao iznimno značajnog segmenta zaštite ljudskih prava (Mujović Zornić, 2001: 15).

Živimo u vremenu u kojemu je uobičajeno i nužno u znanstvenom i praktičnom pristupu bilo kojem problemu prilaziti multidisciplinarno. U tom smislu postoji niz područja u kojima se medicinska i pravna znanost i praksa, a i druge poput etike, isprepliću i nužno koegzistiraju. Pri tome nije od presudnog značaja je li u konkretnom slučaju veći udio medicine ili prava, odnosno etike. Svjedoci smo

---

<sup>1</sup> Iako je medicinsko pravo relativno nova grana prava, elemente medicinskog prava možemo naći među najstarijim pravnim izvorima. U Hamurabijevu zakoniku (1729.-1686. prije Krista) nalaze se, primjerice, odredbe o profesionalnoj odgovornosti liječnika. Hipokrat (460.-377. prije Krista) je radio na etičkom i pravnom uređenju odgovornosti liječnika (*Corpus hippocraticum*), a treba spomenuti i Justinijanove zakone (*Codex, Institutiones i Novellae*) u kojima se, među ostalim, uređuje i profesionalna odgovornost liječnika, potreba ocjenjivanja težine tjelesnih povreda, uloga liječnika u vještačenju i sl. Tako i podrobnije o povijesnom razvitku medicinskog prava i sudske medicine kod Zečević et al., 2004: 1-5; Jovanović, 1959: 5-12; Jahnke, 1988: par. 203; Medicinska enciklopedija, knjiga 4., Zagreb, MCMLXIX: 294.

<sup>2</sup> Pravo i medicina imaju puno zajedničkih točaka, a u nekim se čak i preklapaju. Zajednički cilj i medicine i prava jest humanost, jer se staraju o životu i zdravlju ljudi, svatko na svoj način (Radišić, 2004: 5). Snažan i ubrzani razvitak medicine i znanosti o životu otvaraju značajna pitanja koja traže i pravnu regulaciju. U pitanjima života i smrti, zdravlja i bolesti, prava pacijenata i dužnosti/odgovornosti liječnika, razumljivo je da se sve više javlja i potreba za uređivanjem tih složenih pitanja putem pravnih normi (Šeparović, 1998: 5). Medicina u svom ubrzanom razvitku ide, u pravilu, ispred prava, pa se nužno nameće potreba konstantnog pravnog uređenja brojnih pitanja iz područja medicine (tako Jelačić, 1977: 236. Danas je uobičajeno da na području (bio)medicine pravna regulacija kasni za razvitkom društvenih odnosa što je ponajviše posljedica ekspanzije znanstveno-tehnoloških inovacija (usp. Visković, 1995: 219). Time nastaju i tzv. pravne praznine pa značajni i prijeporni biomedicinski odnosi nisu obuhvaćeni pravnim normama, nego su kontrolirani ponajviše normativnom svijesću općeg morala i znanstvene i medicinske deontologije. Kašnjenje pravne intervencije na području biomedicine ima značajne negativne učinke za društvo u cjelini (tako i podrobnije o tome kod Visković, 1995: 78-82). U cilju pravnog uređenja medicinske djelatnosti donose se novi propisi koje nameće medicinska praksa, brojna medicinska etička načela preuzimaju se i daje im se pravna snaga, pristupa se kodifikaciji prava pacijenata i sl.

postojanja niza problema na koje samo medicinska i samo pravna struka ne mogu za širu javnost dati brz i eksplicitan odgovor. Štoviše, na brojna pitanja ne mogu argumentirano odgovoriti niti zajedničkim pristupom bez pomoći (integrativne) bioetike. Naveli bismo, primjerice, neka područja kojima se može i mora pristupiti s medicinskog, pravnog i etičkog aspekta: eutanazija, patentiranje gena, kloniranje, uporaba matičnih stanica, odbijanje pojedinih zdravstvenih usluga iz vjerskih razloga, biološki testament, nesavjesno liječenje, samovoljno liječenje, ne pružanje liječničke pomoći, patentiranje gena, fertilizacija in vitro i genetske intervencije; dužnost liječnika da obznanu vlastitu stručnu pogrešku, ispitivanje lijekova na ljudima, biomedicinska istraživanja, priziv savjesti i dr. (više o tome kod Čizmić: 13-54).

Medicinsko pravo i stručnjaci koji posjeduju znanja iz područja medicinskog prava trebali bi imati značajnu ulogu kod izrade i donošenja novih propisa iz područja zdravstva, te kod usklađivanja naših propisa iz područja zdravstva s propisima međunarodnog prava, odnosno s propisima Europske unije, koji su brojni na ovom području (tako Mujović Zornić, 2001: 16). Možemo kazati da je danas odnos pacijenta i zdravstvenih radnika sve više protkan pravnim pravilima pa se često koristi termin juridizacija medicine, kao kontinuirani postupak kontrole pružanja zdravstvenih usluga s posljedicom povećanja prava pacijenata i smanjenja ovlasti zdravstvenih radnika (usp. Žunić, 2009: 9).

Malo je vjerojatno da će zakonodavac pravnim normama u potpunosti urediti sve, često i prijeporne odnose u obavljanju medicinske djelatnosti, ako sama medicinska profesija jasno ne definira svoje ciljeve i načela. Ovo je posebno značajno zbog trenda zanemarivanja humanističkih u korist znanstvenih ciljeva u medicini (tako Bogdanić, 2008). Konačno, stručnjaci iz područja medicinskog prava trebali bi svojim radom (sudjelovanje u radu strukovnih komora, udruga, ministarstava, HZZO-a, bolnica, domova zdravlja i drugih zdravstvenih ustanova, te rješavanjem sporova u kojima je potrebno njihovo multidisciplinarno znanje, vještačenjem i sl.), znatno pridonijeti uspostavljanju i razvitku sudske i upravne prakse na ovom području, što bi u konačnici trebalo rezultirati i većom pravnom sigurnošću, a značajan doprinos trebali bi dati i razvitku medicinskopravne znanosti.

## 2 Medicinska etika i (integrativna) bioetika

Značajni predmet zanimanja medicinskog prava predstavlja odnos između liječnika (zdravstvenih radnika) i pacijenata u pogledu pružanja medicinske usluge, a taj odnos nije samo pravni, nego je i etički. U njemu su moralni i pravni obziri pomiješani u znatno većoj mjeri nego što je to slučaj s ostalim pravnim odnosima među ljudima. Moralni stavovi liječnika, baš kao i moralni stavovi različitih pojedinaca, nisu uvijek jednaki. Stoga je nužno stalno i trajno raspravljati o etičkim pitanjima unutar liječničkih krugova. S jedne je strane potrebno utvrditi stavove *a priori*, koji će olakšati procjenu etičnosti, dok je s druge strane nužno u svakom pojedinačnom slučaju preispitati moralne postulate kojih se situacija dotiče. Tako će odluke o etičnosti sačuvati utemeljenost na općeprihvaćenim načelima, ali i osigurati razinu pojedinačne posebnosti, kako bi se izbjegli površni i pogrešni zaključci (usp. Radišić, 2004: 5).

Medicinska etika<sup>3</sup> dio je opće znanstvene discipline koja se bavi jednim od bitnih područja ljudskog življenja – problematikom morala (usp. Znidarčić, 2004: 11). Medicinska je djelatnost zbog specifičnosti svog predmeta i svoje svrhe tradicionalno bila regulirana prvenstveno etičkim postulatima. Kao djelatnost usmjerena na ostvarenje dobrobiti čovjeka, tj. zaštitu njegovog života i uspostavljanje, očuvanje i unapređenje njegovog zdravlja, ona nužno počiva na načelu humanosti i može se objasniti samo kao realizacija etičkih (tj. moralnih) stavova o odnosu pripadnik profesije – pacijent. Medicinska etika je jedno od specijalističkih područja etike kao znanstvene discipline, a spada u tzv. profesijske etike. Iako se često izjednačava s tzv. liječničkom etikom, ona je širi pojam jer u sebi sadrži i etičke standarde drugih pripadnika struke (npr. medicinskih sestara, medicinskih tehničara, stomatologa i sl.). U većini zemalja u svijetu pravila medicinske etike su danas utvrđena kao zasebni tekstovi (tzv. kodeksi medicinske etike) od strane različitih strukovnih udruga pripadnika medicinske profesije.<sup>4</sup> Medicinska etika predstavlja jedan od brojnih oblika posebne ili područne etike. Predmetno područje na koje se odnosi medicinska etika obuhvaća medicinsku praksu u najširem smislu riječi (Čović, 2011: 16). Iako etička pravila i pravila struke nisu po svojoj prirodi pravna pravila, liječnik

---

<sup>3</sup> Medicinska etika predstavlja jedan od brojnih oblika posebne ili područne etike. Predmetno područje na koje se odnosi medicinska etika obuhvaća medicinsku praksu u najširem smislu riječi (Čović, 2011).

<sup>4</sup> U nazivu ovih akata često se pored ili umjesto termina „etika“ inzistira i na terminu „deontologija“, no treba naglasiti da je to posljedica promijenjenog odnosa medicinskog prava i medicinske etike kao normativnih sustava u suvremenom društvu. Naime, medicinska deontologija je širi pojam od pojma medicinske etike jer se ona bavi definiranjem i izučavanjem dužnosti (i prava) pripadnika profesije, što znači da naglasak stavlja ne samo na etičku nego i na pravnu dimenziju odnosa (Petrić, 2005: 94).

(zdravstveni radnik) je (pravno) dužan pridržavati se određenih načela medicinske etike. Moralne i pravne dužnosti liječnika toliko su se stopile da ih je u pojedinostima gotovo nemoguće razlučiti (Radišić, 2002: 1). Načela liječničkog djelovanja do danas su uglavnom ostala ista, a neka važnija su: načelo neškodljivosti - *primum nil nocere*, činiti samo ono što pridonosi ozdravljenju; dobročinstva - *bonum facere*; autonomije i pravednosti - *autonomia et iustitia*.

Jedan od izvora medicinskog prava su i pravila pojedine medicinske profesije, odnosno kodeksa etike i/ili deontologije pojedine profesije. Deontologija (grčki *τὸ δέον*: dužnost + -logija), je znanost o dužnostima, a naziv je prvi put upotrijebio engl. filozof J. Bentham u djelu *Deontology*, 1834. Danas deontologija znači pouku o dužnostima pripadnika pojedinih staleža (npr. liječnika prema bolesnicima) (podatak kod *Hrvatski leksikon*, na stranici <http://www.hrleksikon.info/definicija/deontologija.html>), odnosno objašnjava se kao **učenje o ispravnosti i dužnosti pojedinih zanimanja** (<http://sredi5.com/sto-je-i-sto-znaci/strana-rijec/deontologija/>). Danas se *deontologijskima* nazivaju svi oni smjerovi u etici koji normativnost i kakvoću ćudorednoga djelovanja izvode iz dužnosti, neovisno o izvanjskim svrhama i posljedicama djelovanja (podatak kod *Hrvatska enciklopedija*, na stranici <http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=14605>). Deontologija profesije bi trebala biti samostalni sustav načela i pravila uređenja djelovanja te mogućih vrijednosnih prijedora unutar neke profesionalne skupine i za neku pojedinu profesionalnu skupinu (Primjerice, liječnika, pravnika, novinara i sl. (Miličić, 1996: 41). Deontologija je širi pojam od medicinske etike i govori o normama ponašanja (o pravima i dužnostima liječnika). Ona podrazumijeva pravne propise kojima se uređuje liječničko djelovanje i komplementarna je s medicinskim pravom (Miletić Medved, 2015: 536). **Medicinska deontologija temelji se na dva dijela – medicinskoj etici i medicinskom pravu.**

Pojam »bioetika« nastaje u 20. stoljeću, a tek posljednjih desetljeća postaje i opće usvojeni naziv nove grane suvremene etike (Visković, 2003: 212). U Bioetičkoj enciklopediji »bioetika« se definira kao sustavno proučavanje moralnih dimenzija – uključujući moralne poglede, odluke, ponašanje i djelovanje – u sklopu prirodnih znanosti i zdravstvene skrbi, koje se pritom služi različitim etičkim metodologijama u interdisciplinarnom okruženju (usp. Introduction V Reich, 1995: XXI; tako i opširnije o tome kod Hlača, 1998: 45-52; Sorta-Bilajac, 2005: 15-28; Matulić, 2001: 76). Danas se bioetika nerijetko poistovjećuje s medicinskom etikom, odnosno s

novom medicinskom etikom, jer se drži da su ti pojmovi sinonimi (tako i opširnije kod Šegota, 2000: 1 i dalje; o pojmu »globalna bioetika« vidi kod Matulić, 2001: 77). S druge strane, postoji i mišljenje da to nije u potpunosti točno jer se tvrdi da je bioetika mnogo više od medicine i medicinskih znanosti (vidi Jonsen & Jameton, 1995: 1624., podatak kod Sorta-Bilajac, 2005: 17), pošto globalno sagledava dobrobit čovjeka u kontekstu poštivanja prirode, te da pored medicinske etike uključuje i etiku okoliša, religijsku etiku, socijalnu etiku i dr. (usp. Šegota, 1999: 14-21). I prema mišljenju Callahana, pojam »bioetika« ne podrazumijeva i ne promatra ljudsko zdravlje i kvalitetu života isključivo u medicinskom smislu jer bi takvo shvaćanje bilo preusko da obuhvati šira i sporna pitanja suvremene etike (pogledaj kod Callahan, 1995: 1624; podatak kod Sorta-Bilajac, 2005: 18). U definiciju bioetike, ponekad se, pored medicinske etike ubrajaju sudska medicina i profesionalna deontologija (vidi Medicinski leksikon, 1990: 106).

U teoriji i praksi (bio)medicinske etike, često se može susresti pojam klinička bioetika, koji se odnosi na moralno odlučivanje tijekom svakodnevne brige za (konkretnog) pacijenta i etička pitanja koja iz toga proizlaze, a klinička bioetika to čini u okviru šireg interdisciplinarnog područja bioetike koje obuhvaća i filozofiju, teologiju, pravo i dr (tako Sorta-Bilajac, 2005: 19; vidi i Fletcher & Brody, 1995: 399-402).

Bioetika je nastala kao reakcija na moralne nedoumice koje je donio razvitak suvremene medicine, jer medicinska etika više ne uspijeva pokriti sve sporne slučajeve i odnose, posebno odnose zdravstvenih radnika i pacijenata. U novije vrijeme javlja se novi koncept, odnosno model bioetike – integrativna bioetika, čija su osnovna obilježja interdisciplinarnost i pluriperspektivizam. Pretpostavka integrativne bioetike je integriranje različitih (i svih) tema i problema vezanih uz *bios*, kao i integriranje različitih (i svih) pristupa tim temama i problemima. Glavne karakteristike tako shvaćene bioetike mogu se sažeti kroz pojmove *multi-*, *inter-* i *transdisciplinarnosti*, *pluriperspektivnosti*, te *integrativnosti*. Povijesni razvitak bioetike prema stadiju integrativnosti odvijao se na predmetnom planu kao proces širenja, ali i produblivanja problemskog područja kojim se bioetika bavila, od početnih problema medicinske skrbi i biomedicinskih istraživanja preko problematike ne-ljudskih živih bića i općih uvjeta održanja života (ekologija) do poniranja u dubinsku, filozofijsko-povijesnu dimenziju tih problema, u kojoj su se otvorila pitanja svjetsko-povijesnih razmjera – naime, pitanja o karakteru znanstveno-tehničke epohe, o metodološkoj konstituciji i povijesnoj ulozi moderne znanosti, o mijenama u



temeljnomo odnosu čovjeka i prirode – i u kojoj su se, naposljetku, detektirali procesi prelamanja svjetsko-povijesnih epoha (usp. Čović, n.d.: 186). Model integrativne bioetike, zahvaljujući nastojanju da riješi načelne probleme interdisciplinarnih i interspektivnih diskusija mogao bi, dakle, poslužiti kao model integrativnog pogleda i na brojne ne-bioetičke probleme, odnosno kao model integrativnih rasprava i u drugim sferama, pa i o onim pitanjima koja nisu bioetička (tako Jurić, 2011: 86). Čović drži najvažnijim postignućem koncepta integrativne bioetike, s prepoznatljivim doprinosom razvoju bioetike u globalnim razmjerima, jer integrativnu bioetiku u predmetnom pogledu karakterizira široko predmetno područje, koje seže od moralnih dilema u medicinskoj praksi i biomedicinskim istraživanjima, preko određivanja moralnog statusa neljudskih živih bića, tematiziranja ekoloških pitanja, uloge znanosti i tehnike u suvremenoj civilizaciji, rasprave o karakteru naše epohe i znakovima prelamanja epoha, sve do teorijskog zasnivanja nove svjetsko-povijesne epohe. U metodološkom pogledu integrativnu bioetiku obilježava izrazita interdisciplinarnost, uvažavanje i uključivanje u raspravu relevantnog kruga posebnih znanstvenih disciplina, ali isto tako i kruga neznanstvenih perspektiva koje obuhvaćamo nazivom – kulturne perspektive (vidi Čović, 2011: 23). U tom kontekstu nastao je i pojam pluriperspektivizma kao metodološko određenje integrativne bioetike, pojam koji u sebi objedinjuje znanstvene i kulturne perspektive. Integrativna bioetika određena je u metodološkom pogledu idejom pluriperspektivizma, prema kojoj se »orijentacijsko znanje« može postizati samo interakcijom različitih spoznajnih perspektiva unutar određenog problemskog polja.

Pravna perspektiva u integrativnoj bioetici nužna je za artikuliranje i rješavanje bioetičkih problema, kako u teorijskom tako i u praktičkom smislu, uz korištenje metodologije integrativne bioetike. Neke od istraživačkih tema koje svakako vrijedi istražiti jesu: odnos između bioetike i zdravstvenog prava s posebnim osvrtom na pravne izvore iz područja bioetike (u poredbenom, europskom i međunarodnom pravu), temeljna bioetička načela gledana iz pravne perspektive, prava pacijenata kao ljudska prava (pravo na adekvatno liječenje, zabrana diskriminacije, pravo na humano postupanje, pravo na privatnost, pravo na samoodređenje, selekcija pacijenata u slučajevima nedostatka sredstava i sl.), informirani pristanak (pojam informiranog pristanka, informacija koja treba biti otkrivena pacijentu, sposobnost davanja pristanka, pravo odbijanja liječenja), odgovornost zdravstvenih radnika (građanska, kaznena itd.) – analiza slučajeva, povjerljivost (definicija liječničke tajne, dužnost i iznimke glede čuvanja liječničke tajne, odgovornost za kršenje

povjerljivosti, neovlaštena uporaba povjerljivih podataka), biomedicinska istraživanja na ljudima (pravni i etički okvir biomedicinskog istraživanja – međunarodni dokumenti i nacionalno zakonodavstvo iz poredbene perspektive), pravni aspekti zaštite okoliša, pravni aspekti zaštite životinja.<sup>5</sup> U tom smislu donesen je niz pravnih propisa kojima se artikuliraju i rješavaju bioetički problemi i odnosi iz područja integrativne bioetike, a i Ustav Republike Hrvatske („Narodne novine“, NN 56/90, 135/97, 8/98, 113/00, 124/00, 28/01, 41/01, 55/01, 76/10, 85/10, 05/14), kao najviša pravna norma, sadrži niz odredbi koje možemo povezati s područjem interesa integrativne bioetike. Poput odredbe o: očuvanju prirodnog i kulturnog bogatstva i korištenju njime (čl. 2.), o pravu svakog ljudskog bića na život (članak 21.), osobitoj zaštiti nekretnine i stvari od ekološkog značenja, za koje je zakonom određeno da su od interesa za Republiku Hrvatsku (čl. 52.), pravu na zdravstvenu zaštitu u skladu sa zakonom svakome (čl. 58), zabrani primanja na rad djece prije zakonom određene dobi i prisiljavana na rad koji štetno utječe na njihovo zdravlje, jamčenju prava na zdrav život svakome, osiguravanju uvjeta za zdrav okoliš od strane države, dužanosti, u sklopu svojih ovlasti i djelatnosti, posvećivanja osobite skrbi o zaštiti zdravlja ljudi, prirode i ljudskog okoliša (čl. 70.).

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

### 3 Odnos medicinskog prava i (medicinske, integrativne, bio) etike

Zbog značenja i aktualnosti etike i medicinskog prava kod zaštite i promicanja prava pacijenata, ali i uređenja rada i statusa zdravstvenih radnika, odnos ovih dviju znanstvenih disciplina i znanstvenih područja postao je predmetom brojnih rasprava i istraživanja (vidi Matulić, 2001: 45-46; Capron, 2004: 1329-1335; Zatti, 1995: 11ss).

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

---

<sup>5</sup> Podatak kod *Znanstveni program Znanstvenog centra izvrsnosti za integrativnu bioetiku*, rad na stranici <http://www.bioetika.hr/wp-content/uploads/2016/04/ZCI-IB-znanstveni-program.pdf>, str. 7.

uži pojam, dio bioetike (o tome primjerice kod Radovančević, 2008: 15). Svakako, postoji i suprotno mišljenje.<sup>6</sup>

Uvažavajući naprijed navedena mišljenja, držimo ipak da niti je medicinsko/zdravstveno pravo dio bioetike, niti je bioetika dio zdravstvenog/medicinskog prava. U Republici Hrvatskoj znanstvena područja, polja i grane uređeni su Pravilnikom o znanstvenim i umjetničkim područjima, poljima i granama („Narodne novine“, broj 118/09, 82/12, 32/13, dalje - PZPPG). Naime, medicinsko pravo i medicinska etika/(integrativna) bioetika dva su zasebna znanstvena područja, polja i grane koja se, svako sa svog aspekta, bave istraživanjem i uređenjem odnosa na području medicine/zdravstva.<sup>7</sup> Medicinsko pravo je znanstvena disciplina koja pripada znanstvenom području društvenih znanosti (PZPPG, 5.0), polju prava (PZPPG, 5.02), i izučava se u okviru više znanstvenih grana iz polja prava (primjerice, građansko i građansko procesno pravo, kazneno i kazneno procesno pravo, upravno pravo i upravna znanost, ustavno pravo i dr.). S druge strane, medicinska etika pripada znanstvenom području biomedicine i zdravstva, polju kliničkih medicinskih znanosti (PZPPG, 3.02), grani medicinska etika (PZPPG, 3.02.15). Što se bioetike tiče, najbliže bismo je mogli svrstati u znanstveno područje humanističkih znanosti (PZPPG, 6.00), polje filozofija (PZPPG, 6.01), grana filozofijska bioetika (PZPPG, C6.01.25). Integrativna bioetika prema PZPPG-u svrstana je, pak, u interdisciplinarno područje znanosti (PZPPG, 8.00), znanstveno polje integrativna bioetika (PZPPG, 8.03, prirodne, tehničke, biomedicina i zdravstvo, društvene, humanističke znanosti).

Držimo neprijepornim da integrativna bioetika može (u budućnosti) postojati kao samostalna znanstvena disciplina, a razlog prije svega treba tražiti u izričaju «interdisciplinarna impostacija», jer je to njezin specifikum. Naime, vodeći računa o stalnom razvitku i policentričnom sustavu znanstvene djelatnosti i visokog obrazovanja, moguće je i u budućnosti nužno uspostaviti interdisciplinarna znanstvena područja koja će omogućiti suradnju znanstvenika i znanstvenih organizacija iz više različitih znanstvenih područja, polja i grana u ostvarivanju većeg broja problemski povezanih znanstvenih projekata. Ovo područje bilo je donedavno

---

<sup>6</sup> Tako, primjerice, postoji mišljenje da profesionalna medicinska etika čini temeljni dio medicinskog prava (usp. Bošković, 2007: 15; Matulić, 2001: 458).

<sup>7</sup> U tom smislu Matulić drži da: »bioetika i biopravo jesu i ostaju dvije razdvojene stvarnosti, ali intimno povezane i međuovisne, gdje svaka sfera ostaje autonomna i nealterirana u svojoj domeni, ali bezujetno legitimiraju utjecaj jedne na drugu.« (Matulić, 2001: 458).

moguće utvrditi samo načelno kao znanstveno područje različitih znanstvenih područja i polja, a znanstvena polja unutar interdisciplinarnog područja mogla su se utvrditi u svakomu pojedinom predmetu (primjerice, znanost o sustavima i kibernetika, kognitivne znanosti, Life Sciences, Behavioural Sciences i sl.). Znanstvena polja unutar interdisciplinarnog područja uspostavljaju se, pak, temeljem obrazloženog zahtjeva, a odluku o utvrđivanju polja donosi Nacionalno vijeće za znanost, visoko obrazovanje i tehnološki razvoj (*ex* Nacionalno vijeće za znanost) (arg. PZPPG, čl. 5.). U tom bi pravcu svakako trebalo biti usmjereno i uređenje odnosa medicinskog prava i integrativne bioetike i njihov položaj u sustavu znanstvenih područja, polja i grana. Značajan iskorak u tom smjeru učinjen je svrstavanjem integrativne bioetike u interdisciplinarno područje znanosti, a svakako bi i medicinsko pravo trebalo ispunjavati uvjete za svrstavanje u interdisciplinarno područje znanosti jer ima za predmet izučavanja znanstvena polja i grane iz najmanje tri znanstvena područja – društvenih i humanističkih znanosti te biomedicine i zdravstva (Matulić, 2001: 76).

Bitno je istaknuti da potreba povezivanja bioetike i prava proizlazi prije svega iz samim ciljeva koje bioetika ima u društvu, kao interdisciplinarna struka koja povezuje teoriju i praksu (Bogdanović, 2009: 59).

Što se odnosa medicinskog prava i (medicinske/bio/integrativne bio) etike tiče, zajednički im je cilj – humanost, odnosno promicanje i zaštita temeljnih ljudskih prava u obavljanju medicinske djelatnosti. To je svakako i razumljivo jer se te dvije discipline i struke bave najznačajnijim ljudskim vrijednostima, kao što su život i zdravlje čovjeka, svaka na svoj način (usp. Radišić, 2004: 5).

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

Posebno je značajna i nužna suradnja pripadnika ovih znanstvenih područja kod donošenja propisa kojima se uređuju odnosi u području zdravstva. (Integrativna)

bioetika sa svojim etičkim sudovima o konkretnom ponašanju pomaže pravu i pravnoj znanosti u artikuliranju adekvatnih zakonskih normativa (Matulić, 2001: 453). Bioetika, za razliku od etike, insistira da temat svog proučavanja legalno kodificira (Muzur & Rinčić Lerga, 2008: 14). Pravila medicinske etike uobičajeno se kodificiraju u posebnim, nacionalnim i međunarodnim, etičkim odnosno deontološkim kodeksima. Kodeksima etike i deontologije u pravilu se utvrđuju načela i pravila ponašanja kojih su se dužni pridržavati zdravstveni radnici, članovi pojedinih komora, pri obavljanju svoje profesionalne djelatnosti, a radi očuvanja dostojanstva i ugleda profesije. Odnos zdravstvenog radnika i pacijenta povodom pružanja medicinske usluge nije uređen jedino pravnim pravilima, nego su pravila medicinske etike i pravila medicinske struke veliki i iznimno značajan segment medicinskog prava kojim se uređuju obveze (njihov sadržaj i opseg) zdravstvenih radnika prilikom pružanja medicinskih usluga, do te mjere da ih je u našem pravu zakonodavac (primjerice, odredbom čl. 120. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (pročišćeni tekst zakona, NN 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 22/14, 154/14, 70/16, 131/17, na snazi od 01.01.2015., dalje – ZOZZ) digao na razinu pravne norme, za čije se nepoštivanje odnosno kršenje vežu ne samo moralne, nego i stegovne (disciplinske), kaznenopravne i građanskopravne sankcije (usp. Klarić, 2002: 3). Medicinska etika i pravo međusobno se nadopunjuju, pravilima medicinske etike sudovi priznaju i pravnu snagu jer ne postupanje zdravstvenih djelatnika po tim pravilima podliježe pravnoj sankciji, pa je neprijeporno da je medicinska etika izvor medicinskog prava (Radišić, 2004: 24). Kada se etički postulati i pravila ponašanja u području medicine uredi pravnim normama, tada dolazi do preklapanja, odnosno svojevrsne simbioze bioetike i medicinskog prava i pri tome je najmanje značajno je li bioetika postala dijelom medicinskog prava ili je, pak, obrnuto.

Treba kazati da medicina u svom ubrzanom razvitku ide, u pravilu, ispred prava, pa se nužno nameće potreba konstantnog pravnog uređenja brojnih pitanja i odnosa iz područja medicine (Jelačić, 1997: 236). Danas je uobičajeno da na području medicine pravna regulacija kasni za razvitkom društvenih odnosa na tom području što je ponajviše posljedica ekspanzije znanstveno-tehnoloških inovacija (usp. Visković, 1995: 219). Time nastaju i tzv. pravne praznine pa značajni i prijeporni biomedicinski odnosi nisu obuhvaćeni pravnim normama, nego su kontrolirani ponajviše pravilima morala i medicinske etike i deontologije. Tako, na određeni način, bioetika preuzima ulogu prava u uređenju odnosa iz područja medicine, dok se ti odnosi konačno ne uredi pravnim normama. S druge strane, pravne norme daju bioetičkim postulatima

i teorijama potrebnu praktičnost i opću primjenjivost (Bogdanić, 2008). Već od samih početaka bioetike bila je razvidna nužnost i neodgodiva potreba za angažmanom pravne znanosti i prava u tematikama i problematikama koje bioetika prihvaća kao svoj materijalni objekt, a pogotovo se danas javlja potreba ozbiljnog i studioznog pravno-znanstvenog promišljanja o brojnim bioetičkim temama (usp. Matulić, 2001: 452).

Drugim riječima, snažan i ubrzani razvitak medicine i znanosti o životu otvaraju značajna pitanja koja traže i pravnu regulaciju. U pitanjima života i smrti, zdravlja i bolesti, prava pacijenata i dužnosti/odgovornosti liječnika, razumljivo je da se sve više javlja i potreba za uređivanjem tih složenih pitanja putem pravnih normi (Šeparović, 1998: 5). Kašnjenje pravne intervencije na području medicine ima značajne negativne učinke za društvo u cjelini (tako i podrobnije o tome kod Visković, 1995: 78-82). U cilju pravnog uređenja medicinske djelatnosti donose se novi propisi koje nameće medicinska praksa, brojna medicinska etička načela preuzimaju se i daje im se pravna snaga, pristupa se kodifikaciji prava pacijenata i sl.

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

#### 4 Umjesto zaključka - personalizirana integrativna bioetika

Integrativna bioetika polazi od predmetne integracije svih aspekata života i od metodološke integracije pod vidom interdisciplinarnosti i pluriperspektivnosti,<sup>8</sup> tako da bi ju se moglo definirati kao otvoreno područje susreta i dijaloga različitih znanosti i djelatnosti, te različitih pristupa i pogleda na svijet, koji se okupljaju radi artikuliranja, diskutiranja i rješavanja etičkih pitanja vezanih za život, za život u cjelini i u svakom od dijelova te cjeline, za život u svim njegovim oblicima, stupnjevima, fazama i pojavnostima (Jurić, n.d.). Međutim, pitanje nije samo što to bioetika u

---

<sup>8</sup> Pojam pluriperspektivnosti bi u vrlo sažetom obliku značio objedinjavanje i dijaloško posredovanje ne samo znanstvenih, nego i neznastvenih, odnosno izvan-znanstvenih prinosa, uključujući različite načine refleksije, različite misaone i kulturne tradicije, odnosno različite poglede koji počivaju kulturnim, religijskim, političkim i inim posebnostima. Suвременa bioetička rasprava tako obuhvaća ne samo pitanja medicinske skrbi i biomedicinskih istraživanja, nego i probleme koji se tiču ne-ljudskih živih bića i prirode u cjelini, kao i problematiku uloge i smisla znanosti uopće, sve do fundamentalnih pitanja zapadne civilizacije i opstanka čovječanstva (usp. Čović, 2004: 91–122). Potterova »mostovna bioetika« (*bridge bioethics*), koju je kasnije nazivao »globalnom bioetikom« (*global bioethics*), nadilazila je kratkoročni (medicinsko-bioetički) pogled fokusiran na ljudske probleme (na ljudsko, individualno zdravlje i zdrav okoliš), te zagovarala dugoročni (ekološko-bioetički) pogled koji uključuje preživljavanje vrsta i zdrav ekosistem, a ne više samo ljude (Zagorac & Jurić, 2008: 603).

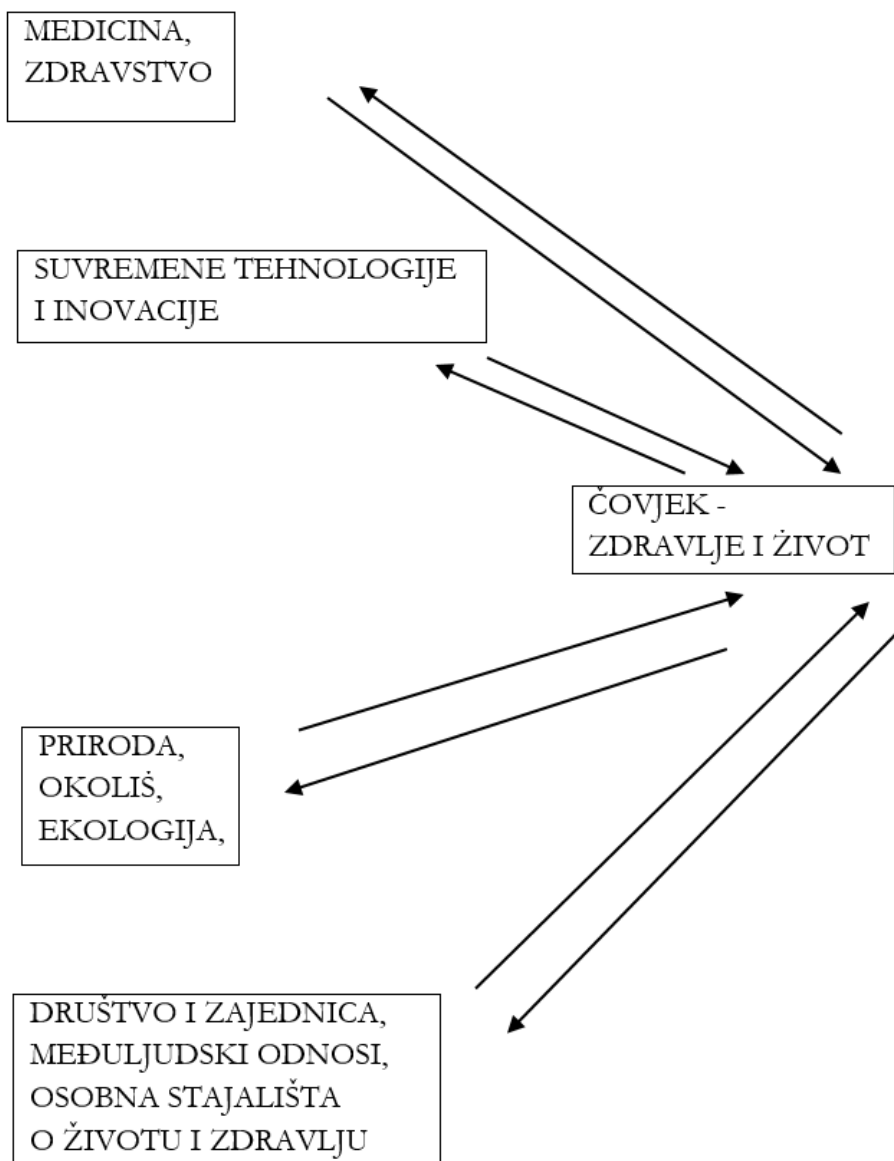
teorijskom smislu može zapitati, artikulirati i odgovoriti, nego i što bioetika može praktički učiniti za život i zdravlje svakoga pojedinca (Zagorac & Jurić, 2008: 603). Drugim riječima, integrativnu bioetiku potrebno je sagledati i objasniti s aspekta njezine interdisciplinarnosti i pluriperspektivnosti u odnosu na život i zdravlje konkretnog pojedinca što dovodi do individualnog bioetičkog pristupa životu i zdravlju prilagođenog konkretnom pojedincu, odnosno do personalizirane integrativne bioetike.

Svatko ima svoj osobni stav i pristup prema značaju i utjecaju integrativne bioetike na život i zdravlje ljudi i na temelju toga osobno doživljava i definira značaj, ulogu, opseg, doseg i sadržaj integrativne bioetike na tom području.

Model personalizirane (integrativne) bioetike stavlja u prvi plan osobu sa svim njezinim biološkim osobnostima. Personalizirana (integrativna) bioetika predstavljala bi novi pristup u razumijevanju života i zdravlja čovjeka utemeljen na individualnim biološkim informacijama, uzimajući u obzir različite činitelje koji negativno utječu na život i zdravlje pojedinaca (okoliš, suvremene tehnologije, zdravstveni sustav, društvene odnose, način života i sl.). Model personalizirane integrativne bioetike omogućio bi još veću vjerojatnost za bolji ishod liječenja i smanjenu neučinkovitost terapije kada bi se u pristupu problematici života i zdravlja čovjeka primijenio model individualnog, ciljanog pristupa izučavanju i objašnjavanju interakcije između zdravlja i života pojedinca s jedne strane, te medicine/zdravstva, suvremenih tehnologija i inovacija, ekologije i okoliša u kojem taj pojedinac živi te utjecaja društvene zajednice i čovjekovih osobnih stajališta o životu i zdravlju, s druge strane. Ovakav pristup predstavlja odmak od tradicionalnog poimanja (integrativne) bioetike ka ciljanom modelu definiranja utjecaja bioetičkog učenja (sudova i načela) krojenom prema specifičnim potrebama svakog pojedinog čovjeka.

Pojam personalizirane integrativne bioetike pokušat ćemo objasniti kroz utjecaj interakcije između života i zdravlja čovjeka, s jedne strane, te medicine i zdravstvenog sustava, suvremenih tehnologija i inovacija, prirode i čovjekova okoliša, društvenih/međuljudskih odnosa i osobnih stajališta o životu i zdravlju pojedinca, s druge strane.

Nedvojbeno je da okoliš, suvremene tehnologije, zdravstveni sustav, društveni odnosi i sl. imaju različiti učinak na kvalitetu života i zdravlje svakoga pojedinca, kao i što svaki pojedinac ima različito (individualizirano) stajalište, odnos i reakciju prema okolišu, suvremenim tehnologijama, zdravstvenom sustavu i medicini, društvenim odnosima u najširem smislu riječi. Granice ovih područja nisu oštro postavljene pa se neki primjeri mogu promatrati u odnosu na više područja.





## 4.1 Život i zdravlje

“Zdravlje” je široki pojam kojega je teško definirati i kojega se može tumačiti na više načina. U idealnom bi slučaju medicina trebala ići u smjeru postizanja simbioze objektivno dobrog zdravstvenog stanja i subjektivnog doživljaja, odnosno da su ljudi *de facto* zdravi i da se tako i osjećaju. Iskustvo nam je već pokazalo da se pojam zdravlja ne može shvaćati samo po definiciji Oxfordskog rječnika – kao “stanje odsutnosti bolesti ili ozljede.” Zdravlje je u većini slučajeva jedno individualno iskustvo vlastitog psihofizičkog stanja, te se često ne može testirati, dijagnosticirati, kalkularati, izmjeriti ili izvagati (usp. *Što je zdravlje i kako biti zdrav?*, <http://savjetovaliste.tvz.hr/briga-o-zdravlju/sto-je-zdravlje-i-kako-bit-i-zdrav/>).

Čovjek se smatra zdravim samo onda ako je zdrav u sve tri dimenzije: psihološkoj, tjelesnoj i socijalnoj (tako i više o zdravlju kod Jurčev Savičević, 2015: 24-26). U znakove zdravlja svakako upisujemo pozitivno raspoloženje, optimizam u suočavanju s problemima kao i toplina i zadovoljstvo u odnosu s drugim ljudima. Osjećaj sigurnosti, bezbrižnost u stanovanju, školovanju, radu kao i mogućnost uživanja u općim životnim dobrima znatno i nedvojbeno produljuju životni vijek. Zdrav okoliš, kvalitetno zadovoljena potreba za pitkom vodom, odgovarajuća prehrana, uvjeti stanovanja, upotreba sigurnih tehničkih pomagala osiguravaju zdravu okolinu tj. omogućavaju razvoj pojedinca i društva u cjelini (Pogledaj *Što je zdravlje?*, <https://uppt.hr/savjeti-mainmenu-44/zdravlje-mainmenu-62/353-to-je-zdravlje>).

Postoji više aspekata zdravlja kao što su:

- fizičko zdravlje – odražava mehaničko funkcioniranje tijela;
- mentalno zdravlje – odražava sposobnost jasnog i koherentnog mišljenja;
- emocionalno zdravlje – omogućava da se prepoznaju i adekvatno iskaže emocije (radost, ljutnja, uživanje);
- što podrazumijeva i adekvatno reagiranje na stres;
- socijalno zdravlje - označava sposobnost uspostavljanja i održavanja socijalnih kontakata s ljudima;
- zdravlje zajednice – kojim se ističe neraskidiva veza individualnog zdravlja i svega onoga što nas okružuje.

Faktori koji utječu na zdravlje su mnogobrojni i raznovrsni, a u osnovi se mogu podijeliti na: endogene (faktore nasljeđa) i egzogene (socio-ekonomski, sociokulturni, stil života, fizičko-biološka sredina) (vidi *Zdravlje i faktori koji na njega utječu*, podatak na web stranici

<http://www.izjzv.org.rs/app/soc.katedra/Zdravljeifakorikojinanjegauticu.pdf>).

Zato i jest najbolja, poznata definicija Svjetske Zdravstvene Organizacije (SZO) koja je zdravlje definirala kao stanje potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustva bolesti i iznemoglosti. "Zdravlje nije puko nepostojanje bolesti, već stanje potpunog fizičkoga, mentalnoga, duhovnoga i socijalnoga blagostanja." (*Deklaracija Svjetske zdravstvene organizacije*, Alma Ata, 1974) (više o tome kod Čizmić, Cvitković & Klarić, 2017).

Kada je riječ o zdravlju (u čitavu opsegu ovog pojma i čitavu spektru pitanja koja se na taj pojam navezuju) potrebno je uzeti u obzir različite perspektive, prvenstveno različite znanosti i djelatnosti: od biologije, kemije, biomedicinskih znanosti, biotehnologije, farmakologije i kliničke medicine, preko filozofije, sociologije, psihologije, teologije i antropologije, do ekonomije, politike i prava. Tome treba pridodati i one poglede, odnosno perspektive koje ne predstavljaju „posjed“ niti jedne znanosti, nego ovise o rodnoj, religiozno - konfesionalnoj, nacionalnoj, kulturnoj ili nekoj drugoj pripadnosti, o svjetonazoru, a konačno i o vlastitom, osobnom, subjektivnom položaju i stavu, koji također igra određenu (zapravo presudnu) ulogu u definiranju problema i odlukama koje iz samog definiranja problema na kraju proizlaze (usp. Jurić, 1999).

Odlučujuća značajka u odnosu pojedinca prema vlastitom zdravlju jest njegova posebnost i shvaćanje da u okviru svih drugih sloboda ima slobodu izabrati zdravlje onakvo kakvo sam želi i kako se to uklapa u opći smisao njegova života (Jakšić & Kovačić, 2000: 41). Prema načelu autonomije pacijenta, pacijent samostalno odlučuje o svojem zdravlju, o tome hoće li potražiti stručnu medicinsku pomoć, hoće li pristati na određenu zdravstvenu uslugu koju mu je predložio zdravstveni radnik, hoće li ostati u zdravstvenoj ustanovi određeno vrijeme itd., naravno pod pretpostavkom da je pacijent sposoban za samostalno odlučivanje (s obzirom na dob, psihofizičko stanje i sl.) (Nikšić, 2016: 585).

## 4.2 Medicina i zdravstveni sustav (zdravstvena zaštita i zdravstvena djelatnost)

Suvremena medicina sve je složenija te upitnija, a javni zdravstveni sustav sve manje je prožet društveno prihvatljivim vrijednostima za sve građane, odnosno za sve pacijente (Štifanić, 2009: 106).

Zdravstvena zaštita u smislu ZOZZ-a obuhvaća sustav društvenih, skupnih i individualnih mjera, usluga i aktivnosti za očuvanje i unapređenje zdravlja, sprečavanje bolesti, rano otkrivanje bolesti, pravodobno liječenje te zdravstvenu njegu i rehabilitaciju (ZOZZ, čl. 2.).<sup>9</sup> Svaka osoba ima pravo na zdravstvenu zaštitu i na mogućnost ostvarenja najviše moguće razine zdravlja. Svaka je osoba dužna brinuti se o svome zdravlju (ZOZZ, čl. 3.). Pravo na zdravstvenu zaštitu je i ustavna kategorija. Ustav Republike Hrvatske svakom jamči pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa zakonom (Ustav, čl. 59.). Korištenje zdravstvene zaštite ovisi o nekim zdravstvenim faktorima, o nekim socio-psihološkim faktorima i o nekim društvenim faktorima (Mastilica, 1986: 51).

Zdravstvena djelatnost jedna je od najvažnijih i najstarijih ljudskih djelatnosti jer štiti i unaprjeđuje najveće ljudske (ali i društvene) vrijednosti – život i zdravlje (ZOZZ, čl. 25.).<sup>10 11</sup> Zdravstvena djelatnost razlikuje se od svake druge profesije po tome jer je usmjerena na tijelo i dušu čovjeka pa se, za razliku od drugih profesija, u zdravstvenoj djelatnosti štete nije uvijek moguće izbjeći pošto je to djelatnost koja je, već po samoj svojoj prirodi, skopčana s opasnostima koje se ne daju uvijek

---

<sup>9</sup> Više o tome Enciklopedijski članak: *zdravstvena zaštita*, on-line izdanje Hrvatske enciklopedije Leksikografskog zavoda Miroslav Krleža, <http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?ID=67020>.

<sup>10</sup> Liječenje je i danas temeljni dio medicinske djelatnosti, ali se ona u njemu ne iscrpljuje nego obuhvaća i druge mjere. To su, ponajprije, sve one radnje i postupci kojima je cilj otkrivanje i prepoznavanje bolesti kod određenih ljudi (tzv. dijagnoza). Na dijagnozu se nadovezuje i prognoza, tj. predviđanje daljeg razvitka i krajnjeg ishoda bolesti. Osim toga, i zaštita ili sprječavanje od bolesti (tzv. prevencija) spada, također, u medicinsku djelatnost. Tako se smatra da suvremena medicina ima četiri zadatka: 1) liječenje i suzbijanje bolesti; 2) omogućavanje bolesnicima da se vrate u normalan život; 3) sprječavanje pojave bolesti; 4) poboljšanje zdravlja zdravih osoba. No, zdravstvena djelatnost obuhvaća i radnje zdravstvenih radnika kojima nije cilj nijedan od navedenih zadataka, koje se izvode na zdravim ljudima. Tu spadaju, primjerice: kozmetička ili estetska operacija, sterilizacija, vještačko oplodjenje, prekid trudnoće bez medicinske indikacije, naučni medicinski ogledi na čovjeku (Radišić, 2004: 29-30).

<sup>11</sup> I ZOZZ određuje pojam zdravstvene djelatnosti na sličan način: Zdravstvena djelatnost je djelatnost od interesa za Republiku Hrvatsku koja se obavlja kao javna služba i koju po stručno-medicinskoj doktrini i uz uporabu medicinske tehnologije obavljaju zdravstveni radnici pri pružanju zdravstvene zaštite, pod uvjetima i na način propisan ZOZZ-om (ZOZZ, čl. 24. st. 1.). Iznimno, zdravstvenu djelatnost na području promicanja zdravlja, prevencije bolesti te zaštite mentalnoga zdravlja mogu obavljati i nezdravstveni radnici pod uvjetima i na način koji pravilnikom, uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora, propisuje ministar (ZOZZ, čl. 24. st. 2.). Zdravstvena djelatnost je u funkciji ostvarivanja zdravstvene zaštite i ima status javne službe od posebnog interesa za Republiku Hrvatsku, koju po stručno-medicinskoj doktrini i uz uporabu medicinske tehnologije obavljaju zdravstveni radnici (Bošković, 2009: 33).

obuzdati (usp. Radišić, 2004: 168). Osnovni postulat u obavljanju zdravstvene djelatnosti jest da ista mora biti organizirana tako da stanovništvu uvijek bude osigurana i dostupna hitna medicinska pomoć, uključujući i hitni medicinski prijevoz. Efikasno organiziranje obavljanja zdravstvene djelatnosti preduvjet je funkcioniranja zdravstvenog sustava svake pojedine države (vidi Bodnaruk, Čizmić, Hrabač & Huseinagić, 2011: 118).

Oduvijek su zadatak i uloga medicine i zdravstva u najširem smislu riječi bili skrbiti o javnom zdravlju. Od najstarijih vremena javna briga o zdravlju vezivala se uz zaštitu zajednice od različitih bolesti koje pogađaju njezine članove, a nakon Drugog svjetskog rata briga o zdravlju i zdravstvenim službama uvodi se u pravne akte te se osmišljavaju i nova prava (vidi Bačić, 2000: 284). U tom smislu na području medicine konstantno i ubrzano se otkrivaju i u sustav uvode nove dijagnostičke i terapijske metode i postupci, novi lijekovi, medicinska oprema i sl. Pri tome se ne vodi računa o potrebama svakog pojedinog pacijenta pa se u praksi često događa da dijagnostičke i terapijske metode i postupci, lijekovi nemaju jednaki učinak, a pogotovo ne i jednaki uspjeh u primjeni kod različitih pacijenata, bez obzira na istovjetnu dijagnozu. Više je razloga za to. Reakcija bolesnika na poremećaj zdravstvenog stanja ovisi o njegovoj ličnosti, težini i karakteru bolesti te o općim očekivanjima u obitelji i široj zajednici (usp. Jakšić & Kovačić, 2000: 37). Pacijenti, unatoč jednakoj dijagnozi, različito, individualizirano reagiraju na propisanu terapiju (unatoč tome što je ona kod svih propisana u skladu s najsuvremenijim i priznatim kliničkim postupnicima, hodogramima, protokolima rada i algoritmima postupanja), primjerice i zbog toga što su pacijenti alergični na lijekove, placebo učinka kod nekih pacijenata na lijekove, pacijenata s rijetkim bolestima, jer pacijenti nisu istog ukupnog zdravstvenog stanja u trenutku obolijevanja, nisu iste životne dobi, neki su kronični bolesnici i sl. Uvelike i zbog toga javlja se novi pristup postavljanju dijagnoze i u liječenju pacijenata – tzv. personalizirana medicina (stratificirana, individualizirana), koja se najčešće označava s 4P (personalizirana, predikativna, preventivna i participativna). Personalizirana medicina predstavlja sveobuhvatni odnos liječnik-pacijent koji je uz pomoć genskih testova i analize genoma pacijenata usmjeren na posve individualni pristup u postavljanju dijagnoze i u konačnici liječenju pacijenata. Nasuprot tomu, dosadašnja klasična medicina temeljila se na načelu „*one size for all*“ (Bodiroga-Vukobrat, 2016: 33). Pojam i model “personalizirane medicine” općenito se može definirati i opisati kao način liječenja u kojemu je liječenje, koristeći najnovija saznanja (terapije i dijagnostike), prilagođeno svakom pojedinom bolesniku. Pri tome svakako treba postići interdisciplinarnu suradnju znanstvenika iz svih područja biomedicinskih

znanosti te time omogućiti jednostavniju razmjenu, usporedbu i primjenu znanja, podataka i uzoraka.

Slična situacija je i s organizacijom zdravstvenog sustava koji bi trebao biti jednake dostupnosti i kvalitete za sve pacijente. Jasno je da ovaj temeljni zahtjev nije ostvaren iz niza razloga, primjerice zbog nedovršene reorganizacije bolničkog sustava, financijske nemogućnosti potrebnog ulaganja u zdravstveni sustav i medicinsku djelatnost, nedostatka zdravstvenih radnika u sustavu (kako po broju, tako i po pojedinim specijalnostima), ne donošenja ili neusklađivanja propisa kojima se uređuju prava, obveza i odgovornosti pacijenata te rada i statusa zdravstvenih radnika, zastarjela medicinska oprema, problem javne nabave u zdravstvu, dugotrajnog čekanja na pregled (liste čekanja), neopravdanog nedolaska na zakazani pregled i ne preuzimanja nalaza i druge medicinske dokumentacije i sl.

S druge strane, nemaju svi pacijenti jednaki stav i pogled na medicinu i zdravstveni sustav. On je u pravilu individualiziran, a uvjetovan je nizom okolnosti poput spremnosti ili motivacije za korištenje zdravstvene zaštite, percepcije i težine simptoma, emocionalne osjetljivosti na bolest, nepovjerenju u tzv. klasičnu medicinu i okretanja nekim alternativnim metodama liječenja (posebno je uzelo maha samoliječenje putem interneta), odnosno nepovjerenjem prema pojedinim zdravstvenim radnicima ili specijalnostima (kardiokirurzi, ginekolozi, stomatolozi), financijskim i materijalnim stanjem pacijenta (zbog kojega ne mogu plaćati dopunsko osiguranje ili liječnika privatne prakse, skupe lijekove), pripadnosti određenim skupinama pacijenata (vulnerabilni, umirući, zatvorenici, vojnici, Jehovini svjedoci i dr.). Odnos pacijenta prema medicini i zdravstvenom sustavu određen je i stvarnom mogućnošću ostvarenja nekih prava koja im formalnopravno stoje na raspolaganju poput informiranog pristanaka, prava na drugo mišljenje, liječenja u inozemstvu, dopunskog zdravstvenog osiguranja, mogućnosti pravovremenog zakazivanja pregleda i sl.

Aktivnosti usmjerene prema promjeni životnih navika i stila života ostaju specifičan zadatak i poseban izazov onima koji kroje zdravstvenu politiku i provode zdravstvenu zaštitu, ali i velika osobna odgovornost pojedinca bez čije aktivne participacije bilo kakve dobro zamišljene intervencije neće dati očekivani učinak (Ropac & Puntarić, 2015: 202).

### 4.3 Suvremene tehnologije i inovacije

Uzroci nastanka bioetike su ponajprije ubrzani napredak znanosti i tehnike te učestale i sistematske moralne dvojbe koje je taj napredak izazvao. Tehno-znanstveni napredak nije bio u jednakoj mjeri praćen i tzv. „moralnim napretkom“ (usp. Jurić, n.d.). Djelovanje razvitka tehnologije uvelike pridonosi medicini koja se njezinom primjenom usavršava i neslućeno napreduje. Biotehnologija, biomedicina i klinička istraživanja čine više od polovine svih znanstvenih publikacija. Znanstvenici su razvili sofisticiranu medicinsku opremu za dijagnostiku i liječenje kao što je na primjer CT skener, sustav magnetske rezonance (MRI), ultrazvučni skeneri, nuklearno medicinske kamere i kirurški laseri i sl. Velika postignuća se očekuju od primjene nano tehnologije u svrhu poboljšanja čovjekovih sposobnosti te očuvanja njegovog zdravlja, a i medicinski roboti zauzimaju sve značajnije mjesto u medicini, posebno u kirurgiji (vidi Jelić, n.d.).

Razvitak tehnologije donio je napredak, ali istovremeno se smatra jednom od glavnih bolesti modernog doba. Neupitna je činjenica da tehnologija utiče na ljudsko zdravlje, kako mentalno tako i fizičko.<sup>12</sup> Tehnologije pokazuju stalan porast stope privremene nesposobnosti zbog bolesti, nesreća na radu i profesionalnih oboljenja (Jušić, 1986: 75). U novije vrijeme medijske tehnologije omogućavaju i posredno štetno djelovanje na život i zdravlje pacijenata objavljivanjem lažnih, štetnih i znanstveno nedokazanih terapija i lijekova za pojedine bolesti.

---

<sup>12</sup> Ovo su neki od osnovnih rizika koje moderna tehnologija nosi sa sobom. Slušalice - izazivaju gubitak sluha prema časopisu Pediatrics više od 12 posto djece pati od gubitka sluha izazvanog bukom. Stručnjaci savjetuju da je do maksimalno 85 decibela siguran nivo, ali većina sluša muziku na oko 105 decibela, što oštećuje sluh ako se uši izlažu ovolikoj buci više od četiri minuta dnevno. Društveni mediji - dovode do depresije - Studija koju je objavio Univerzitet Missouri u SAD-u je potvrdila ono što većina nas već zna – da Facebook može izazvati ljubomoru. Međutim, ova studija je otišla i korak dalje zaključujući da neki korisnici zapravo dožive simptome depresije. Facebook čini se osjećate kao da gubite život. Sindrom kompjuterskog vida - Sindrom kompjuterskog vida je privremeno stanje uzrokovano dugim neprekinutim periodima gledanja u ekran računara. Uključuje zamagljen vid, suhe oči, glavobolju i bol u vratu i ramenima koji su rezultat predugog korištenja računara, tableta i mobilnih telefona. 3-D mamurluk - Čak 60 posto onih kojih gledaju 3D filmove prijavljuju simptome kao što su umor očiju ili glavobolja, navodi se u studiji objavljenoj u časopisu BMC Public Health. 3D naočale rade tako što filtriraju slike tako da lijevo oko vidi jednu sliku, a desno oko vidi nešto drugačiju sliku. Mozak zatim treba da ih spoji i tu se mogu javiti problemi. E-tromboza - Sjedenje u jednoj pozi duži vremenski period može ograničiti protok krvi nogama. Tako se mogu stvoriti krvni ugrušci, koji putuju u pluća (plućna embolija) i može dovesti do iznenadne smrti. Gejmeri su grupa koja se smatra najrizičnijom, jer često provode sate pred svojim ekranima. Pojam e-tromboza su uveli doktori na Novom Zelandu kada je 2003. godine jedan 32-godišnji muškarac zamalo umro jer je dnevno sjedio za računarom i do 18 sati. *Kako nam moderna tehnologija ugrožava zdravlje*, „BUM Magazin“, podatak na stranici: <http://www.bummagazin.com/kako-nam-moderna-tehnologija-ugrozava-zdravlje/>, posjet: 3. 12. 2018.

Pod tehno-znanošću podrazumijeva se spoj prirodnih, tehničkih i biomedicinskih znanosti, tehnicizirane medicinske prakse, matematike, te biotehnologija i informacijsko-komunikacijskih tehnologija (Jurić, n.d.). Spomenuli bismo, primjerice, kako je jedno od najvećih suvremenih ostvarenja u modernoj poljoprivrednoj proizvodnji upravo korištenje znanstveno utemeljenih tehnika, uključujući i genetski inženjering, na poboljšanju ili stvaranju boljih vrsta žitarica. Danas se pitanje proizvodnje adekvatne količine nutritivno vrijedne i sigurne hrane nastoji riješiti tehnološkim dimenzijama. U tom kontekstu dolazi i do razvoja biotehnologije i genetičkog inženjerstva. Brojne rasprave vode se oko razvoja i uporabe moderne biotehnologije, a posebice oko sigurnosti genetički preinačene hrane. Tehnologija rekombinantne DNA implicira brojna pitanja, u prvom redu tu su: etičko, socio-ekonomsko, pitanje sigurnosti hrane i okoliša te pitanje neškodljivosti za ljudsko zdravlje. Nesumnjive su s jedne strane dobrobiti za ljudsko zdravlje (povećanje sigurnosti hrane, poboljšanje nutritivnog sastava namirnica, hrana s još više zdravstvenih dobrobiti, smanjenje nekih kroničnih bolesti vezanih uz prehranu), ali i, s druge strane, mogući rizici (alergije, toksičnost, neravnoteža nutrijenata, smanjenje raznolikosti hrane). Kako bi odredili stajalište (o korisnosti i štetnosti) prema genetički preinačenim proizvodima potrebno je uzeti u obzir mnoštvo čimbenika, poput ubrzanog rasta svjetske populacije, dostupnih obradivih površina, očuvanja okoliša i obilježja genetički modificirane hrane te njezin utjecaj na zdravlje čovjeka (više kod Vranešić Bender & Alebić, 2003.).

Tehnologije mogu dati značajan doprinos u sprečavanju, dijagnosticiranju i liječenju velikog dijela bolesti pa je njihov doprinos dobrobiti čovječanstva neizmjerljivo velik, među ostalim i na području boljeg zdravlja i boljih ekoloških uvjeta. Međutim, svaka značajnija nova tehnologija donosi duboke promjene pa je nužno proučiti moguće utjecaje rasta tehnologija na zdravlje ljudi (Prentis, 1991: 168). U tom smislu treba kazati da su **klinička ispitivanja** nezaobilazan dio napretka suvremene medicine, liječenja bolesti i zdravstvene skrbi kojima se prikupljaju podaci o **djelotvornosti i sigurnosti** lijekova, medicinskih proizvoda, dijagnostičkih metoda, metoda sprečavanja (prevencije) bolesti, medicinskih postupaka ili pak načina liječenja. Klinička ispitivanja su nužna jer je, prije nego što se neki lijek počne primjenjivati na širokoj populaciji bolesnika, potrebno u strogo kontroliranim uvjetima i na manjem broju ljudi utvrditi dovoljno podataka o njegovoj djelotvornosti i štetnim učincima te da se na temelju tih podataka nakon registracije lijek može sigurno koristiti u liječenju bolesnika. Oduvijek su biomedicinska i biotehnološka istraživanja koja ispituju nove tretmane, nove oblike liječenja, nove lijekove, uređaje i tehnologije

nosila dozu rizika za dobrobit ispitanika. Posebno se to odnosi na današnji stupanj tehnološkog razvoja, pa je stoga još važnije pri provedbi istraživanja poštovati etička načela (posebno ako su ispitanici pripadnici tzv. vulnerabilnih skupina, umirući bolesnici, zatvorenici, vojnici i dr.) (podrobnije o tome kod Čizmić & Radanović Mišić, 2016: 59-104).

Istina je da korisni učinci suvremenih tehnologija i invencija, kao ni oni štetni, nemaju jednaki utjecaj na život i zdravlje svakog pojedinca, a i obrnuto, svaki pojedinac ima različiti, individualizirani odnos prema suvremenim tehnologijama. Niz je okolnosti koje na to mogu utjecati od slučaja do slučaja, kao što su primjerice dotrajalost tehnologije, njihova dostupnost, stručnost osoba koje je primjenjuju, financijska izvedivost i isplativost,<sup>13</sup> dužina upotrebe/izloženosti (zračenje, imunitet), sklonost pacijenta prema novim tehnologijama, financijske mogućnosti za njihovo korištenje, životna dob i zatečeno zdravstveno stanje pacijenta u trenutku njihove primjene, educiranost, mogućnost pristupa (liste čekanja, cestovna udaljenost) i sl.

#### 4.4 Priroda, okoliš, ekologija

Utjecaj okoliša na ljudsko zdravlje može se analizirati s više aspekata, ovisno o razini utjecaja, npr. globalno djelovanje događa se putem **klimatskih promjena**, proizvodnje hrane u svijetu, prirodnih i neprirodnih nesreća, spolno prenosivih bolesti, utjecaja svjetskih ekonomija i socijalnih uređenja na ljudsko zdravlje, dok se utjecaj na osobnoj razini može promatrati kroz uporabu kemijskih sredstava u kući, u kozmetici i osobnoj higijeni, kroz način prehrane, odijevanja, izloženosti štetnim čimbenicima na radnom mjestu i slično, iako treba napomenuti da povezanost između izloženosti i štetnih zdravstvenih posljedica nije sama po sebi dokaz da je prvi uzrok drugog. Eventualni utjecaj na naše zdravlje vrlo je složen i može biti

---

<sup>13</sup> „Liječenje biološkim lijekovima zasad je još prilično skupo, prije svega zbog iznimno složenog i tehnološki zahtjevnog postupka dobivanja te zbog strogih kliničkih pokusa koji prethode dozvoli za primjenu lijeka. Biološki lijek, u stručnom smislu te riječi, jest svaki onaj koji se dobiva iz biološkog izvora, odnosno ljudskog, životinjskog ili mikrobiološkog, a to podrazumijeva i cjepiva, toksine, serume te lijekove iz ljudske krvi ili ljudske plazme koji se već desetljećima primjenjuju u terapiji. No danas, kad koristimo termin biološki lijek, zapravo mislimo na lijekove za naprednu terapiju koji se temelje na genskoj terapiji, terapiji somatskim stanicama ili tkivnom inženjerstvu, što se stručno naziva rekombinantna tehnologija iz živih stanica. "Klasični" lijekovi su male molekule, prilično jednostavne kemijske strukture, a biološki lijekovi imaju vrlo složenu trodimenzionalnu strukturu te su proizvedeni uz pomoć živih organizama. Zbog toga su njihovo dobivanje i proizvodnja iznimno složeni i tehnološki zahtjevni“. Vidi *Biološki lijekovi: Napredna biotehnologija u liječenju teških bolesti*, podatak na stranici: <https://www.adiva.hr/zdravlje/zdravlje-od-a-do-z/bioloski-lijekovi-napredna-biotehnologija-u-lijecenju-teskih-bolesti-976/>, posjet 13. 01. 2019.



moduliran djelovanjem naših genetskih, psiholoških čimbenika i našom percepcijom rizika koji predstavljaju (Sušac, n.d.).

Degradacija ljudske okoline dosegla je stupanj u kojemu već sada prijete zdravlju i opstanku čovječanstva u smislu ekstremne ugroženosti čovjeka i čovjekovog prirodnog okoliša, uključujući zrak, zemlju, vode te biljne i životinjske vrste. Od mehaničkog zagađenja i iscrpljivanja prirodnih „resursa“, preko suptilnijih ali jednako opasnih bio genetičkih manipulacija, do nikad nestale prijetnje nuklearne kataklizme – pojavnosti ove krize su bezbrojne i više ih ni najveći optimisti ne mogu nijekati (Jurić, n.d.-b).

Čovjek je svakodnevno pod utjecajem različitih čimbenika okoliša koji dokazano imaju velik izravan i neizravan utjecaj na zdravlje ljudi. Mogućnost kontrole čimbenika okoliša kompleksan je, velikim dijelom socijalno-ekonomski uvjetovan proces, pri čemu su glavne odrednice najčešće gospodarsko-ekonomski interesi i potencijali. Ljudske aktivnosti dovele su do velikih promjena u okolišu kako bi čovjek osigurao zadovoljavanje rastućih potreba za resursima, primarno hranom i vodom. U uvjetima visokog stupnja blagostanja i ekonomskog razvoja, velikim izazovima za zdravlje postali su zagađeni zrak, voda i tlo, nepravilno odlaganje komunalnog i opasnog otpada, pesticidi, radiološka kontaminacija, UV-zračenje, buka, globalna promjena klime itd. Nepobitno je da izloženost ljudi čimbenicima iz okoliša znatno utječe na zdravstveno stanje i kvalitetu života, bilo da je riječ o kratkotrajnoj izloženosti visokim koncentracijama ili o dugotrajnoj izloženosti niskim koncentracijama tih čimbenika. Izloženost ljudi čimbenicima u okolišu ovisi o čimbenicima iz općeg okoliša u kojem čovjek boravi, čimbenicima iz radne sredine, čimbenicima iz kućnog okoliša te čimbenicima iz osobnog okoliša svakog čovjeka. To upućuje na potrebu da se problemi utjecaja okoliša na zdravlje ljudi ne rješavaju reaktivno, nego pro-aktivno te da se nužno primjenjuju preventivne mjere s ciljem zaustavljanja degradacije okoliša te očuvanja prirodnih resursa i bio-raznolikosti planeta (usp. Miškulin & Puntarić, 2015: 329). U medicinskom smislu okoliš uključuje okruženje, uvjete ili različite utjecaje koji na bilo koji način utječu na zdravlje stanovništva. Posljednjih nekoliko desetljeća javnost je postala osobito senzibilizirana za pitanja ekologije i zaštite okoliša, pri čemu je ojačala svijest ljudi o tome da degradacija okoliša bitno utječe na ljudsko zdravlje. Svima je postalo posve jasno da je, dugoročno gledano, za očuvanje i unaprjeđenje zdravlja populacije potreban zdrav globalni ekosustav (usp. Miškulin & Puntarić, 2015: 330).

I u ovom slučaju nedvojbeno je da izloženost pojedinaca čimbenicima iz okoliša različito utječe na njihovo zdravstveno stanje i kvalitetu života, kao što je, primjerice, slučaj utjecaja zagađenog zraka i vode ili zračenja (imunitet), neispravne ili GMO hrane, iscrpljenja sirovina, alergija na bilje, vrste klime (plućne bolesti) i godišnjeg doba (operativni zahvat), temperature (srčani udar), vremenskih nepogoda, izloženost ekološkim incidentima i sl. Obrnuto, svaki pojedinac ima različiti, individualizirani odnos prema prirodi i okolišu (zagađivanje okoliša, pohranjivanje smeća, pušenje, obnavljanje biljnog i životinjskog fonda, ušteda energije, zdrava/prirodna hrana i lijekovi, planinarenje i drugi oblici boravka u prirodi, članstvo u udrugama za zaštitu prirode i sl.).

#### **4.5 Društveni odnosi, međuljudski odnosi, osobna stajališta o životu i zdravlju**

Zdravlje populacije ovisi ponajprije o dobrim socioekonomskim i javnozdravstvenim prilikama, a ne o biotehnološkom napretku medicine (u tom pogledu Callahan, 2002: 169).

Društveni faktori imaju presudno značenje za korištenje zdravstvene zaštite, oni utječu kako na samo zdravstveno stanje i percepciju zdravstvenih potreba, tako i na stavove i spremnost za korištenje zdravstvene zaštite. Tu spadaju socio-demografska obilježja (spol, dob) te čitav niz socio-ekonomskih obilježja (obrazovanje, zanimanje i položaj, plaća, imovno stanje, obiteljski status, mjesto i uvjeti stanovanja, sociokulturni status i dr.).<sup>14</sup> Utjecaj društvenih čimbenika na zdravstveno stanje očit je i razumljiv iz svakodnevnog iskustva. Kad se promatra kako čovjek živi, onda postaje jasno da svi ne dijele jednaku okolinu i da je društveno i ekonomski objašnjivo tko ima bolji stan, tko radi u boljim uvjetima, što tko jede itd. Kada se promatraju različiti oblici zdravstvenog ponašanja, opet društvene okolnosti mogu objasniti dobar dio činjenica kao što su obrazovanje, ovisnost o pušenju itd.<sup>15</sup> Isto

---

<sup>14</sup> Razlike u zdravstvenom stanju pojedinca uvjetovane su na neki način i njihovom pripadnošću različitim socijalnim slojevima pa zato takve razlike u zdravstvenom stanju imaju značenje socijalnih nejednakosti. Istovremeno razlike u zdravstvenom stanju nužno utječu i na različite socijalne pozicije pojedinca (Mastilica, 1986: 52).

<sup>15</sup> Pušenje je, kao masovna pojava bolesti ovisnosti, i najraširenija socijalna bolest. Socijalne bolesti su one koje su masovno prisutne te zbog kojih se u većoj mjeri primjenjuje zdravstvena zaštita, smanjuje gospodarska proizvodnja, povećava invalidnost i prijevremeno umirovljenje. S obzirom na dokazanu štetnost, povećanim rizicima za obolijevanja od malignih i drugih bolesti povezanih sa štetnim udisanjem duhanskog dima izloženi su i nepušači u okolini gdje se puši, osobito članovi obitelji i to ponajprije djeca, suradnici na radnom mjestu i ostali ljudi u blizini pušača (Ropac & Puntarić, 2015: 205).

vrijedi i za pitanje tko i kada traži zdravstvenu pomoć i kakvu pomoć dobiva (Jakšić & Kovačić, 2000: 47).

U životu pojedinca, obitelji, skupine i zajednice često se iznenada, nepredvidivo i neplanirano pojavljuju događaji koji mogu ugroziti život, narušiti zdravlje, omesti ljude u njihovim planiranim aktivnostima, nepovoljno utjecati na gospodarsku snagu pojedinca, obitelji ili zajednice. Takvi rizični događaji povezani su uz samu biološku funkciju organizma i života pojedinca i obitelji (rođenje, smrt, bolest), obiteljski život (odgoj i podizanje djece, skrb za starije i nemoćne), profesionalnu aktivnost (nesreća na poslu, invalidnost, nezaposlenost), prirodne katastrofe (potresi, poplave, požari) i društvene krize (ratovi,<sup>16</sup> ekonomske stagnacije, migracije).<sup>17</sup> Što se fenomena globalizacije tiče, veze između globalizacije i zdravlja vrlo su složene jer je globalizacija višeznačan fenomen koji može utjecati na zdravlje na bezbroj načina. Posljedice globalizacije na zdravlje mogu biti izravne, i to na razini cijelih populacija, pojedinaca ili pak zdravstvenih ustava, li i neizravne, koje utječu putem ekonomskih i drugih čimbenika kao što su obrazovanje, opskrba pitkom vodom i sl. (Miškulin, 2015: 329).

Dio takvih različitih događaja, a koji su povezani sa zdravljem, društvena zajednica rješava, ublažava ili sprječava najčešće na načelima uzajamnosti i solidarnosti članova zajednice, organiziranim mjerama, aktivnostima i akcijama koje nazivamo zdravstvenom zaštitom (tako Jakšić & Kovačić, 2000: 165).

---

<sup>16</sup> Sukobi, nasilje i ratovi u kojima ljudi nanose ozljede, muče, ubijaju i truju druge ljude, uništavaju dobra i okoliš, izazivaju strah i uništavaju moralni integritet ljudi, spadaju u najizrazitiji oblik društveno narušena zdravlja. Takvi sukobi i nasilja i danas su svakodnevna stvarnost čovječanstva. S njima valja računati i kao važnim čimbenikom koji utječe na zdravstveno stanje ljudi (Jakšić & Kovačić, 2000: 53).

<sup>17</sup> Nasilje je jedan od ozbiljnih društvenih problema, a prisutno je u svim društvenim zajednicama. Nasilje prema samom sebi podrazumijeva samoozljeđivanje, planiranje ili samo pomišljanje na samoubojstvo, pokušaj samoubojstva i suicid. Međuljudsko nasilje odnosi se na nasilje unutar obitelji i nasilje unutar zajednice (nasilje među mladima, nasilje među školskom djecom, ubojstvo, silovanje). Nasilje u obitelji definira se kao svaki oblik tjelesnog, psihičkog, spolnog ili ekonomskog nasilja. Kolektivno nasilje događa se između skupina ljudi (primjerice, vjersko nasilje) ili sa svrhom postizanja nekog cilja, obično političkog ili ekonomskog. Taj oblik nasilja može se iskazati kao terorizam, kršenje ljudskih prava, genocid, rat ili neki oblik organiziranog kriminala (Štašević, 2015: 285). Posljedice nasilja raznovrsne su. S jedne strane imamo povećan broj smrti, osobito među mladim i radno sposobnim osobama, a s druge povećan broj invalidnih osoba. Zbog nasilja ozlijeđene osobe često izostaju s posla, žrtve nasilja u povećanom su riziku za pojavu psihičkih problema do poremećaja ponašanja. Mogu postati skloni suicidu, depresiji, anksioznosti ili konzumaciji droga. Zbog silovanja se pojavljuju spolno prenosive bolesti i neželjene trudnoće (Štašević, 2015: 286).

I međusobni odnosi ljudi i njihov utjecaj na život i zdravlje čovjeka rađaju brojnim bioetičkim problemima i spornim odnosima koji dovode u pitanje zdravlje i život čovjeka, kao što su, primjerice, mobbing, obiteljsko nasilje, kleveta, agresija s pozicije ideološke, nacionalne, vjerske, rodne i druge netrpeljivosti i sl.

Koliko god društveni odnosi i međusobni odnosi ljudi imaju različiti učinak i utjecaj na život i zdravlje pojedinca, toliko suprotno i osobni stavovi o životu i zdravlju svakog pojedinca uvjetuju različiti stav i odnos svakoga pojedinca prema društvenim i međuljudskim odnosima, društvenim normama i propisima kojima se uvelike utječe na zdravlje i kvalitetu života toga pojedinca. Niz je elemenata koji određuju sadržaj i modalitete te interakcije. Spomenuli bismo samo neke poput: nepridržavanje terapije, priziv savjesti, cijepjenje, nepridržavanje mjera samozaštite, eutanazija, donorstvo, dijeta, tjelovježba, odnos društva prema rijetkim bolestima, izdvajanje u proračunu za zdravstvo, sredstva za skupe lijekove i lijekove za rijetke bolesti, organizacija bolničkog sustava, palijativna skrb, nepridržavanje propisa, socijalne razlike i društvene nejednakosti, obrazovni status (preventivni pregledi), dohodak/plaća, navika odlaska liječniku, vjernici i odnos prema zdravlju (Jehovini svjedoci), kvaliteta života, nedolazak na zakazane preglede, ne preuzimanje nalaza i druge medicinske dokumentacije, zdravstvena potreba – spremnost ili motivacija za korištenje zdravstvene zaštite, siromaštvo, ovisnost, prehrana, stres, nasilje, nesreće, zlostavljanje i zanemarivanje, mobbing, razvod, odlazak u mirovinu, otkaz, nezaposlenost i sl.

## Literatura

- Bačić, A. (2000) *Leksikon Ustava Republike Hrvatske* (Split: Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu).
- Bodiroga-Vukobrat, N. & Horak, H. (2016) Challenges of Personalized Medicine: Socio-Legal Disputes and Possible Solutions, In: Bodiroga-Vukobrat, N., Rukavina, D., Pavelić, K. & Sander, G. G. (eds.) *Personalized Medicine, A New Medical and Social Challenge* (Springer International Publishing Switzerland).
- Bodnaruk, S., Čizmić, J., Hrabač, B. & Huseinagić, S. (2011) *Komentari zdravstvenih zakona*, knjiga 1. (Sarajevo: „Privredna štampa“).
- Bogdanić, M. (2008) *Odnos moralnog i legalnog u medicinskoj etici – američko iskustvo 40 godina povezanosti bioetike i pravnog sustava*, referat, 9. Bioetički okrugli stol »Bioetika i medicinsko pravo«, Rijeka, 15. i 16. svibnja 2008.
- Bošković, Z. (2007) *Medicina i pravo* (Zagreb: Pergamena).
- Bošković, Z. (2009) Osnivanje i organiziranje ljekarničke djelatnosti – pravni aspekti, *Hrvatska pravna revija*, 9(7/8).

- Callahan, D. (1995) Bioethics, In: Reich, W. T. (ed.) *Encyclopedia of Bioethics*, 2nd ed. (New York: Macmillan Pub. Co.; Simon & Schuster Macmillan; London: Prentice Hall International).
- Callahan, D. (2002) Ethics and Public Health: Forging a Strong Relationship, *American Journal of Public Health*, 92(2), pp. 169-176
- Capron, A. M. (2004) Law and Bioethics, In: *Encyclopedia of Bioethics*, vol. 3 (The Gale Group)
- Čizmić, J., Cvitković, M. & Klarić, A. (2017) *Zdravstveno strukovno staleško pravo*, Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu – University of Maribor – Hrvatska liječnička komora (Maribor: University of Maribor Press).
- Čizmić, J., Radanović Mišić, N. (2016) Zaštita pacijenta nad kojim se vrši znanstveno istraživanje, In: *Zbornik radova s međunarodnog simpozija "2. Hrvatski simpozij medicinskog prava"*, Vodice, 11. – 13. studenog 2016., pp. 59.-104.
- Čizmić, J. (2008) Značaj medicinskog prava za uređenje odnosa u području zdravstva, In: *Zbornik radova sa sanjetoavanja «Aktualna pravna problematika u zdravstvu», 1. kongres pravnika u zdravstvu*, Topusko 9. i 10. listopada 2008., pp. 13.-54.
- Čović, A. (2004) *Etika i bioetika. Razmišljanja na pragu bioetičke epohe* (Zagreb: Pergamena), pp. 91–122.
- Čović, A. (n.d.) *Integrativna bioetika i problem istine*, available at: <http://epub.ff.uns.ac.rs/index.php/arhe/article/viewFile/1219/1238> (5.3.2019).
- Čović, A. (2011) *Pojmovna razgraničenja: moral, etika, medicinska etika, bioetika, integrativna bioetika*, rad objavljen na stranici <http://www.ffzg.unizg.hr/filoz/wp-content/uploads/2011/11/Clanak-COVIC-Bioetika-i-dijete.pdf>.
- Fletcher, J. C. & Brody, H. (1995) Clinical Ethics, In: Reich, W. T. (ed.) *Encyclopedia of Bioethics*, 2nd ed., New York: Macmillan Pub. Co.; Simon & Schuster Macmillan; London: Prentice Hall International).
- Hlača, N. (1998) O bioetici u povodu potpisa u Vijeću Europe dvaju međunarodnih dokumenata s bioetičkim sadržajima, *Vladavina prava*, 2(3/4), pp. 45-52.
- Jahnke, (1988) *Leipziger Kommentar zum Strafgesetzbuch*, 10. Aufl., 5. Band (Leipzig: De Gruyter).
- Jakšić, Ž., Kovačić, L. i suradnici (2000) *Socijalna medicina* (Zagreb: Medicinska naklada).
- Jelačić, O. (1997) O nastavi iz sudske medicine na pravnim fakultetima, *Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu*, 14, pp. 231-238.
- Jelić, I., (2016) *Primjena robotike u medicini* (Karlovac), available at: <https://zir.nsk.hr/islandora/object/vuka:552/preview>, (13.1.2019).
- Jonsen A. R. & Jameton A. (1995) Medical Ethics, In: Reich W. T. (ed.) *Encyclopedia of Bioethics*, 2nd ed. (New York: Macmillan Pub. Co.; Simon & Schuster Macmillan; London: Prentice Hall International).
- Jovanović, Lj. (1959) *Lekarska tajna – krivičnopravna razmatranja* (Beograd: Institut za uporedno pravo).
- Jurčev Savičević, A. (2015) Zdravlje, In: Puntarić, D. et al. (eds.) *Javno zdravstvo* (Zagreb: Medicinska naklada).
- Jurić, H. (n.d.), *Hrvatska uporišta za integrativnu bioetiku u djelu Van Rensselaera Pottera*, available at: [http://www.ffzg.unizg.hr/filoz/wp-content/uploads/2011/09/45\\_\\_\\_dok.doc\\_.pdf](http://www.ffzg.unizg.hr/filoz/wp-content/uploads/2011/09/45___dok.doc_.pdf) (5.3.2019)
- Jurić, H. (1999) Zdravlje: pluriperspektivni bioetički pristup, *MEDIX*, 18(98/99), available at: <https://www.medix.hr/zdravlje-pluriperspektivni-bioeticki-pristup>, (3.12.2018).

- Jurić, H. (n.d.-b), Život usred života: zašto i kako je nastajala bioetika?, *Sarajevske sveske*, available at: <http://sveske.ba/en/content/zivot-usred-zivota-zasto-i-kako-je-nastajala-bioetika>, (3.12.2018).
- Jušić, B. (1986) Proizvodnost, zdravlje i kompetencije medicine, In: *Zbornik Društvo i medicina, časopis „Pogledi“*, 1/1986.
- Klarić, P. (2002) Odgovornost za štete u medicini, *Informator* (5016-5017), od 3. i 6. travnja, male stranice.
- Mastilica, M. (1986) Socijalne nejednakosti u korištenju zdravstvene zaštite, In: *Zbornik Društvo i medicina, časopis „Pogledi“*, 1/1986.
- Matulić, T. (2001) *Bioetika* (Zagreb: Glas koncila).
- Miletić Medved, M. (2015) Načela na kojima se temelji medicinska etika, In: Puntarić, D. et al. *Javno zdravstvo* (Zagreb: Medicinska naklada).
- Miličić, V. (1996) *Deontologija profesije liječnik, život čovjeka i integritet liječnika, ćudoredna raskrižja bioetike* (Zagreb: Pravni fakultet).
- Miškuljin, M., Puntarić, D. (2015) Utjecaj okolišnih čimbenika na zdravlje, In: Puntarić, D., Ropac, D., Jurčev Savičević, A. et al. (eds.) *Javno Zdravstvo* (Zagreb: Medicinska naklada).
- Miškuljin, M., 2015 Globalizacija i zdravlje, In: Puntarić, D., Ropac, D., Jurčev Savičević, A. et al. (eds.) *Javno Zdravstvo* (Zagreb: Medicinska naklada).
- Mujović-Zornić, H. (2001) Pravo kao garant vršenja medicine, *Bilten Jugoslovenskog udruženja za medicinsko pravo*, 1, pp. 13.
- Muzur, A. & Rinčić Lerga, I. (2008) *Etika i bioetika: sličnosti i razlike u odnosu prema pravu*, referat, 9. bioetički okrugli stol «Bioetika i medicinsko pravo», Rijeka, 15. i 16. svibnja 2008.
- Petrić, S. (2005) Pretpostavke odštetne odgovornosti davatelja zdravstvenih usluga u pravu BiH, In: *Zbornik radova „Aktualnosti građanskog i trgovačkog zakonodavstva i pravne prakse“*, Mostar, no. 3.
- Prentis, S. (1991) *Biotehnologija – nova industrijska revolucija* (Zagreb: Školska knjiga).
- Radišić, J. (2002) Medicinsko pravo u svetu i kod nas, *Pravni informator*, (9).
- Radišić, J. (2004) *Medicinsko pravo*, (Beograd: Nomos).
- Radovančević, Lj. (2008) *(Ko)relacije bioetike i zdravstvenog prava*, referat, In: 9. bioetički okrugli stol «Bioetika i medicinsko pravo», Rijeka, 15. i 16. svibnja 2008.
- Ropac, D., Puntarić, D. (2015) Životne navike i zdravlje, In: Puntarić, D., Ropac, D., Jurčev Savičević, A. et al. (eds.) *Javno Zdravstvo* (Zagreb: Medicinska naklada).
- Sorta-Bilajac, I. (2005) *Od eutanazije do distanazije* (Rijeka: Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Katedra društvenih znanosti).
- Štašević, I. (2015) *Neki novi izazovi*, In: Puntarić, D., Ropac, D., Jurčev Savičević, A. et al. (eds.) *Javno Zdravstvo* (Zagreb: Medicinska naklada).
- Sušac, I., *Kako okoliš utječe na naše zdravlje?*, available at: <http://www.naturala.hr/kako-okolis-utjece-na-nase-zdravlje/3527/>, (3.12.2018).
- Šegota, I. (2000) *Nova medicinska etika (bioetika)* (Rijeka: Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Katedra društvenih znanosti).
- Šegota, I. (1999) Van Rensselaer Potter II – «otac» bioetike, *Bioetički svesci*, 6, pp. 14.-21.
- Šeparović, Z. (1998) *Granice rizika – Etičkopravni pristupi medicini* (Zagreb: Informator).
- Štifanić, M. (2009) Biomedicina, bioetika i biopravo, In: *Zborniku radova s 9. bioetičkog okruglog stola „Bioetika i medicinsko pravo“*, Rijeka.
- Visković, N. (1995) Bioetika i biomedicinsko pravo, *Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu*, 32(1-2), pp. 78.-82.

- Visković, N. (1995) *Država i pravo* (Zagreb: Birotehnika).
- Visković, N. (2003) Kakva bioetika?, In: Visković, N. *Sumorne godine – nacionalizam, bioetika, globalizacija*, (Split: Kultura).
- Vranešić Bender, D. & Alebić, I. (2003) Genetički preinačena hrana, *Pliva Zdravlje*, 2.10.2003, available at: <https://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/2964/Geneticki-preinacena-hrana.html>, (13.1.2019).
- Zagorac, I. & Jurić, H. (2008) Bioetika u Hrvatskoj, *Filozofska istraživanja*, 28(3), pp. 601–611.
- Zatti, P. (1995) Bioetica e diritto, *Rivista italiana di medicina legale* (17).
- Zečević, D. et al. (2004) *Sudska medicina i deontologija* (Zagreb: Medicinska naklada).
- Znanstveni program Znanstvenog centra izvrsnosti za integrativnu bioetiku* (2016), available at: <http://www.bioetika.hr/wp-content/uploads/2016/04/ZCI-IB-znanstveni-program.pdf>.
- Znidarčić, Z. (ed.) (2004) *Medicinska etika 1 – Uvod, Svrha raspravljanja o medicinskoj etici* (Zagreb: Hrvatsko katoličko liječničko društvo).
- Žunić, Lj. (2009) *Značaj poznavanja medicinskog prava za zdravstvene radnike*, seminarski rad – unpublished, (Split).





# GRAĐANSKOPRAVNI ASPEKTI KRIONIKE I NEUROPREZERVACIJE KAO PRAVA PACIJENATA

BLANKA KAČER I SUZANA KRALJIĆ

Sveučilište u Splitu, Pravni fakultet, Split, Hrvatska, e-mail: blanka.kacer@pravst.hr

Sveučilište u Mariboru, Pravni fakultet, maribor, Slovenija, e-mail: suzana.kraljic@um.si

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

#### Ključne riječi:

krionika,  
neuroprezervacija,  
građanskopravni  
aspekt,  
pravni status,  
nasljeđivanje.

#### Prvi put objavljeno u:

KAČER, Blanka, KRALJIĆ, Suzana. Građansko pravni aspekti krionike i neuroprezervacije kao prava pacijenta. V: KURTOVIĆ MIŠIĆ, Anita (ur.), et al. *Zbornik radova s međunarodnog kongresa "1. kongres KOKOZA i 3. Hrvatski kongres medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem"*, [Rabac], 22. - 24. ožujka 2019. godine. Split: Pravni fakultet, 2019. Str. 87-107.



DOI <https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7.4>  
ISBN 978-961-286-335-7

# CIVIL LAW ASPECTS OF CRYONICS AND NEUROPRESERVATION AS RIGHTS OF PATIENTS

BLANKA KAČER & SUZANA KRALJIĆ

University of Split, Faculty of Law, Split, Croatia, e-mail: blanka.kacer@pravst.hr  
University of Maribor, Faculty of Law, Maribor, Slovenia, e-mail: suzana.kraljic@um.si

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

**Keywords:**

Cryonics,  
Neuropreservation,  
Civil Law Aspect,  
Legal Status,  
Inheritance.

**First published in:**

KAČER, Blanka, KRALJIĆ, Suzana. Građansko pravni aspekti krioronike i neuroprezervacije kao prava pacijenta. V: KURTOVIĆ MIŠIĆ, Anita (ur.), et al. *Zbornik radova s međunarodnog kongresa "1. kongres KOKOZA i 3. Hrvatski kongres medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem"*, [Rabac], 22. - 24. ožujka 2019. godine. Split: Pravni fakultet, 2019. Str. 87-107.

## 1 Uvod

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

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

Ovo nisu postupci koji su nešto novo, oni postoje odavno i na njima se radi već vrlo intenzivno. Zamrzavanje matičnih stanica je postalo danas „rutina“ pri rođenju djeteta, kako bi se u budućnosti, primjerice, ako je oštećen bubreg te osobe iz sačuvanih stanica moglo razviti novi organ i ugraditi ga umjesto oštećenog. Kriogena komora već je davno korištena u medicini. Koristi se za skladištenje živih organizama ili reagensa, ali se može razlikovati u energiji i rashladnom elementu: sojevi virusa koji su razvili biolozi i virolozi pohranjeni su u posebnim kriogenim komorama; u

slučaju transplantacije organa, prijevoz se provodi u kriokomori; mnogi lijekovi se dugo pohranjuju u malim kriokomorama; nalaze se u njima biomaterijali (poput jaja ili muških spermija).<sup>1</sup>

Prošlo je preko 50 godina od smrti prve osobe koja je podvrgnuta krimonizaciji. Dr. James Hiram Bedford, profesor psihologije sa Sveučilišta Berkeley – California, umro je od posljedica raka 12. siječnja 1967. U Alcor Institutu je od 1991. On je prvi od 300 tijela i mozгова koje se čuvaju u jednom od tri u svijetu poznata instituta za krimoniku i neuroprezervaciju. Ti instituti su: Alcor Life Extension Foundation u Scottsdale, Arizona, USA; Cryonics Institute in Clinton Township, Michigan i KrioRus pokraj Moskve. Prema dostupnim podacima, preko 3000 ljudi je potpisalo ugovor kojim će nakon smrti svoja tijela dati na krimonizaciju ili neuroprezervaciju (potpisivanje ugovora znači i plaćanje da ih jednom, kada nastupi smrt „krimoniziraju“ i time kupuju svoje mjesto u institutu, kada za to dođe vrijeme).<sup>2</sup> Zamrzavanjem ljudi na ultra-nisku temperaturu se u tim zemljama ne krši zakon. U Francuskoj, zakonom je propisano da se tijelo pokojnika može pokopati samo ispod razine zemlje, primjerice, u Iranu mora biti kremirano ili pokopano tijekom dana. U Rusiji i SAD se poštuju želje osobe, te bira sama hoće li biti pokopana na tradicionalan način, raspršujući svoj pepeo ili da se uranjaj u tekući dušik.<sup>3</sup>

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

---

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

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

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

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

## 2 Analiza pojmova i postupak

### 2.1 Krionika

Naziv "cryonics" potječe od grčke riječi »kryos« (gr. *Κρυος*) "ledeno hladno", a taj naziv na najbolji način označava tehnologiju dizajniranu da bi se stanice zamrznule i pokušale očuvati na vrlo niskim temperaturama. Cryonics je znanstvena tehnologija koja omogućava očuvanje živog organizma pri niskim temperaturama i pohranjivanje u tom stanju do odmrzavanja ili drugih manipulacija.<sup>5</sup> Prvi je riječ krionika upotrijebio Karl Werner potpredsjednik Cryonics Society of New York,<sup>6</sup> međutim ocem krionike se smatra Robert E. Ettinger, koji je 1964. godine u svojoj knjizi „The Prospect of Immortality“, odnosno „Mogućnost besmrtnosti“ predstavio koncept „krionične prezervacije“. Naglasio je da je zamrzavanje lakši dio procesa i da je to već moguće u pogledu tadašnjeg znanja i tehnologije. Ettinger je predvidio da će u narednim godinama medicina napredovati toliko da će biti moguće eventualno eliminirati ili popraviti bilo kakvo oštećenje ljudskog tijela, uključujući štetu koja će nastati zbog smrzavanja. Vjerovao je da će kompleksni proces odmrzavanja napredovati u budućnosti i omogućiti potpuni i uspješan oporavak zamrznute osobe, odnosno kriona.<sup>7</sup> Krionika bi tako trebala omogućiti vječni život, jer bi se eliminacijom bolesti "izigrala smrt" i postigla bi se vječnost.<sup>8</sup>

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

---

<sup>5</sup> Ibid.

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

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

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

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

<sup>10</sup> Ibid.

Krionika je grana znanosti koja se bavi zamrzavanjem ljudi (pa čak i kućnih ljubimaca), nakon što im se ustanovi moždana smrt<sup>11</sup>, kako bi ih se jednog dana, kada znanost dosegne dovoljan stadij napretka, moglo vratiti među žive.<sup>12</sup> Neki vjeruju da će medicina u budućnosti osigurati popravak stanica i njihovu regeneraciju na molekularnom nivou, a što će dovesti do reverzibilnosti pojave starenja i obolijevanja. Temelji se na pojavi da se organi i tkiva mnogo duže održavaju bez trajnijih oštećenja na niskoj temperaturi (i organi za transplantaciju se prilikom prijevoza prenose u hladnjacima s ledom da se propadanje anoksičnog tkiva i potrošnja kisika svedu na najmanju moguću mjeru<sup>13</sup>).

Krioničari ne koriste naziv smrt, već „*deanimation*“.<sup>14</sup> Zagovornici krionike smatraju da smrt nije trenutak, već proces i kada nekoga proglašavaju klinički mrtvim, on još uvijek nije biološki mrtav i nad njim se može provesti postupak „produžavanja života“ (dakle, prema njima to nije „buđenje iz mrtvih“). Ako se odmah takva osoba stavi u „proces“, prema mišljenju tih znanstvenika, zaustavlja se njegov biološki sat (to uspoređuju sa zamrzavanjem embrija) i omogućuje da se tu osobu u budućnosti probudi i izliječi od onoga što je dovelo do njegove „smrti“, te da će on moći nastaviti normalan život.

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

- nakon smrti, tijelo mora biti ohlađeno do nula stupnjeva, kako bi se postigao rezultat, možete koristiti suhi led;

---

<sup>11</sup> Bar bi tako moralo biti.

<sup>12</sup> Vidjeti tako u: Ognjen Ožegić, Vrijeme za hlađenje, Medicinar 45, na: [medicinar.mef.hr/pdf/krionika.pdf](http://medicinar.mef.hr/pdf/krionika.pdf)

<sup>13</sup> Ibid.

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

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

- tijelo je povezano s posebnim aparatom i kroz nju se ispušta krv;
- umjesto krvi, ulijeva se cryoprotectant - otopina koja sprečava kristalizaciju stanica
- nakon manipulacija, tijelo se stavlja u dewar, ako govorimo o skladištenju glave u bix.<sup>16</sup>

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

Koliko god nekima ovo izgledalo nestvarno, sviđalo se to nama ili ne, činjenica je da je ovaj postupak stvarnost. Koliko znamo, do sada nitko nije dekrioniziran (odmrznut), ali znanstvenici su optimistični i radi nekih postupaka koji ukazuju na to da treba biti optimističan po pitanju mogućnosti odmrzavanja. Kao značajna vijest objavljeno je da je već 2008. godine rođeno dijete koje je začeto spermom oca koji je umro četiri godine prije. Naime, jedan Britanac <sup>19</sup> je zamrznuo spermu nakon što je saznao da ga čekaju kemoterapije, ali je nažalost umro i njegova supruga je gotovo

---

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

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

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

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

<sup>19</sup> Riječ je o Jamesu Robertsu koji je preminuo u 33. godini života.

četiri godine nakon toga otišla na umjetnu oplodnju i rodila zdravu kćerku<sup>20</sup>. Iz toga je vidljivo da je moguće zaustaviti rast i razvoj ljudskih stanica, držati ih zamrznutim, staviti u za to pogodno okruženje (sada je bila riječ o maternici, ali lako je moguće da će se to moći raditi i u strojevima koji će simulirati maternicu pa je moguće da će se moći i klonirati ljudi bez usadne embrija u maternicu, a znamo da je danas moguće klonirati ljudski embrij – do sada je to dozvoljeno u Engleskoj i to u terapijske svrhe) i da će stanice nastaviti rast i razvoj u pravom smjeru i da se može roditi (i rodilo se) živo i zdravo (barem koliko za sada znamo) ljudsko biće. Danas, 2019. godine, to nije „vijest“. Sada je često zamrzavanje sperme, jajnih stanica, pa i zametaka. U studenome 2018. objavljeno je da je u Kini pokrenut postupak protiv liječnika jer su rođene prve GMO (genetski modificirane) bebe.<sup>21</sup>

## 2.2 Neuroprezervacija

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

Razlog zbog kojega se neki pacijenti odlučuju za neuroprezervaciju, a ne za krionizaciju cijelog tijela je taj što je neuroprezervacija manje skupa i u slučaju hitnih intervencija neuropacijenti<sup>22</sup> se mogu lakše premiještati. Neki od krioničara čak

---

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

<sup>21</sup> Profesor He Jiankui (koji se obrazovao na prestižnome američkom Stanfordu) i kolege sa Sveučilišta Southern University of Science and Technology u gradu Shenzhenu su objavili da obavili izmjene na genima embrija sedam parova koji su podvrgnuti umjetnoj oplodnji. Rezultat napora profesora Hea i njegovog tima je zdrava trudnoća i rođenje, krajem 2018. godine, dviju zdravih djevojčica koje su prirodno otporne na HIV, jer je otac djevojčica HIV pozitivan. Profesor He je objavio da je gene embrija modificirao na način da postanu otporni na zarazu HIV-om tako da je "eliminirao gen pod nazivom CCR5 kako bi djevojčice postale otporne na HIV, ako s tim virusom ikada dođu u kontakt". Objasnio je i da je „operativni zahvat“ na oplodjenim jajašcima izveo koristeći CRISPR/cAS9 sustav za prepravljavanje genoma, koji omogućuje obavljanje zahvata na genomu živih bića dosad neviđenom i preciznošću i lakoćom. - vidjeti tako na: U Kini rođene prve GMO bebe: 'Zgroženi smo, kreće istraga, <https://www.24sata.hr/tech/u-kini-ro-ene-prve-gmo-bebe-zgrozeni-smo-krece-istraga-601878> (08.02.2019., 19:40).

<sup>22</sup> Neuropacijentima oni nazivaju ustvari samo nečiji mozak koji je u krioničkom procesu.



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

Mnogi smatraju da je to samo prijevara<sup>25</sup>, ali u prošlosti je *science fiction* bilo i letenje avionom, a kamoli letovi u svemir, prije se umiralo od bolesti koje se sada lako liječe i protiv kojih danas postoje cjepiva. Tako se nama sada čini gotovo nemogućom tvrdnja znanstvenika koji se bave neuroprezervacijom da će vjerojatno biti moguće u budućnosti programirati sačuvani mozak da obnovi cijelo tijelo<sup>26</sup>. Oni polaze od teze da je ionako cijelo naše tijelo nastalo iz jedne stanice i svakodnevno provode istraživanja kako bi bilo moguće navesti mozak da razvije cijelo tijelo. Kada ostavimo kao moguće da se to i ostvari, otvara nam se jedno vrlo važno pitanje, važno s pravnog i s bioetičkog aspekta: je li (u slučaju uspjeha) riječ o istoj osobi, ili je to ipak druga osoba. Kada bi mozak „proizveo“ ostatak tijela, bi li to bila osoba s istim otiscima prstiju? Ako bi, moguće je da se pravno vodi kao ista osoba (no, to ne utječe na postupke koji su se proveli nakon smrti – nasljeđivanje i sl.), ali to bi samo značilo da ima isto ime i prezime i da eventualno raspolaže bankovnim računom. Ukoliko nisu ni otisci prstiju isti kao prije, onda je moguće jedino dozvoliti da „nova“ osoba koristi „staro“ ime i prezime. Međutim, u oba slučaja riječ je o vrlo sličnoj situaciji jer je „nastala“ nova osoba koja nema od koga dobiti ime i prezime, već je logično da koristi staro; u oba slučaja, prema našem mišljenju, morala bi imati pravo koristiti eventualno postojeći bankovni račun; te bi u oba slučaja podaci o toj osobi iz prošlosti (izvadak iz kaznene evidencije i sl.) morali biti dostupni. To je sve uz pretpostavku da mozak ostane isti kakav je i bio. Međutim, lako je moguće da uslijed svih postupaka koji se nad mozgom provode, a i mogućih oštećenja, dođe do

---

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

<sup>24</sup> Ibid.

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

<sup>26</sup> Tu bismo mogli povući paralelu s postupkom kloniranja.

promjena na karakteru čovjeka, na koncu moguće je da dođe do potpuno promijenjene ličnosti. Kako onda riješiti problem je li riječ o istoj osobi, ili o potpuno novoj? Za sada postoji mnogo nepoznanica i, kada zanemarimo vjeru i osobni stav o ovim postupcima, moramo naglasiti da je riječ o nečemu što dovodi ne samo do pravnih problema, već i do mogućnosti stvaranja ljudi s genetskim greškama i raznim poremećajima. Uz to, čovjek je društveno biće na koje utječu ljudi s kojima živi i koji ga okružuju, a sigurno je da će doživjeti svojevrstan šok kada ga se stavi u novu sredinu s potpuno novim ljudima, u neko drugo vrijeme, u kojem vrijede neka nova pravila.

### **3 Pitanje utvrđenja smrti i s tim povezana građanskopravna pitanja**

#### **3.1 Utvrđivanje smrti**

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

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

---

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

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

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

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

Najdiferenciraniji organ u našem tijelu pa tako i najosjetljiviji je mozak, u kojem već nakon 5-25 sekundi bez kisika nastaju difuzna oštećenja moždane kore (kortikalna smrt) i centara u moždanom deblu za disanje i druge moždane funkcije (smrt moždanog debla). Neko se vrijeme zadrže samo spinalni refleksi. Nakon smrti mozga, u različitim vremenskim intervalima odumiru i ostali organi i tkiva, odnosno dolazi do potpune biološke smrti.<sup>30</sup> Naglašavamo, smrt je samo jedna, ali je riječ o procesu u okviru kojega moramo utvrditi kada je trenutak koji smatramo “trenutkom smrti”.

---

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

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

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

Bitno je razlikovati faze smrti<sup>31</sup>:

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

Pravilnik o načinu pregleda umrlih osoba te o utvrđivanju vremena i uzroka smrti<sup>33</sup> ne daje odgovor na pitanje kako se utvrđuje smrt u hrvatskom pravu.<sup>34</sup> Odgovor nalazimo u Pravilniku o načinu, postupku i medicinskim kriterijima za utvrđivanje smrti osobe čiji se dijelovi tijela mogu uzimati radi presađivanja,<sup>35</sup> koji u čl. 2. određuje da će se smatrati da je nastupila smrt ako je kod te osobe nastao potpuni i konačni prestanak moždane cirkulacije (smrt mozga). Prema čl. 3. smrt mozga podrazumijeva ireverzibilni prekid funkcije velikoga i malog mozga te moždanoga debla. Dijagnoza se postavlja temeljem kliničkog pregleda, a potvrđuje se jednim od parakliničkih potvrdnih testova. Ono što je problem za krioniku i neuroprezervaciju jest čl. 11. Pravilnika, prema kojem, nakon utvrđivanja smrti mozga liječnik mora zaustaviti sve daljnje terapijske postupke. Iznimno, pod uvjetima propisanim zakonom, dopušteno je nastaviti medicinske postupke samo u slučaju kad je umrla osoba davatelj organa i tkiva za presađivanje.

---

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

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

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

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

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

Prve preciznije kriterije za pojam smrti mozga odredio je Odbor Medicinskog fakulteta harvardskog sveučilišta<sup>36</sup> pod predsjedanjem prof. Beechera<sup>37</sup> i to su: nedostatak opažanja i reagiranja, nedostatak tjelesnih pokreta i disanja, nedostatak refleksa, ravna linija na elektrocefalografu, ponavljanje testa u roku od 24 sata, koji pokazuje nepromijenjeno stanje.<sup>38</sup>

Potrebno je razlikovati komu, stanje vegetiranja i smrt. Koma podrazumijeva patološko stanje za koje je karakterističan gubitak svijesti, spontane pokretljivosti i osjećaja. Pacijent može pasti u komu zbog različitih razloga, najčešće zbog trovanja, poremećaja metabolizma, tumora, trauma ili ozljeda mozga. Reverzibilna koma može trajati od nekoliko dana do nekoliko tjedana; što je kraće trajanje kome, manja su eventualna oštećenja mozga pacijenta. Stanje vegetiranja može nastati iz kome, a karakterizira ga buđenje iz kome ali bez povratka u svjesno stanje. Niti u jednom od dva slučaja, komi ili stanju vegetiranja, ne može se izvršiti eksplantacija organa ili tkiva.<sup>39</sup> Trajno vegetativno stanje (tzv. socijalna smrt) je stanje s trajnim oštećenjem mozga, pri čemu ozlijeđena osoba ostaje u nesvjesnom stanju, ali ima aktivan EEG i neke reflekse.<sup>40</sup> Utvrđivanje smrti je postupak kojim liječnici utvrđuju trenutak nastupanja smrti. Trenutak nastupanja smrti se utvrđuje pomoću točno određenih postupaka utvrđivanja smrti, točno određenim redosljedom. O tome ćemo detaljnije kasnije u radu. Trenutak nastupanja smrti – smrt je proces koji započinje kliničkom, a završava biološkom smrću – dakle, završava kada umre i posljednja stanica u čovjekovom tijelu.<sup>41</sup> Pitanje je koji koncept je prihvaćen, dakle koji se trenutak smatra smrću čovjeka, u smislu konačnog kraja kada se prestaje sa svim postupcima oživljavanja i osobu proglašava mrtvom, nakon čega se mogu početi provoditi postupci poput eksplantacije organa, krionizacije, neuroprezervacije i sl. Napretkom medicine, u većini zemalja je prihvaćen model moždane (cerebralne) smrti kao trenutak smrti, jer se postupci poput krioniziranja i transplantiranja ne mogu provoditi ako je

---

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

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

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

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

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

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

prihvaćen model biološke smrti kao trenutka smrti. Međutim, sve medicinske škole nemaju jednaki koncept moždane smrti. Dva su glavna koncepta:

1. Smrt moždanog debla;
2. Smrt cijelog mozga.<sup>42</sup>

1. Smrt moždanog debla

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

2. Smrt cijelog mozga

Ovaj koncept je prihvaćen<sup>44</sup> u Republici Hrvatskoj i u Republici Sloveniji. Riječ je o ireverzibilnom prekidu funkcija velikog, malog mozga i moždanog debla. Dijagnoza se postavlja temeljem kliničkog pregleda, a potvrđuje se jednim od parakliničkih potvrdnih testova.<sup>45</sup>

Četiri su koraka u dijagnosticiranju moždane smrti<sup>46</sup>:

1. Ispuniti preduvjete za postavljanje dijagnoze moždane smrti (to su: da je pacijent u apneičnoj komi<sup>47</sup> i da je poznat točan uzrok koji je doveo do oštećenja mozga te da je sigurno da je oštećenje ireverzibilno i da je to dokumentirano CT nalazom);
2. Isključiti reverzibilne uzroke koji mogu oponašati moždanu smrt (to su hipotermija ispod 35 stupnjeva C, hipotenzija sa sistoličkim tlakom ispod 80 mmHg, metabolički i endokrini poremećaji<sup>48</sup> i intoksikacija lijekovima i alkoholom);

---

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

<sup>43</sup> Ibid, str. 88.

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

<sup>45</sup> Čl. 3. Pravilnik o utvrđivanju smrti.

<sup>46</sup> Vidjeti tako u: Nikola Žgrablić, I. Tečaj za transplantacijske koordinateure, op. cit., str. 88.- 92.

<sup>47</sup> To znači da nema spontanih pokreta disanja.

<sup>48</sup> Kao što su hepatična encefalopatija, hiperosmolarna koma, preterminalna uremija, miastenia gravis.

3. Nakon što su se prva dva koraka (uvjeta) zadovoljila, treba činiti klinički pregled kojim se potvrđuje smrt moždanog debla i perzistirajuća apnea (pregledava se stanje zjenica, kornealni refleksi i izostanak spontanog treptanja, podražaj trigeminusa<sup>49</sup>, okulocefalni refleksi<sup>50</sup>, okulovestibularni refleksi<sup>51</sup>, faringealni i trahealni refleksi<sup>52</sup>, atonija muskulature, atropinski test<sup>53</sup>, apnea test<sup>54</sup>).

Smrt mozga utvrđuje se s dva uzastopna klinička pregleda. Između prvoga i drugoga pregleda kojim se utvrđuje potpuni prestanak moždanih funkcija mora proći propisani najkraći vremenski razmak od tri sata za odrasle osobe i djecu iznad 12 godina, to jest 12 sati kod djece između 2 i 12 godina starosti te 24 sata kod djece stare između 2 mjeseca i 2 godine<sup>55</sup>.

4. Za utvrđivanje smrti mozga obvezno je nakon kliničkog pregleda izvršiti i jedan od sljedećih parakliničkih potvrdnih testova:
  1. selektivna panangiografija mozga;
  2. transkranijaska Doppler sonografija;
  3. perfuzijska radionuklearna scintigrafija;
  4. evocirani moždani potencijali;
  5. EEG<sup>56</sup>;
  6. CT multislice kontrastna panangiografija.<sup>57</sup>

---

<sup>49</sup> Rječ je o izostanku reakcije na bolno podražavanje.

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

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

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

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

<sup>54</sup> Ovaj test se izvodi posljednji i njime se dokazuje odsustvo respiracijskih pokreta za vrijeme odvojenosti od ventilatora kroz dovoljno dugo vrijeme, koje bi osiguralo dovoljno visok porast arterijskog CO<sub>2</sub>, a koji bi potaknuo neurone respiracijskog centra. Vidjeti o načinu na koji se ovaj test provodi u čl. 5., toč. 10. Pravilnika o utvrđivanju smrti.

<sup>55</sup> Čl. 6. Pravilnika o utvrđivanju smrti.

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

<sup>57</sup> Čl. 7. Pravilnika o utvrđivanju smrti.

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

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

- Eksplicitno zakonsko priznanje da je smrt mozga konačna, dakle označava smrt: Argentina, Australija, Belgija, Brazil, Češka Republika, Čile, Danska, Finska, Francuska, Grčka (zakon je objavljen u ožujku 1985. i u potpunosti oslikava zakon Ujedinjenog Kraljevstva pa se u njemu test elektroencefalografom ne zahtijeva.), Irska (objavljen je 1988. godine memorandum kojim je određeno da je temeljni element u smrti mozga smrt moždanog debla. Prema njemu: "Ako je funkcija moždanog debla nepovratno izgubljena, sve što se događa u mozgu, nevažno je i život se ne može vratiti"), Kanada, Kolumbija, Kuba, Mađarska, Nizozemska, Norveška, Peru, Poljska (u Poljskoj se traži da i srce stane prije nego se može početi s postupkom eksplantacije organa - dakle, srce tako nije moguće iskoristiti za transplantaciju), Portugal, Puerto Rico, SAD (gotovo sve države), Saudijska Arabija, Slovačka, Španjolska, Švedska, Urugvaj, Venezuela, Italija (Zakon u Italiji strogo određuje sve faze utvrđivanja smrti putem neuroloških kriterija koje obavlja ekspertni liječnički tim (anesteziolog, neurofiziopatolog, specijalist sudske medicine) kojega saziva zdravstvena uprava bolničkog centra, neovisno o eventualnom dopuštenju za eksplantaciju organa. Prema zakonu br. 578 od 29. prosinca 1993. smrt nastupa nepovratnim prestankom svih funkcija mozga. Ovo stanje može nastupiti zbog zastoja protoka krvi (elektrokardiogram pokazuje ravnu liniju ne kraće od 20 minuta) ili zbog teške ozljede koja je nepovratno oštetila mozak. U ovom posljednjem slučaju liječnici obavljaju pomne kliničke i instrumentalne provjere kako bi utvrdili istovremeno postojanje sljedećih uvjeta: stanje nesvijesti, odsutnost refleksa tijela, odsutnost spontanog disanja, električna tišina mozga<sup>59</sup>.)

---

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

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



- Medicinsko priznavanje smrti kao smrti mozga, ali bez zakonskog temelja: Austrija, Indija, Južna Koreja, Južna Afrika, Njemačka, Novi zeland, SAD (neke države), Švicarska, Tajland, Ujedinjeno Kraljevstvo (tu je smrt mozga od 1974. godine prihvaćena kao smrt, temeljem pravilnika kojega je 1976. godine usvojila Konferencija Kraljevskih medicinskih udruženja i njihovih tijela, a to je potvrđeno 1995. godine memorandumom Britanskih kraljevskih udruženja u kojemu se predlaže da se izraz „smrt mozga“ zamijeni izrazom „smrt moždanog debla“).

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

-Smrt mozga nije društveno prihvaćena kao smrt: Japan

## 3.2 Pitanja građanskopravnog statusa dekrioniziranja

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

Bi se u Hrvatskoj i Sloveniji mogla osnovati takva institucija koja se brine o krioniziranim tijelima i provodi postupak krionizacije, ili bi li se netko u Hrvatskoj ili Sloveniji mogao odlučiti za to da znanstvenici dođu iz jedne od američkih institucija koje se bave krionikom i (primjerice, radi se o osobi koja umire od neke smrtonosne bolesti i evidentno je da je smrt vrlo blizu, pa da liječnici dođu i budu uz njega u trenutku smrti, kada se postupak krionizacije najkasnije mora početi provoditi<sup>60</sup>, kako bi nastala što manja šteta na tkivima i organima) provedu pripremni dio postupka neuroprezervacije u Hrvatskoj ili Sloveniji, te poduzmu ovdje sve postupke koji su nužni prije transporta tijela u krionički institut u Americi ili Rusiji? Odgovor na to pitanje daje nam čl. 11. Pravilnika: *Nakon utvrđivanja smrti mozga liječnik mora zaustaviti sve daljnje terapijske postupke. Iznimno od odredbe stavka 1. ovoga članka, pod uvjetima propisanim zakonom dopušteno je nastaviti medicinske postupke u slučaju kad je umrla*

---

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

*osoba davatelj organa i tkiva za presađivanje.* Istu odredbu možemo naći i u slovenskom Pravilniku u čl. 13.

Dakle, prema ovome bi se dalo zaključiti da je krionički postupak u Republici Hrvatskoj i Republici Sloveniji<sup>61</sup> zabranjen. No, zar to nije kršenje prava čovjeka, jer ako on može odlučiti dati svoje organe nakon smrti (donirati ih), zašto ne bi mogao cijelo svoje tijelo dati zamrznuti (krionizirati) u nadi da će se jednog dana moći ponovno vratiti među žive. Naravno, polazeći do toga da je dopušteno sve što nije zabranjeno, postavlja se i pitanje je li nešto tako značajno smije biti predmetom podzakonskog akta – vjerujemo da ne.

### 3.2.2 Kakav je pravni status osobe koja je krionizirana?

Danas, kada su krionika i neuroprezervacija postale stvarnost (jer se u svijetu provode), bitno je imati striktnu (po mogućnosti specijalnu - baš za potrebe krionike i neuroprezervacije) pravnu regulaciju kada smrt nastupa i, ako nisu zabranjene, pod kojim uvjetima se krionika i neuroprezervacija smiju provoditi. Prema definiciji smrti kakva je prihvaćena u našem pravu, u kojem je smrt ireverzibilni prekid funkcija velikog, malog mozga i moždanog debla<sup>62</sup>, kao vrijeme smrti osobe uzima se vrijeme utvrđivanja smrti mozga, odnosno potpisivanja obrasca „Zapisnik o utvrđivanju smrti“, kojeg potpisuju liječnici specijalisti koji su izvodili klinički pregled te liječnik specijalist koji je izvršio parakliničke potvrdne testove kojima je utvrđena smrt mozga.<sup>63</sup> Prema tome, kada liječnici potpišu „Zapisnik o utvrđivanju smrti“, osoba se pravno smatra mrtvom i bilo kakav krionički ili slični postupak ne može dovesti do toga da se tu osobu (više) ne bi smatralo mrtvom. Ta osoba bi (*de lege lata*) bila pravno mrtva i nastale bi sve pravne posljedice koje se vežu uz činjenicu smrti.

U osnovi postoje dvije različite moguće situacije. Prva je ona u kojoj dođe do smrti (koju se ničim ne potiče, ona dođe po prirodnom slijedu stvari) i tek nakon toga se umrla osoba krionizira ili neuroprezervira (to naravno podrazumijeva prethodnu pripremu i stvaranje uvjeta za žurnu reakciju). Druga je ona u kojoj bi „pacijent“ mogao i dalje živjeti, ali se odluči na krioniziranje ili neuroprezerviranje ne čekajući

---

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

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

<sup>63</sup> Čl. 10. Pravilnika.

svoju prirodnu smrt (najčešće će to biti u zadnjem stadiju bolesti) i možda čak i nasljednici takav postupak podržavaju. Kada bismo povukli paralelu s eutanazijom (koja je u Hrvatskoj i u Sloveniji nedopuštena) to bi (krionika prije smrti<sup>64</sup>) bilo počinjenje kaznenog djela, ali i to je dvojbeno jer još nemamo odgovor na osnovno pitanje: **znači li krionizacija žive osobe smrt ili ne**. Ako krenemo od stava krioničara, riječ je o produljenju života pomoću hibernacije (oni i ne koriste naziv smrt), kako bi se osoba mogla izliječiti kada znanost dosegne potreban stupanj razvoja. S druge strane, po definiciji smrti nema razlike između onoga tko je krioniziran nakon smrti i onoga prije smrti, što znači da je dosta logično zaključiti da, ako netko nije umro prije krioniziranja, sigurno nije nadživio postupak krioniziranja (druga je stvar pitanje „odmrzavanja“ koje je za sada teorijska kategorija) i također bi moralo doći do potpisivanja navedenog Zapisnika o utvrđivanju smrti.

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

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

Dakle, tada imamo umrlu osobu koja ponovno stupa u pravne odnose i koja ima ponovno određena prava i obveze. Nužno bi bilo da ta osoba opet postoji. Ono što smatramo dobrim rješenjem je da se dopusti podvrgavanje krioničkim postupcima

---

<sup>64</sup>Vidjeti slučaj opisan u: Charles Platt, *The Cryopreservation of Jim Glennie*, na <http://www.alcor.org/Library/html/glennie.html>, u kojem se vrlo detaljno opisuje kraj života osobe koja je podvrgnuta krioniziranju, kao i cijeli postupak. (20.12.2018., 21:50h). Ono što ovdje želimo naglasiti je da je bolnica (u Coloradu), nakon upute o neoživljavanju (supruga je iznijela da je to njegova želja, ali su i iz Alcora objasnili liječnicima bolnice da se samo tako može uspješno provesti cijeli postupak), izgasila i aparate kojim se prati rad srca i disanje pacijenta (jer je bolnička logika „sve ili ništa“ – odluči li se za neoživljavanje u slučaju potrebe, skinu ga s aparata) i krionički proces je počeo kada je pacijent počeo jako teško disati, hroptati i kada je liječnik rekao da će to biti kraj, da ulazi u agonalnu fazu. Krioničari „kao normalno“ opisuju daje postupak odmah započet, kako ne bi došlo do oštećenja mozga zbog slabe opskrbe kisikom. Mi ovdje pitamo: je li to bila riječ o živoj osobi, za koju se liječnici potvrdili da je kraj neizbježan i blizu, ali bi li bio taj dan? Pacijent je bio u agonalnoj fazi (agon=borba) koja je okarakterizirana gubitkom svijesti i refleksa i nastankom poremećaja u radu vitalnih organa. Rad srca je usporen, srčani tonovi tiši, puls se ne pipa, a arterijski pritisak je izrazito smanjen. Disanje je neujednačeno, površno i s povremenim prekidima ili periodično (zbog promjena na respiratornom centru). Ako agonalna faza traje nekoliko sati ili dana zbog smanjenog intenziteta metaboličkih procesa, dolazi do hipotermije. Dakle, to nije čak ni klinička smrt – stanje bez manifestnih znakova života, a čak iz kliničke smrti postoji mogućnost da se čovjek reanimacijom vrati u život (a to je stepenica prije moždane smrti).

samo u slučajevima kada je moguće proglasiti smrt, odnosno nakon što se potpiše Zapisnik o utvrđivanju smrti. Nakon toga bi se krimoniziranu osobu moralo smatrati mrtvom. Ukoliko do „povratka među žive dođe“, pravno bi ta osoba bila u statusu osobe nestale i proglašene za umrlu, koja se naknadno pojavila. Druga mogućnost je da se smatra „novorođenom“. Sva njena prava i obveze iz prijašnjeg života ne bi postojali, pa ta osoba ne bi mogla sebi ostaviti imovinu (jer je postupak nasljeđivanja proveden), brak ne bi postojao jer je bračni drug mogao sklopiti novi brak itd.

Pitanje koje nam se tu nameće je: zar netko nema pravo (u nadi da će lijek biti pronađen i da će ponovno živjeti, a svakako se tome nada i vjeruje u to, kada se podvrgla tom postupku) osigurati sebi imovinu za taj dio života, je li nužno i pravedno da onda počinje iz početka, a možda je bio vrlo bogat prije? Zar ne bi trebao imati pravo imati npr. račun u banci sa svotom novca koji mu neće biti ugašen sve dok ga ne „odmrznu“, pa makar tako i desetljećima novac stajao u banci (trebalo bi ga biti dovoljno da pokriva trošak vođenja računa ili sl.). Smatramo da treba o tome razmisliti i naći rješenje ako uspije postupak dekrionizacije.

#### 4 Zaključak

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

Već i sama mogućnost toga ukazuje na potrebu žurne reakcije zakonodavca da se odredi u odnosu na ovu mogućnost. Međutim, ako zakonodavac ostane pasivan, a situacija se ipak dogodi, sudovi ne mogu odbiti postupanje i morali bi se odrediti u odnosu na mnoga pitanja, od kojih smo naveli samo ona glavna. Dakle, bi li se otvorilo nečije nasljedstvo zato što se podvrgao krimoniziranju, bi li oni koji su sudjelovali bili izloženi kaznenim ili drugim sankcijama, što bi bilo s imovinom krimonizirane osobe (posebno što ako se na istoj zasnuje neka vrsta založnog prava u korist troškova krimoniziranja), što je sa statusom nasljednika koji traže nasljedstvo i negiraju prava krimonizirane osobe (je li moguća ikakva analogija s onim tko ne poštuje

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

<sup>66</sup> Ibid.

posljednju volju ostavitelja, a to je jedan od razloga nedostojnosti), što je sa zastupanjem kronizirane osobe u raznim postupcima ako nije mrtva) itd. Niz je otvorenih pitanja na koja je potrebno dati odgovore zbog pravne sigurnosti i vladavine prava.

## **Literatura**

### **Knjige, članci:**

- Harold A. Buetow, Medical-Legal Aspects of Cryonics: Prospects for Immortality Ethical - Legal and Social Challenges to a Brave New World Genetics - Ethics and the Law, *Journal of Contemporary Health Law & Policy*, 2(1), 1986.
- Rebekah Cron, *Is Cryonics an Ethical Means of Life Extension?*, University of Exeter, 2014.
- Erwin Deutsch, *Arztrecht und Arzneimittelrecht*, 2. Auflage, Berlin, 1991.
- Miodrag Janjić, *Pravni problemi u vezi sa presađivanjem tkiva i organa*, Institut za uporedno pravo, Beograd, 1972.
- Petar Klarić, Martin Vedriš, *Građansko pravo*, Narodne novine, Zagreb, 2006.
- Cheryl Knight, *A science without deadline*, *Engineering & Technology*, Vol. 3, Issue 19, 2008.
- Ljiljana Krulj, *Trenutak čovjekove smrti kao pravni pojam*, u: V.Klajn- Tatić, N. Djurdjević, Lj. Krulj, H. Mujović-Zornić, J. Radišić, M. Mijačić, O. Popopović, *Medicinsko pravo i medicinska etika*, Beograd, 1994.
- John LaBouff, *He Wants To Do What?*, *Cryonics: Issues in Questionable Medicine and Self-Determination*. 8 Santa Clara High Tech. L. J., 1992.
- Adolf Laufs, Wilhelm Uhlenbruck, *Handbuch des Arztrechts*, München, 1992.
- Leipziger Kommentar zum StGb*, Band 4, 10. Auflage, 1988.
- C. Pallis, D. H. Harley, *Osnove smrti moždanog debila - Dijagnoza smrti moždanog debila*, *Medicinska naklada*, Zagreb, 2002.
- Adam. A. Perlin, *To die in order to live: the need for legislation governing post-mortem cryonic suspension*. *Southwestern University Law Review* vol. 36, 2007.
- Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. A Definition of Irreversible Coma*, 205 *Journal of American Med. Association*, 1968.
- George P. Smith, *Intimations of Immortality: Clones, Cryons and the Law*. 6 *U. New S. Wales L. J.*, 1983.
- Daniel R. Spector, *Legal implications of cryonics*, *Cleveland State University*, 18 *Clev.-Marshall L. Rev.*, 1969.
- Nikola Žgrablić, *I. Tečaj za transplantacijske koordinatora, Dijagnostika moždane smrti*, *Ministarstvo zdravstva RH i Hrvatska donorska mreža*, Pula, studeni 2003.

### **Propisi**

- Pravilnik o načinu pregleda umrlih osoba te o utvrđivanju vremena i uzroka smrti, NN 46/11 6/13, 63/14.
- Pravilnik o načinu, postupku i medicinskim kriterijima za utvrđivanje smrti osobe čiji se dijelovi tijela mogu uzimati radi presađivanja, NN 3/06.

Pravilnik o medicinskih merilih, načinu in postopku ugotavljanja možganske smrti ter sestavi komisije za ugotavljanje možganske smrti, UL RS 70/01, 56/15.

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

### Internetni izvori

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

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

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

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

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

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

Ognjen Ožegić, Vrijeme za hlađenje, Medicinar 45, na: [medicinar.mef.hr/pdf/krionika.pdf](http://medicinar.mef.hr/pdf/krionika.pdf)

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

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

Zaledila spermu supruga i rodila nakon njegove smrti, na: [http://www.24sata.hr/index.php?cmd=show\\_clanak&action](http://www.24sata.hr/index.php?cmd=show_clanak&action)

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

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

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

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

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

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

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

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

Charles Platt, The Cryopreservation of Jim Glennie, na

<http://www.alcor.org/Library/html/glennie.html>

# KUĆNI RED STACIONARNIH ZDRAVSTVENIH USTANOVA – PRAVA I OBVEZE PACIJENATA

JOZO ČIZMIĆ

Sveučilište u Splitu, Pravni fakultet, Split, Hrvatska, e-mail: jcizmic@pravst.hr

**Sažetak** Propisi o kućnom redu stacionarnih zdravstvenih ustanova su autonomni propisi tih ustanova prilagođeni razini i obliku zdravstvene djelatnosti, statusu, specijalizaciji tih zdravstvenih ustanova, ljudskim, materijalnim i prostornim resursima tih ustanova, organizaciji rada i radnog vremena i dr. Po svom karakteru i sadržaju mogu se svrstati i u tzv. provedbene propise. Posebnost pravilnika o kućnom redu stacionarnih zdravstvenih ustanova u odnosu na zakonske propise kojima se uređuju prava pacijenata je u tome što se njima propisuju razne sigurnosne mjere i mjere zaštite osoba i imovine, u pravilu u vidu zabrana, naloga i ishođenja dozvola. Značajno je napomenuti da Zakon o zaštiti prava pacijenata ne sadrži izrijeком odredbe o obvezama i odgovornostima pacijenata, a pravilnici o kućnom redu niza stacionarnih zdravstvenih ustanova sadrže odredbe o obvezama i odgovornostima bolesnika. Štoviše, propisuju i sankcije za nepridržavanje tih odredbi.

## Ključne riječi:

kućni red,  
stacionarne  
zdravstvene  
ustanove,  
prava i obveze  
pacijenata.

## Prvi put objavljeno u:

Čizmić, Jozo. Kućni red stacionarnih zdravstvenih ustanova – prava i obveze pacijenata, / *Zbornik radova međunarodnog 1. kongresa Kokoza i 3. hrvatskog kongresa medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem* Rabac, Hrvatska, 2019. (predavanje, recenziran, cjeloviti rad (in extenso), ostalo)



DOI <https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7.5>  
ISBN 978-961-286-335-7

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

JOZO ČIZMIĆ

Univetrsty of Split, Faculty of Law, Split, Croatia, e-mail: jczmic@pravst.hr

**Abstract** The regulations on the home office of stationary health institutions are the autonomous regulations of these institutions, adapted to the level and form of healthcare, the status, the specialization of these health facilities, human, material and spatial resources of these institutions, the organization of work and working hours, etc. By its character and content be included in the so-called implementing regulations. The specificity of the rulebook on the home office of stationary healthcare institutions in relation to the legal regulations governing the rights of patients is that they prescribe various security measures and measures for the protection of persons and property, as a rule in the form of prohibition, ordering and obtaining a permit. It is important to note that the Act on the Protection of Patients' Rights does not contain explicit provisions on the obligations and responsibilities of patients, and the rules on home-care of a number of stationary health institutions contain provisions on the obligations and responsibilities of the patients. Moreover, sanctions for non-compliance with these provisions are prescribed.

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

## First published in:

Čizmić, Jozo. Kućni red stacionarnih zdravstvenih ustanova – prava i obveze pacijenata, / *Zbornik radova međunarodnog 1. kongresa Kokoza i 3. hrvatskog kongresa medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem* Rabac, Hrvatska, 2019. (predavanje, recenziran, cjeloviti rad (in extenso), ostalo)

<https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7> DOI  
978-961-286-335-7 ISBN





## 1 Uvod

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

Odredbom čl. 27. st. 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, broj 100/18, od 1. 1. 2019., dalje - **ZZZ**) propisano je da pri korištenju svojih prava na zdravstvenu zaštitu svaka osoba obvezna je pridržavati se kućnog reda zdravstvene ustanove, trgovačkog društva koje obavlja zdravstvenu djelatnost odnosno privatnoga zdravstvenog radnika. Isto je bilo propisano i odredbom čl. 24. st. 3. prethodno važećeg Zakona o zdravstvenoj zaštiti (pročišćeni tekst zakona, NN 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 22/14, 154/14, 70/16, 131/17, na snazi od 01.01.2015.). I odredbom čl. 29. Zakona o zdravstvenoj zaštiti iz 1997. godine („Narodne novine“, broj 1/97.) bilo je također propisano da su se pri korištenju svojih prava na zdravstvenu zaštitu građani dužni pridržavati kućnoga reda zdravstvene ustanove, ali je bilo propisano i da kućni red mora biti postavljen na vidnome mjestu zdravstvene ustanove (stavak 2.). Štoviše, odredbom čl. 182. bilo je predviđeno da zdravstveni inspektor može novčanom kaznom u iznosu od 300 kuna kazniti za prekršaj ravnatelja zdravstvene ustanove ako kućni red ne postavi na vidnome mjestu zdravstvene ustanove. Iako **ZZZ** sada ne propisuje izrijekom dužnost postavljanja kućnog reda na vidnome mjestu zdravstvene ustanove držimo da u duhu odredbe čl. 27. st. 3. **ZZZ**-a takva dužnost i dalje postoji.<sup>1</sup>

2/ Bolesnik je dužan poštivati kućni red stacionarne zdravstvene ustanove reguliran općim aktima zdravstvene ustanove o uvjetima boravka i ponašanja u njoj. Uputstvom ili pravilnikom o kućnom redu uređuju se prava i obveze bolesnika za vrijeme stacionarnog liječenja u bolnici. Kućni red mora biti postavljen na vidno mjesto (bolesničke sobe, hodnici, prostorije za dnevni boravak), može biti objavljen

---

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

i na web stranici bolnice, a može se dati i bolesniku u pisanoj formi u obliku brošure ili letka prilikom prijema u bolnicu.<sup>2</sup>

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

Stacionarna zdravstvena ustanova mora unaprijed obavijestiti, na bilo koji način, svakog bolesnika ili njegovog zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika o pravima i obvezama bolesnika prilikom pružanja zdravstvene zaštite u toj ustanovi. Pisani popis ovih prava i obveza bolesnika mora biti pravovremeno dostavljen ili dostupan bolesniku i/ili njegovoj obitelji i zakonskim zastupnicima.<sup>4</sup>

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

---

<sup>2</sup> Vidi BODNARUK, S. – ČIZMIĆ, J. – HRABAČ, B. – HUSEINAGIĆ, S., *Komentari zdravstvenih zakona, knjiga 1.*, „Privredna štampa”, Sarajevo, 2011., str. 425.-426.

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

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

## 2 Prijam u stacionarnu zdravstvenu ustanovu<sup>5</sup>

### a/ Postupak prijama

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

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

Prijem na bolničko liječenje obavlja se u pravilu radnim danom, za redovnog radnog vremena, a u hitnim slučajevima kontinuirano kroz objedinjeni hitni bolnički prijem i hitne ambulante. Stacionarne jedinice primaju pacijente na bolničko liječenje u pravilu na osnovu uputnice za bolničko liječenje što ju izdaje nadležni liječnik obiteljske medicine. O prijemu na bolničko liječenje odlučuje predstojnik jedinice djelatnosti, odnosno dežurni liječnik koji donosi odluku o indiciranosti i nužnosti bolničkog liječenja. Predstojnik jedinice djelatnosti može za odlučivanje o prijemu na bolničko liječenje ovlastiti i voditelje odjela i odsjeka, a ovlaštenje mora biti dano u pisanom obliku. Upis će se obaviti istog dana kada je pacijent primljen na liječenje, ali u svakom slučaju najkasnije slijedećeg dana. Svaki prijam na bolničko liječenje mora se evidentirati na način utvrđen posebnim propisima i općim aktima zdravstvene ustanove.

---

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

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

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

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

Pri prijemu bolesnik ili njegova pratnja dužni su predočiti iskaznicu zdravstveno osigurane osobe ili bolesnički list, odnosno svaki drugi osobni dokument potreban za utvrđivanje nositelja osiguranja. Tako je dolaskom na bolničko liječenje pacijent dužan sa sobom ponijeti sve potrebne dokumente: - uputnicu, osim u slučaju hitnog prijama, - iskaznicu zdravstvenog osiguranja (obveznog, dopunskog, dobrovoljnog), - raspoloživu medicinsku dokumentaciju o prethodnom liječenju, - osobnu iskaznicu ili drugu identifikacijsku ispravu sa slikom, - pacijenti koji dolaze na zakazane operativne zahvate sa sobom donose sve laboratorijske i ostale nalaze koji su traženi u predoperativnoj obradi, - predmete za osobnu higijenu, pidžamu, papuče, a po dozvoli liječnika i drugo. U hitnim slučajevima bolesnici se primaju i bez propisane dokumentacije, ali su je dužni u najkraćem roku predočiti.

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

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

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

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

## **b/ Upoznavanje s pravima i kućnim redom**

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

### **c/ Smještaj bolesnika (krevet, soba, pidžama)**

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

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

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

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

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

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

#### **d/ Održavanje higijene**

Pravilnicima o kućnom redu stacionarnih zdravstvenih ustanova podrobno se uređuje postupak održavanja higijene bolesnika kod prijema u stacionarnu zdravstvenu ustanovu, kao i samih prostorija stacionarne zdravstvene ustanove u pravilu na sljedeći način.

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

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

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

#### **e/ Dnevni raspored aktivnosti**

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

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

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

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

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

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



## **f/ Boravak u prostorijama**

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

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

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

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

## **3 Prava bolesnika**

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

## a/ Pravo na obaviještenost

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

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

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

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

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

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

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

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

<sup>11</sup> Vidi BOŠKOVIĆ, Z., *Prava pacijenata na primjerenu obaviještenost i odlučivanje*, «Informator», br. 5343, od 21. svibnja 2005., str. 17.

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

<sup>13</sup> *Ibid.*, str. 1.

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

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

Prema odredbama ZOPP-a, pacijent ima pravo na potpunu obaviještenost o: svome zdravstvenom stanju, uključujući medicinsku procjenu rezultata i ishoda određenoga dijagnostičkog ili terapijskog postupka; preporučenim pregledima i zahvatima te planiranim datumima za njihovo obavljanje; mogućim prednostima i rizicima obavljanja ili neobavljanja preporučenih pregleda i zahvata; svome pravu na odlučivanje o preporučenim pregledima ili zahvatima; mogućim zamjenama za preporučene postupke; tijeku postupaka prilikom pružanja zdravstvene zaštite; daljnjem tijeku pružanja zdravstvene zaštite; preporučenom načinu života; pravima iz zdravstvenoga osiguranja i postupcima za ostvarivanje tih prava.

Pacijent ima pravo dobiti obavijesti na način koji mu je razumljiv s obzirom na dob, obrazovanje i mentalne sposobnosti. Pacijenti s invaliditetom imaju pravo dobiti obavijesti u njima pristupačnom obliku (ZOPP, čl. 8.). Ove obavijesti na usmeni

---

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

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

<sup>16</sup> Vidi RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo*, Beograd, 2004., str. 80.

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

<sup>18</sup> Tako RADIŠIĆ, J., *Profesionalna odgovornost medicinskih poslenika*, Beograd, 1986., str. 196.

zahtjev pacijenta dužan je dati zdravstveni radnik visoke stručne spreme koji pacijentu izravno pruža određeni oblik zdravstvene usluge (ZOPP, čl. 9.).

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

Tijekom pružanja zdravstvene zaštite, nakon svakog pregleda i zahvata, pacijent ima pravo na obaviještenost o uspjehu, odnosno, neuspjehu i rezultatu pregleda ili zahvata kao i o razlozima za eventualnu različitost tih rezultata od očekivanih (ZOPP, čl. 11.), a ima pravo biti upoznat i s imenima te specijalizacijom osoba koje mu izravno pružaju zdravstvenu zaštitu (ZOPP, čl. 12.).

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

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

U kućnom redu stacionarnih zdravstvenih ustanova uopće se ne spominje pravo pacijenta na drugo stručno mišljenje, vjerojatno zbog toga da se ne ponavljaju odredbe ZOPP-a kojima je to pravo pacijenata uređeno, iako bi se pravilima o kućnom redu mogao detaljnije urediti način i postupak kao bolesnik može ostvariti svoje zakonsko pravo. Pravo na drugo stručno mišljenje omogućuje pacijentu da, kad nije zadovoljan dobivenim informacijama i preporučenim liječenjem od strane jednog liječnika, zatraži mišljenje drugog liječnika specijalista koji do tada nije sudjelovao u njegovom liječenju.<sup>20</sup> Drugo stručno mišljenje pacijentu je, na usmeni

<sup>19</sup> Usp. BOŠKOVIĆ, Z., *Medicina i pravo*, Rijeka, 2007., str. 157.

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

ili pisani zahtjev, obvezan dati svaki zdravstveni radnik visoke stručne spreme i odgovarajuće specijalizacije koji nije sudjelovao u izravnom pružanju određenog oblika zdravstvene usluge pacijentu.<sup>21</sup> Liječnici su dužni poštovati pacijentovo pravo na drugo mišljenje, što znači da ne bi smjeli sprječavati pacijenta da se u pogledu «iste stvari» (bolesti) obrati i zatraži mišljenje i nekog drugog liječnika. Štoviše, liječnik bi pacijentu trebao pomoći, odnosno olakšati mu konzultaciju s drugim liječnikom.<sup>22</sup>

## **b/ Pisani pristanak**

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

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

---

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

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

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

### **c/ Informacije o zdravstvenom stanju**

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

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

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

---

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

<sup>24</sup> Tako GIESEN, D., *Arzt haftungsrechts*, Tübingen, 1995., str. 258.; FLIS, V. – GORIŠEK, J., *Privolitev v zdravnikovo ukrepanje*, rad u zborniku radova «Medicina in pravo – sodobne dileme», Maribor, 2006., str. 91.

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

## **d/ Posjete**

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

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

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

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

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

### e/ Prehrana

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

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

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

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

---

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

<sup>27</sup> Treba imati na umu da je medicinska dijeta pomoćna metoda liječenja i da nepridržavanje medicinskoj dijeti, osim u iznimnim slučajevima, ne može ugroziti život pacijenta. Ishrana suglasno svjetonazoru ne definira obveznu hranu,



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

### **f/ Lijekovi**

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

Nije dozvoljeno donošenje lijekova bolesnicima.

### **g/ Održavanje osobne higijene**

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

### **h/ Razonoda**

U svrhu rasonode i rekreacije, te u terapijske svrhe, na odjelima bolesnici mogu koristiti TV prijemnike, radio i društvene igre. Na bolničkom odjelu može se, prema raspoloživim mogućnostima i uvjetima, bolesnicima omogućiti razonoda čitanjem novina, knjiga, praćenjem TV-programa i drugim prikladnim sredstvima. U nekim zdravstvenim ustanovama je, prema njihovoj djelatnosti i mogućnostima te u skladu

---

nego hranu koja se ne konzumira. Vidi BODNARUK, S. – ČIZMIĆ, J. – HRABAČ, B. – HUSEINAGIĆ, S., *Komentari zdravstvenih zakona, knjiga 1.*, „Privredna štampa”, Sarajevo, 2011., str. 419.

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

s terapeutskim potrebama, predviđeno organizirati rekreaciju pacijenata, priredbe, kino predstave i dvoranske sportove.

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

### **i/ TV, radio, mobitel**

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

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

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

### **j/ Bankomat i kiosci**

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

### **k/ Dostavljanje pošiljki**

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

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

## **l/ Vjerska uvjerenja**

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

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

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

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

## **m/ Umrli bolesnik**

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

---

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

smrti bolesnika upućuje nadležni liječnik na bolničkom odjelu na kojem se umrla osoba liječila.<sup>30</sup>

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

---

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

## n/ Zaštita tajnosti podataka

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

## o/ Pristup medicinskoj dokumentaciji

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

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

Medicinska dokumentacija jest dokument o tijeku pacijentove bolesti i liječenja, odnosno o zdravstvenom stanju pacijenta, načinu rada na mjestu pružanja zdravstvene zaštite, te uputa danih u svrhu ostvarivanja pacijentovih prava na zdravstvenu zaštitu, koji je nastao u zdravstvenoj ustanovi i koji je potpisan od ovlaštenog zdravstvenog radnika (najčešće liječnika).<sup>31</sup> Medicinska dokumentacija ima višestruku svrhu. U prvom redu, zadatak joj je omogućiti pravilno liječenje pacijenta i znanstveno istraživanje, pa mora biti tako vođena da može u svakom trenutku drugim liječnicima i pacijentu dati točne podatke o poduzetim dijagnostičkim i terapijskim mjerama, a ti su podaci značajni i onima koji u konačnici snose troškove liječenja.<sup>32</sup> Cilj medicinske dokumentacije je, dakle, praćenje i utvrđivanje tijeka bolesti u postupku liječenja bolesnika, koje provode određeni zdravstveni djelatnici i zdravstvene ustanove odgovorni za liječenje konkretnog pacijenta.<sup>33</sup> Na temelju medicinske dokumentacije pišu se dnevna i periodična izvješća za potrebe evidencija, a izdaju se i financijski dokumenti za plaćanje zdravstvenih usluga.<sup>34</sup> Medicinska dokumentacija (bilješke i prilozi) liječniku služi da

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

<sup>32</sup> Tako RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo*, Beograd, 2004., str. 144.-145.

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

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

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

## p/ Povjerljivost

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

pb) Pacijent ima pravo na povjerljivost podataka koji se odnose na stanje njegova zdravlja sukladno propisima o čuvanju profesionalne tajne i zaštiti osobnih podataka. Pacijent ima pravo dati usmenu ili pisanu izjavu o osobama koje mogu biti obaviještene o njegovu prijemu u stacionarnu zdravstvenu ustanovu kao i o njegovom zdravstvenom stanju, a može i imenovati osobe kojima zabranjuje davanje tih podataka (ZOPP, čl. 25.).

---

<sup>35</sup> *Ibid.*, str. 355.-372.

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

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

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

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

<sup>40</sup> Podrobnije o tome kod TRIVA, S. – DIKA, M., *Gradansko parnično procesno pravo*, Zagreb, 2004., str. 512.-515.

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

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

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

<sup>41</sup> Vidi ŠEGOTA, I., *Privatnost kao bioetički pojam*, Rijeka, 1999., str. 6.

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

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

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

<sup>45</sup> Tako TRIVA, S. – DIKA, M., *Gradansko parnično procesno pravo*, Zagreb, 2004., str. 520.

<sup>46</sup> Vidi BOŠKOVIĆ, Z., *Zakon o liječništvu – reforma zdravstvenog zakonodavstva Republike Hrvatske*, „Hrvatska pravna revija“, god. III., 2003., br. 9, str. 79.

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

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

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

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

### **r/ Privatnost (pri pregledu i njezi)**

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

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

---

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

<sup>50</sup> Usp. BABIĆ, T. – ROKSANDIĆ, S., *Osnove zdravstvenog prava*, Zagreb, 2006., str. 162.

<sup>51</sup> Tako JOVANOVIĆ, I.J., *Lekarska tajna – krivičnopravna razmatranja*, Beograd, 1959., str. 16.



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

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

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

---

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

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

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

Liječnik treba pokazati razumijevanje i za zabrinutost bolesnikovih bližnjih, ispravno ih obaviještavati o bolesniku te s njima surađivati na korist bolesnika. Neuljudno, drsko i slično komuniciranje liječnika s bolesnikom, ali i s njegovim bližnjima, povreda su medicinske etike, ali su i povreda prava osobnosti na duševno zdravlje (mir) i dostojanstvo.<sup>55</sup>

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

### **s/ Prigovor pacijenta i pohvale**

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

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

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

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

Pravo na prigovor je jedno od bitnih pacijentovih prava jer omogućava pacijentu da dobije kompenzaciju kad pretrpi oštećenje, što također ima simboličan karakter ali veoma jak preventivno, u onoj mjeri u kojoj intervenira sudska vlast.<sup>56</sup> Sukladno međunarodnim konvencijama, svaka je država dužna zakonom zajamčiti i osigurati

---

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

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

pravičnu istragu o žalbama pacijenta. Pravo na djelotvorni pravni lijek (bez obzira na njegov naziv, *falsa nominatio non nocet*) uključuje obvezu zdravstvene ustanove da postupa po zakonskim odredbama koje se tiču procedure po pravnim lijekovima, odnosno da osigura odgovarajuće tijelo (komisiju) za primanje, obradu i rješavanje pravnih lijekova.

### **t/ Samovoljno napuštanje stacionarne zdravstvene ustanove**

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

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

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

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

### **u/ Otpust bolesnika**

O otpustu bolesnika iz zdravstvene ustanove odluku donosi odjelni (ovlašteni) liječnik, voditelj odjela u dogovoru s bolesnikom ili dežurni liječnik. Prije otpusta bolesnik predaje svu bolničku odjeću i rublje koje je koristio te sve stvari zdravstvene ustanove kojima se služio tijekom liječenja. Uz predaju potvrde o pologu bolesniku, odnosno pratitelju ili zakonskom zastupniku, uručuju se svi predmeti koje je bolesnik prilikom prijama ili kasnije dao na polog zdravstvenoj ustanovi.

Na dan otpusta bolesnik ima pravo na doručak i ručak.

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

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

---

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

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

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

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

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

#### **4 Mjere zaštite**

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

##### **a/ Noćna rasvjeta**

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

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

##### **b/ Liftovi, kolica**

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

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

##### **c/ Požar**

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

#### **d/ Instalacije**

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

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

#### **e/ Pušenje**

U svim prostorima zdravstvene ustanove zabranjuje se pušenje.

#### **f/ Alkohol i hrana**

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

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

#### **g/ Opasni predmeti**

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

#### **h/ Oružje**

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

### **i/ Buka**

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

### **j/ Cvijeće**

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

### **k/ Kućni ljubimci**

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

### **l/ Bacanje predmeta kroz prozor i balkon**

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

### **m/ Uništavanje parka, cvijeća, ograde**

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

### **n/ Mito, korupcija, nagrada**

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

### **o/ Čuvanje vrijednosti i novca**

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

### **p/ Tučnjava, svađa, prosvjedi**

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

### **r/ Intervencija zaštitara i policije**

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

### **s/ Saslušavanje bolesnika od strane policije, osobe lišene slobode**

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

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



## t/ Pozivanje odvjetnika ili javnog bilježnika

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

## u/ Fizička prisila, sputavanje, vezivanje, fiksacija

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

---

<sup>60</sup> STANDARDNI POSTUPAK KOD FIZIČKOG SPUTAVANJA: **Naziv postupka** Fizičko obuzdavanje (izdavanje) pacijenta; **Definicija postupka** - Postupak fizičkog obuzdavanja pacijenta je postupak kada se fizička sila primjenjuje samo onda „kada je to jedino sredstvo da se tu osobu spriječi da svojim napadom ugrozi život ili zdravlje druge osobe ili svoj život ili svoje zdravlje ili nasilno uništi ili ošteti tuđu imovinu veće vrijednosti „ - Hrvatski Zakon o zaštiti osoba sa duševnim smetnjama čl.54.st.1; **Pravila za obuzdavanje: Planiranje i djelovanje** - uredno pripremljeni remeni za fiksaciju i magnet, (te spremna soba za izolaciju), - odgovarajući broj zdravstvenih djelatnika, - jedna osoba za svaki ekstremitet, - jedna osoba koja je vođa u postupku i pazi na glavu i vrat pacijenta; **U cilju sigurnosti pojedini zahvati nisu dopušteni:** - uvrtanje zglobova, - sjedenje na pacijentu, - povlačenje za kosu, - davljenje, - štipanje, - riječi koje vrijeđaju pacijenta. Primjena fizičkog obuzdavanja predstavlja rizik ozljeđivanja za osoblje i za pacijenta.; **Provoditelj postupka:** Pet medicinskih sestara/tehničara, s tim da jedna od ovih pet je vođa koja mora imati uvida u kontrolu ostalih pacijenata.; **Svrha postupka:** Svrha postupka je spriječiti osobu da svojim napadom ugrozi život ili zdravlje druge osobe ili svoj život ili svoje zdravlje ili nasilno uništi ili ošteti tuđu imovinu veće vrijednosti.; **Procjena:** - mogućnost komunikacije s pacijentom, - suradljivost pacijenta, - stanje svijesti, , agresivnost, - obmane; **Djelovanje mora biti:** - brzo i bez oklijevanja, - bez pokušaja verbalne komunikacije s pacijentom, - da se izbjegne poniženje pacijenta, - da se izvede rutinska i regularna procedura. Na početni znak vođe svaki član tima preuzima kontrolu pokretanja jednog ekstremiteta. Nasilnog pacijenta se obuhvaća odostraga kako bi mu se blokirale ruke i istovremeno ga hvatamo za velike zglobove koljena i lakta kako bi smanjili mogućnost prijeloma. Pacijent se spusti na krevet , a vođa tima kontrolira pacijentovu glavu sa spriječi ugrizanje. Vezivanje se provodi Segufix magnetskim pojasevima na velikim zglobovima kako bi mogli primijeniti medikamentoznu terapiju i kao bi uvijek bio dostupan I. V. put. U međuvremenu se pokušaj pridobiti pacijenta za surađivanje jer je često dovoljno samo demonstrirati silu. Nikakav pritisak se ne smije primjenjivati na vrat, prsa i trbuh.; **Vođenje dokumentacije:** Liječnik: - obilazi pacijenta, ispisuje listu fiksacije, kontrolira mentalno i fizičko stanje pacijenta, upisuje vrijeme obilaska, upisuje datum i sat prekida intervencije; **Medicinska sestra/tehničar :** - kontinuirano nadzire tijekom cijelog vremena sputavanja, - kontrolira vitalne funkcije pacijenta, - kontrolira i održava (intimnu) higijenu pacijenta, - uvjerava u neophodnost suradnje, - intervencije registrira u sestrinsku listu, - obveza urednog i maksimalno stručnog vođenja sestrinske liste predstavlja zakonsku normu koja se mora poštivati.; **Komunikacija osoblja odjela i pacijenta:** - Prema preporukama posebnog povjerenstva Vijeća Europe, izravno fiksiranje nasilnih pacijenata više ne bi trebali koristiti niti u jednoj psihijatrijskoj ustanovi, već bi se neutralizacija agresivnog ponašanja tih pacijenata trebala osigurati smještajem u posebne prostorije „sobe za izolaciju „ u kojoj ne postoji mogućnost samopovređivanja ni povređivanja drugih osoba.; - Primjena fizičkog obuzdavanja nikad se ne smije koristiti kao kazna od strane osoblja.; - Jedan manji dio nasilnog ponašanja psihijatrijskih pacijenata i nakon najbolje edukacije ostat će nepredvidiv. Vidi stranicu: [www.lobor-grad.hr/izbornikdokumenti/PSPFS.doc](http://www.lobor-grad.hr/izbornikdokumenti/PSPFS.doc), Posjet 24. 1. 2019.

nije isključeno da se može i smije primjenjivati i na drugim odjelima u opravdanim slučajevima.

## **5 Obveze i odgovornosti bolesnika**

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

### **a/ Dužnost pridržavanja kućnog reda**

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

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

### **b/ Dužnost prijave povrede kućnog reda i šteta**

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

### **c/ Pridržavanje terapije i briga o vlastitom zdravlju**

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

Ovakva odredba u skladu je s odredbom st. 1. čl. 27. ZZZ-a prema kojoj je svaka osoba dužna svoja prava na zdravstvenu zaštitu koristiti u skladu s odredbama ZZZ-a i uputama o liječenju doktora medicine i doktora dentalne medicine i osobno je odgovorna zbog nepridržavanja tih uputa. Osim zajamčenih prava, pacijenti imaju i određene obveze, te su dužni svoja prava na zaštitu koristiti u skladu s zakonskim odredbama i uputa o liječenju koje im daju liječnici i doktori stomatologije i osobno su odgovorni zbog nepridržavanja tih uputa, što proizlazi i iz zakonske obveze građana da su dužni brinuti se o svom zdravlju. Iz toga proizlazi obveza suradnje pacijenta tijekom postupka liječenja.

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

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

---

<sup>61</sup> Vidi CRNIĆ, I., *Pravo na tjelesno zdravlje i činjenice koje utječu na visinu naknade neimovinske štete (1. dio)*, „Informator“, broj 5497. od 11. studenoga 2006., str. 12.

dijalize izvan centra za dijalizu uz instrukcije i vršenje nadzora od strane liječnika, uzimanje inzulina od strane kroničnih dijabetičara i sl.).<sup>62</sup>

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

#### **d/ Poštivanje prava drugih bolesnika i zdravstvenih radnika**

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

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

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

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

---

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

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

## **e/ Odgovornost pacijenta prema široj društvenoj zajednici**

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

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

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

## **f/ Naknada štete**

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

---

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

tako i na hodnike, sanitarne i sve druge prostore u zgradi, te na prostor kruga zdravstvene ustanove.

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

### **g/ Kazne zbog nepridržavanja kućnog reda**

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

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

## **6 Zaključak**

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

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

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

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

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

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

Konačno, držimo da je zakonodavac propustio u nedavnoj reformi zdravstvenog zakonodavstva izrijekom urediti dužnost donošenja, sadržaj, formu i način oglašavanja kućnog reda stacionarnih zdravstvenih ustanova, kao i posljedice nepridržavanja tih odredbi. Naime, dužnost donošenja kućnog reda od strane zdravstvenih ustanova može se tek posredno izvuci iz odredbe čl. 27. st. 3. ZZZ-a kojom je propisano da je svaka osoba pri korištenju svojih prava na zdravstvenu zaštitu dužna pridržavati se kućnog reda zdravstvene ustanove, trgovačkog društva koje obavlja zdravstvenu djelatnost odnosno privatnoga zdravstvenog radnika. Međutim, nema određenja da kućni red mora biti postavljen na vidnome mjestu zdravstvene ustanove, što on mora sadržavati/uređivati niti je predviđeno da zdravstveni inspektor može novčanom kaznom kazniti za prekršaj ravnatelja

zdravstvene ustanove ako kućni red ne postavi na vidnome mjestu zdravstvene ustanove. Ovo je posebno značajno zbog toga jer se u kućnim redovima uređuju neka prava bolesnika koja nisu uređena zakonom i drugim podzakonskim propisima, a pogotovo nisu uređena obveze i odgovornosti bolesnika koja se uređuju u kućnim redovima stacionarnih zdravstvenih ustanova. Ne treba zaboraviti da se kućnim redovima uređuju i detaljno razrađuju neka druga područja koja nisu izrijeком uređena zakonom i drugim propisima, a koja se, primjerice, odnose na rad i status zdravstvenih radnika, organizaciju rada i radnog vremena, raspolaganje materijalnim i prostornim resursima, obveze i odgovornosti posjetitelja bolesnika i ostalih osoba koje po nekom osnovu borave u bolnici i dr.

### Literatura:

- ALLEN, A. L., *Privacy in health care*, Enciclopedya of Bioethics, Revised edition, 1995.
- BABIĆ, T. – ROKSANDIĆ, S., *Osnove zdravstvenog prava*, Zagreb, 2006.
- BLAŽEVIĆ, D. – CIVIDINI STRANIĆ, E. – BECK DVORŽAK, M., *Medicinska psihologija*, Zagreb, 1979.
- BODIROGA, N. – DULČIĆ, K., *Zaštita osobnih podataka u europskome i hrvatskome pravu*, «Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu», god. 42, 2005., str. 327.-356.
- BODNARUK, S. – ČIZMIĆ, J. – HRABAČ, B. – HUSEINAGIĆ, S., *Komentari zdravstvenih zakona, knjiga 1.*, „Privredna štampa”, Sarajevo, 2011.
- BOŠKOVIĆ, Z., *Kodeks medicinske etike i deontologije – etika profesije liječnik*, «Informator», god. 1, br. 5046-5047, od 17. i 20. srpnja 2002.
- BOŠKOVIĆ, Z., *Medicina i pravo*, Rijeka, 2007.
- BOŠKOVIĆ, Z., *Prava pacijenata kao akreditacijski standard u zdravstvu*, „Hrvatska pravna revija“, god. XII, 2012., broj 9.
- BOŠKOVIĆ, Z., *Prava pacijenata na primjerenu obaviještenost i odlučivanje*, „Informator“, br. 5343, od 21. svibnja 2005.
- BOŠKOVIĆ, Z., *Zakon o zaštiti prava pacijenata – Reforma zdravstvenog zakonodavstva Republike Hrvatske*, «Hrvatska pravna revija», god. v., 2005., br. 1.
- CRNIĆ, I., *Pravo na tjelesno zdravlje i činjenice koje utječu na visinu naknade neimovinske štete (1. dio)*, „Informator“, broj 5497. od 11. studenoga 2006.
- CRNIĆ, I., *Pristanak pacijenta kao pravna pretpostavka dopuštenosti liječenja*, male stranice, „Informator“, broj 5737. od 28. veljače 2009.
- ČIZMIĆ, J., *Pravo na pristup podacima u medicinskoj dokumentaciji*, „Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci“, v. 30, 2009., br. 1, str. 91.-134.
- ČUKIĆ, D., *Pravo na medicinsku istinu preko medicinske dokumentacije – teškoće, greške, predlog mjera za njihovo otklanjanje*, «Pravni život», vol. LI, 2002., br. 9.
- FLIS, V. – GORIŠEK, J., *Privolitev v zdravnikovo ukrepanje*, rad u zborniku radova «Medicina in pravo – sodobne dileme», Maribor.
- GAŠPAR, V. N. – PERKOVIĆ, I., *O zdravlju i religiji u suvremenom društvu*, Godišnjak Katedre za društvene i humanističke znanosti Medicinskog fakulteta u Rijeci, god. 1., 2010., br. 2.
- GAVELLA, N., *Osobna prava – I. dio*, Zagreb, 2000.



- GIESEN, D., *Arzthaftungsrechts*, Tubingen, 1995.
- GOSIĆ, N., *Privatnost i povjerenje u medicinskoj etici i bioetici*, «Sestrinski edukacijski magazin», god. II, 2005., broj 2.
- HOCKTON, A., *The Law of Consent to Medical Treatment*, London, 2002.
- JADRO, D. – HRABRIĆ, M. – KRAMARIĆ, D., *Zakon o zdravstvenoj zaštiti*, u zborniku «Zbirka zdravstvenih zakona s obrazloženjem», Zagreb, 2003.
- JAKŠIĆ, Ž. *Medicinska dokumentacija*. U: JAKŠIĆ, Ž. i sur., *Socijalna medicina*. Praktikum II. 5. izd., Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1989., str. 355.-372.
- JOVANOVIĆ, LJ., *Lekarska tajna – krivičnopravna razmatranja*, Beograd, 1959.
- KALADIĆ, I., *Odgovara li voditelj službe prehrane u bolnici u svakom slučaju za nekvalitetno distribuiranje hrane u bolnici – kometar sudske odluke*, „Hrvatska pravna revija“, god. X, 2010., broj 1.
- KLARIĆ, P., *Odgovornost zdravstvene ustanove i zdravstvenih djelatnika za štetu (Prvi dio)*, „Hrvatska pravna revija“, god. I, 2001., broj 8.
- KOVAČIĆ, M., *Prikaz Zakona o zaštiti prava pacijenata*, rad u zborniku Aktualna pravna problematika u zdravstvu, I. Kongres pravnik u zdravstvu, Topusko, 9. i 10. listopada 2008.
- LAUFS, A., *Die ärztliche Aufklärungspflicht*, u LAUFS-UHLENBRUCK, *Handbuch des Arztrechts*, Munchen, 1992.
- LJUBIČIĆ, Đ., *Dubovnost i psihijatrija*, Sveučilište u Rijeci – Medicinski fakultet, Rijeka, 2009.
- MATIJEVIĆ, B., *Pravo na tjelesni integritet i obveza pružanja zdravstvene usluge*, „Hrvatska pravna revija“, god. VIII, 2008., broj 9.
- MUJOVIĆ ZORNIĆ, H. – SJENIČIĆ, M., *Kodeks lekarske etike kao izraz staleške samoregulative u medicini*, «Pravni informator», 2003.
- MUJOVIĆ-ZORNIĆ, H., *Pacijentova prava – univerzalnost i evropski koncept*, Zbornik radova Aktualnosti građanskog i trgovačkog zakonodavstva i pravne prakse, br. 3, Mostar, 2005.
- NIKOLIĆ, K., *Krivično-pravna odgovornost lekara zbog neurednog vođenja medicinske dokumentacije*, «Pravni život», 1998., br. 9.
- OPDERBECKE, H. W. – WEISSAUER, W., *Ärztliche Dokumentation und Pflege dokumentation*, «Medizinrecht», 1984., br. 6.
- PETRIĆ, S., *Pretpostavke odštetne odgovornosti davatelja zdravstvenih usluga u pravu Bosne i Hercegovine*, zbornik radova „Aktualnosti građanskog i trgovačkog zakonodavstva i pravne prakse“, Neum-Mostar, 2005.
- PETROVIĆ-ŠKERO, V., *Lekarska tajna i veštačenje*, «Svet rada», vol. 1, 2004., br. 4.
- RADIŠIĆ, J., *Lekar i pacijent kao ugovorni partneri*, rad u zborniku «Aktuelni pravni problemi u medicini, Beograd, 1998.
- RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo*, Beograd, 2004.
- RADIŠIĆ, J., *Profesionalna odgovornost medicinskih poslenika*, Beograd, 1986.
- RADOLOVIĆ, A., *Pravo osobnosti u novom Zakonu o obveznim odnosima*, «Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci», vol. 27., 2006., br. 1.
- REHBERG, J., *Handbuch des Arztrechts*, Zurich, 1994.
- SAVIĆ, V., *AIDS kao kaznenopravni, moralni i viktimološki problem*, „Pravnik“, 1997., br. 3-4, str. 205.-225.
- ŠEGOTA, I., *Privatnost kao bioetički pojam*, Rijeka, 1999.
- TRIVA, S. – DIKA, M., *Građansko parnično procesno pravo*, Zagreb, 2004.
- TURKOVIĆ, K. – DIKA, M. – GORETA, M. – ĐURĐEVIĆ, Z., *Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama s komentarom i priložima*, Zagreb, 2001.



# OBVEZNO CEPLJENJE V SLOVENIJI: RAZKORAK MED PRAVOM IN VSAKDANJO PRAKSO?

SUZANA KRALJIĆ

Univerza v Mariboru, Pravna fakulteta, Maribor, Slovenija, e-pošta:  
suzana.kraljic@um.si

**Povzetek** V Sloveniji je predpisano obvezno cepljenje za devet nalezljivih bolezní, ki se povezujejo s trpljenjem, dolgoročnimi posledicami in celo s smrtjo. Slovenija je spadala do nedavnega med države z najširšim obsegom obveznega cepljenja. A nedavni dogodki, kot so pojav ošpic v Italiji, Franciji ter Romuniji, so v omenjenih državah povzročili zakonodajne spremembe, ki so pripeljale do povečanja obsega obveznih cepljenj (npr. v Franciji so bila predvidena tri cepljenja, 2018 pa se jim je pridružilo še osem dodatnih cepljenj). Opustitev obveznega cepljenja v Sloveniji je možna zgolj zaradi zdravstvenih razlogov, a je kljub temu v zadnjih letih opaziti upad splošne precepljenosti, in sicer pod prag 95%, s katerim se zagotavlja kolektivna imunost. Za starše, ki so neupravičeno opustili otrokovo obvezno cepljenje, so predvidene sankcije, ki pa v praksi ne dosejajo namena, saj je kljub temu v porastu število necepljenih otrok. Februarja 2018 je bil podan predlog ZNB-1, s katerim se pristop k obveznemu cepljenju še zaostreje.

**Ključne besede:**  
nalezljive bolezni,  
kolektivna  
imunost,  
precepljenost,  
objektivna  
odgovornost,  
predlog ZNB-1.

## Prvič izdano v:

KRALJIĆ, Suzana. Obvezno cepljenje v Sloveniji: razkorak med pravom in vsakdanjo prakso?. V: KRALJIĆ, Suzana (ur.), REBERŠEK GORIŠEK, Jelka (ur.), RIJAVEC, Vesna (ur.). *Sodobni izzivi in dileme : konferenčni zbornik*. 27. Posvetovanje Medicina, pravo in družba, 23. - 24. marec 2018, Maribor, Slovenija. 1. izd. Maribor: Univerzitetna založba Univerze, 2018. Str. 121-135.



DOI <https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7.6>  
ISBN 978-961-286-335-7

# MANDATORY VACCINATION IN SLOVENIA: THE GAP BETWEEN THE LAW AND EVERYDAY PRACTICE?

SUZANA KRALJIĆ

University of Maribor, Faculty of Law, Maribor, Slovenia, e-mail: [suzana.kraljic@um.si](mailto:suzana.kraljic@um.si)

**Abstract** Vaccination in Slovenia is mandatory for nine contagious diseases, which are associated with suffering, long-term consequences and even death. Until recently Slovenia was among the countries with the widest range of mandatory vaccination. However, recent events, like the appearance of measles in Italy, France, and Romania, caused legislative changes, which lead to an increase of the mandatory vaccination scale (e.g. there already are three mandatory vaccinations in France, to which eight more are being added in 2018). Even though suspension of mandatory vaccination in Slovenia is possible merely due to health reasons, a decline in general vaccination is seen, namely dropping under the verge of 95%, which secures herd immunity. Sanctions are provided for parents, who disregarded their child's vaccination inexcusably. These are not achieving their purpose in practice, since there has been a continuous increase of unvaccinated children. In February 2018 draft ZNB-1, which sharpens the approach to mandatory child vaccination, was presented.

**Keywords:**

contagious  
diseases,  
herd immunity,  
immunisation,  
no-fault  
compensation,  
draft law CDA-1.

**First published in:**

KRALJIĆ, Suzana. Obvezno cepljenje v Sloveniji: razkorak med pravom in vsakdanjo prakso?. V: KRALJIĆ, Suzana (ur.), REBERŠEK GORIŠEK, Jelka (ur.), RIJAVEC, Vesna (ur.). *Sodobni izzivi in dileme : konferenčni zbornik*. 27. Posvetovanje Medicina, pravo in družba, 23. - 24. marec 2018, Maribor, Slovenija. 1. izd. Maribor: Univerzitetna založba Univerze, 2018. Str. 121-135.

## 1 Uvod

Cepljenja so bistveno pripomogla k zaježitvi določenih nalezljivih bolezni, ki se povezujejo z velikim trpljenjem in zdravstvenimi posledicami in morda celo s smrtjo. Zato se cepljenje opredeljuje kot eno izmed najpomembnejših orodij, s katerimi se gradi na preventivi, tako individualni kakor tudi kolektivni. Pristop držav k cepljenju je različen. Tako imamo na eni strani države, ki zagovarjajo obvezno cepljenje in med te države spada tudi Slovenija (tudi npr. Hrvaška, Srbija, Madžarska idr.). Na drugi strani pa imamo države, ki se sicer zavedajo pomena cepljenja, a so pristopile k temu s sistemom neobveznega oziroma priporočljivega cepljenja (npr. Avstrija, Nemčija). Obvezno cepljenje, da ali ne? To je vprašanje, s katerim se tudi v Sloveniji kakor tudi v drugih državah ukvarjata tako strokovna kakor tudi laična javnost. Zagovornike, tako obveznega cepljenja kakor tudi nasprotnike cepljenja, je možno najti tako v prvi kakor tudi drugi skupini. Sodobni pojavi ošpic v naši bližini (Italija, Srbija, Romunija<sup>1</sup>) in tudi pri nas, še vedno sporno tako imenovano Wakefieldovo poročilo o povezanosti cepljenja in avtizma, in nenazadnje tudi nedavna odločba Sodišča Evropske unije (v nadaljevanju: SEU) v zadevi *zadevi C-621/15 - N. W and Others v Sanofi Pasteur MSD SNC and Others* (ECLI:EU:C:2017:484) z dne 21. junij 2017 (v nadaljevanju: C-621/15), so samo nekatera izhodišča, ki so oziroma bodo vplivala na pravne pristope držav k urejanju cepljenja. Slovenija je zadnjo reformo na področju obveznega cepljenja izvedla leta 2006 z novelo Zakona o nalezljivih boleznih (v nadaljevanju: ZNB), ko je sledila odločbi Ustavnega sodišča Republike Slovenije U-I-127/01 (ECLI:SI:USRS:2004:U.I.127.01) z dne 12. februarja 2004 (v nadaljevanju: odločba USRS U-I-127/01), in je uvedla objektivno odškodninsko odgovornost države za cepljenje. ZNB in s tem konkretno področje obveznega cepljenja pa sta že dalj časa predmet številnih teženj, na eni strani po striknejšem pristopu urejanja in izvajanja obveznega cepljenja, ter na drugi strani k opustitvi sistema obveznega cepljenja. Zato ni presenetljivo, da je bil februarja 2018 podan predlog ZNB-1, katerega cilj je usmerjen k ponovnemu dvigu precepljenosti.

---

<sup>1</sup> Leta 2017 je bilo zabeleženo v Romuniji 7.977 primerov ošpic, v Italiji 4.854 in v Nemčiji 904 primerov (De Renzis, 2017).

## 2 Kolektivna imunost

Imunost posameznika (ang. *individual immunity*) se lahko doseže z okrevanjem po naravni okužbi ali s pomočjo umetnega sredstva, kot so cepiva - torej s cepljenjem. Z zadostno stopnjo precepljenosti se lahko zagotovi tudi čredna oziroma kolektivna imunost (ang. *herd immunity*; tudi *herd effect*, *community immunity*, *population immunity*, *social immunity*), ki ovira in omeji širjenje povzročiteljev in varuje pred okužbo tudi posameznike:

- a) ki s cepljenjem še niso pridobili odpornosti (npr. novorojenčki);
- b) ali osebe, ki se zaradi zdravstvenih razlogov niso mogle cepiti (npr. posamezniki, ki imajo slab imunski sistem (npr. osebe obolele s HIV) (Ciolli, 2008; Weigel et al., 2014; Yang et al., 2016; Pierik, 2017);
- c) ali osebe, ki nimajo zadostnega imunološkega odziva na cepivo (Omer et al, 2009);
- d) ali osebe, ki so izpostavljene večjemu riziku določenih infekcij (npr. noseče ženske, kronični bolniki (American Medical Association, 2015).

S tem je podana tudi bistvena razlika cepiv do navadnih zdravil, ki koristijo predvsem posamezniku, medtem ko cepiva koristijo tako posamezniku kakor tudi širši skupnosti (Jackson, 2010). Večji je delež oseb v skupnosti, ki so imune, manjša je namreč verjetnost, da bodo posamezniki, ki niso bili cepljeni, prišli v stik s posameznikom, ki ima nalezljivo bolezen. Temu je pritrdilo tudi Ustavno sodišče Republike Slovenije leta 2004 v odločbi USRS U-I-127/01, v kateri je zapisalo: »...*cilj določitve obveznih cepljenj je preprečevanje širjenja nalezljivih boleznih, za kar je zakonodajalec upravičen in celo dolžan sprejeti ustrezne ukrepe; da je tudi vsak posameznik dolžan skrbeti za lastno zdravje, kar vključuje tudi dolžnost sodelovanja pri preventivnih ukrepih, ki so določeni tako v korist posameznika kot tudi v splošno korist; in da korist, ki jo prinaša cepljenje za zdravje posameznika in širše skupnosti, presega morebitno škodo, ki utegne nastati posameznikom zaradi stranskega pojava teh ukrepov oziroma težjo posledic posega v ustavne pravice posameznika. Splošni interes po varovanju zdravja prebivalstva je podlaga, ki upravičuje določitev ukrepa obveznega cepljenja proti določenim nalezljivim boleznim.*«

Za zagotavljanje kolektivne imunosti je potrebna vsaj 95% precepljenost ciljne populacije na vsaki geografski enoti (Kraigher & Ihan v Kraigher, Ihan & Avčin 2011).

	2009/10	2010/11	2011/12	2012/13	2013/4
<b>Hep. I. B (3 odmerki)</b>	97,0	92,1	82,4	90,4	88,6
<b>MMR (3 odmerki)</b>	97,5	96,6	96,9	94,6	94,7

Povzeto : Precepljenost šolskih otrok v Sloveniji 2009-2014 (NIJZ, 2015)

Ugotovimo, da se kljub temu, da imamo v Sloveniji uzakonjen sistem obveznega cepljenja, v zadnjih letih soočamo z upadanjem precepljenosti. Tako je npr. opazen upad precepljenosti otrok proti MMR in Hep I B, kjer je precepljenost padla pod 95% željeni prag. Sistem obveznega cepljenja in predpisane globe za neupravičeno opustitev torej niso zadostno varovalo za zagotavljanje potrebne precepljenosti. Zdravstveni inšpektorat RS (v nadaljevanju: ZIRS) namreč vsako leto obravnava okoli 400 primerov odklanjanja obveznega cepljenja. Od leta 2011 do 2015 pa je izrekel zgolj 31 glob v višini 41,73 evrov, 33 glob v višini 500 evrov ter 27 denarnih kazni do 200 in šest do 1000 evrov (Hus, 2016). Zato ni presenetljivo, da je bil februarja 2018 podan predlog ZNB-1, katerega osnovni cilj je usmerjen v dvig in zagotovitev 95% precepljenosti, s čimer se lahko zagotavljaoletivna imunost.

### 3 Obvezno cepljenje v Sloveniji

Slovenija spada med države, ki imajo uzakonjen sistem obveznega cepljenja za otroke. Slovenija ima na tem področju že dolgoletno tradicijo, saj začetki cepljenja segajo celo v leto 1800, ko je bilo uvedeno cepljenje proti črnim kozam. Torej zgolj štiri leta po odkritju cepiva s strani dr. Jennerja. Sledila so: leta 1937 cepljenje proti davici; 1948 proti tuberkulozi; 1951 proti tetanusu; 1959 proti oslovskemu kašlju; 1957 proti otroški paralizi; 1968 proti ošpicam; 1972 proti rdečkam; 1978 proti mumpsu; 1998 proti hepatitisu B; in leta 2000 proti hemofilusom influence tipa b (Kraigher v Kraigher, Ihan & Avčin, 2011). Danes je v skladu z 1. odst. 22. člena ZNB v Sloveniji predpisano obvezno cepljenje za devet nalezljivih bolezni (hemofilus influence b, davica, tetanus, oslovski kašelj, otroška paraliza, ošpice, mumps, rdečke in hepatitis B). Cepljenje otrok se v Sloveniji izvaja po sledečem programu cepljenja.

Starost	Nalezljive bolezni, za katere je predvideno obvezno cepljenje v RS
3 meseci	davica, tetanus, oslovski kašelj, Hib, otroška paraliza (1. odmerek) pnevmokokne okužbe (1. odmerek)
4 do 5 mesecev	davica, tetanus, oslovski kašelj, Hib, otroška paraliza (2. odmerek)
6 mesecev	davica, tetanus, oslovski kašelj, Hib, otroška paraliza (3. odmerek) pnevmokokne okužbe (2. odmerek)
12 do 18 mesecev	ošpice, mumps, rdečke (1. odmerek) pnevmokokne okužbe (3. odmerek)
12 do 24 mesecev	davica, tetanus, oslovski kašelj, Hib, otroška paraliza (4. odmerek)
5 do 6 let (pred vstopom v šolo)	ošpice, mumps, rdečke (2. odmerek), hepatitis B (1. in 2. odmerek)
1. razred - 6 let (po vstopu v šolo)	hepatitis B (3. odmerek)
3.razred – 8 let	davica, tetanus, oslovski kašelj (5. odmerek)
6.razred - 11 do 12 let, deklice	HPV (1. in 2. odmerek)
srednje šola (16 do 18 let)	Tetanus (6. odmerek)

Povzeto: NIJZ (n.d.).

Obvezno cepljenje v Evropski uniji (v nadaljevanju: EU) je predvideno tudi še v drugih državah članicah (npr. Belgija, Bulgarija, Češka republika, Grčija, Hrvaška, Poljska). Vendar med navedenimi državami obstaja več razlik. Tako je podana razlika glede obsega obveznega cepljenja, kjer je v Belgiji predpisano obvezno cepljenje zgolj za eno bolezen (poliomielitis), v Italiji za štiri bolezni (leta 2018 bo Italija še razširila obvezno cepljenje), medtem ko ima Hrvaška predpisano obvezno cepljenje za 10 bolezni in Madžarska celo za 11 (Slovenija ima za 9). Razlike obstajajo tudi glede predpisanih odmerkov. V Sloveniji tako otrok v sklopu obveznega cepljenja prejme kar 33 odmerkov cepiv za 9 bolezni, medtem ko na Hrvaškem prejme za 10 bolezni povprečno 30 odmerkov. Razlike se nanašajo tudi na količino odmerkov pri posamezni bolezni, kjer je npr. v Sloveniji predvidenih 6 odmerkov cepiv proti tetanusu, na Poljskem pa zgolj 5 odmerkov. Nadaljne razlike so podane tudi glede časovne izvedbe cepljenj. V Sloveniji se na primer izvede prvo cepljenje proti rdečkam praviloma pri starosti 12 mesecev in nato v starosti 5-6 let, na Češkem pa pri 15 mesecih in nato ponovno med 21-23 mesecem otrokove starosti.



Ugotovimo, da Slovenija vsekakor šteje med države z najstrožjim (Kompore, 2015) in najagresivnejšim sistemom (Walkinshaw, 2011) obveznega cepljenja, ki pa, kot navedeno v prejšnjem poglavju, v praksi ne zagotavlja popolnoma zadanih ciljev.

Zadnji izbruhi ošpic v posameznih državah EU, so pripeljali do zakonodajnih sprememb:

- a) Francija, kjer se je s 1. januarjem 2018 trem obveznim cepljenjem (tetanus, davica, otroška paraliza) pridružilo še osem, ki so bila do tedaj zgolj priporočljiva;
- b) Italija je predpisala (s tako imenovanim *Lorenzin decree*) obvezno cepljenje za 10 bolezni, preden se otrok vpiše v javno šolo. Opustitev je možna samo na podlagi zdravstvenih razlogov, sicer se lahko starše oglobi s 500-1000 evrov;
- c) Romunija, ki se je leta 2017 soočila z izbruhom ošpic, prav tako pripravlja novo zakonodajano ureditev cepljenja. Po predlogu zakona naj bi tudi Romunija prešla na sistem obveznega cepljenja in starše, ki ne bi cepili svojih otrok brez opravičljivega zdravstvenega razloga, bo možno oglobiti z globo do višine 2.200 evrov. Predlog zakona pa nadalje še določa, da v primeru, če bo otrok utrpel zdravstveno škodo, hudo telesno poškodbo ali bo umrl, ker ni bil cepljen, bodo starši kazensko odgovorni za malomarnost, zlorabo ali celo umor (Benezic, 2018);
- d) Finska, ki ima sicer sistem priporočljivega cepljenja za otroke, je prav tako zaostрила svojo cepilno zakonodajo. Od marca 2018 namreč od ponudnikov zdravstvenih storitev in socialnega varstva zahteva, da zagotovijo imunizacijo zaposlenih proti ošpicam, noricam, oslovskemu kašlju in gripi (Finnegan, 2017).

#### 4 Razlogi za pustitev cepljenja

Države, ki imajo uzakonjeno obvezno cepljenje, predvidevajo tudi izjeme za opustitev obveznega cepljenja. Razlogi, na podlagi katerih se lahko cepljenje otroka opusti, so lahko zdravstvene, religiozne, filozofske narave ali pa izhajajo iz osebnega prepričanja. S slednjim se povezujejo tako imenovani antivakcinisti (ang. *anti-vaxxers*), ki nasprotujejo obveznemu cepljenju predvsem iz osebnih razlogov.

Ameriško Vrhovno sodišče se je že davnega leta 1944 ukvarjalo z opustitvijo cepljenja ter je zavzelo jasno stališče, da lahko država pri promociji javnega zdravja razveljavi pravico individualne osebe, da izključi svojega otroka na podlagi verske izjeme od obveznega cepljenja z argumentacijo, da pravica do verske svobode ne vključuje pravice izpostavitve skupnosti ali otroka nalezljivim boleznim ali posledično njim slabemu zdravju ali celo smrti (*Prince vs. Massachusetts*, 321 U.S. 158, 166 (1944)). Danes je možno v vseh 50 ameriških državah doseči opustitev cepljenja na podlagi zdravstvenih razlogov (Pierik, 2017). V državah Mississippi, West Virginia in od leta 2015 tudi California pa dopuščajo celo samo zdravstvene razloge kot podlago za opustitev cepljenja. Opustitev cepljenja otrok na podlagi verskih razlogov (poleg zdravstvenih) pa je možna v 29 ameriških državah. Na podlagi zdravstvenih razlogov in dodatno še osebnega prepričanja pa je možna opustitev cepljenja v 18 državah (Brougher, 2012; Cole & Swendiman, 2014; Leifer, 2015; Pierik, 2017). V nekaterih državah pa je bilo možno opustitev doseči tudi na podlagi moralnih ali filozofskih oziroma drugih osebnih prepričanjih (Leifer, 2015; Cole & Swendiman, 2014), ki zahtevajo nižjo stopnjo dokaza kot v primeru verskih izjem (Novak, 2005). Pri sklicevanju na filozofske razloge se praviloma upošteva izključitev od obveznega cepljenja za vsa predpisana cepljenja (Novak, 2005). Pierik (2017) pa opozarja, da »radodarnost« posameznih držav pri upoštevanju nezdravstvenih razlogov za opustitev cepljenja ni ustrezna (npr. na vnaprej natisnjenemu obrazcu zadostuje, da starš označi v kvadratu, da ne želi cepljenja in se pri tem ne postavljajo nikakršna dodatna vprašanja) in da bi bilo potrebno te razloge omejiti in možnosti opustitev cepljenja omejiti in ga omogočiti zgolj staršem, ki bodo lahko izkazali iskreno nasprotovanje cepljenju. Temu je sledil Vermont, kjer je bil maja 2016 sprejet Bill H 98, ki je odpravil možnost sklicevanja na filozofske izjeme kot razloga za opustitev cepljenja. Kdor se sklicuje na verske izjeme, pa mora preučiti z dokazi podprto izobraževalno gradivo glede cepljenja (Pierik, 2017).

ZNB predvideva zgolj opustitev obveznega cepljenja na podlagi zdravstvenih razlogov. Zdravnik, ki opravlja cepljenje, mora pred vsakim cepljenjem s pregledom osebe, ki jo bo cepil, in vpogledom v njeno zdravstveno dokumentacijo ugotoviti morebitne razloge za morebitno začasno odložitev ali popolno opustitev cepljenja, zaradi katerih bi se zdravstveno stanje osebe lahko trajno poslabšalo. Med razloge za opustitev cepljenja štejejo:

- a) alergija na sestavine cepiva;
- b) resen nezaželen učinek cepiva po predhodnem odmerku istega cepiva;

c) bolezen ali zdravstveno stanje, ki je nezdržljivo s cepljenjem (2. odst. 22a. člena ZNB).

Med razloge za opustitev cepljenja po ZNB pa ne štejejo akutne bolezni ali vročinska stanja, zaradi katerih se cepljenje začasno odloži (3. odst. 22a. člena ZNB). Če zdravnik, ki opravlja cepljenje, ugotovi, da obstajajo upravičeni razlogi za opustitev cepljenja iz 2. odst. 22a. člena ZNB, mora dati predlog za opustitev cepljenja, ki mora biti strokovno utemeljen in obrazložen. Zakonsko predvidene izjeme za opustitev cepljenja sicer predstavljajo diskrecijo zdravnika, ki pa je ni možno široko tolmačiti (Kraljić, 2018). Ravno nasprotno. Opustitev cepljenja naj bi bila možna zgolj v izjemnih primerih, ko bi se s cepljenjem ogrožalo otrokovo zdravje oziroma da bi otrok s cepljenjem lahko utrpel večjo škodo (npr. ker že ima zaradi obolelosti s HIV oslabiljen imunski sistem). Kadar pa zdravnik po svoji strokovni oceni meni, da je možno s cepljenjem doseči večjo korist kot z opustitvijo, pa naj se zavzema za izvedbo obveznega cepljenja predpisanega po ZNB (Kraljić, 2017).

V zadnjih letih je v Sloveniji opaziti porast staršev, ki zavračajo cepljenje. Svoje razloge za opustitev obveznega cepljenja otrok utemljujejo na podlagi študij, ki povezujejo cepljenje in avtizem (npr. tako imenovano Wakefieldovo poročilo), na nezadostno pojasnilno dolžnost zdravnikov pred cepljenjem (npr. glede reakcij na cepivo), dvom o varnosti cepiv (prim. sodbo *UPRS III U 199/2014* (ECLI:SI:UPRS:2015:III.U.199.2014) z dne 16. januarja 2015) in s tem povezano nezaupanje v farmacevtsko industrijo ter nepreverjanje predhodne alergične reakcije na sestavine cepiva (Kompare, 2015). Slednje je celo zakoniti razlog, ki lahko pripelje do opustitve cepljenja. Seveda pa se pojavljajo tudi vprašanja, ali so cepljenja sploh še potrebna, saj določenih bolezni ni več. Posamezniki so tudi zagovorniki tako imenovane naravne imunosti, ki naj bi si jo otrok sam pridobil. V ZDA so starši celo organizirali tako imenovane »*measles parties*«, kjer so svoje zdrave otroke namerno izpostavljali otroku, obolelemu z ošpicami. Zaradi tovrstnih zabav je prišlo do hudih zdravstvenih posledic in nenazadnje tudi do smrti otrok (Firger, 2015; Yang et al., 2016). Posledično so tovrstne zabave v ZDA prepovedali. In nenazadnje, današnje generacije staršev se v svojem življenju niso imele možnosti soočiti s temi boleznimi in zdravstvenimi posledicami, ki jih seboj prinašajo (npr. trpljenje otroka, bolečine, trajne zdravstvene posledice in nenazadnje tudi smrt). Cepljenje je pripomoglo, da so določene nalezljive bolezni domala izginile, zato je cepiva postala tudi žrtev lastne uspešnosti (Callandrillo, 2004; Vudrag, 2015).

Iz sodne prakse glede opustitve cepljenja:

*»V konkretnem primeru po presoji sodišča ni bil ugotovljen noben izmed razlogov, ki na podlagi ZNB dopuščajo opustitev obveznega cepljenja. Iz upravnih spisov namreč ne izhaja, da bi tožničina mati zahtevala pridobitev dodatne zdravstvene dokumentacije, dodaten zdravstveni pregled hčere ali razgovor pred komisijo, pač pa je le navajala, da je hčerka zdrava in da bi cepljenja lahko negativno vplivala na njeno zdravje.« (sodba UPRS III U 33/2012 (ECLI:SI:UPRS:2013:III.U.33.2012) z dne 8. marec 2013)*

*»Tožnika sta v predlogu za opustitev cepljenja (ki sta ga priložila tožbi) navedla konkretne razloge, zakaj naj bi zaradi cepljenja pri deklici lahko prišlo do poslabšanja zdravstvenega stanja. Navajata, da nikoli ni bila raziskana morebitna preobčutljivost deklice na sestavine cepiv. Menita, da bi pri deklici ponavljajoči uroinfekti lahko bili posledica cepljenja proti DTP in Polio, saj so take reakcije v hudi obliki nastale po drugem in tretjem cepljenju. Kljub opozorilom na takšno reagiranje na cepljenje naj pediater temu ne bi posvečal pozornosti in naj ne bi opravil za to morebiti potrebnih preiskav. Tožnika sta navajala, da je deklica pretirano občutljiva za pršico in hišni prah, kar se kaže v hudem kašlju in dihalnih težavah, vendar tudi glede tega še niso bile opravljene preiskave. Občutljiva je tudi na nekatere vrste hrane. Opozorila sta še na zdravstvene težave v družini – astmo pri očetu in hudo reakcijo matere po cepljenju proti črnim kozam, zaradi česar so ji bila vsa nadaljnja cepljenja prepovedana. Glede predloga tožnikov, s katerim sta začela postopek ugotavljanja razlogov za opustitev cepljenja in s tem povezanega njenega trditvenega in dokaznega bremena o obstoju le-teh, sodišče meni, da sta bila dolžna navesti vse njima znane okoliščine, ki bi lahko vplivale na odločitev. Ni pa od njiju mogoče zahtevati strokovne utemeljitve predloga, če nimata za to potrebnega strokovnega znanja. Njune navedbe mora strokovno preveriti Komisija za cepljenje in nanje odgovoriti. Iz prej povzetega njenega predloga za opustitev cepljenja sodišče ugotavlja, da sta tožnika smiselno uveljavljala razlog iz prve alineje 22a. člena v povezavi s tretjo alinejo te določbe ZNB (alergija na sestavine cepiva v zvezi z zdravstvenim stanjem deklice in staršev). Zato bi se komisija morala opredeliti do dejstev, ki jih tožnika navajata kot preveliko tveganje za cepljenje in presoditi, ali so takšna, da jih je mogoče podrediti prej navedeni zakonski normi, torej ali je zdravstveno stanje deklice takšno, da je oziroma da ni združljivo s cepljenjem proti hepatitisu B s cepivom Engerix pediatric. Komisija v svojem mnenju sicer navaja, da je proučila predlog tožnikov, vendar pa se do razlogov, glede katerih tožnika*

*menita, da so ovire za cepljenje, ni opredelila in nanje ni odgovorila. Zgolj njen sklep, da ni zdravstvenih razlogov za opustitev cepljenja (ob tem, da naj deklica ne bi bila cepljena proti ošpicam, mumpsu in rdečkam, za kar ni navedenih razlogov), še ne pomeni ustrezne obrazložitve njenih ugotovitev in strokovnih dognanj.» (sodba UPRS I U 671/2011 (ECLI:SI:UPRS:2011:I.U.671.2011) z dne 20. september 2011)*

*»V obravnavanem primeru je komisija v svojem mnenju glede cepljenja otroka navedla zgolj to, da v priloženi dokumentaciji ni našla razlogov za opustitev cepljenja, saj dokazana alergija na jajca, ki se izraža le s kožnimi spremembami, ni kontraindikacija za cepljenje. Ni pa se opredelila do vseh ostalih tožnikovih navedb v zvezi z zdravstvenim stanjem otroka, ki ima še druge alergije in tudi druge zdravstvene težave, zaradi katerih sta tožnika podala vlogo za opustitev cepljenja. Tako strokovno mnenje pa je v upravno pravnem smislu pomanjkljivo in ne more biti zadostna podlaga za izdajo upravne odločbe, v kateri se je organ dolžan opredeliti do vseh relevantnih navedb stranke.« (sodba UPRS I U 1095/2011 (ECLI:SI:UPRS:2011:I.U.1095.2011) z dne 30. avgust 2011)*

## 5 Objektivna odškodninska odgovornost države

Leta 2006 sprejeta novela ZNB, je uvedla sistem objektivne odškodninske odgovornosti države za škodo, ki nastane zaradi cepljenja, ki ga je predpisala država. Tovrstne odškodninske sisteme so predhodno uvedle v 70tih letih prejšnjega stoletja že Avstrija, Danska, Japonska, Nova Zelandija, Švedska, Švica in Združeno kraljestvo ter Severna Irsko. V 80tih so sledile Finska, ZDA in Quebec v Kanadi ter v 90tih še Italija, Norveška in Republika Koreja. V zadnjih letih pa so k takšni ureditvi pristopile še Madžarska, Islandija in Slovenija (Looker & Kelly, 2011). Objektivna odgovornost države namreč predstavlja socializacijo določenega rizika, saj odškodnine preko proračuna bremenijo vse davkoplačevalce. Razlogi, zaradi katerih se država odloči določen riziko razpršiti na vse davkoplačevalce, pa so različni (Možina, 2013) in enega izmed takšnih razlogov predstavlja cepljenje.

Ker se s splošnimi in posebnimi ukrepi v Sloveniji teži k zagotavljanju 95 % precepljenosti prebivalstva in s tem k zagotavljanju kolektivne imunosti, je za primere nastopa negativnih posledic zaradi obveznega cepljenja, zakonodajalec z novelo ZNB leta 2006 uredil objektivno odškodninsko odgovornost države, ki ima podlago v načelu družbene solidarnosti (Kompore, 2015). Razlog določitve

objektivne odgovornosti je torej jasen: država zaradi očitnih koristi predpiše obvezno cepljenje, če pa izjemoma zaradi cepljenja pride do večje škode, jo krije država na podlagi objektivne odškodninske odgovornosti (Možina, 2013). Prehod na odškodninsko odgovornost države za škodo, ki je nastala zaradi obveznega zdravstvenega ukrepa, ki je sicer v javno korist, je dodatno naložil državi obveznost, da stori vse, da zagotovi varnost izvajanja cepljenja, ki je sicer določeno v javno korist – torej s ciljem zagotavljanja kolektivne imunosti. Ustavno sodišče RS pa je še dodatno izpostavilo, »da je širjenje nalezljivih bolezni in nastanek epidemij mogoče preprečiti le z zadostno precepljenostjo prebivalstva. Zato je nujno, da se celjenju podvržejo vsi tisti, pri katerih niso ugotovljeni utemeljeni razlogi za opustitev cepljenja.« Organi oblasti trdijo, da so neželeni stranski pojavi cepljenja, do kakšnih lahko pride v posameznih primerih večinoma blažji pojavi, ki minejo brez zdravniške intervencije in trajnih posledic (npr. blažje alergične reakcije, povišana temperatura ali glavobol) (Pierik, 2017). Zelo redko pa se zgodi, da je potrebna zdravniška pomoč ali celo hospitalizacija. Prav tako pa Ustavno sodišče RS poudari, »da je po oceni strokovnjakov za posameznika tveganje zdravstvene okvare zaradi cepljenja bistveno manjša od tveganja, ki bi ga zanj pomenila sama bolezen.« (odločba USRS U-I-127/01). Temu je pritrdilo tudi Vrhovno sodišče RS, ko je zapisalo: »...da nobeno cepivo ni povsem varno in popolnoma učinkovito. Vsako cepljenje predstavlja poleg velikih koristi tudi določeno tveganje. Cepljenje je zato takšna dejavnost, pri kateri kljub še tako veliki skrbnosti vedno ni mogoče preprečiti nastanka škode (poslabšanja zdravja) in pomeni povečano nevarnost nastanka škode.« (VSRS sodba II Ips 1253/2008 (ECLI:SI:VSRS:2012:II.IPS.1253.2008) z dne 31. maj 2012). Posledično ima oseba, ki utrpi z obveznim cepljenjem škodo na zdravju, ki se kaže v resnem in trajnem zmanjšanju življenjskih funkcij, pravico do odškodnine na podlagi objektivne odškodninske odgovornosti, in sicer v enkratnem znesku v višini 62.500 evrov. Pravico do odškodnine pa ima tudi zakonec oziroma partner, ki je živel v zunajzakonski skupnosti z osebo, ki je utrpela škodo. Če pa gre za mladoletno osebo, pa imajo po ZNB pravico do odškodnine v primeru smrti njeni starši, in sicer v enkratnem skupnem znesku v višini 12.500 evrov. Otroci osebe do 18. leta starosti pa imajo v primeru njene smrti pravico do odškodnine po ZNB v enkratnem skupnem znesku v višini 21.000 evrov (53.b člen ZNB). Odškodninska odgovornost države pa se ne nanaša na škodo, ki je posledica strokovne nepravilnosti pri opravljanju cepljenja ali ki je posledica neustrezne kakovosti cepiva. V teh primerih se uporabijo za morebitne kršitve in škode predpisi civilnega prava (prim. 53.a in 53.b člen ZNB).

## 6 Quo vadis cepljenje v Sloveniji?

Kot že napisano, je »biti obvezno ali ne biti obvezno cepljenje«, vprašanje, ki je aktualno tako v Sloveniji kakor tudi drugod. Slovenija ima kljub strogi zakonski ureditvi cepljenja težave z njeno implementacijo v praksi. Tako je bil 1. februarja 2017 podan za javno obravnavo Predlog Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-1), ki je v 45. členu med tako imenovanimi izločenimi zdravstvenimi storitvami tudi navedel, da med pravice do zdravstvenega zavarovanja ne štejejo zdravstvene storitve, ki so posledica zdravljenja bolezni, ki neposredno izhajajo iz opustitve obveznega cepljenja, če za opustitev cepljenja ni ugotovljenih zdravstvenih razlogov (12. tč. 45. člena Predloga ZZVZZ-1). Podani predlog je odrekal otrokom, katerih starši bi iz neupravičenega razloga opustili zakonsko predpisano obvezno cepljenje, zaradi česar je posledično nastopila potreba po zdravljenju bolezni pri otroku, pravico do zdravstvene storitve iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja. Po predlogu bi tovrstno zdravljenje bremenilo izključno starše oziroma bi pomenilo sankcijo za necepljene otroke. Na kratko: za dejanja staršev bi bili sankcionirani otroci, kar pa je pravno nevzdržno in v nasprotju z načelom socialne države. Prav tako pa tudi ni v skladu s 3. členom Konvencije ZN o otrokovih pravicah (v nadaljevanju: KOP), ki se nanaša na otrokovo korist. Izhajajoč iz omenjenega člena morajo biti otrokove koristi pri vseh dejavnostih v zvezi z otroki, bodisi da jih vodijo državne bodisi zasebne ustanove za socialno varstvo, sodišča, upravni organi ali zakonodajna telesa, glavno vodilo. Države pogodbenice KOP se namreč zavezujejo, da bodo otroku zagotovile takšno varstvo in skrb, kakršno je potrebno za njegovo blaginjo in da bodo v ta namen sprejele vse ustrezne zakonodajne in upravne ukrepe. Prav tako pa države pogodbenice zagotovijo, da se bodo ustanove, službe in zavodi, odgovorni za skrb ali varstvo otrok, prilagodili normam, ki so jih predpisale pristojne oblasti, še posebej na področju varnosti, zdravja ter števila in usposobljenosti osebja, pa tudi zajamčile ustrezen nadzor. Če povzamemo: predlog 12. tč. 45. člena ZZVZZ-1 je v nasprotju s 3. členom KOP, ker:

- a) bi uzakonitev odreka pravice do zdravljenja iz naslova obveznega zdravstvenega varstva pomenila dejavnost zdravstvenega telesa, ki je ni možno opredeliti kot otrokove koristi;
- b) Slovenija, kot država pogodbenica KOP, je zavezana, da otroku zagotovi takšno varstvo in skrb, kakršno je potrebno za njegovo blaginjo in da bo v ta namen sprejela vse ustrezne zakonodajne in

upravne ukrepe. Odrek pravice do zdravljenja iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja nikakor ni ukrep, s katerim se zagotavlja otrokova blaginja. Zatorej bi sprejetje tega zakonodajnega predloga predstavljalo neustrezen zakonodajni ukrep;

- c) Slovenija pa je tudi dolžna zagotoviti in prilagoditi norme, s katerimi se bo zagotovilo uresničevanje načela otrokovih koristi, kar je sicer pravni standard. Pri tem je področje otrokovega zdravje še posebej izpostavljeno.

Nedorečenost dikcije predloga je podana tudi z vidika, da ni jasno, ali bi bilo plačljivo zgolj zdravljenja okužbe, ki bi jo lahko preprečilo predpisano obvezno cepljenje, ali pa tudi zdravljenja drugih bolezni, do katerih bi prišlo kot posledica komplikacije okužbe, kar pa običajno ne bi bilo možno neizpodbitno dokazati (npr. nastanek težke pljučnice, ki so jo povzročile bakterije, ob ošpicah). Prav tako določene bolezni, ki se jih lahko prepreči z obveznim cepljenjem, lahko povzročijo tudi zelo težak potek bolezni, ki zahteva dolgotrajno intenzivno zdravljenje in drago dolgotrajno oskrbo. Z izvzetjem otroka v takšnih primerih iz vseh pravic obveznega zavarovanja za zdravljenje posledic bolezni bi lahko vodilo do uničenja materialne eksistence otrokove družine ter posledično preprečilo, da bi bil otrok deležen potrebne in celo nujne medicinske oskrbe (Ihan, 2017). Zatorej je možno povzeti, da je tovrsten odrek zdravljenja ustavno sporen, saj prav tako ni v skladu z 2. členom URS, po katerem je Slovenija socialna država. In nenazadnje je nedopustno, da bi se zaradi opustitve staršev, sankcioniralo otroke v posledici, ki je nastala zaradi opustitve staršev na zdravju otroka. Slovenij, kot pogodbenica KOP, ima namreč dolžnost priznati otrokovo pravico do najvišje dosegljive ravni zdravja in do storitev ustanov za zdravljenje bolezni in zdravstveno rehabilitacijo. Prizadevati si mora, da zagotovi, da noben otrok ne bo prikrajšan za pravico do takega zdravstvenega varstva. Prav tako pa si mora prizadevati za popolno uresničitev te pravice in še posebej sprejeti ustrezne ukrepe (med ostalim) tudi za zagotovitev potrebne zdravniške pomoči in zdravstvenega varstva vsem otrokom, s poudarkom na razvoju osnovnega zdravstvenega varstva (1. odst. in b. tč. 2. odst. 24. člena KOP).

Začetek februarja 2018 je bil vložen Predlog zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o nalezljivih boleznih (ZNB-B, skrajšani postopek, EPA 2581 – VII) (v nadaljevanju: predlog ZNB-B), katerega cilj je dvig precepljenosti na 95%, ki bo omogočala doseganje kolektivne imunosti. Med ukrepi, s katerimi, naj bi se ponovno zagotovila kolektivna imunost, predlog ZNB-B omenja:



- a) dodatni program v elektronskem registru cepljenih oseb, v okviru katerega bi sistem osebe, ki niso cepljene, evidentiral in podatke poslal pristojnim službam. Takšna ureditev bi omogočila večji nadzor nad opustitvami staršev, s čimer pediatrom ne bi bilo treba več vršiti prijave staršev, ki opuščajo cepljenje otrok iz nemedicinskih razlogov. Ravno ta dolžnost zdravnikov je bila v praksi mnogokrat srž problema v razmerju med zdravnikom in staršem, saj je lahko vodila do okrnitve zaupanja. Predlog bi prav gotov tako doprinesel tudi k izboljšanju razmerja med zdravniki in starši.;
- b) starši ne bi več mogli podati vloge za opustitev cepljenja neposredno pred komisijo za cepljenje. Predlagan je izbris 5. odst. 22.a člena ZNB ter 2. odst. 22.c člena ZNB;
- c) predlog ZNB-1 predvideva obvezno individualno izobraževanje za starše, ki bi odklonili obvezno cepljenje svojega otroka, pri NIJZ. Stroške izobraževanja bi morali kriti starši, ki bi odklonili cepljenje iz nemedicinskih razlogov;
- d) otroci, katerih cepljenje bi izostalo zaradi nemedicinskih razlogov, ne bi mogli biti vpisani v javne vrtce oz. javnofinancirane zasebne vrtce – predvidevamo, da bo to eden izmed glavnih kamnov spotike tega zakona. Takšen ukrep pa v tujini ni novost. Poznajo ga namreč v Avstraliji, Kaliforniji;
- e) kandidat, ki se vpisuje v šole in fakultete, ki izobražujejo in usposablajo za delo v vzgoji, izobraževanju, zdravstvu ali socialno varstvenih zavodih, mora ob vpisu v šolo oziroma fakulteto imeti opravljeno cepljenje proti ošpicam, mumpsu, rdečkam in oslovskemu kašlju ter hepatitisu B, sicer se vpis kandidata zavrne, razen če obstajajo na podlagi odločbe o opustitvi cepljenja utemeljeni medicinski razlogi;
- f) dijaki in študenti, ki se izobražujejo za zdravstveni poklic in nimajo opravljenega obveznega cepljenja ne bodo smeli opravljati praktičnega pouka (npr. tudi na Finskem bo od marca 2018 veljala obveznost cepljenja za delavce, ki delajo na pdročju zdravstvenih storitev in socialne varnosti);
- g) za neupravičene opustitve cepljenja so predvidene tudi globe.

## 7 Sklepna razmišljanja

Predlog ZNB-B je vsekakor dobrodošel, saj bi lahko odpravil večletne nedoslednosti in pomanjkljivosti ZNB, ki so povzročile razkorak med pravno ureditvijo in dejansko prakso na področju cepljenja v Sloveniji. Posledice slednjega so močno okrnile zaupanje v samo cepljenje, kar je rezultiralo v upadu splošne precepljenosti v Sloveniji. Šele zadnji izbruhi bolezni (npr. ošpic v Srbiji, Italiji, Romuniji), so ponovno začeli prebujati zavest o pomenu cepljenja. Zato lahko zagotovo govorimo o »pomladi na področju cepljenja«, ki rezultira že v prvih evropskih zakonodajah, ki so prestopile iz sistema priporočljivega cepljenja v sistem obveznega cepljenja oziroma so povečale obseg števila obveznih cepljenj (npr. Italija, Francija, Romunija...).

### Literatura

- American Medical Association (2015). *Council on Science and Public Health - Report 1 of the Council on Science and Public Health (I-15) : Non-medical Exemptions to Immunization (CSAPH Report 1-I-15)*. Available: <https://www.ama-assn.org/sites/default/files/media-browser/public/about-ama/councils/Council%20Reports/council-on-science-public-health/i15csaph1.pdf> (27.3.2017).
- Benezic, D. (2018). Romania Argues About Compulsory Vaccination. Pridobljeno: <https://www.liberties.eu/en/news/romania-debates-compulsory-vaccination/13871> (9.2.2018).
- Brougher C. (2012) Religious Exemptions for Mandatory Health Care Programs: A Legal Analysis. *Congressional Research Service*, March 1, 2012. Pridobljeno: [https://www.everycrsreport.com/files/20120301\\_RL34708\\_32559c5f778613b7e1c5d6aed24dd81e9ad3282f.pdf](https://www.everycrsreport.com/files/20120301_RL34708_32559c5f778613b7e1c5d6aed24dd81e9ad3282f.pdf) (3.3.2017).
- Calandrillo, S. P. (2004) Vanishing vaccinations: why are so many Americans opting out of vaccinating their children?. *University of Michigan Journal of law reform*, 37(2): 353-440.
- Cioli, A. (2008). Mandatory School Vaccinations: The Role of Tort Law. *Yale J Biol Med*. 2008 Sep; 81(3): 129-137.
- Cole J. P. & Swendiman K. S. (2014) Mandatory Vaccinations: Precedent and Current Law. *Congressional Research Service*. May, 21 2014. Pridobljeno: <https://fas.org/sgp/crs/misc/RS21414.pdf> (3.3.2017).
- De Renzis, F. (2017). Measles in the EU/EEA: current outbreaks, latest data and trends – December 2017. Pridobljeno: <http://www.immunize-europe.org/topic/272-measles-in-the-eueea-current-outbreaks-latest-data-and-trends-%E2%80%93-december-2017/> (8.2.2018).
- Finnegan, G. (2017). Mandatory vaccination: does it work in Europe? Pridobljeno: <https://www.vaccinestoday.eu/stories/mandatory-vaccination-work-europe/> (9.2.2018).

- Firger, J. (2015). »Measles parties« are not child's play. *CBS NEWS February 10, 2015*. Available: <http://www.cbsnews.com/news/california-health-officials-warn-against-measles-parties/> (29.3.2017).
- Hus, I. (2016). Vsako leto manj cepljenih, globe do 1000 evrov. *Žurnal24.si* 26.6.2016. Available: <http://www.zurnal24.si/vsako-leto-manj-cepljenih-globe-do-1000-evrov-clanek-273066> (4.4.2017).
- Ihan, A. (2017) Uganke iz reforme - Zdravstvena reforma, ki potiska ljudi na rob, potrebuje tudi člen za milostni strel. *Delo*. Pridobljeno: <http://www.times.si/tehnologija/uganke-iz-reforme--8fcc4be1add0f1b41706be19bab291d03dc72be.html> (6.2.2018)
- Jackson, E. (2010). *Medical Law – Text, Cases, and Materials*. New York : University Oxford Press.
- Kompare, N. (2015). Obvezno cepljenje otrok proti nalezljivim boleznim. *Pravna praksa št. 10*: 17-18.
- Konvencija o otrokovih pravicah: Uradni list RS – MP, št 9/92.
- Kraigher, A., Ihan, A. & Avčin, T. (2011). *Cepljenje in cepiva – dobre prakse varnega cepljenja* (Ljubljana: Sekcija za preventivno medicino SZD : Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe SZD : Inštitut za varovanje zdravja).
- Kraljić, S. (2017) Pravna ureditev obveznega cepljenja otrok v Sloveniji = Legal regulation of mandatory vaccination of children in Slovenia. V: *Zbornik radova, II. simpozij Pravni, etički i medicinski aspekti suvremenog vođenja poroda*, Šibenik, 11.-13.05.2017. Zagreb: Klinika za ginekologiju i porodništvo Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu Kliničke bolnice Sveti Duh, str. 81-95.
- Kraljić, S. (2018) Slovenija spada med države s strogo ureditvijo. *Večer 13.1.2018*. Pridobljeno: <https://www.vecer.com/slovenija-spada-med-drzave-s-strogo-ureditvijo-6382626> (9.2.2018).
- Leifer, C. (2015) Mandatory vaccination will protect all citizens. *The Pharmaceutical Journal 2 Apr 2015*. Pridobljeno: <http://www.pharmaceutical-journal.com/opinion/comment/mandatory-vaccination-will-protect-all-citizens/20068190.article> (2.3.2017).
- Looker, C. & Kelly, H. (2011) No-fault compensation following adverse events attributed to vaccination: a review of international programmes. *Bulletin of the World Health Organization* 2011;89:371-378. doi: 10.2471/BLT.10.081901 Pridobljeno: <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/5/10-081901/en/> (6.2.2018).
- Možina, D. (2013). Odškodninska odgovornost države. *Pravni letopis*:141-165.
- NIJZ (2015). Precepljenost šolskih otrok v Sloveniji v šolskem letu 2013/2014. Available: [http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/solarji\\_2013-2014.pdf](http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/solarji_2013-2014.pdf) (12.3.2017).
- NIJZ (n.d.). Cepljenje – koledar cepljenja predšolski in šolskih otrok v letu 2016. Pridobljeno: <http://www.nijz.si/sl/koledar-cepljenja-predsoljskih-in-solskih-otrok-v-sloveniji-v-letu-2016> (8.2.2018).
- Novak, A. (2005). The Religious and Philosophical Exemptions to state-compelled vaccination : constitutional and other challenges. *Journal of Constitutional Law*, Vol. 7:4 : str. 1101-1129.
- Omer, S. B., Salmon, D. A., Orenstein, W. A., De Hart, P.M. & Halsey, N. (2009). Vaccine Refusal, Mandatory Immunization, and the Risks of Vaccine-Preventable Diseases. *N Engl J Med* 360;19 : pp. 1981-1988.

- Pierik, R. (2017). On Religious and Secular Exemptions. A Case Study of Childhood Vaccination Waivers. *Ethnicities* Vol. 17(2): 220–241.
- Ustava Republike Slovenije (URS): Uradni list RS, št. 33/1991-I; 42/1997; 66/2000; 24/2003; 69/2004; 68/2006; 47/2013.
- Vudrag, M. (2015) Pomen cepljenja – znanstveno ozadje versus miti in stereotipi. V: Zadnik et al. (ur.) Zbornik prispevkov z recenzijo Sodobni koncepti cepljenj in preventive v osnovnem zdravstvenem varstvu - Tretja znanstvena konferenca z mednarodno udeležbo, Izola, 19. junij 2015. Koper: Založba Univerze na Primorskem; str. 23-26.
- Walkinshaw, E. (2011). Mandatory vaccinations: The Canadian picture. *CMAJ* November 8, 2011 vol. 183 no. 16.
- Weigel, M., Bruns, R., Weitmann, K. & Hoffmann, W. (2014). Immunization Rates at the School Entry in 2012 - Nationwide German Data With Regional and Local Breakdown. *Dtsch Arztebl Int* 111(46): 788-94; DOI: 10.3238/arztebl.2014.0788
- Yang, T.Y., Bhoobun, S, Itani, T. & Jacobsen, K. H. (2016). Europe Should Consider Mandatory Measles Immunization for School Entry. *Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society*, Vol. 5, No. 3: 319–22; DOI:10.1093/jpids/piw003
- Zakon o nalezljivih boleznih (ZNB): Uradni list RS, št. 33/06 – UPB.

# PRAVNI ASPEKTI ZAKONSKE OBVEZE CIJEPLJENJA

DINKA ŠAGO

Sveučilište u Splitu, Pravni fakultet, Split, Hrvatska, e-mail: dsago@pravst.hr

**Sažetak** Jedna od aktualnih tema današnjice je cijepljenje djece, njegovi pozitivni i negativni učinci, te kako pravo na izbor roditelja/skrbnika djeteta uskladiti s zakonskom obvezom cijepljenja djece u Republici Hrvatskoj. Svrha ovog rada je analizirati uplitanje države u obiteljski život, ukazati na stručno medicinsko stajalište o cijepljenju djece, prava roditelja/skrbnika da skrbe o djeci u skladu s njihovom dobrobiti, te pravo djeteta na zdravlje. Temeljena pitanja koja se nameću su trebaju li prava pojedinaca nadvladati opću dobrobit i je li roditeljsko odbijanje cijepljenja djece u skladu s djetetovom dobrobiti ili samo zadovoljenje vlastitih uvjerenja koja onda imaju učinak ne samo na dijete već na cijelu zajednicu s obzirom na to da je riječ o cijepljenju protiv zaraznih bolesti. Predmet rada je analiziranje ustavnopravnih i zakonskih uređenja roditeljskog prava i obvezne imunizacije djece, te ocjenjivanje ustavnosti obvezne imunizacije djece s osvrtom na odluku Ustavnog suda Republike Hrvatske iz 2014. godine.

**Ključne riječi:**

cijepljenje,  
obvezno  
cijepljenje,  
informirani  
pristanak,  
nuspojave,  
odgovornost.

**Prvi put objavljeno u:**

ŠAGO, Dinka, Pravni aspekti zakonske obveze cijepljenja, *Zbornik radova s međunarodnog kongresa "1. kongres KOKOZA i 3. hrvatski kongres medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem"* / KURTOVIĆ MIŠIĆ, A. i dr. (ur.). (ur.). Split: Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu, 2019., str. 171 – 192.



DOI <https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7>  
ISBN 978-961-286-335-7

# LEGAL ASPECTS OF THE COMPULSORY VACCINATION

DINKA ŠAGO

University of Split, Faculty of Law, Split, Croatia, e-mail: dsago@pravst.hr

**Abstract** One of the current issues of today is the compulsory vaccination, its political and social repercussions which are reflected in legislative and judicial discussions, its positive and negative effects. The purpose of this paper is to analyze the interference of the state with family life, to point out the professional medical position on the vaccination of children, the parents rights to care for children in accordance with their welfare and the right of the child to health. The underlying issues that arise are whether the rights of individuals overcome the general well-being. Special light is shed on the reasons behind the Ruling of the Constitutional Court of the Republic of Croatia of 30 January 2014 dismissing the application for initiation of the procedure for assessment of compliance of provisions of the Act on the Protection of the Population against Communicable Diseases with the Constitution.

**Keywords:**

vaccination,  
compulsory  
vaccination,  
informed consent,  
vaccine injury  
compensation,  
obligations.

**First published in:**

ŠAGO, Dinka, Pravni aspekti zakonske obveze cijepljenja, *Zbornik radova s međunarodnog kongresa "1. kongres KOKOZA i 3. hrvatski kongres medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem"* / KURTOVIĆ MIŠIĆ, A. i dr. (ur.). (ur.). Split: Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu, 2019., str. 171 – 192.

<https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7> DOI  
978-961-286-335-7 ISBN



## 1 Uvod

Pravno uređenje cijepljenja djece u Republici Hrvatskoj regulirano je Zakonom o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti (ZZPZB, Narodne novine, br. 79/07, 113/08, 43/09, 130/17), Pravilnikom o načinu provođenja imunizacije, seroprofilakse, kemoprofilakse protiv zaraznih bolesti te o osobama koje se moraju podvrgnuti toj obvezi (u nastavku: Pravilnik, Narodne novine, br. 103/13) i Programom obveznog cijepljenja kojeg donosi Ministarstvo zdravstva na prijedlog Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (Trogodišnji Program obveznog cijepljenja u Hrvatskoj u 2019. - 2021. godine, u nastavku: Program obveznog cijepljenja).

Odredbama ZZPZB-a utvrđuju se zarazne bolesti čije je sprečavanje i suzbijanje od interesa za RH kao i mjere za zaštitu pučanstva od zaraznih bolesti, jedna od kojih je i cijepljenje odnosno imunizacija (čl. 1., čl. 9. u vezi s čl. 12.). Zarazne bolesti protiv kojih je cijepljenje obvezno su: tuberkuloza, difterija, tetanus, hripavac, dječja paraliza, ospice, crvenka, zaušnjak i virusna žutica tipa B i bolesti uzrokovanih s *Haemophilus influenzae* tip B, dok je cijepljenje protiv virusne žutice tipa B, bjesnoće, žute groznice, kolere, trbušnog tifusa i drugih zaraznih bolesti obvezno samo za zakonom određene kategorije osoba (čl. 40.). Programom je regulirano za koga sve vrijedi obveza cijepljenja protiv pojedine bolesti, u kojoj dobi djeteta se vrši cijepljenje i docijepljivanje, na koji način se cijepljenje provodi i kojim cjepivom. Kada se obveza pridržavanja mjera zaštite pučanstva od zaraznih bolesti odnosi na maloljetnu osobu, novčanom kaznom u iznosu od 2.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj roditelj, odnosno skrbnik, ako ne izvrši obvezu imunizacije protiv bolesti utvrđenih Programom obveznog cijepljenja djece školske i predškolske dobi (čl. 77. ZZPZB). Ipak, iznimke od navedenih pravila su moguće. Tako je Pravilnikom, između ostalog, određeno koje kategorije osoba ne podliježu obvezi cijepljenja protiv određenih zaraznih bolesti. Riječ je o osobama kod kojih je liječnik utvrdio da postoje kontraindikacije koje su propisane samim Pravilnikom, a koje mogu biti privremene ili trajne prirode. O prirodi utvrđenih kontraindikacija ovisi daljnje postupanje liječnika koji cijepljenje može odgoditi uz obvezu da odredi vrijeme naknadne imunizacije ili može cijepljenje ne provesti uz obvezu izdavanja potvrde o trajnim kontraindikacijama (čl. 10. - 12.).

## 2 Informirani pristanak i pravo na odbijanje cijepljenja

Liječnici su obvezni informirati pacijenta o bilo kakvom razumno predvidljivoj riziku od štete koja bi mogla proizaći iz predloženog liječenja. Obavješćavanje se mora pružiti tako da pacijent, provodeći uobičajenu brigu o vlastitoj dobrobiti i suočen s izborom predloženog ili eventualno alternativnog tretmana, može izvršiti razumnu prosudbu balansirajući moguće rizike s mogućim dobrobitima. Pravo pacijenta na suodlučivanje regulirano je međunarodnim i nacionalnim propisima. Međunarodni ugovor koji uređuje to pravo pacijenata je Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini iz 1997. godine (Zakon o potvrđivanju Konvencije o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine: Konvencije o ljudskim pravima i biomedicini, Dodatnog protokola uz Konvenciju o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine o zabrani kloniranja ljudskih bića i Dodatnog protokola uz Konvenciju o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine, u vezi presađivanja organa i tkiva ljudskog porijekla - Narodne novine, Međunarodni ugovori, br. 013/2003). Članak 5. te Konvencije propisuje da se medicinski zahvat može provesti samo nakon što je pacijent dao slobodan i informirani pristanak. U istom se članku navodi i da pacijent mora biti obaviješten o svrsi i prirodi postupka, kao i o mogućim posljedicama i rizicima te da osoba može u svakom trenutku povući svoj pristanak.

U Republici Hrvatskoj pravo na informirani pristanak regulirano je ponajprije Zakonom o zaštiti prava pacijenata (Narodne novine, br. 169/04, 37/08). Također je značajan i Kodeks medicinske etike i deontologije Hrvatske liječničke komore (Narodne novine, br. 55/08, 139/15). Sukladno čl. 8. Zakona o zaštiti prava pacijenata, pacijent ima, između ostalog, pravo na potpunu obaviještenost o svome zdravstvenom stanju, uključujući medicinsku procjenu rezultata i ishoda određenoga dijagnostičkog ili terapijskog postupka, preporučenim pregledima i zahvatima te planiranim datumima za njihovo obavljanje, mogućim prednostima i rizicima obavljanja ili neobavljanja preporučenih pregleda i zahvata, svome pravu na odlučivanje o preporučenim pregledima ili zahvatima, kao i mogućim zamjenama za preporučene postupke (Knol Radoja, 2018: 509 – 513).



Pacijent ima pravo dobiti obavijesti na način koji mu je razumljiv s obzirom na dob, obrazovanje i mentalne sposobnosti. Stoga se rizici svih medicinskih postupaka, pa tako i oni povezani s nuspojavama cjepiva, ne bi smjeli nametnuti pojedincima bez njihova pristanka. Pristanak pacijenta na medicinski postupak mora biti utemeljen na potpunoj obaviještenosti o svim mogućim posljedicama, osim u izvanrednim slučajevima kada se taj pristanak ne može dobiti (Parmet, 2005: 71 – 110). Liječnik koji ne iznese sve loše, kao i dobre strane postupka, riskira opasnost tužbe, ako nešto pođe po zlu. Ipak, u nekim državama unatoč pravu na informiranost o medicinskom postupku koji se treba provesti na nekom pojedincu, kada je u pitanju cijepljenje, ono ostaje samo na deklaratornoj razini i to ponajviše zbog praktičnih razloga zbog nedostatka vremena da se svakom pacijentu pojedinačno daju objašnjenja postupka i rizika. Osim toga, čak ako i dobije sve informacije o cijepljenju, u nekim je državama, primjerice u Republici Hrvatskoj, cijepljenje protiv određenih bolesti propisano zakonom kao obvezatno, pa se onaj tko ga odbije suočava s novčanim kaznama (Tucak, 2016: 621-645).

### **3 Zakonsko uređenje roditeljskog prava u Republici Hrvatskoj**

Roditeljsko pravo u Republici Hrvatskoj uređeno je Ustavom Republike Hrvatske (Narodne novine, br. 56/1990, 135/1997, 113/2000, 28/2001, 76/2010, 5/2014) i Obiteljskim zakonom (Narodne novine, br. 103/2015). Ustav RH u odredbi čl. 35. propisuje da se svakom jamči štovanje i pravna zaštita njegova osobnog i obiteljskog života, dostojanstva, ugleda i časti. Ustav RH u odredbi čl. 63. propisuje da su roditelji dužni odgajati, uzdržavati i školovati djecu te imaju pravo i slobodu da samostalno odlučuju o odgoju djece. Obiteljski zakon u čl. 6. propisuje da roditelji prije svih imaju pravo, dužnost i odgovornost živjeti sa svojim djetetom i skrbiti se o djetetu, a pomoć im se pruža i intervenira samo u slučaju potrebe. Članak 7. regulira razmjernu i najblažu intervenciju u obiteljski život u kojem je određeno da su mjere kojima se zadire u obiteljski život prihvatljive ako su nužne te se njihova svrha ne može ostvariti poduzimanjem blažih mjera uključujući i preventivnu pomoć, odnosno potporu obitelji.

Obiteljski zakon određuje roditeljsku skrb u čl 91. st. 1. Roditeljsku skrb čine odgovornosti, dužnosti i prava roditelja, u svrhu zaštite i promicanja djetetovih osobnih i imovinskih prava te dobrobiti. Roditeljsku skrb roditelji su dužni ostvarivati u skladu s djetetovim razvojnim potrebama i mogućnostima. Stavkom 2. istog članka propisano je da se roditelji ne mogu odreći prava na roditeljsku skrb.

U vezi s djetetovim pravom na zdravlje Obiteljski zakon u čl. 92. st. 1. t. 1. navodi da u sadržaj roditeljske skrbi ulazi pravo i dužnost zaštite osobnih prava djeteta na zdravlje, razvoj, njegu i zaštitu, odgoj i obrazovanje, ostvarivanje osobnih odnosa i određivanje mjesta stanovanja. U odredbi čl. 93. st. 1. propisuje se da su roditelji dužni i odgovorni skrbiti se o zdravlju djeteta te mu omogućiti korištenje mjera za čuvanje, unapređenje i vraćanje zdravlja, sukladno propisima kojima se uređuje zdravstvo i zahtjevima medicinske znanosti.

Republika Hrvatska je i stranka Konvencije za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda kojom se u odredbi čl. 8. jamči pravo na poštovanje privatnog i obiteljskog života, u odredbi čl. 14. zabranjuje diskriminacija. Također, u čl. 2. Prvog protokola uz Konvenciju jamči se pravo na obrazovanje. Osim što roditelji imaju pravo na zaštitu osobnih prava djeteta na zdravlje, odgoj, obrazovanje itd., to pravo imaju, dakako, i sama djeca. Naime, pravo djece na informiranje, kao i na to da svoje mišljenje slobodno kažu i budu saslušani, pravo na dobar odgoj, te pravo na najveću moguću mjeru zaštite zdravlja kao i zdravstvene preventivne i medicinske brige, propisana su još Konvencijom o pravima djeteta iz 1989. godine koje je Republika Hrvatska stranka.

Ima li država legitimno pravo uplitati se u roditeljski odabir u vezi s cijepljenjem djeteta te tako uvesti i obvezu cijepljenja? Prvi odgovor bio bi ima jer je prije svega riječ o brizi za zdravlje, a što spada među dužnosti države, te što je u konačnici i propisano odredbom čl. 70. Ustava RH kojim je predviđeno da svatko ima pravo na zdrav život, da država osigurava uvjete za zdrav okoliš te da je svatko dužan, u sklopu svojih ovlasti i djelatnosti, osobitu skrb posvećivati zaštiti zdravlja ljudi, prirode i ljudskog okoliša. Odredbom čl. 16. Ustava RH određeno je da se slobode i prava mogu ograničiti samo zakonom da bi se zaštitila sloboda i prava drugih ljudi te pravni poredak, javni moral i zdravlje. Stavkom 2. istog članka određeno je da svako ograničenje slobode ili prava mora biti razmjerno naravi potrebe za ograničenjem u svakom pojedinom slučaju.

Državna tijela prate ostvarivanje roditeljskih prava, te u iznimnim situacijama mogu roditelje lišiti roditeljske skrbi. Odbijanje cijepljenja ipak se u hrvatskoj sudskoj praksi ne smatra tako bitnom povredom koja dovodi do takvih drastičnih mjera kao što je lišenje roditeljske skrbi ili pak osuđivanje za kazneno djelo povrede djetetovih prava iz čl. 177. Kaznenog zakona (Narodne novine, br. 125/2011, 144/2012, 56/2015, 61/2015, 101/2017, 118/2018). Ipak, u Kaznenom zakonu, u odredbi čl.

192. propisana je sankcija kazne zatvora od 6 mjeseci do 5 godina u slučaju da se djetetu stanje pogorša ili dođe do oboljenja uslijed necijepljenja zbog nepostupanja po propisima ili naredbama kojima nadležno državno tijelo naređuje preglede ili druge mjere za sprječavanje i suzbijanje zaraznih bolesti među ljudima (Cvitanović & Derenčinović & Turković & Munivrana Vajda & Dragičević Prtenjača & Maršavelski & Roksandić Vidlička, 2018: 227 – 230).

Liječnici su dužni prijaviti roditelje koji odbiju cijepiti svoje dijete Centru za socijalnu skrb zbog zanemarivanja djeteta nakon čega je Centar dužan ispitati slučaj i poduzeti određene mjere za zaštitu djetetovih prava. Vrlo često sanitarna inspekcija i dječji vrtići dostavljaju obavijesti Uredu pravobraniteljice za djecu o nepostupanju roditelja u skladu sa zakonskom obvezom cijepljenja djece. Naime, djetetovo necijepljenje pojačava rizik da bude zaraženo bolestima protiv kojih se zahtijeva cijepljenje, a ugrožava i kolektivni imunitet.

U državama u kojima ne postoji izuzeće od cijepljenja na temelju vjerskih ili filozofskih uvjerenja, kao što je to Republika Hrvatska, djetetu će biti uskraćeno i pravo na osnovno školovanje i pohađanje predškolskog programa, a što za sobom povlači niz implikacija koje podrazumijeva gubitak dobrog školovanja, na koje dijete sukladno međunarodnim propisima, Ustavu i zakonu ima pravo. Naime, djeca koja nisu imunizirana sukladno odredbama ZZPZB-a i Pravilnika ne mogu biti upisana u ustanove predškolskog i osnovnoškolskog odgoja.

Zakonom o predškolskom odgoju i obrazovanju (Narodne novine, br. 10/97, 107/07, 94/13) propisano je da Program zdravstvene zaštite djece, higijene i pravilne prehrane djece u dječjim vrtićima određuje ministar nadležan za zdravstvo uz suglasnost ministra nadležnog za obrazovanje.

Danas sve više roditelja, iako je njihov broj i dalje neznan, odlučuje odbiti cijepiti svoje dijete zbog svojih vlastitih uvjerenja i straha od negativnih popratnih pojava, točnije opasnosti po zdravlje djeteta. Kako bismo pokušali odgovoriti na pitanje ima li država pravo uplitati se u obiteljski život namećući takvu obvezu, valja prije svega ukazati na pozitivno a isto tako i moguće negativne učinke cijepljenja.

#### 4 Zakonska obveza cijepljenja

ZZPZB – om utvrđuju se zarazne bolesti čije je sprečavanje i suzbijanje od interesa za Republiku Hrvatsku (čl. 1.) kao i mjere za zaštitu pučanstva od zaraznih bolesti (čl. 2). U čl. 12. istog Zakona određuju se posebne mjere zaštite pučanstva od zaraznih bolesti, a pod toč. 8. nabrojene su sljedeće posebne mjere: imunizacija, seroprofilaksa i kemoprofilaksa. Imunoprofilaksu provodimo vakciniranjem odnosno cijepljenjem s određenim vakcinama odnosno cjepivima, a čl. 40. navedene su bolesti protiv kojih je obavezno provesti imunoprofilaksu.

Cijepljenje podržava i Svjetska zdravstvena organizacija (<http://www.who.int/topics/immunization/en/> to The Council of the European Union conclusions on childhood immunisation: successes and challenges of European childhood immunisation and the way forward (2011/C 202/02): <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2011:202:0004:0006:EN:PDF>).

Ovdje se može postaviti nekoliko pitanja. Prvo pitanje je postoje li uopće javnozdravstveni pokazatelji kojima se baš sve posebne mjere zaštite pučanstva od zaraznih bolesti treba provoditi kao redovite mjere za suzbijanje određenih zaraznih bolesti ili tek kada postoji izravni kontakt i ugroza od zaraze? Drugo pitanje je smije li liječnik provoditi imunoprofilaksu bez izričite privole osobe na kojoj se cijepljenje primjenjuje? Kada govorimo o djetetu i maloljetnim osobama, podrazumijeva se privola roditelja odnosno skrbnika.

Treće pitanje bi bilo ima li jasnih znanstvenih dokaza za svako pojedino cjepivo da nudi zaštitu od zarazne bolesti te da ima zanemarivo malo mogućih nuspojava odnosno da nema kontraindikacija za primjenu?

Člankom 12. nabrojane su posebne mjere za sprečavanje i suzbijanje zaraznih bolesti: 1. rano otkrivanje izvora zaraze i putova prenošenja zaraze; 2. laboratorijsko ispitivanje uzročnika zarazne bolesti, odnosno epidemije zarazne bolesti; 3. prijavljivanje; 4. prijevoz, izolacija i liječenje oboljelih; 5. provođenje preventivne i obvezne preventivne dezinfekcije, dezinskcije i deratizacije; 6. zdravstveni nadzor nad kliconošama, zaposlenim i drugim osobama; 7. zdravstveni odgoj osoba; 8. imunizacija, seroprofilaksa i kemoprofilaksa i 9. informiranje zdravstvenih radnika i pučanstva.

Posebne mjere iz čl. 12. ZZPZB od zaraznih bolesti zapravo bi trebalo promotriti tako da razlikujemo jesu li mjere potrebne, provedive i preporučljive samo kada postoji prisustvo zaraze ili i onda kada tek postoji naznaka opasnosti od zaraze. U točki 1., 2., 3., 4. i 6., te čl. 12., navode se mjere koje podrazumijevaju prisutnost zaraze, odnosno zaraznog agensa. Kod mjera nabrojanih pod 5., 7., i 9. nije važno je li zaraza već prisutna. U točki 8. opisane su i one mjere koje se provodi redovito neovisno o izloženosti zarazi i one koje se preporučuje provoditi samo u slučajevima posebne izloženosti zarazi (naročito seroprofilaksa i kemoprofilaksa).

Potom se u članku 40. definira kako se obavezno ima provoditi imunoprofilaksu:

1. protiv tuberkuloze, difterije, tetanusa, hripavca, dječje paralize, ospica, crvenke, zaušnjaka i virusne žutice tipa B i bolesti uzrokovanih s *Haemophilus influenzae* tip B – za sve osobe određene dobi;
2. protiv tetanusa ozlijeđenih osoba;
3. protiv virusne žutice tipa B – za osobe pod povećanim rizikom od zaraze;
4. protiv bjesnoće – za sve osobe koje su profesionalno izložene riziku od zaraze i koje ozlijedi bijesna životinja ili životinja za koju se sumnja da je bijesna;
5. protiv žute groznice – za osobe koje putuju u državu u kojoj postoji ta bolest ili u državu koja zahtijeva imunizaciju protiv te bolesti;
6. protiv kolere i drugih zaraznih bolesti – za osobe koje putuju u državu koja zahtijeva imunizaciju protiv tih bolesti ili u slučajevima kada za to postoji epidemiološka indikacija i
7. protiv trbušnog tifusa i drugih zaraznih bolesti za sve osobe za koje postoje epidemiološke indikacije.

U točki 1. čl. 40. navedene su bolesti kojima ne moramo biti izloženi da bi se smatrala imunoprofilaksa obaveznom, jer se smatraju bolestima čije je sprečavanje i suzbijanje od interesa za Republiku Hrvatsku (čl. 1. ZZPZB). U točkama od 2. – 7. pak su nabrojane situacije kada je imunoprofilaksa obavezna jer su osobe izložene zarazi ili povećanom riziku od iste.

## 5 Različita stajališta o zakonskoj obvezi cijepljenja

Zagovornici zakonske obveze cijepljenja ističu da je cijepljenje zaštita od niza teških zaraznih bolesti; da je zahvaljujući cjepivu eliminiran niz bolesti, iako neke ne i potpuno; ističu da je u današnje vrijeme otvorenih granica zaraznost iznimno laka; da iza svakog cjepiva stoji niz studija i provjera; da su teške nuspojave vrlo rijetke, a posljedice bolesti protiv kojih se cijepi puno teže te da je i u zemljama slobodnog izbora cijepljenja, procijepljenost veća od 90 posto.

S druge strane protivnici cijepljenja ističu mogućnost teških nuspojava, da cjepiva ne štite doživotno i nisu sto posto učinkovita pa do toga da su pojedine bolesti protiv kojih se cijepi iskorijenjene (Balinska, 2003: 443–447).

## 5.1 Pozitivni učinci cijepljenja

Zagovornici zakonske obveze cijepljenja ističu da naglasak treba staviti na pravo svih da ne budu izloženi opasnostima od zaraznih bolesti. Naime, nije dovoljno da se pojedinac sam cijepi i tako zaštiti od zaraze. Da bi pojedinci bili zaštićeni od bolesti protiv kojih se cijepi, potrebno je postojanje kolektivnog imuniteta, tzv. imuniteta stada koji podrazumijeva da je dovoljan postotak skupine otporan, a taj se postotak razlikuje od bolesti do bolesti. Stopa pokrivenosti, nužna za zaustavljanje prijenosa zaraze, ovisi o osnovnom reprodukcijskom broju (RO), definiranom kao prosječan broj prijenosa koji se očekuje od jednog primarnog slučaja uvedenog u zajednicu.

Bolesti s visokim RO-om (npr. ospice) traže veću pokrivenost da bi se postigao imunitet stada nego bolesti s nižim RO-om (rubeola, dječja paraliza, Haemophilus influenzae tip B) (Davis, 1997:

[http://engagedscholarship.csuohio.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1397&context=fac\\_articles](http://engagedscholarship.csuohio.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1397&context=fac_articles)).

Ipak, neki pojedinci neće steći potpuni imunitet cijepljenjem, a drugi se ne mogu cijepiti zbog medicinskih indikacija. Kod takvih skupina ljudi i dalje prijete opasnost od zaraze bolešću. Obvezno cijepljenje posebno štiti ranjive društvene skupine: oboljele od zloćudnih bolesti koji prolaze kemoterapije, pacijente s transplantiranim organima, alergične na cjepiva, trudnice (Gajski, 2011: 51-55).

Oni koji nisu cijepljeni uživaju koristi i zaštite od cijepljenja (Jošt & Šooš, 2007: 305.-324). Necijepljeni ne samo da ne snose rizik, već svojim necijepljenjem poništavaju imunitet cijepljenih. Tako se može dogoditi da tamo gdje je procijepljenost niska, i oni koji su cijepljeni mogu oboljeti. Na taj način necijepljeni nanose štetu drugima, pa država ima legitimno pravo reagirati upotrebom prisile (Davis & Fredrickson & Arnold & Cross & Humiston & Kristen Green & Bocchini, 2001: 1–11). Međutim, postavlja se pitanje ima li na to država pravo u vrijeme kada je rizik od bolesti neznan ili je postojanje epidemije uvjet za takvo postupanje države? Isto tako postoji li takva obveza i kod bolesti koje se ne prenose međuljudskim kontaktom ili samo kod zaraznih bolesti?

Kao pozitivan učinak cijepljenja dokazano je da su neke bolesti reducirane odnosno postale rijetke (ospice, dječja paraliza), a neke su iskorijenjene (velike boginje). Ipak, odluku protiv kojih će se bolesti cijepiti donosi svaka država prema svojoj ocjeni koja se temelji na preporukama medicinske zajednice. Jednako kao i način na koji će se to učiniti. Premda velik broj država ne primjenjuje prisilu kao način provođenja cijepljenja, procijepljenost u tim državama je velika (Flanigan, 2014: 5-25).

Bez obzira na pozitivne učinke cijepljenje od pojedinih zaraznih bolesti, mišljenja smo da nije opravdano represivno nametati bilo kakav preventivni ili kurativni medicinski postupak. Naime, cijepljenje predstavlja prisilno unošenje stranog tijela u organizam, što jest i što bi moralo biti nedopustivo bez prethodne slobodne i informirane privole.

Ljudi koji su prisiljeni nešto učiniti skloni su tu radnju smatrati riskantnijom nego što ona zaista jest. Većina roditelja vjeruje liječnicima kad je riječ o učinkovitosti cijepljenja. Međutim, situacija bi bila u mnogome bolja kad bi se prisila, koja povjerenje čini nevažnim, zamijenila informiranjem i uvjeravanjem (Tucak, u Rešetar & Aras Kramar & Lucić & Medić & Šago & Tucak & Mioć, 2017: 150).

Nepovjerenje podupire i sumnja u postojanje sukoba interesa između proizvođača cjepiva i dobrobiti pacijenata (Shapiro, 2012: 160).

## **5.2 Negativni učinci cijepljenja**

Štetne učinke cijepljenja možemo podijeliti na akutne reakcije, primjerice bol, otečenost, apsces, febrilitet, osip, glavobolja, bol u zglobovima, bolest protiv koje se cijepilo, pad trombocita, alergije. Iako su rijetke ozbiljne nuspojave od cijepljenja, one se ipak javljaju, te se njihova pojava redovito prati.

Argumenti koji govore u prilog nedostacima cijepljenja su toksičnost cjepiva koje može uzrokovati štetne učinke, neučinkovitost tj. nedostatak potrebe za cijepljenjem, financijski motiviran interes proizvođača, te opasnost od društvene kontrole posredovane cijepljenjem.

U Republici Hrvatskoj nadzor nad nuspojavama cijepljena obavljaju dva tijela. U okviru nadzora nad provedbom Programa obveznih cijepljenja, Hrvatski zavod za javno zdravstvo provodi praćenje nuspojave cijepljenja preko Registra nuspojave cijepljenja, radi evaluacije cjepiva koja se koriste u Republici Hrvatskoj i ako se ukaže potreba, intervencije. Hrvatska agencija za lijekove i medicinske proizvode odgovorna je prema Zakonu o lijekovima (Narodne novine, br. 76/13, 90/14, 100/18), za post marketinško praćenje nuspojave cijepljenja. Jedina ozbiljna nuspojava koju priznaje medicinska zajednica je anafilaktički šok čija je pojavnost jedan slučaj u 1,1 milijunu (Rješenje Ustavnog suda Republike Hrvatske, br. U-I-5418/2008 U-I-4386/2011 U-I4631/2011, Zagreb, 30. siječnja 2014.).

Izješća o prijavama nuspojave cijepljenja u Hrvatskoj sadrže podatke o rasporedu cijepljenja prema Programu cijepljenja, broju prijavljenih nuspojave nakon cijepljenja (prema cjepivu) i postignutim cijepnim obuhvatima u Hrvatskoj prema Programu obveznih cijepljenja (<https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-zarazne-bolesti/nuspojave-cijepljenja-u-hrvatskoj/>).

Prijava nuspojave cijepljenja je obvezna prema ZZPZB-i i Pravilniku, Programu obveznog cijepljenja i Zakonu o lijekovima. Svaka nuspojava cijepljenja (obveznog i neobveznog) se u najkraćem roku mora prijaviti Službi za epidemiologiju zaraznih bolesti HZJZ-a, na službenom obrascu.

Liječnici u bolnicama i drugi liječnici, koji dijagnosticiraju nuspojavu od cijepljenja, a nisu cijepili oboljelog, obavezno prijavljuju nuspojavu (ispunjenu podacima kojima raspolažu) Službi za epidemiologiju nadležnog županijskog Zavoda za javno zdravstvo. Epidemiolog će, nakon što prikupi podatke od cjepitelja, prijavu proslijediti Službi za epidemiologiju zaraznih bolesti HZJZ-a. Prijava je podloga za intervenciju epidemiologa koja kod ozbiljnih nuspojave ili grupiranja nuspojave mora rezultirati povlačenjem određene serije cjepiva ili drugim brzim akcijama koje će spriječiti moguće posljedice daljnjeg cijepljenja. Individualnu prijavu nuspojave cjepiva bez mogućnosti identifikacije osobe Služba za epidemiologiju zaraznih bolesti HZJZ odmah prosljeđuje Agenciji za lijekove i medicinske proizvode. Odmah po prijavi grupiranja nuspojave, teških ili neuobičajenih nuspojave, a povezano s cijepljenjem ili određenim cjepivom, Služba za epidemiologiju zaraznih bolesti HZJZ-a telefonski obavještava Ministarstvo zdravstva. Agencija za lijekove i medicinske proizvode individualnu prijavu u roku od 15 dana prosljeđuje proizvođaču cjepiva. U hitnim intervencijama se telefonska obavijest Službe za



epidemiologiju zaraznih bolesti HZJZ-a odmah prosljeđuje proizvođaču. Ako se nuspojava od cjepiva individualno prijavi Agenciji za lijekove i medicinske proizvode, a da je nije uputila Služba za epidemiologiju zaraznih bolesti HZJZ-a, Agencija za lijekove i medicinske proizvode odmah će je uputiti Službi za epidemiologiju zaraznih bolesti HZJZ-a putem telefaksa. U slučaju da se radi o grupiranju nuspojava ili nuspojavi sa smrtnim ishodom kao i teškim ili vrlo neuobičajenim nuspojavama, treba se odmah telefonom prijaviti Službi za epidemiologiju zaraznih bolesti HZJZ. Proizvođač cjepiva/predstavnik proizvođača će nuspojavu cijepljenja koja mu je upućena prijaviti Službi za epidemiologiju zaraznih bolesti HZJZ-a na gore opisan način. Ako se radi o grupiranju nuspojava ili nuspojavi sa smrtnim ishodom kao i o neuobičajenim i vrlo teškim nuspojavama ili drugim događajima koji mogu zahtijevati hitnu obustavu cijepljenja, treba prijaviti unutar 24 sata dežurnom epidemiologu, te Agenciji za lijekove i medicinske proizvode.

Osnovna svrha Registra nuspojava nije ustanoviti točan broj očekivanih nuspojava. S obzirom na to da se ne prijavljuje svaka očekivana nuspojava poput lokalne reakcije ili blago povišene tjelesne temperature, broj prijava blagih nuspojava treba tumačiti u tom kontekstu. Međutim, veće promjene u učestalosti nuspojava mogu ukazivati na potrebu da se temeljitije ispita neka pojava ili cjepivo, pod uvjetom da promjena učestalosti prijava nije posljedica promjene sustava prijavljivanja ili senzibilizacije zdravstvenih djelatnika (Kaić & Višekruna Vučina, 2018: 3-4). Naravno, prijava štetne reakcije nastale nakon cijepljenja ne znači nužno uzročno-posljedičnu vezu. Za neke se nuspojave, npr. lokalnu reakciju na mjestu primjene cjepiva, može lako odrediti da postoji uzročno-posljedična veza, dok je za neke poput povišene tjelesne temperature koja nastane nakon cijepljenja teško sa sigurnošću utvrditi je li uzrokovana cjepivom ili nekom drugim čimbenikom neovisno o cijepljenju.

Kontinuirano analiziranje prijava nuspojava služi kao generator signala da se možda događa nešto neočekivano u provedbi programa cijepljenja, bilo po učestalosti, bilo po vrsti nuspojava.

Praćenje nuspojava cijepljenja, uz provedbu kontrole svake serije cjepiva u upotrebi, te uz zalaganje cjepitelja koje već desetljećima rezultira visokim cijepnim obuhvatom, rezultirali su uspješnom provedbom Programa obveznih cijepljenja, što je dovelo do značajne redukcije bolesti protiv kojih se cijepi. Od 2005. godine je Hrvatska agencija za lijekove i medicinske proizvode prema Zakonu o lijekovima odgovorna za

postmarketinško praćenje nuspojava lijekova, koje uključuje i nuspojave cijepljenja. Dok je obveza Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo vezano za nuspojave cijepljenja prvenstveno operativna i usmjerena djelovanju na terenu i intervencijama u Programu cijepljenja, obveza Hrvatske agencije za lijekove i medicinske proizvode je prvenstveno regulatorna i vezana za komunikaciju s proizvođačima cjepiva i Europskom agencijom za lijekove. Da bi svaka ustanova bila u mogućnosti obavljati svoje zakonom određene obveze, Hrvatski zavod za javno zdravstvo primljene prijave nuspojava cijepljenja nakon unosa u Registar prosljeđuje Hrvatskoj agenciji za lijekove i medicinske proizvode, uz komentar i s uklonjenim imenom i prezimenom cijepljene osobe. Hrvatska agencija za lijekove i medicinske proizvode Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo također prosljeđuje nuspojave cijepljenja koje zaprimi s terena. Stručna skupina za nuspojave cijepljenja, koja se sastoji od liječnika Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i Hrvatske agencije za lijekove i medicinske proizvode redovito se sastaje radi procjene težine nuspojava, utvrđivanja dijagnoze kod opisanih nuspojava i vjerojatnosti uzročno-posljedične povezanosti cijepljenja i neželjene reakcije.

### 5.3 Odgovornost za nuspojave cijepljenja

Odgovornost za nuspojave cjepiva ovisi o tome zašto je došlo do nuspojave cjepiva (Evans, 1999: 25–35). Ako je do nuspojave došlo zbog pogrešne primjene, odgovornost snosi fizička i/ili pravna osoba koja je pogrešno primijenila cjepivo. Ako je došlo do nuspojave cjepiva pri ispravnoj primjeni, a nuspojava nije navedena u popisu mogućih nuspojava i dokaže se da je uzrokovana cjepivom, odgovornost snosi proizvođač. Ako je do nuspojave došlo zbog neispravnosti cjepiva, odgovornost snosi fizička odnosno pravna osoba koja je uzokovala neispravnost cjepiva (Mariner, 1992: 255–265). Ako nastane poznata nuspojava cjepiva, koja je navedena kao moguća nuspojava, uz pravilnu primjenu, odgovornost snosi državno tijelo koje je propisalo obvezu cijepljenja u zemljama gdje je cijepljenje obavezno (u zemljama gdje cijepljenje nije obavezno odgovornost za ove nuspojave snose roditelj i liječnik koji je cijepio) (Knol Radoja, 2018: 507 – 527.; Knol Radoja, 2016: 600).

Broj tužbi zbog štetnih posljedica cijepljenja posljednjih se godina sve više povećava. Primjerice Općinski sud u Riminiju potvrdio je presudom od 15. ožujka 2012. da dječak koji je nakon dobivenog kombiniranog cjepiva protiv ospica-zaušnjaka-rubeole (MPR) ostao stopostotni trajni invalid, ima pravo na odštetu od Ministarstva zdravlja. Roditelji oštećenog djeteta obratili su se Ministarstvu sa zahtjevom za

odštetu, ali im je ovaj odbijen s obrazloženjem da predmetno cjepivo nije zakonom obvezno te da iz tog razloga oštećenje uzrokovano preporučenim cjepivom ne podliježe Zakonu o odštetama za negativne posljedice cijepljenja, transfuzija i drugih medicinskih zahvata. Ustavni sud Italije dao je svoje mišljenje kojim je takvu odluku Ministarstva proglasilo nezakonitom, budući da službene medicinske vlasti intenzivno i agresivno promoviraju preporučena cjepiva, a građani im poklanjaju svoje povjerenje. Stoga odgovornost za štetne posljedice i u ovakvim slučajevima snose službene medicinske vlasti koje ta cjepiva i promoviraju (Tribunale di Rimini - sentenza No. 148/2012).

U nekim slučajevima dokazana je uzročno-posljedična veza između primljenog cjepiva i određenih bolesti te je izrečena novčana naknada štete zbog oboljenja i invaliditeta zbog nuspojava cijepljenja (Knol Radoja, 2018: 507 – 527). Tako je, primjerice, presudom Vrhovnog suda Republike Hrvatske od 10. lipnja 2009. utvrđena povezanost između dječje paralize i cjepiva protiv te bolesti (Presuda Vrhovnog suda Republike Hrvatske br. Rev 79/07-2 od 10. lipnja 2009. godine). Kada je u pitanju odgovornost države posebno je važno utvrđenje VSRH-a u navedenoj presudi, u kojoj iznosi stajalište o odgovornosti Republike Hrvatske po kriteriju uzročnosti i to ne samo temeljem toga što je cijepljenje opasna djelatnost, nego i time što je cijepljenje obavezatno. Naime, VSRH iznosi da je Republika Hrvatska ZZPZB-a propisala obavezatno cijepljenje između ostalog i protiv dječje paralize. Prema mišljenju VSRH-a, radi se o nužnoj i korisnoj mjeri, kojom su se sve osobe obuhvaćene Programom te javnozdravstvene zaštite dužne podvrći. U skladu s time su postupili i roditelji tužitelji kada su svoje dijete doveli na cijepljenje čime su ispunjavali svoju zakonsku obvezu. Međutim, u ovom je konkretnom slučaju došlo do komplikacija, jer je nakon primanja cjepiva protiv dječje paralize maloljetnik obolio od te bolesti i to unatoč činjenici da se radi o ispravnom cjepivu te je liječnica postupala s dužnom pažnjom. Presudom Vrhovnog suda Republike Hrvatske 10. lipnja 2009. godine završen je proces u kojem su roditelji vodili spor protiv Doma zdravlja Primorsko-goranske županije, Primorsko-goranske županije te Republike Hrvatske zbog naknade štete uzrokovane cjepivom. Naime, maloljetni M.Z. neposredno nakon primanja cjepiva u studenom 1992. protiv dječje paralize obolio je upravo od te bolesti. Presudom je djelomično skinuta odgovornost s prvog i drugog tuženika, a Republika Hrvatska neosporno je odgovorna za štetne posljedice obveznog cijepljenja te je određena isplata odštete u ukupnom iznosu od 865.000,00 kn sa zateznim kamatama od 2002. godine, od kada datira prvostupanjska presuda (<http://www.cijepljenje.info/pravni-kutak/presude/>).

## 6 Ocjenjivanje ustavnosti obvezne imunizacije djece

Ustavni sud Republike Hrvatske je dana 30. siječnja 2014. odbacio prijedloge za ocjenu ustavnosti i zakonitosti određenih članaka Pravilnika o načinu provođenja imunizacije, seroprofilakse, kemoprofilakse protiv zaraznih bolesti i Zakona o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti (Odluka Ustavnog suda RH od 30. siječnja 2014. godine broj U-I-5418/2008, U-I-4386/2011, U-I-4631/2011). Podnositelji prijedloga su isticali da pojedine odredbe spornog ZZPZB-a i Pravilnika nisu sukladne s pojedinim ustavnim odredbama i to: s čl. 35. koji jamči poštovanje i pravnu zaštitu osobnog i obiteljskog života i čl. 64. prema kojemu roditelji imaju pravo i slobodu samostalno odlučivati o odgoju djece. Tvrdili su da je ZZPZB suprotan i odredbi čl. 8. Konvencije za zaštitu ljudskih prava i temeljnih Sloboda ((Europska) Konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih Sloboda, MU 18/97, 6/99, 14/02, 13/03, 9/05, 1/06, 2/10) koji jamči pravo na poštovanje privatnog i obiteljskog života, čl. 14. koji zabranjuje diskriminaciju i čl. 2. Prvog protokola uz Konvenciju koji jamči pravo na obrazovanje. Ustavni sud je u svojoj odluci kao temeljno pitanje prepoznao sljedeće: “Jesu li predviđene zakonske mjere u ostvarivanju zdravstvene zaštite ustavno pravno prihvatljive odnosno imaju li one legitimni cilj u općem interesu?” U pogledu obveze države da poštuje pravo roditelja na njihova uvjerenja, podnositelji zahtjeva pozvali su se na predmet *Lautsi v. Italija- 30814/06*. Ističu da djeca koja nisu imunizirana sukladno postojećim zakonskim odredbama ne mogu biti upisana u ustanove predškolskog niti osnovnoškolskog odgoja, te se stavljaju u nepovoljniji položaju odnosu na ostalu djecu. U tom smislu podnositelji zahtjeva pozivaju se i na predmet *Kjyutin v. Rusia- 2700/10* u kojoj odluci je ESLJP utvrdio da osobe za zdravstvenim problemima ne smiju biti diskriminirane u odnosu na ostale. Iako djeca koja nisu cijepljena nisu bolesna, ipak su na taj način diskriminirana jer im se uskraćuje pravo na obrazovanje. Predlagatelji su se pozivali i na praksu Belgije, Francuske, Italije, Luksemburga, Njemačke, Velike Britanije, Nizozemske i Španjolske u fakultativnom odabiru cjepiva. Nadalje, ističu kako država obvezuje na cijepljenje, a nigdje ne jamči da nakon cijepjenja neće obolijevati od bolesti protiv kojih su se morali cijepiti.

Vlada RH je dala odgovor da je glavna svrha imunizacije stvaranje otpornosti u najmlađoj i najosjetljivijoj populaciji, da su popratne pojave koje se mogu javiti uslijed cijepjenja rijetke, najčešće lokalne u obliku crvenila i bolnog otoka, te da se provođenje imunizacije u dječjoj dobi kako u svijetu tako i u RH pokazalo kao najdjelotvornija mjera zdravstvene zaštite u sprječavanju infektivnih bolesti putem

koje su neke i iskorijenjene (velike boginje), neke su izvanredno rijetke (difterija, dječja paraliza) ili rijetke (ospice). Ministarstvo je navelo da odbijanjem cijepljenja roditelji ugrožavaju zdravlje vlastite djece te zdravlje drugih osoba na koji način se svima njima uskraćuje pravo na zdrav život (Tucak, 2017: 145–155).

U konačnici, Ustavni sud RH prihvatio je mišljenje Ministarstva zdravlja i njegovo očitovanje na prijedlog podnositelja, da u sukobu djetetova prava na zdravlje s pravom roditelja da samostalno odlučuju o djetetovu odgoju prevagu odnosi djetetovo pravo na zdravlje. Tako zaključuje: “Obveza cijepljenja nikako se ne može dovoditi u vezu s čl. 35. Ustava (...) a poglavito se ne može povezati s čl. 64. kojim se roditeljima jamči pravo i sloboda da samostalno odlučuju o odgoju djece. (...) Prema tome, radi zaštite zdravlja djeteta i djetetova prava na zdravlje, opravdano je roditeljima uskratiti izbor ne cijepljenja jer je pravo djeteta na zdravlje više od prava roditelja na (pogrešan) izbor.” Roditelj, na ovaj način, osim što krši pravo na zdrav život, otežava djetetu i pravo na obrazovanje.

Ustavni sud RH je zauzeo i oštro stajalište prema mogućnostima uvođenja prigovora savjesti smatrajući da je ovdje riječ o stručnom, dakle medicinskom pitanju, a ne o pitanju ostvarivanja jamstva na slobodu savjesti, uvjerenja, mišljenja i vjeroispovijedi u smislu čl. 40. Ustava RH i čl. 9. Konvencije. Isto tako, zaključio je da je opravdano zakonom obvezati građane na cijepljenje protiv bolesti čije je sprječavanje od interesa za Republiku Hrvatsku (Simpozij o cijepljenju <https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2015/04/Izvje%0c5%a1taj-sa-Simpozija-o-cijepljenju.pdf>).

Slično stajalište zauzeo je i slovenski Ustavni sud ističući u odluci važnost prava na koje se pozivaju predlagatelji ocjene ustavnosti poput prava na informirani pristanak i na dostojanstvo. U Republici Sloveniji postupak ustavnog nadzora Zakona o zaraznim bolestima pokrenulo je Društvo za slobodu donošenja odluka (SVOOD) (Tucak, u Rešetar & Aras Krama & Lucić & Medić & Šago & Tucak & Mioć, 2017: 159). Ustavni sud je u svojoj opsežnoj odluci od 12. veljače 2004. godine utvrdio da sporne zakonske odredbe nisu protuustavne. Ustavni sud je izvagao važnost prava pogođenog upletanjem s pravom koje treba biti osigurano tim upletanjem i utvrdio da koristi koje cijepljenje donosi zdravlju pojedinca i šire zajednice nadmašuju potencijalnu štetu koju pojedinci mogu pretrpjeti zbog popratnih pojava ove mjere.

Međutim, utvrdio je da sporni Zakon nije u skladu s Ustavom zato što ne regulira postupak i prava pogođenih osoba vezano uz utvrđivanje opravdanih razloga izuzeća od obveznog cijepljenja i ne uređuju državnu odgovornost za štetu koje pojedinac može imati zbog obveznog cijepljenja (Odluka Ustavnog suda Republike Slovenije, U-I-127/01, Uradni list RS 25/2004., dostupno na: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2004-01-1089/> odlucba-o-ugotovitvi-da-prva-alineja-prvega-odstavka-22--clena-4--tocka-prvega-odstavka-57--clena-in-drugi-odstavak-57--clena-zakona-o-nalezljivih-boleznih-niso-v-neskladju-z-ustavo-in-o-ugotovitvi-neskladnosti-zakona-o-nalezljivih-boleznih-z-ustavo; pristupljeno: 25. studenog 2017).

Za razliku od Ustavnog suda RH, Ustavni sud Češke Republike obranio je pravo roditelja kažnjenih zato što nisu htjeli cijepiti svoje dijete obveznim šesto valentnim cjepivom držeći pritom da razlog za odbijanje cijepljenja može biti i prigovor savjesti u širem smislu. Razlozi odbijanja moraju odgovarati sljedećim kriterijima: hitnost, bi li prilikom cijepljenja došlo do mogućeg ugrožavanja zdravlja, dosljednost, snaga uvjerenja roditelja kao i društveni utjecaj njihove odluke.

Što se tiče prava na slobodu odlučivanja na koju se brojni pozivaju Ustavni sud RH je u svojoj odluci naveo da odluka o cijepljenju djece nije pravo roditelja što je u potpunosti točno jer se nigdje u Ustavu to pravo ne spominje, ono što Ustavni sud nije rekao, a što smatramo nužnim spomenuti je odredba Ustava po kojoj se slobode i prava mogu ograničiti da bi se zaštitile sloboda i prava drugih ljudi te pravni poredak, javni moral i zdravlje. Prema toj odredbi čak i ako bi postojalo pravo roditelja na odlučivanje ono bi se moglo ograničiti u svrhu zaštite zdravlja ljudi, što zapravo u potpunosti isključuje argument o pravu izbora roditelja. Ono na što se ovdje još treba osvrnuti je pozivanje na činjenicu da se bolesti protiv kojih se u Hrvatskoj cijepimo iskorijenjene – da, to je djelomično točno, ali to je isključivo zato što se svi cijepimo što vidimo i iz podatka Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo da je hepatitis B, protiv kojeg je obvezno cijepljenje uvedeno tek 1999. godine, reduciran tek za 65%.

Necijepljenje malog broja ljudi neće dovesti do nikakvih značajnih posljedica jer će biti zaštićeni činjenicom da se većina ljudi cijepila, ali sve znatnijim povećanjem broja odbijanja cijepljenja povećava se i rizik za širenje epidemija koje su sve donedavno bile gotovo u potpunosti iskorijenjene što je u potpunosti u suprotnosti s ustavnom dužnošću države da štiti zdravlje ljudi.

## 7 Stajališta Suda pravde Europske unije

Presuda Suda pravde Europske unije od 21. lipnja 2017. godine, preispituje dokaze neispravnosti cjepiva (cjepivo protiv hepatitisa B) i uzročne veze između neispravnosti i nastale štete (multipla skleroza). Važnost ove presude je u tome što se sud oslonio na dokaze vezane za konkretan slučaj i utvrdio da su dokazi ukazali na to da je cjepivo protiv hepatitisa B uzrokovalo multiplu sklerozu. Tako je 21. lipnja 2017. sud Europske unije donio presudu po kojoj se, unatoč nedostatku znanstvenog konsenzusa, cjepivo može smatrati neispravnim ako “postoje specifični i konzistentni dokazi”, uključujući vrijeme između primanja cjepiva, prethodno zdravstveno stanje pojedinca, nepostojanje takvih tegoba u obiteljskoj anamnezi te značajan broj prijavljenih slučajeva iste bolesti koja se pojavila nakon cijepljenja. Znanstvena istraživanja i njihovi rezultati dobri su onoliko koliko su dobri podaci koje se prikuplja, a kako se dođe do novih saznanja, znanstvene se teorije revidiraju. Drugi problem s oslanjanjem na “znanost” leži u tome da je većina današnjih znanstvenih istraživanja vrlo pristrana, i dolazi do željenih zaključaka zanemarujući stvarno dobivene podatke.

Istina bi se uvijek trebala utvrditi na temelju predloženih dokaza, a ne samo na temelju svjedočenja stručnjaka koji bi tvrdili da iza njih stoji znanost koja bi, po njima, trebala prevagnuti nad svim ostalim dokazima. Prije ove presude je bilo gotovo nemoguće dobiti parnicu ako se ne bi prezentirao medicinski dokaz. Sud Europske unije je 21. lipnja 2017. donio presudu da nacionalni sudovi mogu, čak i kad za to ne postoji medicinski dokaz, razmatrati mogućnost da je cijepljenje dovelo do razvoja neke bolesti ili oštećenja. U konkretnom slučaju, radilo se o Francuzu J. W. koji je nakon cijepljenja protiv hepatitisa B tijekom 1998. i 1999. godine obolio od multiple skleroze. Tijekom 2006. godine obitelj je tužila proizvođača Sanofi Pasteur i tražila odštetu, no J. W. je preminuo 2011. godine. Francuski Prizivni sud odbio je optužnicu uz tvrdnju da ne postoji uzročna veza između cjepiva protiv hepatitisa B i multiple skleroze, iako je njegova medicinska dokumentacija ukazivala na suprotno. Nakon toga je predmet prosljeđen francuskom Kasacijskom sudu koji je pak to prosljeđio Sudu Europske unije. U ovoj se presudi navodi: Svojim drugim pitanjem sud koji je uputio zahtjev pita treba li članak 4. Direktive 85/374 (Direktiva Vijeća 85/374/EEZ od 25. srpnja 1985. o približavanju zakona i drugih propisa država članica u vezi s odgovornošću za neispravne proizvode, SL 1985., L 210, str. 29) tumačiti na način da mu se protivi sustav dokazivanja koji počiva na presumpcijama prema kojem će se, kada medicinskim istraživanjem nije utvrđena

niti pobijena veza između primanja cjepiva i nastanka bolesti od koje oštećenik boluje, uzročna veza između neispravnosti koja se pripisuje cjepivu i štete koju je oštećenik pretrpio uvijek smatrati utvrđenom ako postoje određene unaprijed utvrđene činjenične indicije o uzročnosti (Holland, 2012: 39 – 86).

Ova odluka dala je nadu mnogim obiteljima širom svijeta. Ovdje se razmatralo i pitanje odgovornosti tvrtke za neispravne proizvode. Teret dokazivanja je na tužitelju. Nigdje, međutim, u zakonima ne postoji definicija “uzročne veze” pa je bilo nejasno koji su dokazi potrebni da bi se odbacilo ili prihvatilo tužbu odnosno potvrdilo vezu između proizvoda i štete učinjene potrošaču. Sud je odlučio da, ako se nacionalnom sudu predoče činjenice koje ukazuju na uzročnu vezu, nema tereta dokazivanja u smislu čl. 4. Direktive te nema potrebe za medicinskim istraživanjem koje će potvrditi ili opovrgnuti uzročnu vezu, a oštećeni je dokaz “*prima facie*”, tj. osobno. Kao potrošač moram imati mogućnost uzdati se u sigurnost proizvoda i tužiti ako mi isti prouzroči štetu. Ostvarivanje mojih prava ne može ovisiti o znanstvenim istraživanjima koja nisu otkrila uzročnu vezu između proizvoda i štete. To je suština ove odluke Suda, odnosno njegove interpretacije EU Direktive.” Medicinski stručnjaci svoje dokaze mogu temeljiti samo na medicinskim mišljenjima, jer je praktično nemoguće čvrsto dokazati da cjepivo jest ili nije uzrokovalo određeno oštećenje. Znanosti je jednako nemoguće dokazati da su cjepiva potpuno sigurna jer je svaka osoba drugačija. Beskorisno bi bilo osloniti se samo na znanstvene dokaze jer znanost dosad nije uspjela čvrsto dokazati da su sva cjepiva u potpunosti sigurna. Kao posljedica toga, odvjetnici, pravni sustav i medicinski stručnjaci *a priori* su odbijali istražiti slučajeve vezane za cijepljenje u njihovoj cjelini.

Sud pravde Europske unije je dana 21. lipnja 2017. presudio da nacionalni sudovi mogu cjepivo smatrati uzročnikom neke zdravstvene tegobe čak i ako za to još ne postoje čvrsti znanstveni dokazi. Za donošenje takvog zaključka potrebno je da je osoba prije cijepljenja bila zdrava, da su tegobe vremenski povezane s cijepljenjem, da ne postoje takve tegobe u obiteljskoj anamnezi, te da postoji značajan broj prijavljenih sličnih slučajeva. Prethodno spomenuta presuda izuzetno je važna jer se sud u konkretnom slučaju oslonio na dokaze vezane baš za taj slučaj i utvrdio da su potonji ukazali na to da je cjepivo protiv hepatitisa B uzrokovalo multipla sklerozu. U tom slučaju moglo bi se reći da je riječ o odgovornosti proizvođača za neispravan proizvod u kojem je tužitelj podnesenim dokazima uspio dokazati uzročnu vezu između primljenog cjepiva i bolesti.



Zagovornici cjepiva dakako da se suprotstavljaju takvoj presudi i stajalištu Europskog suda ističući da nije znanstveno dokazano da cjepiva mogu prouzročiti bolesti.

## **8 Zaključna razmatranja**

Prihvatanje informiranog pristanka prije cijepljenja pomaže u postizanju ciljeva postavljenih imunizacijskim programima i omogućava njihovo provođenje uz smanjeni rizik od eventualne tužbe. Davanje izjave o informiranom pristanku na cijepljenje i obaviještenosti o mogućim nuspojavama na propisanim obrascima nužna je pretpostavka provođenja cijepljenja. Ipak, u državama gdje je cijepljenje obvezatno, davanje informiranog pristanka ostaje samo na deklaratornoj razini. S druge strane, države koje osobama ostavljaju pravo izbora, ali ih pritom edukacijom i informiranjem potiču na dobrovoljno cijepljenje, često ostvaruju i bolje rezultate po broju opće procijepljenosti. Upravo ovakva politika nije samo etički prihvatljivija nego može doprinijeti i uštedi na potraživanjima naknade štete (Salomon & Teret & MacIntyre & Salisbury & Burgess & Halsey, 2006: 436 – 442).

Hrvatski zakoni adekvatno ne uređuje državnu odgovornost za štetu koju pojedinac može imati zbog cijepljenja na koje ga je ta ista država zakonski obvezala. Posljednjih godina, budući da je, s jedne strane, u predškolskoj i školskoj dobi propisana obveza za veliki broj cjepiva protiv zaraznih bolesti, a s druge strane, ako dođe do štetne nuspojave, ne postoji jasno uređen okvir odgovornosti, dolazi do nepovjerenja u sustav i stvaranje otpora cijepljenju. Moralo bi se jasno definirati okvir odgovornosti države za eventualne nuspojave i štetne posljedice od cijepljenja koje je nametnula pod prijetnjom kazne, što bi ujedno posljedično ojačalo i povjerenje u imunizaciju.

Zakonska formulacija “bolest koja neposredno proizlazi iz odbijanja cijepljenja” je stručno ništavna, jer bolest nikad ne proizlazi iz odbijanja cijepljenja već ima svoje biološke uzroke. Ponekad, naime, bolest dobivaju i djeca koja su cijepljena. Uzrok je u statistici: ako su necijepljeni u manjini, po izbivanju epidemije u zaraženom vrtiću ili razredu bit će ih bitno manje nego cijepljenih. Zato ondje obično oboli većina necijepljenih i manji dio cijepljenih – no u broju oboljelih još uvijek prevladavaju cijepljeni. Cijepljeni obole zato jer cijepljenje ne štiti svih, zaštita već nakon nekoliko godina opada. Istina je da cijepljenje učinkovito smanjuje rizik od obolijevanja, no isto tako je činjenica da obolijevaju i cijepljeni ljudi i isto tako cijepljeni mogu širiti zarazu.

U Hrvatskoj su kao rezultat preventivnih mjera, gotovo potpuno iskorijenjene bolesti poput difterije, hripavca, ospica, poliomijelitisa i rubeole. Među više od 40 tisuća djece koja se cijepe svake godine javljaju se i određene, uglavnom blage nuspojave, koje u vrlo rijetkim slučajevima mogu, nažalost, biti i teške. Ali takve reakcije mogu ponekad izazvati i obični lijekovi poput paracetamola ili ibuprofena, što nije razlog da se ovi inače učinkoviti lijekovi prestanu koristiti.

Nesporno je da zakonski zastupnici djeteta nisu nepogrešivi i da imaju pravo slobodno donijeti odluku, koja će se možda nekada u budućnosti pokazati pogrešnom, bilo da im dijete oboli od neke bolesti, koja se možda mogla spriječiti cijepljenjem, bilo da im dijete pretrpi neki oblik teške nuspojave, koje se nažalost znaju pojaviti uz svaki lijek, ili da im uslijed jednog ili više cjepiva, možda i uz doprinos drugih faktora, zdravstveno stanje djeteta bude narušeno. Iskustva su različita, isto kao što su različita i djeca i njihov imunitet i genetika, njihova prehrana, i različiti brojni drugi štetni ili korisni faktori kojima su djeca izložena u svakodnevnom životu.

Zdravstveni razlozi uvođenja cijepjenja propitivani su još od prvog otkrivenog cjepiva. Pozitivni učinci bili su vidljivi jednako koliko su to bile i nuspojave pa i štetni učinci te je od samog početka medicinska struka propitivala odnos između koristi i štete te je li prevaga korisnosti nad štetom dovoljna da se cjepiva preporučuju za masovnu primjenu. Još i danas je osnovni argument kojim se potreba masovnih cijepjenja podupire upravo stručno iskustva o većim benefitima kako za pojedinca tako i za društvo od mogućih nuspojava.

Smatramo da u središtu rasprave o pitanju cijepjenja uvijek treba biti zaštita najboljeg interesa djeteta, što podrazumijeva i obvezu da se javnosti, a osobito roditeljima, osiguraju cjelovite informacije, ali i podrška u brizi o zdravlju djeteta.

Zakonska obveza cijepjenja bi za sobom obavezno trebala povlačiti pravo na stručni, nepristrani i argumentirani pristup svakom pacijentu i odgovornost države za eventualnu štetu od zahvata. Sukladno tome trebalo bi revidirati kalendar cijepjenja, a onda, u konačnici, i razmotriti način provođenja cijepjenja, dobrovoljan ili prisilan, ali uz odgovornost države za naknadu štete. Za zaključiti je da bi se pozornost u najvećoj mjeri trebala okrenuti edukaciji i širenju medicinski argumentiranih informacija o cijepjenju, daljnjem istraživanju učinaka cjepiva i

njihovoj djelotvornosti, te objavljivanju točnih informacija uz napuštanje materijalnih razloga i politike nadmoći te obvezivanju roditelja o pohađanju radionica o cijepljenju.

### Pravni izvori

- (Europska) Konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih Sloboda, MU 18/97, 6/99, 14/02, 13/03, 9/05, 1/06, 2/10.
- Direktiva Vijeća 85/374/EEZ od 25. srpnja 1985. o približavanju zakona i drugih propisa država članica u vezi odgovornošću za neispravne proizvode (SL 1985., L 210, str. 29.).
- Kazneni zakon, Narodne novine, br. 125/2011, 144/2012, 56/2015, 61/2015, 101/2017, 118/2018.
- Kodeks medicinske etike i deontologije, Narodne novine, br. 55/08, 139/15.
- Obiteljski zakon, *Narodne novine*, br. 103/2015.
- Odluka Ustavnog suda RH od 30. siječnja 2014. godine broj U-I-5418/2008, U-I-4386/2011, U-I-4631/2011.
- Pravilnik o načinu provođenja imunizacije, seroprofilakse, kemoprofilakse protiv zaraznih bolesti te o osobama koje se moraju podvrgnuti toj obvezi, Narodne novine, br. 103/13.
- Rješenje Ustavnog suda Republike Hrvatske, br. U-I-5418/2008 U-I-4386/2011 U-I-4631/2011, Zagreb, 30. siječnja 2014.
- Ustav Republike Hrvatske, *Narodne novine*, br. 56/1990, 135/1997, 113/2000, 28/2001, 76/2010, 5/2014.
- Zakon o lijekovima, Narodne novine, br. 76/13, 90/14, 100/18.
- Zakon o potvrđivanju Konvencije o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine: Konvencije o ljudskim pravima i biomedicini, Dodatnog protokola uz Konvenciju o zaštiti ljudskih prava I dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine o zabrani kloniranja ljudskih bića i Dodatnog protokola uz Konvenciju o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine, u vezi presađivanja organa i tkiva ljudskog porijekla - (*Narodne novine*, Međunarodni ugovori, br. 013/2003.
- Zakon o predškolskom odgoju i obrazovanju, Narodne novine, br. 10/97, 107/07, 94/13.
- Zakon o zaštiti prava pacijenata, Narodne novine, br. 169/04, 37/08.
- Zakon o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti, Narodne novine, br. 79/07, 113/08, 43/09, 130/17.

### Internet izvori

- Davis, D.S., *The Child's Right to an Open Future, Yoder and Beyond*, 1997., [http://engagedscholarship.csuohio.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1397&context=fac\\_articles](http://engagedscholarship.csuohio.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1397&context=fac_articles) (January 21, 2019).
- <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2011:202:0004:0006:EN:PDF> (January 18, 2019).
- <http://www.cijepljenje.info/pravni-kutak/presude/> (January 18, 2019).

- <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-zarazne-bolesti/nuspojave-cijepljenja-u-hrvatskoj/> (January 22, 2019).
- Odluka Ustavnog suda Republike Slovenije, U-I-127/01, Uradni list RS 25/2004., dostupno na: <https://www.uradni-list.si/glasilouradni-list-rs/vsebina/2004-01-1089/odlocba-ogotovitvida-prva-alineja-prvega-odstavka-22-clena-4-tocka-prvega-odstavka-57-clena-in-drugi-odstavak-57-clena-zakona-o-nalezljivih-bolezni-niso-v-neskladju-z-ustavo-in-ougotovitvi-neskladnosti-zakona-o-nalezljivih-bolezni-z-ustavo>; pristupljeno: 25. studenog 2017. (January 20, 2019).
- Presuda Vrhovnog suda Republike Hrvatske br. Rev 79/07-2 od 10. lipnja 2009. godine. <http://www.cijepljenje.info/pravni-kutak/presude/> (January 18, 2019).
- Simpozij o cijepljenju  
<https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2015/04/Izvjec%05%a1taj-sa-Simpozija-o-cijepljenju.pdf> (January 19, 2019).

## Literatura

- Balinska, M. A. (2003) *Vaccination in tomorrow's society*, Lancet Infect Diseases, vol. 3., br. 7., pp. 443–447.
- Cvitanović, L. & Derenčinović, D. & Turković, K. & Munivrana Vajda, M. & Dragičević Prtenjača, M. & Maršavelski, A. & Roksandić Vidlička, S. (2018) Kazneno pravo, posebni dio, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, pp. 227 – 230.
- Davis, T. C., Fredrickson, D. D., Arnold, C. L., Cross, J. T., Humiston, S. G., Kristen Green, K. W., Bocchini, J. A. (2001) Childhood Vaccine Risk/Benefit Communication in Private Practice Office Settings: A National Survey, *Pediatrics*, vol. 107., no. 2., pp. 1–11.
- Evans, G. (1999) Vaccine injury compensation programs worldwide, *Vaccine*, vol. 17., Supplement 3., 1999., pp. 25–35.
- Flanigan, J. A. (2014) Defense of Compulsory Vaccination, *HEC Forum*, 26(1), pp. 5-25.
- Gajski, L. (2011) Cijepljenje- spas od zaraznih bolesti ili nepotreban rizik? *Liječničke novine* 103, pp. 51-55.
- Holland, M. (2012) Compulsory Vaccination, the Constitution, and the Hepatitis B mandate for Infants and Young Children, *Yale Journal of Health Policy, Law, and Ethics*, 12 (1), pp. 39 – 86.
- Jošt, M. & Šooš, E. Lice i naličje cijepljenja protiv hepatitisa B, *Nova prisutnost*, V/3, 2007., str. 305.-324.
- Kaić, B. & Višekruna Vučina, B., Nuspojave cijepljenja u Hrvatskoj u 2017. godini, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Služba za epidemiologiju zaraznih bolesti, Registar nuspojava cijepljenja, 2018., pp. 3-4.
- Knol Radoja, K. (2018) Naknada štete prouzročene cijepljenjem, *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*, Vol. 39 No. 1, pp. 509 – 513.
- Knol Radoja, K., Naknada štete prouzročene cijepljenjem, *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*, Vol. 39 No. 1, 2018., str. 507 – 527.; Knol Radoja, K., Alternativno rješavanje medicinskih sporova, u: Mićović, M. (ur.), *Zbornik XII. Međunarodnog majskog savjetovanja "Usluge i uslužna pravila"*, Kragujevac, 2016., str. 589–608, str. 600.
- Mariner, W. K. (1992) National Vaccine Injury Compensation Program, *Health Affairs*, vol. 11., br. 1., pp. 255–265.

- Parmet, W., E. (2005) Informed Consent and Public Health: Are They Compatible When It Comes to Vaccines?, *J. Health Care L. & Pol'y*, Vol. 8 (1), pp. 71 – 110.
- Salomon, D. A.; Teret, S. P.; MacIntyre, C. R.; Salisbury, D.; Burgess, M. A.; Halsey, N. A., Compulsory Vaccination and Conscientious or Philosophical Exemptions: Past, Present and Future, *Lancet*, 2006., pp. 436 – 442.
- Shapiro, M., H. (2012) Updating Constitutional Doctrine An Extended Response to the Critique of Compulsory Vaccination, *Yale J, Health Pol'y L. & Ethics*, 12, pp. 160.
- Tucak, I. (2016) Ograničenja autonomije u javnom zdravstvu: Obavezno vakcinisanje dece, *Zbornik radova Pravnog fakulteta*, Novi Sad, vol. 50, br. 2, pp. 621-645.
- Tucak, I. (2017) Obvezno cijepljenje djece: za i protiv, u Rešetar, B., Aras Kramar, S., Lucić, N., Medić, I., Šago, D., Tucak, I., Mioć, P., *Suvremeno obiteljsko pravo i postupak*, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Pravni fakultet Osijek, pp. 137 - 165.
- Tucak, I. (2017) Legal and Ethical Justification of Compensation Regarding Compulsory Vaccination Injuries, *Facta Universitatis, Law and Politics*, vol. 15., br. 2., pp. 145–155.



# MEDICINSKO-ODŠTETNI ASPEKT OPĆE UREDBE EUROPSKOG PARLAMENTA I VIJEĆA (GDPR)

BLANKA KAČER

Sveučilište u Splitu, Pravni fakultet, Split, Hrvatska, e-mail: blanka.kacer@pravst.hr

**Sažetak** Ovaj otkriva i analizira jednu pravnu prazninu, koju Uredba nije popunila. Naravno da nije nužno da se taj problem riješi Uredbom, no šteta što se propustilo to unutar Uredbe pravno regulirati. Tema je vezana za osobne podatke i njihovu zaštitu, ali je svakako i u javnom interesu da se određeni podaci pribave, te koriste uz pravilno čuvanje i zaštitu. Pokazalo se da, u jednom specifičnom, ali realnom slučaju, opći principi iz Uredbe ne funkcioniraju. To dovodi do zaključka da je potrebno što prije prazninu popuniti, radi pravne sigurnosti i vladavine prava.

#### Ključne riječi:

osobni podaci,  
zaštita,  
pravo osobnosti,  
građanskopravna  
odgovornost.

#### Primjedba

OPĆA UREDBA EUROPSKOG PARLAMENTA I VIJEĆA (GDPR – General Data Protection Regulation) u daljnjem tekstu: Opća uredba europskog parlamenta i vijeća (GDPR) ili Uredba je: Uredba (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka te o stavljanju izvan snage Direktive 95/46/EZ (Opća uredba o zaštiti podataka) (SL L 119, 4.5.2016.).

#### Prvi put objavljeno u:

KAČER, Blanka. Medicinsko-odštetni aspekt Opće uredbe Europskog parlamenta i Vijeća (GDPR). U: MIĆOVIĆ, Miodrag (ur.), Savremeni pravni promet i usluge: Zbornik referata sa Međunarodnog znanstvenog skupa održanog 29. svibnja 2018. Kragujevac: Pravni fakultet Univerziteta, 2018., str. 627.-637. ISBN 978-86-7623-081-5.



DOI <https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7.8>  
ISBN 978-961-286-335-7

## MEDICAL-INDEMNIFYING ASPECT OF THE GENERAL REGULATION OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL (GENERAL DATA PROTECTION REGULATION)

BLANKA KAČER

University of Split, Faculty of Law, Split, Croatia, e-mail: blanka.kacer@pravst.hr

**Abstract** This paper discovers and analyses one legal gap, which the Regulation did not fill in. Of course, it is not necessary that the problem be settled by the Regulation, but it is a shame that it was not governed by the Regulation. The subject is related to personal data and its protection, but it is most certainly in the public interest to collect specific data and to store it properly as well as to protect it. It has been demonstrated that, in one particular, yet real case, general principles from the Regulation do not work. This leads to the conclusion that the gap needs to be filled in as soon as possible, because of the legal safety and the rule of law.

**Keywords:**  
personal data,  
protection,  
personality rights,  
civil liability.

**First published in:**

KAČER, Blanka. Medicinsko-odštetni aspekt Opće uredbe Europskog parlamenta i Vijeća (GDPR). U: MIĆOVIĆ, Miodrag (ur.), Savremeni pravni promet i usluge: Zbornik referata sa Međunarodnog znanstvenog skupa održanog 29. svibnja 2018. Kragujevac: Pravni fakultet Univerziteta, 2018., str. 627.-637. ISBN 978-86-7623-081-5.

<https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7> DOI  
978-961-286-335-7 ISBN





## 1 Uvod

Već jako davno se, kao neka vrsta ideala kojemu treba težiti, spominje jedinstveni pravni okvir u svezi jedinstvenog tržišta i općenito brisanja svih granica kao zapreka<sup>1</sup>. Teško je dostići navedeni cilj, ali slobodno možemo kazati EPPUR SI MUOVE. U tom procesu vrlo važna karika je Uredba koja stupa na snagu 25. svibnja 2018. Stručna javnost je Uredbi posvetila veliku pažnju, ostaje vidjeti hoće li se to nastaviti i *pro futuro* i tako osigurati ne samo nesmetanu primjenu Uredbe nego i svekoliki napredak koji uključuje pozorno praćenje i po potrebi prijedloge i usvajanje prijedloga na planu potrebnih promjena *de lege ferenda* (Čizmić & Boban, 2018).

Predmet ovog rada je primjena Uredbe na medicinsko pravo i to baš posebno na jedno, u smislu pravnog aspekta, još prilično nepoznato odnosno neistraženo područje, a to je moguća povreda nečijeg prava osobnosti tako da stručnjak plastične kirurgije nekome drugome (u pravilu onome tko to zatraži, ali može biti i drukčije) omogući izgled (lik) druge žive ili mrtve osobe.

Pored same Uredbe, obzirom na to da se radi o povredi prava osobnosti, pravno vrelo je i Zakon o obveznim odnosima<sup>2</sup>, a zato što će primjena uglavnom biti u sudskom parničnom postupku pravno vrelo je i Zakon o parničnom postupku<sup>3</sup>, a svakako i bilo koja druga pravna norma koja se, izravno ili neizravno, neovisno o razini u hijerarhiji pravnih normi, odnosi na predmetnu problematiku (o antinomijama i pravilima o njihovom rješavanju: Bobbio, 1988).

---

<sup>1</sup> Ne nužno u doslovnom smislu, konačno ni EU, čak ni unutar Schengena, nije potpuno izbrisala granice.

<sup>2</sup> Zakon o obveznim odnosima, NN br. 35/05., 41/08., 125/11., 78/15., 29/2018. – dalje: ZOO ili Zakon o obveznim odnosima.

<sup>3</sup> Zakon o parničnom postupku - pročišćeni tekst. NN br. 148/2011. Pročišćeni tekst Zakona o parničnom postupku obuhvaća Zakon o parničnom postupku, objavljen u SL SFRJ, br. 4/77. i 36/77. (ispr.) te njegove izmjene i dopune objavljene u SL SFRJ, br. 6/80., 36/80., 43/82., 69/82., 58/84., 74/87., 57/89., 20/90., 27/90. i 35/91., Zakon o preuzimanju Zakona o parničnom postupku, objavljen u NN, br. 53/91. (stupio na snagu 8. listopada 1991.), Zakon o izmjenama Zakona o parničnom postupku, objavljen u NN, br. 91/92. (stupio na snagu 8. siječnja 1993.), Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o parničnom postupku, objavljen u NN, br. 112/99. (stupio na snagu 6. studenoga 1999.), članak 50. Zakona o arbitraži, objavljen u NN, br. 88/01. (stupio na snagu 19. listopada 2001.), Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o parničnom postupku, objavljen NN, br. 117/03. (stupio na snagu 1. prosinca 2003.), članak 129. Zakona o izmjenama i dopunama Ovršnog zakona, objavljen u NN, br. 88/05. (stupio na snagu 28. srpnja 2005.), Odluku USRH, br. U-I-1569/04. i dr., objavljena u NN, br. 2/07. i 96/08., Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o parničnom postupku, objavljen u NN, br. 84/08. (stupio na snagu 1. listopada 2008., osim odredbe čl. 49. koja stupa na snagu na dan prijama Republike Hrvatske u Europsku uniju), ispravak Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o parničnom postupku, objavljen u NN, br. 123/08. te Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o parničnom postupku, objavljen u NN, br. 57/11. (stupio na snagu 2. lipnja 2011., osim odredbi čl. 14., čl. 29. u dijelu koji se odnosi na Europski sud i čl. 49. koje stupaju na snagu na dan prijama Republike Hrvatske u Europsku uniju), 25/2013.- dalje: ZPP ili Zakon o parničnom postupku).

## 2 Opći društveni okvir za uredbu, posebno I 11. rujna 2011.

Svaka pravna norma, pa tako i Uredba, proizlazi iz postojećeg društvenog okvira koji tu normu produciraju. Kada je u pitanju Uredba, nije moguće negirati povezanost s 11. rujna 2011. god. - danom napada na „američke blizance“, nakon kojega ništa nije isto. Mnoge države su, nažalost, navikle na nasilje svake vrste, uključujući ratove i terorizam kao dva očito najdrastičnija pojavna oblika nasilja, a tu (ponovo nažalost) s punim pravom svoje mjesto ima i Republika Hrvatska. Međutim, uvažavajući sve moguće argumente koji relativiziraju značenje 11. rujna 2011. god., ipak je taj datum (a ne mnogi drugi koji su objektivno lako moguće daleko strašniji) označio tzv. DAN D, počevši od kojega su počeli lako „prolaziti“ zakonski i podzakonski prijedlozi koji prije toga, zbog zaštite prava osobnosti, nisu imali izgleda. Kao što to obično biva, iz jedne krajnosti koja u ime zaštite osobnosti nije pružala učinkovitu zaštitu protiv terorizma u različitim pojavnim oblicima, se otišlo u drugu i tzv. „Big brother“ je postao prihvatljiv i za najintimnije prostore i događaje. Brojni gradovi (na čelu s Londonom) su se naprosto počeli natjecati u broju kamera na javnim prostorima i broju sati koje prosječan prolaznik provede kao objekt snimanja<sup>4</sup>, a brojni mediji „zaduženi“ za stvaranje javnog mnijenja se trude na planu stvaranja zaključka da se gotovo ni jedno kazneno djelo ne može učinkovito istražiti i sankcionirati bez kamera, jer ako i ne „pokrivaju“ samo mjesto djela putem njih je moguće otkriti počinitelje kako bježe s lica mjesta i sl.

Istodobno, s naprijed navedenim velikim koracima se razvija i zaštita prava osobnosti (o pravima osobnosti: Proso, 2012), što su u određenom smislu dva međusobno suprotstavljena procesa – zaštita prava osobnosti u svojem temelju ima da se ništa u odnosu na konkretnu osobu ne može, točnije ne smije, raditi bez njezinog pristanka, a to poglavito (ili pored ostalog) obuhvaća snimanje slike i zvuka, a baš to snimanje, bez ograničenja po vremenu i prostoru, predstavlja temelj opće, a posljedično i pojedinačne, sigurnosti.<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> U tom pravcu je već prilično odmakao i glavni grad Republike Hrvatske, a za očekivati je da se trend ne samo nastavi, nego i da jača.

<sup>5</sup> Poznato je npr. kako moćna računala prepoznaju određene riječi, rečenice i/ili naglaske i po potrebi alarmiraju sustav bez neposrednog ili izvornog sudjelovanja žive osobe kvalificirane za određenu specijalizaciju iz područja sigurnosti.

Naravno, postoje i spekulacije prema kojima određene ugroze umjetno stvaraju krize, kako bi se stvorilo ozračje prikladno za povećanje odgovarajućih fondova i/ili donošenje odgovarajućih akata. Makar to nije tema ovog rada, ni te spekulacije se ne smiju zanemariti, odnosno isključiti mogućnost da u njima ima (barem nešto) istine.

### 3 Osnovno o uredbi

EU je 6. travnja 2016. prihvatio veliku izmjenu svojeg pravnog okvira za zaštitu podataka i to donošenjem paketa reformi u području zaštite podataka, koji se sastoji od Opće uredbe o zaštiti podataka (koja zamjenjuje dvadeset godina staru Direktivu 95/46/EZ (Direktiva o zaštiti podataka)<sup>6</sup> i Direktive o policiji<sup>7</sup>. Novi instrument EU-a za zaštitu podataka, Uredba, izravno će se primjenjivati od 25. svibnja 2018., dvije godine nakon njezina donošenja i stupanja na snagu<sup>8</sup>. Uočljivo je kako je donositelj sebi ostavio vrlo dugo razdoblje u trajanju od dvije godine koje je *vacatio legis* u trajanju kojega nismo zabilježili u hrvatskom pozitivnom pravu u dijelu koji nazivam neposredno ili izvorno hrvatskim.<sup>9</sup>

Nova će Uredba poboljšati zaštitu prava pojedinca na zaštitu osobnih podataka, čime će prenijeti bit zaštite podataka kao jednog od temeljnih prava Europske unije.<sup>10</sup> Budući da će Uredba donijeti jedinstven skup propisa koji će se izravno primjenjivati u pravnim porecima država članica, zajamčit će se slobodan protok osobnih podataka među državama članicama EU-a, te povećati povjerenje i sigurnost potrošača, što su dva nužna elementa za istinsko jedinstveno digitalno tržište. Uredba će time pružiti nove prilike poduzećima, posebno manjim, među ostalim pojašnjenjem pravila za međunarodne prijenose podataka. Uredba će dodatno ojačati sposobnost EU-a za aktivno promicanje njegovih vrijednosti zaštite podataka i olakšati prekogranične protoke podataka poticanjem globalnog približavanja pravnih sustava.

---

<sup>6</sup> Direktiva 95/46/EZ Europskog parlamenta i Vijeća od 24. listopada 1995. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom protoku takvih podataka (SL L 281, 23.11.1995.).

<sup>7</sup> Direktiva (EU) 2016/680 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka od strane nadležnih tijela u svrhe sprečavanja, istrage, otkrivanja ili progona kaznenih djela ili izvršavanja kaznenih sankcija i o slobodnom kretanju takvih podataka te o stavljanju izvan snage Okvirne odluke Vijeća 2008/977/PUP (SL L 119, 4.5.2016.).

<sup>8</sup> Uredba je na snazi od 24. svibnja 2016. te će se primjenjivati od 25. svibnja 2018. Teško je ne spomenuti uobičajenu kritiku prema kojoj „koji je uopće smisao imati propis koji je na snazi, ali se ne primjenjuje“<sup>6c</sup>. Ovdje vidimo da je isto moguće prigovoriti i onima koji nam služe (ili bi barem tako trebalo biti) kao uzor.

<sup>9</sup> Naime, i europsko pravo je hrvatsko pravo i hrvatsko pravo je europsko pravo obzirom na punopravno članstvo Republike Hrvatske u EU.

<sup>10</sup> Članak 8. Povelje EU-a o temeljnim pravima i članak 16. UFEU-a.

Međunarodno se propise EU-a o zaštiti podataka sve više svrstava među najviše standarde zaštite podataka na svijetu. Osvremenjuje se i Konvencija Vijeća Europe br. 108, jedini pravno obvezujući instrument u području zaštite osobnih podataka. Rad Komisije usmjeren je na to da u tom instrumentu budu prisutna ista načela kao u novim propisima EU-a o zaštiti podataka, pa da se tako olakša uspostavljanje jedinstvenog skupa visokih standarda zaštite podataka, a Komisija se obvezala aktivno promicati brzo donošenje osuvremenjena teksta Konvencije s ciljem da EU postane stranka Konvencije, te da će poticati zemlje izvan EU-a na ratifikaciju Konvencije Vijeća Europe br.108 i njezina Dodatnog protokola. Uz to, nekoliko zemalja i regionalnih organizacija izvan EU-a, kako onih u našem susjedstvu tako onih u Aziji, Latinskoj Americi i Africi, donosi novo ili osuvremenjuje postojeće zakonodavstvo u području zaštite podataka kako bi iskoristilo prilike koje nudi globalno digitalno gospodarstvo i reagiralo na sve veću potrebu za većom sigurnošću podataka i zaštitom privatnosti. Radna skupina iz članka 29., u kojoj su okupljena sva nacionalna tijela za zaštitu podataka i Europski nadzornik za zaštitu podataka ima ključnu ulogu u pripremi za primjenu Uredbe jer izdaje smjernice za poduzeća i druge dionike. Budući da su nacionalna tijela za zaštitu podataka zadužena za provođenje Uredbe i održavanje izravnih kontakata s dionicima, ta su tijela na najboljem položaju kako bi osigurala dodatnu pravnu sigurnost kad je riječ o tumačenju Uredbe<sup>11</sup>.

Uredba samo u tzv. preambuli ima čak 173 posebne odredbe polazeći od kojih je doneseno 99 članka i deset poglavlja označenih arapskim brojevima 1-10. Svaki članak u pravilu sadrži više stavaka i podstavaka.

Samo jasnoće radi smo smatrali da bi bilo korisno citirati nekoliko članaka Uredbe, posebno u svezi odštetne odgovornosti.

---

<sup>11</sup> Tako: [www.azop.hr](http://www.azop.hr) – uvid obavljen 01.05.2018. u 12,00.

## Članak 4.

### Definicije

Za potrebe ove Uredbe:

1. „osobni podaci” znači svi podaci koji se odnose na pojedinca čiji je identitet utvrđen ili se može utvrditi („ispitanik”); pojedinac čiji se identitet može utvrditi jest osoba koja se može identificirati izravno ili neizravno, osobito uz pomoć identifikatora kao što su ime, identifikacijski broj, podaci o lokaciji, mrežni identifikator ili uz pomoć jednog ili više čimbenika svojstvenih za fizički, fiziološki, genetski, mentalni, ekonomski, kulturni ili socijalni identitet tog pojedinca;

2. „obrada” znači svaki postupak ili skup postupaka koji se obavljaju na osobnim podacima ili na skupovima osobnih podataka, bilo automatiziranim bilo neautomatiziranim sredstvima kao što su prikupljanje, bilježenje, organizacija, strukturiranje, pohrana, prilagodba ili izmjena, pronalaženje, obavljanje uvida, uporaba, otkrivanje prijenosom, širenjem ili stavljanjem na raspolaganje na drugi način, usklađivanje ili kombiniranje, ograničavanje, brisanje ili uništavanje;

3. „ograničavanje obrade” znači označivanje pobranjenih osobnih podataka s ciljem ograničavanja njihove obrade u budućnosti;

4. „izrada profila” znači svaki oblik automatizirane obrade osobnih podataka koji se sastoji od uporabe osobnih podataka za ocjenu određenih osobnih aspekata povezanih s pojedincem, posebno za analizu ili predviđanje aspekata u vezi s radnim učinkom, ekonomskim stanjem, zdravljem, osobnim sklonostima, interesima, pouzdanošću, ponašanjem, lokacijom ili kretanjem tog pojedinca;

5. „pseudonimizacija”<sup>12</sup> znači obrada osobnih podataka na način da se osobni podaci više ne mogu pripisati određenom ispitaniku bez uporabe dodatnih informacija, pod uvjetom da se takve dodatne informacije drže odvojeno te da podliježu tehničkim i organizacijskim mjerama kako bi se osiguralo da se osobni podaci ne mogu pripisati pojedincu čiji je identitet utvrđen ili se može utvrditi;

6. „sustav pohrane” znači svaki strukturirani skup osobnih podataka dostupnih prema posebnim kriterijima, bilo da su centralizirani, decentralizirani ili raspršeni na funkcionalnoj ili zemljopisnoj osnovi;

---

<sup>12</sup> Na prvi pogled ovo izgleda kao da je pogrešno napisana riječ (a da je pravilno pseudoanonimizacija). Međutim, engleska riječ glasi pseudonymisation’.

7., „voditelj obrade” znači fizička ili pravna osoba, tijelo javne vlasti, agencija ili drugo tijelo koje samo ili zajedno s drugima određuje svrhe i sredstva obrade osobnih podataka; kada su svrhe i sredstva takve obrade utvrđeni pravom Unije ili pravom države članice, voditelj obrade ili posebni kriteriji za njegovo imenovanje mogu se predvidjeti pravom Unije ili pravom države članice;

8., „izvršitelj obrade” znači fizička ili pravna osoba, tijelo javne vlasti, agencija ili drugo tijelo koje obrađuje osobne podatke u ime voditelja obrade;

9., „primatelj” znači fizička ili pravna osoba, tijelo javne vlasti, agencija ili drugo tijelo kojem se otkrivaju osobni podaci, neovisno o tome je li on treća strana. Međutim, tijela javne vlasti koja mogu primiti osobne podatke u okviru određene istrage u skladu s pravom Unije ili države članice ne smatraju se primateljima; obrada tih podataka koju obavljaju ta tijela javne vlasti mora biti u skladu s primjenjivim pravilima o zaštiti podataka prema svrhama obrade;

10., „treća strana” znači fizička ili pravna osoba, tijelo javne vlasti, agencija ili drugo tijelo koje nije ispitanik, voditelj obrade, izvršitelj obrade ni osobe koje su ovlaštene za obradu osobnih podataka pod izravnom nadležnošću voditelja obrade ili izvršitelja obrade;

11., „privola” ispitanika znači svako dobrovoljno, posebno, informirano i nedvosmisleno izražavanje želja ispitanika kojim on izjavom ili jasnom potvrdnom radnjom daje pristanak za obradu osobnih podataka koji se na njega odnose;

12., „povreda osobnih podataka” znači kršenje sigurnosti koje dovodi do slučajnog ili nezakonitog uništenja, gubitka, izmjene, neovlaštenog otkrivanja ili pristupa osobnim podacima koji su preneseni, pohranjeni ili na drugi način obrađivani;

## Članak 78.

### Pravo na učinkoviti pravni lijek protiv nadzornog tijela

1. Ne dovodeći u pitanje nijedan drugi upravni ili izvansudski pravni lijek, svaka fizička ili pravna osoba ima pravo na učinkoviti pravni lijek protiv pravno obvezujuće odluke nekog nadzornog tijela koja se na nju odnosi.

2. Ne dovodeći u pitanje nijedan drugi upravni ili izvansudski pravni lijek svaki ispitanik ima pravo na učinkoviti pravni lijek ako nadzorno tijelo nadležno na temelju članka 55. i 56. ne riješi pritužbu ili ne izvršiti ispitanika u roku od tri mjeseca o napretku ili ishodu pritužbe podnesene na temelju članka 77.

3. Postupci protiv nadzornog tijela vode se pred sudovima države članice u kojoj nadzorno tijelo ima poslovni nastan.

4. Ako je pokrenut postupak protiv odluke nadzornog tijela kojoj je prethodilo mišljenje ili odluka Odbora u okviru mehanizma konzistentnosti, nadzorno tijelo proslijeđuje to mišljenje ili odluku sudu.

#### Članak 79.

##### Pravo na učinkoviti pravni lijek protiv voditelja obrade ili izvršitelja obrade

1. Ne dovodeći u pitanje nijedan dostupan upravni ili izvansudski pravni lijek, uključujući pravo na podnošenje pritužbe nadzornom tijelu na temelju članka 77., ispitanik ima pravo na učinkoviti pravni lijek ako smatra da su mu zbog obrade njegovih osobnih podataka protivno ovoj Uredbi prekršena njegova prava iz ove Uredbe.

2. Postupci protiv voditelja obrade ili izvršitelja obrade vode se pred sudovima države članice u kojoj voditelj obrade ili izvršitelj obrade ima poslovni nastan. Osim toga, takvi postupci mogu voditi pred sudovima države članice u kojoj ispitanik ima uobičajeno boravište, osim ako je voditelj obrade ili izvršitelj obrade tijelo javne vlasti neke države članice koje djeluje izvršavajući svoje javne ovlasti.

#### Članak 82.

##### Pravo na naknadu štete i odgovornost

1. Svaka osoba koja je pretrpjela materijalnu ili nematerijalnu štetu zbog kršenja ove Uredbe ima pravo na naknadu od voditelja obrade ili izvršitelja obrade za pretrpljenu štetu.

2. Svaki voditelj obrade koji je uključen u obradu odgovoran je za štetu prouzročenu obradom kojom se krši ova Uredba. Izvršitelj obrade je odgovoran za štetu prouzročenu obradom samo

*ako nije poštovao obveze iz ove Uredbe koje su posebno namijenjene izvršiteljima obrade ili je djelovao izvan zakonitih uputa voditelja obrade ili protivno njima.*

*3. Voditelj obrade ili izvršitelj obrade izuzet je od odgovornosti na temelju stavka 2. ako dokaže da nije ni na koji način odgovoran za događaj koji je prouzročio štetu.*

*4. Ako je u istu obradu uključeno više od jednog voditelja obrade ili izvršitelja obrade ili su u istu obradu uključeni i voditelj obrade i izvršitelj obrade i ako su, u skladu sa stavcima 2. i 3., odgovorni za bilo kakvu štetu prouzročenu obradom, svaki voditelj obrade ili izvršitelj obrade smatra se odgovornim za cjelokupnu štetu kako bi se osigurala učinkovita naknada ispitaniku.*

*5. Ako je voditelj obrade ili izvršitelj obrade, u skladu sa stavkom*

*4., platio punu odštetu za pretrpljenu štetu, taj voditelj obrade ili izvršitelj obrade ima pravo zatražiti od drugih voditelja obrade ili izvršitelja obrade koji su uključeni u istu obradu dio odštete koji odgovara njihovom udjelu u odgovornosti za štetu u skladu s uvjetima iz stavka 2.*

*6. Sudski postupak za ostvarivanje prava na naknadu štete vodi se pred sudovima koji su nadležni prema pravu države članice iz članka 79. Stavka 2.*

#### *Članak 84.*

##### *Sankcije*

*1. Države članice utvrđuju pravila o ostalim sankcijama koje se primjenjuju na kršenja odredaba ove Uredbe, te poduzimaju sve potrebne mjere kako bi se osigurala njihova provedba. Te sankcije moraju biti učinkovite, proporcionalne i odvraćajuće.*

*2. Svaka država članica priopćuje Komisiji odredbe svojih zakona koje je donijela u skladu sa stavkom 1. do 25. svibnja 2018. i bez odgađanja o svakoj sljedećoj izmjeni koja na njih utječe.*



#### 4 Kako uredba jamči pravo osobnosti onih čiji lik netko „preuzme“ medicinskim zahvatom

Uvodno smo naveli kako postoji određeni trend imitiranja poznatih (češće) i nepoznatih (rjeđe) osoba. Budući je teško zamisliti da je tako nešto medicinski indicirano, u pravilu će se raditi o zahvatima u privatnim zdravstvenim ustanovama na trošak samog pacijenta. Pacijent pri tome može liječniku dati anonimizirane podatke (nos te veličine i takvog i takvog zakošenja, dimenzija i sl.), a moguće je i da jednostavno preda konkretnu fotografiju i zatraži da se postigne najveća moguća sličnost. Polazeći od pravnih znanja svakog liječnika koja mora imati da bi radio (neovisno o „*ignorantia iuris nocet*“) jasno je da će liječnik, birajući između dosta nejasnih ograničenja i značajnog honorara, u pravilu izabrati ovo drugo. Budući da takav zahvat u pravilu neće oslabiti organizam, ni uzrokovati i potencirati neke druge bolesti ili ugroze zdravlja, to ni pravni subjekt koji snosi troškove zdravstveno osiguranih osoba (u Republici Hrvatskoj to je Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje ili HZZO) neće imati pravnih razloga na bilo koji način se u ovo miješati. To znači da će jedina osoba koja će imati pravni interes ovim se baviti biti onaj čiji lik je „preuzet“ (naravno, to je i sam pacijent ako nije zadovoljan učinjenim, ali i zdravstvena ustanova ako joj npr. ne bude plaćeno).

Što se tiče onoga čiji je lik „preuzet“, glavni problem će biti uopće dokazati (a teret dokaza je, naravno, na tužitelju) što se dogodilo. Pri tome će morati podnijeti tuženi zahtjev razmjerno „napamet“, zna li i bez čvrstih dokaza tko je i što učinio, a ako ih i bude imao prilično je sigurno da su pribavljeni protupravno, uz kršenje ne samo liječničke tajne nego i niza drugih pravnih normi. Ključna dvojba je, prema našem mišljenju, ima li (usprkos Uredbi, eventualno i drugih pravnih normi) tužitelj pravo prisiliti pravni subjekt koji daje – pruža zdravstvene usluge da preda podatke o obavljenom zahvatu ili ne. Ako je odgovor negativan, onda tužitelj praktično gotovo da nema izgleda u sudskom postupku (posebno i jer se tuženika nikako ne može prisiliti da pristupi na sud). Prema našem mišljenju, nažalost, odgovor je, barem *de lege lata*, čak i uključujući Uredbu, negativan.

Što se tiče pacijenta, zaštita anonimnosti je objektivno određena i ograničena time koliko će se kod prikupljanja podataka i njihove obrade biti detaljan, odnosno ići u potankosti. Ukoliko se bude išlo u potankosti, barem zato što se svakako neće i ne može raditi (u apsolutnim brojevima) o velikom broju zahvata, zaštita podataka je prilično relativizirana, s i bez Uredbe. To nas na neki način podsjeća na izjavu o npr.

hrvatskoj pravnoj znanstvenici koja je uključena u jedan znanstveni projekt u Republici Srbiji preko Pravnog fakulteta u Kragujevcu na čijim Majskim savjetovanjima je stalan gost i referent od 2008. god. – **nije spomenuto ni ime ni prezime ni titula, ali ipak je sve potpuno jasno.** Naime, ako se dođe do podatka da su u jednoj ustanovi u nekom razdoblju obavljena tri zahvata plastičnog kirurga, od čega jedan na nozi, drugi na ruci i treći na glavi, dvojbi baš i nema. Naravno, zahvat se može obaviti i na drugom kraju svijeta, može biti u državi koja podatke i ne prikuplja (ili prikuplja, ali ih ne dijeli), ali nužan je ovakav primjer kojeg smo iznijeli i analizirali da bi se nedostaci vidjeli u svojoj punini.

## 5 Umjesto zaključka

Jasno je da je dosta nepopularno ukazivati na nedostatke nekog novog pravnog akta, posebno ako nije ni počela njegova primjena. Zato želimo posebno naglasiti da naša kritika nije negiranje pozitivnih strana Uredbe, nego samo konstatiranje jedne praznine za koju bi bilo bolje da ju je Uredba popunila. Istina, popunjavanje i nekim drugim aktom bi dobro došlo, nije nužno da se radi o Uredbi.

Ono na što smo pokušali ukazati ima veze s osobnim podacima i njihovom zaštitom, ali i s javnim interesom da se određeni podaci pribave. Nažalost, i u slučaju kojeg smo analizirali se pokazalo da se ponovno išlo iz krajnosti u krajnost i da postoje slučajevi u kojima su načela sadržana u Uredbi neprimjenjiva, odnosno njihova primjena onemogućuje postojanje pravne sigurnosti i vladavine prava.

## Literatura

### Knjige i članci

- Bobbio, R. (1988). Eseji iz teorije prava, Logos, Split.
- Čizmić, J., Boban, M. (2018). Učinak nove EU Uredbe 2016/679 (GDPR) na zaštitu osobnih podataka u Republici Hrvatskoj, Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, vol. 39, broj 1, str. 353-376.
- Proso, M. (2012). Odgovornost za neimovinsku štetu zbog povrede prava na privatnost, doktorska disertacija obranjena na Pravnom fakultetu Sveučilišta u Splitu (neobjavljeno).

## **Propisi**

Direktiva (EU) 2016/680 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka od strane nadležnih tijela u svrhe sprečavanja, istrage, otkrivanja ili progona kaznenih djela ili izvršavanja kaznenih sankcija i o slobodnom kretanju takvih podataka te o stavljanju izvan snage Okvirne odluke Vijeća 2008/977/PUP (SL L 119, 4.5.2016.)

Direktiva 95/46/EZ Europskog parlamenta i Vijeća od 24. listopada 1995. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom protoku takvih podataka (SL L 281, 23.11.1995.).

Uredba (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka te o stavljanju izvan snage Direktive 95/46/EZ (Opća uredba o zaštiti podataka) (SL L 119, 4.5.2016.) - GDPR – General Data Protection Regulation

Zakon o obveznim odnosima, NN br. 35/05., 41/08., 125/11., 78/15., 29/2018.

Zakon o parničnom postupku - pročišćeni tekst. NN br. 148/2011. Pročišćeni tekst Zakona o parničnom postupku obuhvaća Zakon o parničnom postupku, objavljen u SL SFRJ, br. 4/77. i 36/77. (ispr.) te njegove izmjene i dopune objavljene u SL SFRJ, br. 6/80., 36/80., 43/82., 69/82., 58/84., 74/87., 57/89., 20/90., 27/90. i 35/91., Zakon o preuzimanju Zakona o parničnom postupku, objavljen u NN, br. 53/91. (stupio na snagu 8. listopada 1991.), Zakon o izmjenama Zakona o parničnom postupku, objavljen u NN, br. 91/92. (stupio na snagu 8. siječnja 1993.), Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o parničnom postupku, objavljen u NN, br. 112/99. (stupio na snagu 6. studenoga 1999.), članak 50. Zakona o arbitraži, objavljen u NN, br. 88/01. (stupio na snagu 19. listopada 2001.), Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o parničnom postupku, objavljen NN, br. 117/03. (stupio na snagu 1. prosinca 2003.), članak 129. Zakona o izmjenama i dopunama Ovršnog zakona, objavljen u NN, br. 88/05. (stupio na snagu 28. srpnja 2005.), Odluku USRH, br. U-I-1569/04. i dr., objavljena u NN, br. 2/07. i 96/08., Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o parničnom postupku, objavljen u NN, br. 84/08. (stupio na snagu 1. listopada 2008., osim odredbe čl. 49. koja stupa na snagu na dan prijama Republike Hrvatske u Europsku uniju), ispravak Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o parničnom postupku, objavljen u NN, br. 123/08.) te Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o parničnom postupku, objavljen u NN, br. 57/11. (stupio na snagu 2. lipnja 2011., osim odredbi čl. 14., čl. 29. u dijelu koji se odnosi na Europski sud i čl. 49. koje stupaju na snagu na dan prijama Republike Hrvatske u Europsku uniju), 25/2013.

## **Internetski izvori**

[www.azop.hr](http://www.azop.hr).



# E-ZDRAVLJE: ZAŠTITA OSOBNIH PODATAKA U NOVIM UVJETIMA

MARIJA BOBAN

Sveučilište u Splitu, Pravni fakultet, Split, Hrvatska, e-mail: marija.boban@pravst.hr

**Sažetak** Ubrzanim razvojem suvremenih informacijskih i komunikacijskih tehnologija kao i novim načinima obrade osobnih podataka, postalo je nužno donošenje novog zakonodavnog okvira koji će osigurati zaštitu prava i temeljnih sloboda pojedinaca u svezi s obradom njihovih osobnih podataka. Nova EU Uredba o zaštiti podataka (GDPR) odnosno punim nazivom EU Uredba 2016/679 o zaštiti pojedinca s obzirom na obradu osobnih podataka, osigurava da se osobni podaci mogu prikupljati samo pod strogim uvjetima i za zakonom predviđene svrhe. Sama Uredba predstavlja bitan korak za jačanje temeljnih prava građana u digitalnom dobu i usmjerena je zaštiti privatnosti s naglaskom na uspostavljanje modela zaštite osobnih podataka- najvrijednijeg dijela osobnosti i koncepta individualnosti nasuprot globalnoj univerzalnosti. Iz navedenih činjenica proizlazi potreba temeljitog istraživanja i analize zaštite osobnih podataka sa sigurnosnog, pravnog i kulturološkog aspekta s aspekta novih modela u sustavu e-zdravlja. Uže područje izlaganja odnosi se na analizu postojeće pravne regulative u području zaštite osobnih podataka s posebnim osvrtom na sigurnosne, pravne i etičke izazove zaštite osobnih podataka u e-zdravstvu te definiranje temeljnih postavki kvalitetne zaštite osobnih podataka temeljene na Uredbi. Poseban naglasak će biti stavljen na problematiku informacijske sigurnosti i zaštite u zdravstvu: stanju, zadaćama i regulativi (standardima i propisima) u svijetlu etike i sigurnosti osobnih podataka odnosno konkretno u pogledu anonimizacije i pseudonimizacije osobnih podataka.

## Ključne riječi:

anonimizacija,  
e-zdravlje,  
etika,  
informacijske  
tehnologije,  
GDPR,  
osobni podaci,  
privatnost,  
pravni okvir,  
pseudonimizacija,  
sigurnost,  
zaštita.

## Prvi put objavljeno u:

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



DOI <https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7>  
ISBN 978-961-286-335-7

## E-HEALTH: PROTECTION OF PERSONAL DATA IN THE NEW CONDITIONS

MARIJA BOBAN

Univetrnsity of Split, Faculty of Law, Split, Croatia, e-mail: blanka.kacer@pravst.hr

**Abstract** With the rapid development of modern information and communication technologies as well as the new ways of processing of personal data, it has become necessary to adopt a new legislative framework that will protect the rights and fundamental freedoms of individuals with regard to the processing of their personal data. The new EU Data Protection Regulation (GDPR), or the full name EU Regulation 2016/679 on the protection of individuals with regard to the processing of personal data, ensures that personal data can only be collected under strict conditions and for the purposes provided for by law. The Regulation itself is an essential step for strengthening the fundamental rights of citizens in the digital age and is aimed at protecting privacy, with an emphasis on establishing a model of personal data protection - the most valuable part of the personality and the concept of individuality as opposed to global universality. From these facts, there is a need for thorough research and analysis of the protection of personal data from the security, legal and cultural aspects from the perspective of new models in the eHealth system. The narrower scope of the paper relates to the analysis of the existing legal regulations in the field of personal data protection, with special attention to the security, legal and ethical challenges of protecting personal data in eHealth and defining the basic settings of quality protection of personal data based on the Regulation. Particular emphasis will be placed on the issues of information security and health care: the state, tasks and regulations (standards and regulations) in the light of the ethics and security of personal data, and specifically regarding the anonymization and pseudonymisation of personal data.

**Keywords:**

anonymization,  
e-health,  
ethics,  
information  
technology,  
GDPR,  
personal data,  
privacy,  
legal framework,  
pseudonymization,  
security,  
protection.

**First published in:**

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

## 1 Uvod

Elektroničko zdravlje (**skraćeno** – *e-Zdravlje*) mogli bismo definirati kao novi i znatno efikasniji način pružanja zdravstvenih usluga koji se temelji na uporabi suvremenih tehnologija uz visoki stupanj integracije zdravstvenog sustava, čime se povećava mobilnost i liječnika i samih pacijenata. S aspekta suvremenih tehnologija, e-Zdravlje možemo definirati i kao stručne i poslovne zdravstvene postupke i procese koji su podržani elektroničkim informatičko-komunikacijskim uslugama. e-Zdravlje obuhvaća informatičke sustave u zdravstvenim ustanovama, uključujući razmjenu elektroničkim zdravstvenim zapisom, distribuciju zdravstvenih informacija, privatnih i javnih, medicinska istraživanja i internetske servise za korisnike sustava zdravstva.<sup>1</sup> Ključni dio koncepta e-zdravstva jest pouzdano stvaranje, obrada i razmjena informacija u uvjetima brzih promjena i turbulentnog okruženja. Pri tome se naglasak pomiče s tehnologije na ljude, procese i usluge usmjerene k očuvanju i postizanju zdravlja.<sup>2</sup>

Informatizacija zdravstva je projekt koji traje jer stalno dolaze nove potrebe, nove tehnologije, nove ideje i nove mogućnosti. Pokazalo se da su zdravstvo i informatička tehnologija danas postali nerazdvojni. E-zdravlje prema Callensu uključuje sljedeće međupovezane kategorije: informacijske sustave za klinički rad i kućnu njegu, personalizirane zdravstvene sustave i usluge za prostorno udaljene pacijente, integrirane regionalne i nacionalne zdravstveno-informacijsko-komunikacijske mreže, uporabu ostalih sustava potpore (poput sustava naplaćivanja i slično).<sup>3</sup> Nadalje, primjena e-zdravstva ne može se provesti izdvojeno od ostalih usluga zdravstvenoga sustava, pa je potrebna integriranost svih usluga i procesa (Jones i sur.,2007.), ali i interdisciplinarna suradnja timova ljudi zaduženih za planiranje, razvoj, primjenu i njihovo djelovanje kao i združeno djelovanje i paralelni sustav razvoj prava kao podrške sustavu e-Zdravlja.<sup>4</sup> E-zdravlje omogućuje kvalitetnije, sigurnije, učinkovitije i ekonomičnije pružanje zdravstvene skrbi i upravljanje sustavom, te bolju komunikaciju svih dionika u zdravstvu, na dobrobit

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

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

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

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

pacijenata, zdravstvenih djelatnika i cijelog društva. U svijetu, ali i u Hrvatskoj intenzivno se radi na informatizaciji zdravstva, a kao glavni zahtjev postavlja se izgradnja integralnog zdravstvenog informacijskog sustava. Elektroničko poslovanje uistinu u zdravstvu omogućava lakše i uspješnije liječenje pacijenata te kvalitetniju medicinsku uslugu koja nije opterećena suvišnom i nepotrebnom administracijom. Stoga ne čudi činjenica da je sve veći broj država počeo postupno uvoditi informacijsko-komunikacijske tehnologije, kao što su npr. telemedicina i elektronički zdravstveni zapisi u svoje zdravstvene sustave. Međutim, procesu stvaranja elektroničkog zdravstva nužno je pristupiti sa određenom dozom opreza, obzirom da podaci o zdravstvenom stanju pacijenta spadaju u strogo osobne i povjerljive podatke, stoga njihova neoprezna ili nepropisna uporaba može imati dalekosežne posljedice.<sup>5</sup> Pritom treba uzeti u obzir da je informacijska tehnologija sve više dostupna i pacijentima pa je očekivano da će u skoroj budućnosti i pacijenti kroz osobni elektronički zdravstveni zapis sudjelovati u prikupljanju svojih zdravstvenih podataka. Također, samim time otvara se i pitanje zaštite osobnih podataka u novim uvjetima: sa stajališta novog zakonskom okvira kao i sigurnosnih zahtjeva koje pravni okvir donosi propisujući tehničke i organizacijske mjere kao pravnu obvezu u obradi osobnih podataka.

## 2 Značenje informacijsko komunikacijskih tehnologija u sustavu E-zdravlja

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

---

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



medicinskih podataka o pacijentu, koji potom postaju dostupni točno određenom krugu korisnika i pružatelja zdravstvenih usluga.

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

U procesu informatizacije zdravstva posebnu pozornost trebalo bi posvetiti informatizaciji primarne zdravstvene zaštite, koja mora imati vlastiti informacijski sustav. Primarna zdravstvena zaštita pruža se kroz djelatnosti opće/obiteljske medicine, zdravstvene zaštite predškolske djece, zdravstvene zaštite žena, patronažne zdravstvene zaštite, zdravstvene njege u kući bolesnika, stomatološke zdravstvene zaštite, higijensko-epidemiološke zdravstvene zaštite, preventivno-odgojnih mjera za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata, laboratorijsku dijagnostiku, ljekarništvo i hitnu medicinsku pomoć.<sup>6</sup> Informacijski sustav primarne zdravstvene zaštite trebao bi imati ulogu svojevrsnog integratora svih daljnjih informatičkih sustava koji su uvedeni ili će tek biti uvedeni u sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti. Korištenjem navedenog sustava u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, olakšava se rad i liječnicima i medicinskim sestrama odnosno tehničarima, kojima se omogućava da više vremena posvete samom pacijentu. Sustav također omogućava liječnicima korištenje dijagnostičkih i terapijskih smjernica, kao i direktnu komunikaciju s drugim bolnicama i liječnicima specijalistima.

Značajan aspekt i temelj za sustav e-zdravlja imao je upravo razvoj medicinske informatike. Postoji mišljenje kako medicinsku informatiku ponajprije promatramo sa stajališta znanstvene discipline koja razmatra postupke medicinskog razmišljanja, zaključivanja, apstrakcije, razradbe znanja, pamćenja i učenja, s napomenom da takav kontekst izučavanja mora biti u okvirima kulturalnih i socioloških dosega medicinske znanosti.<sup>7</sup> Medicinskom informatikom spoznaje se znanje o medicinskom znanju, pa područje izučavanja pokriva sva područja medicine, od mikroskopskih do

---

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

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

makroskopskih, od raščlambe pojedinih pacijenata do spoznaje o cjelokupnom sustavu zdravstvene zaštite. Slično tome, medicinsku informatiku može se definirati i kao znanost raščlambe sustava kojom se oblikuju svi postupci vezani uz medicinsko odlučivanje i medicinsko znanje.<sup>8</sup> Izdvaja se i mišljenje kako je medicinska informatika interdisciplinarna znanost, na razmeđu medicine i tehnologije, no istodobno i multidisciplinarna jednako toliko koliko je multidisciplinarna i sama medicinska znanost jer nema područja koje obje ne izučavaju. Na tragu toga medicinska informatika nastaje stapanjem medicine kao područja razmatranja i informatike kao znanstvene metodologije razmatranja.<sup>9</sup> Također, s aspekt obrade podataka medicinska informatika bavi se postupcima uporabe medicinskih podataka, informacija i znanja u svrhu rješavanja medicinskih problema i odlučivanja u zdravstvu.<sup>10</sup>

## 2.1 Informacijska djelatnost liječnika

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

---

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

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

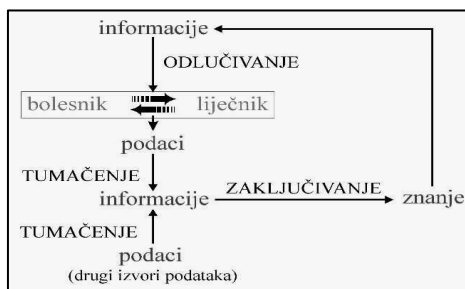
<sup>10</sup> Definicija prema profesoru Đuri Deželiću dana u njegovom udžbeniku. "Medicinska informatika". Također, u njemu se daje i pregled razvoja pojma medicinske informatike koji je nastao kasnih sedamdesetih godina dvadesetog stoljeća, izvorno iz francuskog pojma "informatique médicale", a danas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

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

**Tablica 1. Stupnjevi ljudskog djelovanja (prema van Bemmelu i Duisterhoutu)<sup>12</sup>**Izvor: [http://mi.medri.hr/uvod\\_medinfo.htm](http://mi.medri.hr/uvod_medinfo.htm) (22. 02. 2019.)

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

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

**Slika 1. Informacijska djelatnost liječnika u sustavu e-zdravlja (dijagnostičko-terapijski ciklus)**Izvor: [http://mi.medri.hr/uvod\\_medinfo.htm](http://mi.medri.hr/uvod_medinfo.htm) (27. 02. 2019.)<sup>15</sup>

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

<sup>13</sup> Vidi Lawlor D.A., Stone T., Public health and data protection: an inevitable collision or potential for a meeting of minds. Int J Epidemiol2001;30: 1221–5.

<sup>14</sup>Tako i šire Petrovečki, M., Uvod u medicinsku informatiku,(inačica 1.05, siječanj 2002.), dostupno na [http://mi.medri.hr/uvod\\_medinfo.htm](http://mi.medri.hr/uvod_medinfo.htm), (27.02. 2019.)

<sup>15</sup> Ibidem.

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

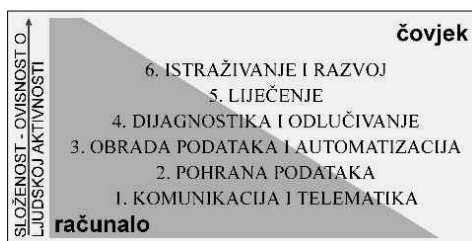
## 2.2 Razine primjene medicinsko-informatičkih postupaka

Uporaba računala u medicini počiva na težnji da se u svakom pogledu poboljša pružanje medicinske zaštite bolesnicima, i to jednako kakvoćom usluga, njihovom količinom i brzinom primjene. Liječnik u takvom okruženju postupno dobiva nove zadatke, a djelomično se ili čak u potpunosti razrješava nekih poslova, no i dalje

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

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

ostaje nezamjenjiva jedinka. U intelektualnom smislu liječnički posao ulaskom u informatičko razdoblje zapravo ne postaje jednostavniji nego upravo suprotno, složeniji i zahtjevniji. Za pojašnjenje stupnja informatizacije medicinske znanosti elektroničkim računalima Bommel opisuje šest razina njihove primjene: komunikaciju i telematiku, pohranu i pretraživanje podataka, obradu podataka i automatizaciju, dijagnostiku i odlučivanje, liječenje, te istraživanje i razvoj. U svakoj od navedenih cjelina računala se rabe, ali nejednoliko, tj. raznolikost njihova korištenja opada s porastom složenosti sustava (vidi Sliku 2.).



**Slika 2. Stupnjevi informatizacije medicinske znanosti i šest razina njihove primjene prema Bommel<sup>18</sup>**

Izvor: [http://mi.medri.hr/uvod\\_medinfo.htm](http://mi.medri.hr/uvod_medinfo.htm) (28. 02. 2019.)

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

### 3 E-zdravlje i novi zakonski okvir obrade osobnih podataka

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

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

<sup>19</sup> Kompleksnost društvenih promjena koje su zahvatile suvremena društva prvenstveno se očituje u čestoj uporabi pojmova informacija, informacijska sigurnost, osobni podatak, pravo na privatnost, informacijsko društvo, digitalna ekonomija. Brojni članci, analize i istraživanja bave se tom tematikom. Informacijsko društvo, s druge strane, obično

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

---

se definira kao novi stupanj društvenoga kulturnog razvoja koji ima posljedice i na privatnosti i na osobnu sigurnost sa stajališta funkcioniranja društva i sustava unutarnje, vanjske, i egzistencijalne sigurnosti, te na razvoju slobode osobe, demokratskih postupaka i metoda, demokracije rada, reda, mira i produktivnosti na globalnome nivou. Tako i šire. WEBSTER, F., *Theories of the Information Society*, Cambridge: Routledge, 2002., str. 10

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

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

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

(Narodne novine br. 42/18 – *dalje ZPOUZP*) kojim se dodatno reguliraju obaveze i kazne. Nadalje, stupanjem na snagu ZPOUZP od 25. svibnja 2018.g. prestaje važiti Zakon o zaštiti osobnih podataka (»Narodne novine«, br. 103/03., 118/06., 41/08., 130/11. i 106/12. – pročišćeni tekst), Uredba o načinu vođenja i obrascu evidencije o zbirkama osobnih podataka (»Narodne novine«, br. 105/04.) i Uredba o načinu pohranjivanja i posebnim mjerama tehničke zaštite posebnih kategorija osobnih podataka (»Narodne novine«, br. 139/04.).

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

zaštitu osobnih podataka koje se međusobno nadopunjuju. (GDPR, Preambula, točka 4.)

Podsjetimo, prvi Zakon o zaštiti osobnih podataka (NN, 103/03, 118/06, 41/08, 130/11, 106/12 – dalje ZZOP) u Hrvatskoj je donesen još 2003. godine (zadnje izmjene i dopune 2012.), a ova je Uredba prvi odmak u zakonskoj definiciji na razini Europske unije još 1995. godine. Iscrpna pravna definicija osobnog podatka dana je u ZZOP-u prema kojem: *“osobni podatak predstavlja svaka informacija koja se odnosi na identificiranu fizičku osobu ili fizičku osobu koja se može identificirati odnosno osoba čiji se identitet može utvrditi izravno ili neizravno, posebno na osnovi jednog ili više obilježja specifičnih za njezin fizički, psihološki, mentalni, gospodarski, kulturni ili socijalni identitet”* (ZZOP, čl. 2. st. 1.). Nova Uredba dodaje izrijeком dopunu pravne definicije prema kojem je osobni podatak svaki podatak kojim se *“osoba može identificirati izravno ili neizravno, osobito uz pomoć identifikatora kao što su ime, identifikacijski broj, podaci o lokaciji, mrežni identifikator ili uz pomoć jednog ili više čimbenika svojstvenih za fizički, fiziološki, genetski, mentalni, ekonomski, kulturni ili socijalni identitet tog pojedinca,”* (GDPR, čl. 4. st. 1.). Odnosno definicija izravno uvodi pojam *mrežni identifikator* te se nadalje u tekstu Uredbe po prvi put definiraju (i zakonski uređuju!) *genetski podaci* i *biometrijski podaci kao osobni podaci*. Naime, *genetski podaci* predstavljaju osobne podatke *“koji se odnose na naslijeđena ili stečena genetska obilježja pojedinca koja daju jedinstvenu informaciju o fiziologiji ili zdravlju tog pojedinca, i koji su dobiveni osobito analizom biološkog uzorka dotičnog pojedinca;* (GDPR, čl. 4. st. 13.) dok se pod pojmom. *biometrijski podaci* podrazumijevaju se *“osobni podaci dobiveni posebnom tehničkom obradom u vezi s fizičkim obilježjima, fiziološkim obilježjima ili obilježjima ponašanja pojedinca koja omogućuju ili potvrđuju jedinstvenu identifikaciju tog pojedinca, kao što su fotografije lica ili daktiloskopski podaci”.* (GDPR, čl. 4. st. 14.).

Važno je naglasiti kako se GDPR primjenjuje samo na osobne podatke. Ostali podaci koji se ne smatraju „osobnim podacima“ zaštićeni su nacionalnim zakonodavstvom država članica. Postoje iznimke u vidu obrade podataka u kontekstu zaposlenja ili u svrhu nacionalne sigurnosti koji i dalje mogu podlijegati zasebnim propisima kod svake od država članica.<sup>23</sup> (GDPR, čl. 2. st. 2. i GDPR, čl.

---

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



82.) Podaci se smatraju osobnima ako se iz njih s velikom vjerojatnošću može otkriti identitet pojedinca. Sam opseg podataka koje GDPR pokriva nije se značajno promijenio, osim dodavanja mrežnih identifikatora koji se smatraju osobnim podacima. GDPR se ne primjenjuje ni na anonimizirane podatke dok se za podatke koji se koriste u znanstvene svrhe ili za daljnju obradu mora provesti „pseudonimizacija“<sup>24</sup> što podrazumijeva obradu osobnih podataka na način da se osobni podaci više ne mogu pripisati određenom ispitaniku bez uporabe dodatnih informacija, pod uvjetom da se takve dodatne informacije drže odvojeno te da podliježu tehničkim i organizacijskim mjerama kako bi se osiguralo da se osobni podaci ne mogu pripisati pojedincu čiji je identitet utvrđen ili se može utvrditi. (GDPR, čl. 4, t. 5) Što se samog dizajniranja sustava tiče, poduzimanje određenih tehničkih i organizacijskih zaštitnih mjera (engl. *Privacy by design*) je postao standard. Time se naglašava da je potrebno paziti na zaštitu podataka od samog početka planiranja i dizajniranja sustava kako bi on bio što zaštićeniji od zloporaba još u samom nastanku. Potrebno je unaprijed misliti na sve moguće slabe točke sustava i na vrijeme poduzeti sve potrebite mjere za zaštitu osobnih podataka koje se na njima nalaze. Voditelj obrade u tome ima važnu ulogu te bi trebao imati kompetencije provođenja tehničkih i organizacijskih mjera zaštite kako ne bi došlo do kršenja Uredbe a posljedično i sankcija. (GDPR, čl. 25.)

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

---

<sup>24</sup> O pseudonimizaciji vidi više u SHARMA, A., DESHKAR, N., WADHAWAN, K., KEARNS-MANOLATOS, D., NANGLA, A., SEOLIKAR, A., YEUNG, S., DAS, S., PATIL R., „*Privacy & GDPR for Digital Platforms*“, Synchroon Inc, 2018., str. 27

*ponašanje odvija unutar Unije.* (GDPR, čl. 3. st. 2.) Veliki broj organizacija koje posluju na području Europske unije a bez poslovnog nastana u Europskoj uniji, također su u procesu usklađivanja s obzirom na visoke kazne koje Uredba propisuje.<sup>25</sup>

U cijeloj Europskoj uniji primjenjuju se isti, ujednačeni skup propisa. Svaka od država članica dužna je imenovati nezavisno nadzorno tijelo koje će obrađivati žalbe, izricati kazne i slično. Nadzorna tijela dužna su surađivati s tijelima u ostalim državama članicama, međusobno si pomažući i koordinirajući zajedničke regulatorne aktivnosti. Ako tvrtka ima više poslovnih nastana diljem EU-a, dodijelit će joj se jedno nadzorno tijelo kao glavno, a ovisno o mjestu "glavnog poslovnog nastana" gdje se odvijaju glavne aktivnosti obrade. Glavno nadzorno tijelo je jedinstveni mehanizam koji nadzire aktivnosti obrade tvrtke na području cijele Europske unije (GDPR, čl. 68). Europski odbor za zaštitu podataka (EDPB) koordinirat će rad nadzornih tijela, a zamijenio je Radnu skupinu za zaštitu podataka iz članka 29. Odbor osigurava dosljednu primjenu Uredbe te tu svrhu Odbor na vlastitu inicijativu ili prema potrebi na zahtjev Komisije, osobito: (a) prati i osigurava pravilnu primjenu ove Uredbe u slučajevima predviđenima člancima 64. i 65. ne dovodeći u pitanje zadaće nacionalnih nadzornih tijela; (b) savjetuje Komisiju o svim pitanjima u pogledu zaštite osobnih podataka u Uniji, među ostalim i o svim predloženim izmjenama ove Uredbe; (c) savjetuje Komisiju o formatu i postupcima za razmjenu informacija među voditeljima obrade, izvršiteljima obrade i nadzornim tijelima za obvezujuća korporativna pravila; (d) izdaje smjernice, preporuke i primjere najbolje prakse o postupcima za brisanje poveznica na osobne podatke, kopija ili replika tih osobnih podataka iz javno dostupnih sredstava komunikacije iz članka 17. stavka 2; (e) ispituje na vlastitu inicijativu, na zahtjev jednog od svojih članova ili na zahtjev Komisije sva pitanja koja obuhvaćaju primjenu Uredbe i izdaje smjernice, preporuke i primjere najbolje prakse kako bi poticao dosljednu primjenu ove Uredbe; (f) izdaje smjernice, preporuke i primjere najbolje prakse u skladu s točkom (e) ovog članka u svrhu dodatnog određivanja kriterija i uvjeta za odluke koje se temelje na izradi profila u skladu s člankom 22. stavkom 2.; (g) izdaje smjernice, preporuke i primjere najbolje prakse u skladu s točkom (b) ovog članka za utvrđivanje povreda osobnih podataka te određivanje nepotrebnog odgađanja iz članka 33. stavaka 1. i 2. te za posebne okolnosti u kojima se od voditelja obrade ili izvršitelja obrade zahtijeva obavješćivanje o povredi osobnih podataka; (h) izdaje smjernice, preporuke i primjere najbolje prakse u skladu s točkom (b) ovog članka u pogledu okolnosti u

---

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

kojima će povreda osobnih podataka vjerojatno dovesti do visokog rizika u pogledu pravâ i sloboda pojedinaca iz članka 34. stavka 1. (i) izdaje smjernice, preporuke i primjere najbolje prakse u skladu s točkom (e) ovog članka u svrhu dodatnog određivanja kriterija i zahtjeva za prijenose osobnih podataka na temelju obvezujućih korporativnih pravila kojih se pridržavaju voditelji obrade i obvezujućih korporativnih pravila kojih se pridržavaju izvršitelji obrade te daljnjih zahtjeva potrebnih za osiguravanje zaštite osobnih podataka ispitanika iz članka 47.; (j) izdaje smjernice, preporuke i primjere najbolje prakse u skladu s točkom (e) ovog članka u svrhu dodatnog određivanja kriterija i uvjeta za prijenose osobnih podataka na temelju članka 49. stavka 1.; (k) izrađuje smjernice za nadzorna tijela s obzirom na primjenu mjera iz članka 58. stavaka 1., 2. i 3. i određuje upravne novčane kazne u skladu s člankom 83.; (l) preispituje praktičnu primjenu smjernica, preporuka i primjera najbolje prakse iz točaka (e) i (f); (m) izdaje smjernice, preporuke i primjere najbolje prakse u skladu sa stavkom 1. točkom (e) za uspostavu zajedničkih postupaka za izvješćivanje pojedinaca o kršenjima ove Uredbe u skladu s člankom 54. stavkom 2.; (n) potiče izradu kodeksa ponašanja i uspostavu mehanizme certificiranja zaštite podataka te pečata i oznaka za zaštitu podataka u skladu s člancima 40. i 42.; (o) provodi akreditacije certifikacijskih tijela i periodično preispitivanje akreditacija u skladu s člankom 43. te vodi javnu evidenciju akreditiranih tijela u skladu s člankom 43. stavkom 6. i akreditiranih voditelja obrade ili izvršitelja obrade s poslovnim nastanom u trećim zemljama u skladu s člankom 42. stavkom 7.; (p) određuje zahtjeve iz članka 43. stavka 3. s obzirom na akreditaciju certifikacijskih tijela u skladu s člankom 42.; (q) Komisiji daje mišljenje o zahtjevima za certificiranje iz članka 43. stavka 8.; (r) Komisiji daje mišljenje o ikonama iz članka 12. stavka 7.; (s) daje mišljenje Komisiji o procjeni primjerenosti razine zaštite koja postoji u trećoj zemlji ili međunarodnoj organizaciji, kao i o procjeni o tome je li treća zemlja, područje, ili jedan ili više određenih sektora unutar treće zemlje, ili međunarodna organizacija prestao osiguravati primjerenu razinu zaštite.<sup>26</sup> U tu svrhu Komisija dostavlja Odboru svu potrebnu dokumentaciju, uključujući korespondenciju s vladom treće zemlje, vezano za tu treću zemlju, područja ili određenog sektora, ili s međunarodnom organizacijom. (t) daje mišljenja o nacrtima odluka nadzornih tijela u skladu s mehanizmom konzistentnosti iz članka 64. stavka 1. te o predmetima podnesenim na temelju članka 64. stavka 2. i pitanju obvezujućih

---

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

odluka na temelju članka 65., uključujući slučajeve iz članka 66.; (u) promiče suradnju i djelotvornu bilateralnu i multilateralnu razmjenu informacija i najboljih praksi između nadzornih tijela; (v) promiče zajedničke programe osposobljavanja i potpomaže razmjenu osoba između nadzornih tijela te nadzornih tijela trećih zemalja ili međunarodnih organizacija; (w) promiče razmjenu znanja i dokumentacije o zakonodavstvu i praksi u području zaštite podataka s nadzornim tijelima za zaštitu podataka širom svijeta. (x) daje mišljenje o kodeksima ponašanja sastavljenima na razini Unije u skladu s člankom 40. stavkom 9.; i (y) vodi javnosti dostupnu elektroničku evidenciju odluka koje su donijela nadzorna tijela i sudovi o pitanjima rješavanim u okviru mehanizma konzistentnosti. (GDPR, čl. 70, st. 1.) Nadalje, ako Komisija zatraži savjet od Odbora, može navesti rok, uzimajući u obzir hitnost predmeta. (GDPR, čl. 70, st. 2.) Odbor prosljeđuje Komisiji i odboru navedenom u članku 93. svoja mišljenja, smjernice, preporuke i primjere najbolje prakse te ih objavljuje. (GDPR, čl. 70, st. 3.) 4. Odbor se prema potrebi savjetuje sa zainteresiranim stranama i pruža im priliku da u razumnom roku dostave svoje komentare. Ne dovodeći u pitanje članak 76. Odbor javno objavljuje rezultate postupka savjetovanja (GDPR, čl. 70, st. 4.).

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

nadležne službe, ali i pojedinca čiji su osobni podaci povrijeđeni što ranije nije bio slučaj.<sup>27</sup>

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

Podsjetimo, ključni dio ZZOP-a i Uredbe svakako je i sama definicija „obrade podataka” koja prema GDPR-u: “znači svaki postupak ili skup postupaka koji se obavljaju na osobnim podacima ili na skupovima osobnih podataka, bilo automatiziranim bilo neautomatiziranim sredstvima kao što su prikupljanje, bilježenje, organizacija, strukturiranje, pohrana, prilagodba ili izmjena, pronalaženje, obavljanje uvida, uporaba, otkrivanje prijenosom, širenjem ili stavljanjem na raspolaganje na drugi način, usklađivanje ili kombiniranje, ograničavanje, brisanje ili uništavanje.” (GDPR, čl. st. 2) Sama obrada podataka i privola ključni su dio kako ZZOP-a tako i GDPR-a i značajni pojmovno za svaki oblik obrade podataka kako u javnom tako i u privatnom sektoru. S posebnim naglaskom na “osjetljive podatke”. Naime, Uredba državama članicama pruža prostor za djelovanje kako bi bolje odredile njezina pravila uključujući obradu posebnih kategorija osobnih podataka („osjetljivi podaci”). U tom smislu ovom se Uredbom ne isključuje pravo države članice kojim se utvrđuju okolnosti posebnih situacija obrade, što uključuje preciznije određivanje uvjeta pod kojima je obrada osobnih podataka zakonita. (GDPR, Preambula, točka 10)

Prema Uredbi, posebne kategorije osobnih podataka koje zaslužuju veći stupanj zaštite trebale bi se obrađivati samo u svrhe povezane sa zdravljem radi ostvarivanja tih svrha u korist pojedinaca i društva u cjelini, pogotovo u kontekstu upravljanja uslugama i sustavima zdravstvene ili socijalne skrbi, u što se ubraja i obrada takvih podataka koju u svrhu kontrole kvalitete, informacija o upravljanju i općeg nacionalnog i lokalnog nadzora sustava zdravstvene ili socijalne skrbi provode uprava i središnja nacionalna tijela nadležna za zdravlje i u svrhu osiguravanja kontinuiteta zdravstvene ili socijalne skrbi i prekogranične zdravstvene skrbi ili u svrhe zdravstvene zaštite, nadzora i uzbuñivanja, ili u svrhe arhiviranja u javnom interesu, u svrhe znanstvenih ili povijesnih istraživanja ili u statističke svrhe utemeljene na pravu Unije ili pravu države članice i čime treba ostvariti cilj od javnog

---

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

interesa, kao i za studije koje se provode u javnom interesu u području javnog zdravlja. Stoga se Uredbom utvrđuju usklađeni uvjeti za obradu posebnih kategorija osobnih podataka koji se odnose na zdravlje, za posebne potrebe, osobito kada obradu takvih podataka za određene zdravstvene svrhe provode osobe koje podliježu zakonskoj obvezi čuvanja poslovne tajne. Pravom Unije ili pravom države članice trebalo bi predvidjeti specifične i primjerene mjere za zaštitu temeljnih prava i osobnih podataka pojedinaca. Također, državama članicama trebalo bi omogućiti zadržavanje ili uvođenje dodatnih uvjeta, uključujući ograničenja, u vezi s obradom genetskih podataka, biometrijskih podataka ili podataka koji se odnose na zdravlje. Međutim, to ne bi trebalo spriječiti slobodan protok osobnih podataka unutar Unije ako se ti uvjeti primjenjuju na prekograničnu obradu takvih podataka. (GDPR, Preambula, točka 53)

Posebnu kategoriju predstavljaju upravo osobni podaci djece gdje je ponajprije postavljena dobna granica 16 godina al i mogućnost predviđanja niže dobne granice za davanje privole za obradu osobnih podataka djece i do 13 godina. Države članice mogu u te svrhe zakonom predvidjeti nižu dobnu granicu, pod uvjetom da takva niža dobna granica nije niža od 13 godina. (GDPR, čl. 8. st. 1.) Postoje dodatni uvjeti koje treba zadovoljiti kada se zahtjev za brisanje odnosi na osobne podatke djece, osobito u online okruženjima. Osobito je značajan element “privole” – osoba je kao dijete dala privolu za obradu podataka, no nakon nekoliko godina zatražila je brisanje. Osoba ima opravdani razlog za brisanjem podataka, jer kao dijete, za vrijeme davanja privole, nije mogla biti u potpunosti svjesna rizika koji su uključeni u proces obrade. Ovo se osobito odnosi na obradu podataka u e-zdravstvu čime će se uistinu utjecati na procedure kako u području pisane suglasnosti tako i u obradi informacija o “e-zapisima” djece i njihovog prosljeđivnja roditeljima. Važan aspekt biti će pisana privola (suglasnost) djeteta.

### **3.2 Obrada i javni pristup službenim dokumentima**

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

### 3.3 Obrada nacionalnog identifikacijskog broja

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

### 3.4 Obrada u kontekstu zaposlenja

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

### 3.5 Pravo na brisanje (Pravo na zaborav)

Najvažniji iskorak jest pravo na brisanje, poznato i kao pravo na zaborav (engl. Right to be forgotten) (GDPR, čl. 17.) Načelo ovog prava je omogućiti pojedincima da zatraže brisanje ili uklanjanje osobnih podataka ako nema uvjerljivog razloga za njihovu obradu. Sukladno čl. 17. st. 1. GDPR-a osoba ima pravo ishoditi od voditelja obrade: brisanje osobnih podataka koji se na njega odnose bez nepotrebnog odgađanja te voditelj obrade ima obvezu obrisati osobne podatke bez nepotrebnog odgađanja ako je ispunjen jedan od sljedećih uvjeta: (a) osobni podaci više nisu nužni u odnosu na svrhe za koje su prikupljeni ili na drugi način obrađeni; (b) ispitanik povuče privolu na kojoj se obrada temelji u skladu s člankom 6. stavkom 1. točkom (a) ili člankom 9. stavkom 2. točkom (a) i ako ne postoji druga pravna osnova za obradu; (c) ispitanik uloži prigovor na obradu u skladu s člankom 21. stavkom 1. te ne postoje jači legitimni razlozi za obradu, ili ispitanik uloži prigovor na obradu u skladu s člankom 21. stavkom 2.; (d) osobni podaci nezakonito su obrađeni; (e) osobni podaci moraju se brisati radi poštovanja pravne obveze iz prava Unije ili prava države članice kojem podliježe voditelj obrade; (f) osobni podaci prikupljeni

su u vezi s ponudom usluga informacijskog društva iz članka 8. stavka 1. (GDPR, čl. 17. st. 1.). Primjenjuje se ako osobni podaci više nisu potrebni u svrhu za koju su se prikupljali/ koristili, kada ispitanik povuče suglasnost, kada se ispitanik protivi obradi i ne postoji legitiman razlog za nastavak obrade, ako su podaci protupravno obrađeni, ukoliko se osobni podaci moraju izbrisati kako bi se udovoljilo zakonskoj obvezi te ako se radi o osobnim podacima koji se odnose na djecu u svezi s ponudom usluga informacijskog društva. U slučaju ako je voditelj obrade javno objavio osobne podatke i dužan je u skladu sa stavkom 1. obrisati te osobne podatke, uzimajući u obzir dostupnu tehnologiju i trošak provedbe, voditelj obrade poduzima razumne mjere, uključujući tehničke mjere, kako bi informirao voditelje obrade koji obrađuju osobne podatke da je ispitanik zatražio od tih voditelja obrade da izbrišu sve poveznice do njih ili kopiju ili rekonstrukciju tih osobnih podataka. (GDPR, čl. 17. st. 2.). Također, u članku 16. Uredba predviđa i pravo na ispravak tako da osoba može zatražiti ispravak<sup>17</sup> i/ili brisanje osobnih podataka ako su podaci nepotpuni, netočni ili neažurni. Nadalje, zakonodavac je postavio i uvjete prema kojima zahtjev za brisanjem može biti odbijen i to u slučajevima kada se podaci obrađuju da bi se ostvarilo pravo na slobodu izražavanja i informiranja, da bi se udovoljilo zakonskoj obvezi obavljanja zadaća od javnog interesa ili službenih ovlasti, u svrhe javnog zdravlja a u interesu javnosti, za arhiviranje u svrhu javnog interesa, znanstvenog/povijesnog istraživanja ili u statističke svrhe te u svrhu postavljanja, ostvarivanja ili obrane pravnih zahtjeva. (GDPR, čl. 3 st. 17.). Predviđena je i obveza izvješćivanja u vezi s ispravkom ili brisanjem osobnih podataka ili ograničenjem obrade koja voditelju obrade nalaže priopćivanje svakog ispravka ili brisanja osobnih podataka ili ograničenje obrade provedeno u skladu s člankom 16., 17. stavkom 1. i člankom 18. svakom primatelju kojem su otkriveni osobni podaci, osim ako se to pokaže nemogućim ili zahtijeva nerazmjeran napor. Nadalje, voditelj obrade obavješćuje osobe o tim primateljima ako to osoba zatraži. (GDPR, čl. 19.) To u praksi znači kako GDPR pojačava pravo na brisanje pojašnjavanjem - organizacije u mrežnom okruženju koje javno objavljuju osobne podatke trebaju obavijestiti druge organizacije koje obrađuju osobne podatke za brisanje veza, kopiranja ili replikacije osobnih podataka o kojima je riječ.



### 3.6 Pseudonimizacija

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

### 3.7 Integrirana zaštita podataka

Mjere tehničke i integrirane zaštite podataka (čl. 25.) propisuju primjenu zaštitnih mjera u sam postupak razvoja procedura, proizvoda i usluga. Treba od početka primijeniti visoku razinu mjera za zaštitu privatnosti, a voditelj obrade mora osigurati da tehničke i proceduralne mjere budu dostatne i u skladu s propisima za vrijeme cjelokupnog trajanja postupaka obrade. Voditelji obrade trebaju primijeniti mehanizme kojima bi se spriječila obrada osobnih podataka, osim ako je to potrebno za svaku od određenih svrha.<sup>28</sup>

---

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

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

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

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

---

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

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

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

#### 4 E-zdravlja u Republici Hrvatskoj – ciljevi, prednosti i nedostaci

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

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

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

Republici Hrvatskoj –dalje *SPeZ* koja je donesena 2014.g.<sup>32</sup> Nacionalna strategija definira i konkretne mjere kojima će se ti ciljevi ostvariti. Te mjere, dopunjene i usklađene sa svjetskim trendovima i preporukama Europske unije (EU), postaju ciljevima strateškog plana eZdravlja:

1. Treba težiti smanjenju razlike među ustanovama u razini integrirane informatiziranosti, na način da većina brže slijedi naprednije čiji su se sustavi i procesi dokazali u praksi.
2. Sustavi eZdravlja trebaju omogućiti automatsku izradu standardiziranih izvješća, izvješćivanje i alarmiranje u realnom vremenu, dostavu podataka za statističke analize te dati podršku za samostalno izrađivanje izvješća „po narudžbi“ različitih korisnika (primjena tehnologije poslovnog izvješćivanja).
3. Sustavi eZdravlja trebaju osigurati automatsko punjenje zdravstvenih i drugih registara od interesa za javno zdravstvo (npr. trenutna epidemiološka situacija) i istraživanja u području medicine i zdravstva.
4. Postojeći institucionalni sustavi će se unaprijediti i modernizirati kako bi bili interno djelotvorni, a prema van interoperabilni, prije svega u potpori procesima zdravstvene skrbi i distribuiranom raspolaganju zdravstvenim podacima pacijenta. Strogo će se voditi računa o tome da se eZdravlje i procesi u zdravstvu unapređuju sinkronizirano do mjere da planiranje promjena procesa uključuje istovremeno planiranje promjena sustava eZdravlja.
5. Osim potpore osnovnoj djelatnosti ostvarit će se i poslovni sustavi, koji će davati potporu i npr. objedinjenoj nabavi.
6. Telemedicina će koliko je god moguće biti integrirana u službu hitne medicinske pomoći i druge zdravstvene djelatnosti, te će skupa s mZdravljem omogućiti liječenje na daljinu (čime nadomješćuje nedostatak stručnjaka) i uspostavu aktivnije uloge pacijenata u vlastitom liječenju.

---

<sup>32</sup> Strateški plan razvoja eZdravlja u republici Hrvatskoj – *SPeZ* dostupan je na [https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Programi,%20projekti%20i%20strategije/Strate%C5%A1ki-plan\\_razvoja\\_eZdravlja.pdf](https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Programi,%20projekti%20i%20strategije/Strate%C5%A1ki-plan_razvoja_eZdravlja.pdf) (26. 02. 2019.)

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

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

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

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

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

12. eZdravlje će biti zakonski regulirano.

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

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

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

---

<sup>33</sup> Vidi SPeZ, str. 4-5

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

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

---

<sup>34</sup> Hrvatsko eZdravlje je među vodećima u Europi – imamo nacionalni eRecept, eUputnicu, eNaručivanje, eListe čekanja, eNalaz, eOtpusno pismo i velik broj projekata u tijeku. Za primjere vođenja obrade elektroničkih zapisa pacijenata vidi više u Wyatt, J.C., Wright, P., Medical records. I: design should help use of patient data. *Lancet*1998;352:1375–8.

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

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

#### 4.1 Sigurnosni izazovi zaštite osobnih podataka u sustavu e-zdravlja

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

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

„Tri su osnovna mehanizma za upravljanje rizicima:

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

Prijetnje sigurnosti osobnih podataka u zdravstvenim ustanovama su specifične. One obuhvaćaju: namjerne i slučajne ljudske radnje unutar i izvan organizacije kao što su krađe podataka unutar organizacije i izvan nje, neovlašteni pristup podacima kao što je primjerice ostanak u programu nakon prestanka rada pa se drugi zaposlenik koristi programom pod tuđom lozinkom, nehotično slanje podataka na krive adrese, problemi sustava poput tehničkih greški, greški u funkcioniranju sustava, hardverske i softverske greške, zatim drugi problemi kao što su greške u održavanju, greške zaposlenika i sl. Upravljanje sigurnošću podataka u zdravstvu ne

---

<sup>37</sup> Vidi više u Sim, I, Gorman, P, Robert A, et al. Clinical decision support systems for the practice of Evidence-based medicine. J Am Med Inform Assoc2001;8:527–34.

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

svodi se samo na sigurnost korisničkih imena i lozinki, već je potrebno voditi računa i o razvijanju svijesti o informacijskoj sigurnosti, provedbi edukacija o informacijskoj sigurnosti, kontroli pristupa podacima, provedbi disciplinskog postupka za kršenje sigurnosti, inzistirati na odgovornosti i ukidanju prava pristupa podacima.<sup>39</sup> Osim osobnih podataka pacijenata potrebno je osigurati sustav zaštite podataka o pacijentima koji su prikupljeni za potrebe nekih istraživanja (statističkih ili kliničkih), podatke koji služe za donošenje odluka u klinici (npr. podaci o reakciji na lijekove), te informacije o zdravstvenim djelatnicima, ostalom osoblju i volonterima.<sup>40</sup>

## 4.2 Etički izazovi zaštite osobnih podataka u sustavu e-zdravlja

Za potrebe ovoga rada, u nastavku teksta istaknuti su etički izazovi zaštite osobnih podataka u sustavu e-Zdravlja.. Radi boljeg razumijevanja teksta koji slijedi uvodno je važno definirati pojmove kao što su etika i medicinska etika te njihov odnos prema informacijama i zaštiti informacija. Etika se definira kao „filozofija morala ili filozofsko razmišljanje o moralu, moralnim problemima i moralnim sudovima. Njezin su predmet, najopćenitije rečeno, ljudsko djelovanje, i to moralno relevantno djelovanje te različiti oblici moralnog argumentiranja, obrazloženja i opravdanja morala.“<sup>41</sup> Medicinska etika je jedna od specijalističkih oblasti etike kao znanstvene discipline, a spada u tzv. profesijske etike.<sup>42</sup> Medicinska etika pomaže zdravstvenim radnicima da prepoznaju i riješe probleme etičke prirode. Posljednjih godina raste interes za medicinsku etiku sa mnogobrojnim pitanjima i moralnim dilemama koje proizlaze iz ubrzanog tehnološkog razvoja u medicini, otkrićima novih mogućnosti liječenja i razvoja tzv. zdravstvene informatike. Zaštita podataka zahtijeva jasna pravila o ponašanju osoba kojima su ti podaci dostupni i osoba koje ih obrađuju, odnosno upisuju ili mijenjaju, te se zbog prirode posla njima koriste u svakodnevnom radu. Zbog toga je nužno definirati pravila ponašanja i odnosa prema zdravstvenim podacima i informacijama općenito, a koje se odnose, u prvom redu na pacijenta, a potom i na zaposlenike zdravstvenih ustanova. Osim navedenog, značajan predmet zanimanja medicinskog prava predstavlja odnos između

---

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

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

<sup>41</sup> Vidi Kregar, j., Marčetić, G., Grubišić, K., „Etika u politici i javnoj upravi“, Novi informator, 2016, str. 13

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



zdravstvenog radnika i pacijenta u pogledu pružanja medicinske usluge, a taj odnos nije samo pravni nego je i etički. U tom odnosu zdravstveni radnik je dužan pridržavati se načela medicinske etike. Etički principi Hipokratove zakletve su postali osnova medicinske etike i nikako se ne može osporiti njezin značajan doprinos razvoju suvremene medicine. Ta je zakletva opisna kao „najviši stupanj razvoja striktnih etičkih načela u medicini“. <sup>43</sup>

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

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

Brzina razvoja medicinske djelatnosti i znanstveno tehnoloških inovacija, kao i uvođenje informatičke tehnologije, donose nove moralne dileme pa se nameće potreba konstantnog pravnog uređenja brojnih pitanja iz područja medicine. Mogućnost zloupotrebe podataka postaje sve veća jer je i mogućnost pristupa informacijama veća. U većini zemalja u svijetu pravila medicinske etike su danas utvrđena kao zasebni tekstovi (*tzv. kodeksi medicinske etike*) od strane različitih strukovnih udruga. *Međunarodna udruga medicinskih informatičkih znanosti* (dalje - *IMIA*) je svjetsko tijelo za zdravstvenu i biomedicinsku informatiku koja se zalaže za promicanje najbolje prakse u korištenju informacijskih i komunikacijskih tehnologija u zdravstvu.<sup>45</sup> IMIA je 2003. godine objavila Etički kodeks za zdravstvene

---

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

<sup>44</sup> Ibid., str. 87

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

informatičare (dalje u tekstu: Kodeks) koji predstavlja kumulaciju višegodišnjeg napora radne skupine za zaštitu podataka u zdravstvu. Pored njega pripremljen je i detaljan priručnik objašnjenja koja prate principe i odredbe Kodeksa. U Njemačkoj je, 2016. godine na sjednici Generalne skupštine IMIA, odobreno objavljivanje revizije Kodeksa i priručnika objašnjenja.<sup>46</sup> Obzirom da je informatičko područje u konstantnoj mijeni, Kodeks je fleksibilan da bi se prilagodio nadolazećim promjenama, ali i zbog činjenice da zdravstveni informatičari rade u drugačijim sredinama od onih u kojima rade neki drugi informatičari profesionalci. Etički kodeks zdravstvenih informatičara se temelji na osnovnim etičkim principima i sastoji se od dva dijela. Kada se primijene na situacije koje karakteriziraju informatičku sredinu, osnovni etički principi prerastaju u opće etičke principe informatičke etike. To su princip informacijske privatnosti i raspolaganja, otvorenosti, sigurnosti, dostupnosti, legitimnog kršenja, minimalno nametnute alternative i odgovornosti.<sup>47</sup> Privatnost je osnovno pravo svih ljudi, a time i kontrola prikupljanja, pohranjivanja, dostupnosti, uporabe, razmjene, rukovanja i raspolaganja s podacima o sebi. Prikupljanje, pohranjivanje, dostupnost, uporaba, razmjena, rukovanje i raspolaganje osobnim podacima mora biti dano na uvid subjektu podataka na primjeren način i pravovremeno. Podaci o nekoj osobi koji su legitimno prikupljeni trebaju biti zaštićeni sa svim mjerama od gubitka, degradacije, neautoriziranog uništenja, dostupnosti, uporabe, rukovanja, modifikacije ili razmjene. Osoba na koju se odnosi elektronički zapis ima pravo pristupiti zapisu i korigirati ga s obzirom na točnost, potpunost i važnost podataka u njemu. Svako kršenje prava privatnosti pojedinca i njegovih prava da nadzire osobne podatke mora biti odobreno od pojedinca u primjerenom roku i na primjeren način.

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

---

<sup>46</sup>Revizija Kodeksa i priručnika objašnjenja dostupna je na <http://imia-medinfo.org/wp/imia-code-of-ethics> (25. 02.2019.).

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

<sup>48</sup> Ibidem.

## **5 Zaključak**

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

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

## Literatura

- Fors, P., „GDPR Compliance“, CreateSpace Independent Publishing Platform, 2018. Vidi i FERNANDEZ, P. C., „Flexibility Clauses in the General Data Protection Regulation: The "Swiss Cheese" of EU Data Protection Law? A Study of the Flexibility Clauses Within the GDPR and the Possibility of Them Hampering the Attainment of the Objectives of the Regulation“, 2016.
- Calder, A, EU GDPR & EU-US Privacy Shield: A Pocket Guide, IT Governance Ltd, 2017., str. 76-80
- Bergus GR, Cantor SB, Ebell MH, et al. A glossary of medical decision making terms. *Med Decis Making*1995;22:385–93.
- Božić, V., „Upravljanje informacijskom sigurnošću u zdravstvu“, *MEDIX*, Broj: 101/102, 2012., str. 220
- Bronzino, J.D., *Medical Devices and Systems*, CRC Press, 2006.
- Burns, F., *Information for health*. Leeds: NHS Executive, 1998.
- Callens, S. The EU legal framework on e-health. U E. Mossialos, G. Permanand, R. Baeten i Hervey, T., (Ur.), *Health systems governance in Europe: The role of European Union law and policy*, 2010., str. 561–588
- Coiera E., Glossary. In: *A guide to medical informatics, the internet and telemedicine*. New York: Chapman and Hall, 1997:339–50.
- Čizmić, J., Boban, M., „Utjecaj novih tehnologija na zaštitu tajnosti podataka i informacijsku sigurnost“, *Zbornik radova znanstveno-stručnog skupa s međunarodnim sudjelovanjem „Pravo na pristup informacijama i zaštita osobnih podataka“*, Pravni fakultet u Splitu, Split, 2015., str. 67-104.
- Čizmić, J., Boban, M., „Učinak nove EU Uredbe 2016/679 (GDPR) na zaštitu osobnih podataka u Republici Hrvatskoj“, *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*, Vol.39 No.1 Travanj (2018.), str. 381
- Čizmić, J., Cvitković, M., Klarić, A., „Zdravstveno strukovno staleško pravo“, Split 2017.
- Degoulet, P., Fieschi, M., *Introduction to Clinical Informatics*, Springer Science & Business Media, 2012.
- Demarin, K., „Povijest medicine i sestринства s osnovama medicinske etike“ *Priručnik za učenike, I izdanje*, Školska knjiga, Zagreb 1984, str. 20
- Deželić, Đ., *Medicinska informatika*. Zagreb: Hrvatsko društvo za medicinsku informatiku, 1997.
- Gertz, M., Guldentops, E., Strous, L., (ed.), „Integrity, internal control and security in information systems: connecting governance and technology“, IFIP TC11/WG11.5 Fourth Working Conference on Integrity and Internal Control in Information Systems, November 15-16, 2001, Brussels, Belgium. Springer, 2002.
- Gobeo, A., Fowler, C., Buchanan, W. J., „GDPR and Cyber Security for Business Information Systems“, River Publishers, 2018., str. 70.
- Hrvatska komora medicinskih sestara, službene stranice, dostupno na <https://edu.hkms.hr/mod/forum/discuss.php?d=38>
- Iakovidis, I., Wilson, P., Healy, J. C., *E-health: Current Situation and Examples of Implemented and Beneficial E-health Applications*, IOS Press, 2004.
- Izvješće Agencije Europske unije za mrežnu i informacijsku sigurnost, dostupno na <https://www.enisa.europa.eu/publications/privacy-and-data-protection-by-design>
- Kregar, j., Marčetić, G., Grubišić, K., „Etika u politici i javnoj upravi“, *Novi informator*, 2016, str. 13

- Lawlor D.A., Stone T., Public health and data protection: an inevitable collision or potential for a meeting of minds. *Int J Epidemiol*2001;30:1221–5.
- Masys D.R., Brennan P.F., Ozbolt J.G., et al. Are medical informatics and nursing informatics distinct disciplines? The 1999 ACMI debate. *J Am Med Inform Assoc*2000;7:304–12.
- Međunarodna udruga medicinskih informatičkih znanosti, službene stranice, <http://imia-medinfo.org/wp/>
- National HealthKey Collaborative. Securing the exchange and use of electronic health information to improve the nation's health: a summary report to the community. New York: The Robert Wood Johnson Foundation, 2001.
- Ostojić, R., Bilas, V., Franc, S., E.-zdravstvo – unapređenje zdravstvenoga sustava primjenom informacijske i komunikacijske tehnologije, Društvena istaživanja, Zagreb, God. 21 (2012), br. 4 (118), str. 843-862, doi:10.5559/di.21.4.02
- Petrovečki, M., Uvod u medicinsku informatiku,(inačica 1.05, siječanj 2002.), dostupno na [http://mi.medri.hr/uvod\\_medinfo.htm](http://mi.medri.hr/uvod_medinfo.htm)
- Revizija Kodeksa i priručnika objašnjenja, IMIA, dostupno je na <http://imia-medinfo.org/wp/imia-code-of-ethics>
- Rodrigues, R. J. Opportunities and challenges in deployment of global e-health. *International Journal of Healthcare Technology and Management*, 5(3/4/5), 2003., 335–358. doi:10.1504/IJHTM.2003.004173
- Sharma, A., Deshkar, N., Wadhawan, K, Kearns-Manolatos, D, Nangla, A.,Seolikar, A., Yeung, S., Das, S., Patil, R., „Privacy & GDPR for Digital Platforms“, Synechron Inc, 2018., str. 27.
- Shortliffe E. H., The science of biomedical computing. *Med Inform* 1984;9:185-93.
- Sim I, Gorman P, Robert A, et al. Clinical decision support systems for the practice of Evidence-based medicine. *J Am Med Inform Assoc*2001;8:527–34
- Sim, I, Gorman, P, Robert A, et al. Clinical decision support systems for the practice of Evidence-based medicine. *J Am Med Inform Assoc*2001;8:527–34.
- Strateški plan razvoja eZdravlja u republici Hrvatskoj – SPeZ dostupan je na [https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Programi,%20projekti%20i%20strategije/Strate%C5%A1ki-plan\\_razvoja\\_eZdravlja.pdf](https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Programi,%20projekti%20i%20strategije/Strate%C5%A1ki-plan_razvoja_eZdravlja.pdf)
- Tankard, C., „What the GDPR means for businesses“, *Network Security* 2016(6):5-8, June, 2016.
- UREDBA (EU) 2016/679 EUROPSKOG PARLAMENTA I VIJEĆA od 27. travnja 2016. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka te o stavljanju izvan snage Direktive 95/46/EZ (Opća uredba o zaštiti podataka) usvojena je 27. svibnja 2016. godine, dostupno na <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HR/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016R0679&from=EN>
- Van Bommel J. H, Musen M. A. What is medical informatics? U: van Bommel JH, Musen MA, ur. Handbook of medical informatics. Houten/Diegem: Springer, 1997:xxxix-xxxiv.
- Van Bommel J.H., Duisterhout J.S., Data and information. U: van Bommel JH, Musen MA, ur. Handbook of medical informatics. Houten/Diegem: Springer, 1997., str. 3-34.
- Van Bommel, J.H., The structure of medical informatics. *Med Inform* 1984;9:175-80.
- Walton of Detchant, Doll R, Asscher W, et al., Consequences for research if use of anonymised patient data breaches confidentiality. *BMJ*1999;319:1366. Vidi i Liu, J.L.Y, Wyatt J.C, Altman, D.G., Exploring the definition and scope of clinical

- decision tools: focus on the problem, not the solution. Oxford: Working paper, Centre for Statistics in Medicine, Oxford University, 2002.
- Webster, F., *Theories of the Information Society*“, Cambridge: Routledge, 2002., str. 10
- Wyatt, J.C., Wright, P., Medical records. I: design should help use of patient data. *Lancet*1998;352:1375–8.

# PRAVO PACIJENATA NA ZAŠTITU OSOBNIH PODATAKA O ZDRAVLJU U PREKOGRANIČNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI

MAJA PROSO

Sveučilište u Splitu, Pravni fakultet, Split, Hrvatska, e-mail: maja.proso@gmail.com

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

**Ključne riječi:**

osobni podaci o zdravlju, pacijent, prekogranična zdravstvena zaštita.

**Prvi put objavljeno u:**

Proso, M, Pravo pacijenata na zaštitu osobnih podataka o zdravlju u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti, Zbornik radova međunarodnog 1. kongresa Kokoza i 3. hrvatskog kongresa medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem, Rabac, 2019. str. 73-85.



DOI <https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7.10>  
ISBN 978-961-286-335-7

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

MAJA PROSO

University of Split, Faculty of Law, Split, Croatia, e-mail: maja.proso@gmail.com

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

**Keywords:**  
patient,  
personal data  
about patients'  
health,  
cross-border  
healthcare.

**First published in:**

Proso, M, Pravo pacijenata na zaštitu osobnih podataka o zdravlju u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti, Zbornik radova međunarodnog 1. kongresa Kokoza i 3. hrvatskog kongresa medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem, Rabac, 2019. str. 73-85.



## **1 Uvod**

Tehnološki razvoj i globalizacija dovode do pojave novih izazova u zaštiti osobnih podataka. Opseg prikupljanja i razmjene osobnih podataka svakodnevno se povećava. Tehnologijom se privatnim društvima i tijelima javne vlasti omogućuje uporaba osobnih podataka u dosada neviđenom opsegu radi ostvarenja njihovih djelatnosti. Pojedinci svoje osobne informacije sve više čine dostupnima javno i globalno. Tehnologija je preobrazila i gospodarstvo i društveni život, ali bi ujedno trebala olakšavati slobodan protok osobnih podataka osiguravajući pri tome visoku razinu zaštite osobnih podataka. Možda je upravo u zdravstvenoj djelatnosti najbolje vidljiv tehnološki napredak suvremenog društva, koristi, ali i potencijalne opasnosti i zamke koje digitalizacija i informatizacija u medicini donose pravima pacijenata, a posebno njegovom pravu na privatnost, poglavito pravu na zaštitu pacijentovih osobnih podataka o zdravlju. (Dulčić & Vukobrat Bodiroga, 2008). Osobni zdravstveni podatci su vrlo osjetljiva kategorija podataka čije neopravdano objavljivanje može prouzročiti posramljenost, stigmatizaciju i diskriminaciju pojedinca u društvu, odnosno povredu osobnih neimovinskih dobara osobe čiji su zdravstveni podatci objavljeni (Orentlicher, 2010). Jedno od područja koje dijelom uređuje Direktiva 2011/24/EU o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti (dalje u tekstu: Direktiva 2011/24/EU) je i prekogranični prijenos i zaštita osobnih podataka o zdravlju pacijenata. Direktivom 2011/24/EU utvrđuju se pravila za olakšavanje pristupa sigurnoj i kvalitetnoj prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti te promiče suradnja u području zdravstvene zaštite između država članica uz potpuno poštovanje nacionalnih nadležnosti pri organizaciji i pružanju zdravstvene zaštite. Danas je posebice važno pitanje prekograničnog prijenosa, upotrebe i zaštite osobnih podataka o zdravlju pacijenata. Snažan razvoj zdravstvenih inovacija i sustava mobilnog zdravstva (m-zdravstvo), kao i e-zdravstva (elektronsko zdravstvo) omogućio je prikupljanje i obradu velike količine osobnih podataka o zdravlju (pacijenta) pri uporabi tehnologija mobilnog i elektronskog zdravstva, te je otvorio pitanje osiguranja načina i postupaka za ojačanje sigurnosti i zaštite osobnih podataka o zdravlju (pacijenta). U radu autorica izlaže pojam osobnog podatka o zdravlju u svjetlu novog pravnog uređenja zaštite osobnih podataka, analizira pravni okvir zaštite osobnih podataka, posebice osobnog podatka o zdravlju (pacijenta) de lege lata, predlaže pravna rješenja jače zaštite osobnih podataka o zdravlju (pacijenta) de lege ferenda, s posebnim osvrtom na pitanje modaliteta zaštite osobnih podataka o zdravlju (pacijenta) u kontekstu prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti.

## 2 Pravni okvir zaštite osobnog podatka o zdravlju

Sustav zaštite osobnih podataka u Europi temelji se na Konvenciji br. 108 Vijeća Europe, pravnim aktima Europske unije (EU), kao i sudskoj praksi Europskog suda za ljudska prava i Suda Europske unije. Ugovor o funkcioniranju Europske unije u članku 16. (bivši čl. 286. UEZ-a) (Čapeta, 2010) ističe da: „Svatko ima pravo na zaštitu svojih osobnih podataka. Europski parlament i Vijeće, odlučujući u skladu s redovnim zakonodavnim postupkom, utvrđuju pravila o zaštiti pojedinaca s obzirom na obradu osobnih podataka u institucijama, tijelima, uredima i agencijama Unije te u državama članicama kad obavljaju svoje aktivnosti u području primjene prava Unije i pravila o slobodnom kretanju takvih podataka. Poštovanje tih pravila podliježe nadzoru neovisnih tijela“. Sukladno čl. 1. Konvencije za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda, iz 1950. godine, države ugovornice su dužne osigurati za sve osobe pod njihovom jurisdikcijom prava i slobode zajamčene u dijelu I Konvencije. Ako je država ratificirala dodatne Protokole br. 1., 4., 6. ili 7. ta se obveza odnosi i na prava i obveze sadržane u pripadajućim protokolima. Pored materijalnih odredbi Europska konvencija sadrži i odredbe kojima se osigurava da zemlje ugovornice poštuju obveze prema Konvenciji. Nadzor nad provođenjem Konvencije prvenstveno je na državnim tijelima države ugovornice, posebice na nacionalnoj sudbenoj vlasti. Ovo implicira i čl. 13., koji predviđa “učinkovit pravni lijek pred nacionalnim vlastima”. Konvencija za zaštitu osoba glede automatske obrade osobnih podataka (ETS broj 108) omogućuje zaštitu pojedinaca za slučaj povreda osobnih podataka vezanih uz automatsko prikupljanje i obradu osobnih podataka, ujedno omogućavajući nesmetan međunarodni protok takvih podataka. Za potpisivanje je otvorena 1981.g. Odredba članka 1. određuje kako: „svakoj fizičkoj osobi, bez obzira na njezino državljanstvo i boravište, na području svake stranke, osigurati poštovanje njezinih prava i temeljnih sloboda, a osobito njezino pravo na privatnost glede automatizirane obrade osobnih podataka koji se na nju odnose (zaštita podataka)“. Ugovorom iz Lisabona (tzv. Reformskim ugovorom), koji je potpisan 13. prosinca 2007. godine (Pernice & Griler 2008.) Povelja temeljnih ljudskih prava EU postaje dijelom primarnoga europskoga prava, te nakon stupanja na snagu Ugovora postaje pravnoobvezujuća. U glavi I. Povelje temeljnih ljudskih prava EU, dostojanstvo čovjeka proglašava se najvećom vrijednošću, te temeljnim i moralnim ishodištem na kojemu se zasniva Europska unija. U članku 3. Povelje temeljnih ljudskih prava EU, koji štiti osobni integritet, predviđa se da svatko ima pravo na poštovanje svog fizičkog i psihičkog integriteta a da se na području medicine i biologije posebno moraju poštivati, između ostalog, i slobodan i informirani

pristanak zainteresirane osobe. Člankom 8. Povelje temeljnih ljudskih prava, regulira se “zaštita osobnih podataka” u širokom shvaćanju (Akrivopoulou & Athanasios, 2011). Tako se utvrđuje kako svatko ima pravo na zaštitu svojih osobnih podataka a takvi se podaci moraju pravično upotrebljavati za određene svrhe, i to uz pristanak zainteresirane osobe, odnosno na temelju neke druge legitimne osnove propisane zakonom. Svatko ima pravo pristupa podacima koji se odnose na njega ili nju te pravo da se oni isprave. Poštivanje ovih pravila nadzirat će, prema Povelji, neovisno tijelo.

Velik iskorak u području zaštite osobnih podataka i informacijske sigurnosti predstavljaju odredbe nove Opće uredbe o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka 2016/679 (dalje u tekstu: GDPR) i njenim stupanjem na snagu 25. svibnja 2018. godine, kojim se Direktiva 95/46/EC stavila van snage. Fragmentiranost pravnih uređenja zaštite osobnih podataka u EU, koja rezultira pravnom nesigurnošću svih građana EU, samo su neki od razloga za donošenje novog pravnog okvira zaštite osobnih podataka u EU (Voigt, Bussche, 2017) (GDPR definira osobni podatak na način da uključuje i podatke “o lokaciji, mrežni identifikator ili uz pomoć jednog ili više čimbenika svojstvenih za fizički, fiziološki, genetski, mentalni, ekonomski, kulturni ili socijalni identitet tog pojedinca;” čime se po prvi put definiraju biometrijski podaci kao osobni podaci te se, ujedno, uvodi pojam „mrežni identifikator“ kao i sama obrada „lokacije“ (GDPR, čl. 4 st. 1.). Bitno je napomenuti kako GDPR odredbom članka 7. određuje nova, stroža i jasnija pravila koja se tiču davanja privole na upotrebu osobnih podataka. Odredba članka 9. Uredbe, uređuje zabranu obrade, osjetljivih podataka, ili, kako ih Uredba naziva, posebnih kategorija osobnih podataka. To su i dalje podaci koji otkrivaju rasno ili etničko podrijetlo, politička mišljenja, vjerska ili filozofska uvjerenja ili članstvo u sindikatu, podaci koji se odnose na zdravlje ili podaci o spolnom životu ili seksualnoj orijentaciji pojedinca.

## **2.1 Osobni podatak o zdravlju**

Podaci o zdravstvenom stanju osoba spadaju u specifične, osjetljive podatke i potrebne su stroge norme koje će regulirati pristup tim podacima u pogledu ovlaštenih osoba i pod kojim uvjetima. Zahtijeva se točnost tih podataka, ali je isto tako potrebno omogućiti brz pristup istima. Ukoliko to nedostaje, posljedice mogu biti kobne (Hondius, 1997). Budući da postupanje s osobnim podatkom tako

osjetljive prirode kakav je osobni podatak o zdravlju (pacijenta) zahtjeva visoki stupanj povjerljivosti, širok je i spektar eventualnih povreda tog prava.

Postavlja se, između ostalog, pitanje kruga osoba koji bi bili dužni čuvati povjerljivost osobnih podataka o zdravlju pacijenta (tko i pod kojim uvjetima ima obvezu čuvanja tzv. profesionalne tajne, kao i situacija u kojima ne bi postojala takva obveza itd.) (Čizmić, 2008). Osobni podaci koji se odnose na zdravlje trebali bi obuhvaćati sve podatke koji se odnose na zdravstveno stanje ispitanika, a koji otkrivaju informacije u vezi s prijašnjim, trenutačnim ili budućim fizičkim ili mentalnim zdravstvenim stanjem ispitanika. To uključuje informacije o pojedincu prikupljene tijekom registracije za ili tijekom pružanja tom pojedincu zdravstvenih usluga kako je navedeno u Direktivi 2011/24/EU broj, simbol ili oznaku koja je pojedincu dodijeljena u svrhu njegove jedinstvene identifikacije za zdravstvene svrhe; informacije izvedene iz testiranja ili ispitivanja dijela tijela ili tjelesne tvari, među ostalim iz genetskih podataka i bioloških uzoraka; i bilo kakvu informaciju o, na primjer, bolesti, invalidnosti, riziku od bolesti, medicinskoj povijesti, kliničkom tretmanu ili fiziološkom ili biomedicinskom stanju ispitanika neovisno o njegovu izvoru, kao na primjer od liječnika ili drugog zdravstvenog djelatnika, bolnice, medicinskog uređaja ili dijagnostičkog testa *in vitro*.

### **3 Direktiva 2011/24/EU o pravima pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti**

Direktiva 2011/24/EU usmjerena je na uspostavljanje pravila za olakšavanje pristupa sigurnoj i kvalitetnoj prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti u Uniji i osiguravanje mobilnosti pacijenata, kao i njihovih osobnih podataka o zdravlju, putem dobrovoljne mreže tzv. e- zdravstva u državama članicama EU. Direktiva se primjenjuje na pacijente koji odluče tražiti zdravstvenu zaštitu u državi članici koja nije država članica čijem sustavu pripadaju. Cilj je i unapređenje suradnje u području zdravstvene zaštite između država članica uz istodobno poštovanje odgovornosti država članica za određivanje davanja socijalne sigurnosti koja se odnose na zdravstvo, kao i za organizaciju i pružanje zdravstvene zaštite i medicinske skrbi te za određivanje davanja socijalne sigurnosti, posebno za bolest. Utvrđuju se pravila za olakšavanje pristupa sigurnoj i kvalitetnoj prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti te promiče suradnja u području zdravstvene zaštite između država članica uz potpuno poštovanje nacionalnih nadležnosti pri organizaciji i pružanju zdravstvene zaštite. Točka 25. Preambule Direktive 2011/24/EU navodi kako osiguranje kontinuiteta

prekogranične zdravstvene zaštite ovisi o prijenosu osobnih podataka o zdravlju pacijenata. Potrebno je omogućiti protok osobnih podataka iz jedne države članice u drugu, ali istodobno treba zaštititi temeljna prava osoba. Direktivom 95/46 EZ utvrđivalo se pravo osoba na pristup svojim osobnim podacima o zdravlju, na primjer podacima u svojim zdravstvenim kartonima koji sadrže podatke poput dijagnoza, rezultata pregleda, ocjena liječnika i svih obavljenih postupaka liječenja ili intervencija. Te se odredbe trebalo primjenjivati i u kontekstu prekogranične zdravstvene zaštite, što se i činilo, sukladno pravnim pravilima određenima Direktivom 95/46/EC, do stupanja na snagu GDPR-a. Zdravstvena zaštita po prirodi može biti planirana ili neplanirana, a s obzirom na mogućnost provođenja, može biti ona koja se može provesti u Republici Hrvatskoj i ona koja se ne može provesti u Republici Hrvatskoj. Neplanirano korištenje zdravstvene zaštite koja se inače može provesti u Republici Hrvatskoj najčešće je rezultat bolesti ili, pak, nezgode tijekom putovanja izvan granica RH. U takvim situacijama, osigurana osoba Hrvatskog zavoda HZZO-a, koja se za vrijeme svog privremenog boravka na području druge države članice EU iznenada razboli, ozlijedi ili doživi nesreću, ima pravo koristiti zdravstvenu zaštitu koja se ne može odgoditi do njezinog planiranog povratka u Hrvatsku, a na teret sredstava HZZO-a. Neodgodiva zdravstvena zaštita je i zdravstvena zaštita u vezi s kroničnim ili postojećim bolestima ako cilj putovanja nije bio liječenje. U svim navedenim slučajevima, osigurana osoba koristi zdravstvenu zaštitu pod uvjetima pod kojima ju koriste i osigurane osobe države članice u kojoj se nalaze. Pa tako imaju i obvezu sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite (participacija) za postupke, dijagnoze i iznose koji vrijede za tamošnje osigurane osobe. Ukoliko se, pak, radi o planiranom liječenju van granica domicilne države, može se raditi o bolesti koja se može ili koja se ne može uspješno liječiti u RH. Kada se liječenje ne može uspješno provesti u RH, osiguranoj osobi može se odobriti pravo na upućivanje na liječenje u inozemstvo. Navedeno je uređeno Pravilnikom o pravima, uvjetima i načinu korištenja prekogranične zdravstvene zaštite. Posebno područje predstavlja planirana prekogranična zdravstvena zaštita unutar EU koja se može provesti u matičnoj državi, ali osigurane osobe iz nekog razloga tu zdravstvenu zaštitu žele provesti u drugoj državi članici. To je područje uređeno Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju (dalje u tekstu; ZOZO), pripadajućim podzakonskim propisima i općim aktima Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (dalje u tekstu; HZZO). Podatke o pružateljima zdravstvenih usluga u drugoj državi članici pacijent može zatražiti od Nacionalnih kontaktnih točaka, a HZZO je Nacionalna kontaktna točka za prekograničnu zdravstvenu zaštitu u Republici Hrvatskoj.

### 3.1 Osobni podatak o zdravlju u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti

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

Iznimno se takvi podaci mogu prikupljati i dalje obrađivati u slučaju postojanja izričite privole za obradu takvih osobnih podataka u jednu ili više određenih svrha, da je obrada nužna u svrhu preventivne medicine ili medicine rada, procjene radne sposobnosti zaposlenika, medicinske dijagnoze, pružanja zdravstvene ili socijalne skrbi ili tretmana ili upravljanja zdravstvenim ili socijalnim sustavima i uslugama, i da je obrada nužna u svrhu javnog interesa u području javnog zdravlja kao što je zaštita od ozbiljnih prekograničnih prijetnji zdravlju ili osiguravanja visokih standarda kvalitete i sigurnosti zdravstvene skrbi te lijekova i medicinskih proizvoda. Odredba članka 14. Direktive 2011/24/EU jamči kako će se u ostvarivanju ciljeva e-zdravstva posebno voditi računa o poštovanju načela zaštite osobnih podataka. Odredbom članka 4. Direktive 2011/24/EU uređena je odgovornost država članica u pogledu prekogranične zdravstvene zaštite. Tako, država članica liječenja treba pacijentima, između ostalog, osigurati i da je zaštićeno temeljno pravo na privatnost u vezi s obradom osobnih podataka u skladu s nacionalnim mjerama kojima se provode propisi Unije o zaštiti osobnih podataka, posebno GDPR i Direktive

2002/58/EZ, kao i da da radi osiguranja kontinuiteta skrbi pacijenti koji su primili terapiju imaju pravo na pisani ili elektronički zdravstveni karton te terapije i dobivanje barem jednoga primjerka toga kartona u skladu s i podložno nacionalnim mjerama kojima se provode odredbe Unije o zaštiti osobnih podataka, posebno GDPR i Direktive 2002/58/EZ. Država članica čijem sustavu osigurana osoba pripada osigurava da pacijenti koji podnose zahtjev za dobivanje ili dobivaju prekograničnu zdravstvenu zaštitu imaju daljinski pristup svojim zdravstvenim kartonima ili da dobiju barem kopiju tih kartona u skladu s i podložno nacionalnim mjerama kojima se provode propisi Unije o zaštiti osobnih podataka, posebno GDPR i Direktiva 2002/58/EZ. Na području prekogranične zdravstvene zaštite javljaju se potencijalne opasnosti od manipulacije osobnim podacima o zdravlju i medicinskim kartonima pacijenta (Čizmić, 2007). Radi se, između ostalog, o pitanju pristupa i kojeg kruga osoba elektronskim bazama medicinskih podataka o pacijentima kojima se služe zemlje tretmana i kojima se mora moći pristupiti radi pružanja medicinske usluge, kao i razmjena i/ili potvrda izdatih recepata elektronskim putem. Pristup takvim podacima, mišljenja smo, treba biti omogućen isključivo zdravstvenim djelatnicima, odnosno, službama koji su izravno uključeni u pružanje određene zdravstvene usluge pacijentu, a koji imaju obvezu čuvanja tajnosti takvih podataka (Quinn & Hert, 2011) i poštenog, transparentnog i zakonitog korištenja prikupljenih podataka, u skladu s odredbama GDPR-a o prikupljanju i korištenju posebnih kategorija osobnih podataka, u koje spada i osobni podatak o zdravlju. Od velike je važnosti u kontekstu zaštite osobnih podataka o zdravlju pacijenta i razvoj dobrovoljne mreže tzv. “e-zdravstva”, odnosno, elektronskog zdravstva, koja podrazumijeva elektronsko prikupljanje, obradu, čuvanje, razmjenu, kao i korištenje podataka o pacijentu, povijesti bolesti, pitanja o javnom zdravstvu i slično. Ciljevi mreže e-zdravstva su djelovanje u smjeru pružanja održivih ekonomskih i socijalnih naknada europskih sustava e-zdravstva te usluga i interoperabilnih aplikacija radi postizanja visoke razine povjerenja i sigurnosti, unapređenja kontinuiteta zdravstvene zaštite i osiguranja pristupačnosti sigurne i kvalitetne zdravstvene zaštite; izrada smjernica o netaksativnom popisu podataka koje treba uključiti u sažetke o pacijentima i koje zdravstveni stručnjaci mogu međusobno razmjenjivati kako bi se omogućio kontinuitet prekogranične zdravstvene zaštite i sigurnosti pacijenata; učinkovitim metodama za omogućavanje korištenja medicinskih podataka za javno zdravstvo i istraživanje, kao i potpora državama članicama u razvoju zajedničkih mjera za identifikaciju i utvrđivanje vjerodostojnosti radi pojednostavljenja mogućnosti prenošenja podataka u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti.

## 4 Zaključne napomene

Nije daleko od istine tvrdnja kako su u današnje digitalno doba temeljna prava pojedinca na privatnost i zaštitu osobnih podataka (vezanih uz zdravstveno stanje) irealna i da je njihova nemoć očevidna (Villey, 2002). Zaštita osobnih podataka, i onih o zdravlju (pacijenta) ustavna je kategorija te je svakom građaninu u okviru zaštite ljudskih prava i temeljnih sloboda zajamčena zaštita osobnih podataka, njihove sigurnosti i tajnosti. Brojni osobni podaci građanina (primjerice: datum rođenja, matični broj građanina, osobni identifikacijski broj (skraćeno OIB) e-mail adresa, etničko podrijetlo, vjersko uvjerenje) prikupljaju se i koriste u brojnim aspektima svakodnevnog života Upravo u zdravstvenom sektoru dolazi posebice do izražaja konstantni razvoj novih tehnologija kojima je zadatak pomoći ljudima da ostanu zdravi, bolju dijagnosiku bolesti, liječenje i omogućavanje bolje kvalitete života (Tavana, Gapanchi & Talaei-Khoei, 2015). S obzirom na narušenost povjerenja europskih građana u povjerljivost osobnih podataka, posljednjih je godina zabrinutost oko privatnosti i jamstva temeljnog prava na zaštitu privatnosti osobnih podataka<sup>1</sup> (Hervey & McHale, 2015) zasigurno s razlogom postala naglašenija nego ikada. Novi pravni okvir za zaštitu podataka sadržan u GDPR-u ima dvojaki zadatak, s jedne strane olakšati protok podataka, a s druge strane istodobno mora omogućiti učinkovitu zaštitu posebnih osobnih podataka (i onih o zdravlju) od rizika zlorabe i od svih nezakonitih, neželjenih, nepotrebno brojnih i pojednostavljenih načina pristupa, obrade i korištenja tih podataka. Bez kontrolnih mehanizama korištenja i uporabe svih kategorija posebnih osobnih podataka široko bi se otvorila vrata potencijalnom komercijalnom, ali i svakom drugom iskorištavanju posebnih kategorija osobnih podataka, i onih o zdravlju, što u konačnici može rezultirati diskriminiranjem pojedinaca, ali i cijelih grupacija ljudi. Dopuštanje preširoke i vremenski neograničene uporabe osobnih podataka od strane državnih tijela i velikih nacionalnih ili multinacionalnih korporacija, dovelo bi do prikupljanja goleme količine informacija o svima nama, s posljedicom nadgledanja velikog dijela populacije bez našeg znanja i/ili odobrenja. Jedan od mogućih načina smanjenja takve opasnosti je, prema našem mišljenju, donošenje preciznih provedbenih pravnih akata, kojima će se pravila o zaštiti osobnih podataka o zdravlju općenito, posebice i u pružanju prekogranične zdravstvene zaštite uređenom Direktivom 2011/24/EU, gdje se pojavljuju povećane opasnosti za sigurnost osobnih podataka o zdravlju (pacijenta,) uistinu moći prevesti u stvaran život i ostvariti u konkretnim,

---

<sup>1</sup> Hervey, K. T. & McHale, V.J. (2015) *European Health Law, Themes and Implications*, Cambridge University Press, 2015, str. 20.



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

## **Literatura**

- Akrivopoulou, C.- Athanasios, E.P., *Personal data privacy and protection in a surveillance era: technologies and practices*, Information science reference, Hershey, New York, 2011.
- Čizmić, J., *Pravni aspekti medicinske dokumentacije*, *Pravo i porezi*, 16, (2007), 10; 3-18.
- Čizmić, J., *Pravo pacijenata na obavještenost, s posebnim osvrtom na zaštitu tajnosti podataka o zdravstvenom stanju pacijenata*, *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci* (1991) v. 29, br. 1, (2008.).
- Čapeta, T., *Europska unija po Lisabonskom ugovoru*, Hrvatska javna uprava, god. 10., br. 1., 2010.
- Direktiva 2011/24/EU o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti, *Službeni list L 88*, 4. 4. 2011.
- Dulčić, K., Bodiroga-Vukobrat, N., *Zaštita osobnih podataka pacijenta u europskom i hrvatskom pravu*, *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*, vol. 29., no. 1., 2008.
- Hervey, K. T.-McHale, V.J.; *European Health Law, Themes and Implications*, Cambridge University Press, 2015.
- Hondius, F.W.: *Protecting Medical and Genetic Data*, *European Journal of Health Law*, br. 4., 1997.

- Izvršni sažetak mišljenja Europskog nadzornika za zaštitu podataka o budućem razvoju područja slobode, sigurnosti i pravde, Službeni list C 224, 15. 7. 2014.
- Orentlicher, D., Prescription Data Mining and the Protection of Patients' Interests, *Journal of Law, Medicine & Ethics*, Vol. 38., No. 1., 2010.
- Pernice, I, Griller, S. Ziller, J., eds., "The Treaty of Lisbon and Fundamental Rights", *The Lisbon Treaty: EU Constitutionalism without a Constitutional Treaty?* (Wien New York: Springer), 2008, [http://www.judicialstudies.unr.edu/JS\\_Summer09/JSP\\_Week\\_1/Pernice%20Fundamental%20Rights.pdf](http://www.judicialstudies.unr.edu/JS_Summer09/JSP_Week_1/Pernice%20Fundamental%20Rights.pdf) (9.02.2019.).
- Povelja temeljnih ljudskih prava EU, Službeni list Europske unije, C 303/1.
- Pravilnik o pravima, uvjetima i načinu korištenja prekogranične zdravstvene zaštite, Narodne novine, br. 160/13, 11/15, 16/15, 113/16, 34/18.
- Quinn, P., De Hert, P; The Patients rights Directive-Providing some rights to EU residents seeking healthcare in other member States, *Computer Law and Security review*, 27, 2011.
- Smjernica 95/46/EZ Europskog parlamenta i Vijeća od 24. listopada 1995.o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom protoku takvih podataka, Službeni list Europske unije, L 281/31.
- Tavana, M. Gapanchi, A.H. Talaei-Khoei, A., *Healthcare Informatics and Analytics: Emerging issues and trends, A volume in the Advances in Healthcare information systems and administration (AHISA) Book series*, 2015.
- Uredba (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka te o stavljanju izvan snage Direktive 95/46/EZ (Opća uredba o zaštiti podataka), Službeni list Europske Unije L 119/1.
- Ustav Republike Hrvatske, Narodne novine br. NN 56/90, 135/97, 08/98, 113/00, 124/00, 28/01, 41/01, 55/01, 76/10, 85/10, 05/14.
- Villey, M, *Pravo i prava čovjeka*, Disput, Zagreb, 2002.
- Voigt, P. Bussche, von dem A; *The EU General Data Protection Regulation (GDPR)*, Springer, 2017.
- Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, Narodne novine, br. 80/13,137/13.

## LIJEČNIČKA (PROFESIONALNA) TAJNA

JOZO ČIZMIĆ

Sveučilište u Splitu, Pravni fakultet, Split, Hrvatska, e-mail: jcizmic@pravst.hr

**Sažetak** U ostvarivanju zdravstvene zaštite svaka osoba ima pravo na povjerljivost svih podataka koji se odnose na stanje njezina zdravlja, a pravo na povjerljivost podataka koji se odnose na stanje zdravlja pacijenta proizlazi iz prava osobnosti koje raznim sredstvima štiti personalitet čovjeka. Za obavljanje liječničke djelatnosti značajno je da se njezin uspjeh temelji na uzajamnom povjerenju liječnika i pacijenta, te je nužno da određeni podaci o zdravlju pacijenta ostanu tajni, nedostupni trećim osobama. U tom smislu, liječnička tajna je vrsta pozivne, odnosno profesionalne tajne koja je vezana za obavljanje liječničkog poziva. Pod zaštitu liječničkom tajnom potpadaju svi podaci o pacijentu i njegovoj okolini koji su liječniku povjereni ili koje je on spoznao prilikom obavljanja svoga poziva, kao i pisana priopćenja pacijenta, bilješke o pacijentu i svi nalazi do kojih se došlo medicinskim ispitivanjem. Čuvanje liječničke tajne je etička i pravna dužnost liječnika, odnosno zdravstvenih djelatnika, a neovlašteno odavanje liječničke tajne može za osobu koja ju je povrijedila imati različite posljedice i odgovornosti. Autor u radu, nakon pojmovnog i sadržajnog objašnjenja instituta liječničke tajne, ukazuje na uzroke i načine povrede liječničke tajne, a posebno na modalitete ovlaštenog i neovlaštenog odavanja podataka koji predstavljaju liječničku tajnu.

### **Ključne riječi:**

liječnička tajna,  
privatnost,  
medicinska  
profesija,  
pravo pacijenata.

### **Prvi put objavljeno u:**

Čizmić, Jozo, Liječnička (profesionalna) tajna // Forenzička ginekologija i perinatologija / Habek, Dubravko; Marton, Ingrid ; Prka, Matija ; Tikvica Luetić, Ana (ur.), Zagreb: Medicinska naklada, 2018. str. 291-322.



DOI <https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7.11>  
ISBN 978-961-286-335-7

# MEDICAL (PROFESSIONAL) SECRET

JOZO ČIZMIĆ

University of Split, Faculty of Law, Split, Croatia, e-mail: jczimic@pravst.hr

**Abstract** In the exercise of health care, every person has the right to the confidentiality of all information relating to his state of health, and the right to confidentiality of information relating to the health condition of the patient arises from the right of personality, which by various means protects the personality of the person. It is important for the exercise of the medical profession that its success is based on the mutual trust of the doctor and the patient, and it is necessary that certain information about the patient's health remains secret, inaccessible to third parties. In this sense, medical secrecy is a type of professional secret that is related to pursuing a medical profession. Medical confidentiality includes all information about a patient and his or her environment that has been entrusted to the doctor or which he or she has come to know when making his / her profession, as well as written communications from the patient, patient notes, and any findings of medical examination. Keeping a medical secret is an ethical and legal duty of a doctor or health care professional, and unauthorized disclosure of a medical secret may have different consequences and responsibilities for the person who violated it. The author, after a conceptual and substantive explanation of the Institute of Medical Secret, points to the causes and methods of breach of medical secret, and in particular the modalities of authorized and unauthorized disclosure of information that is a medical secret.

**Keywords:**  
medical secret,  
privacy,  
medical  
profession,  
the right of  
patients.

**First published in:**  
Čizmić, Jozo, Liječnička (profesionalna) tajna // Forenzička ginekologija i perinatologija / Habek, Dubravko; Marton, Ingrid ; Prka, Matija ; Tikvica Luetić, Ana (ur.), Zagreb: Medicinska naklada, 2018. str. 291-322.

<https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7.11> DOI  
978-961-286-335-7 ISBN



## 1 Pojam tajne

**Tajnom** možemo držati podatak koji je poznat i i koji smije biti poznat samo određenom krugu osoba, a pri tome moraju postojati određene društvene norme koje brane iznošenje takvih podataka izvan toga kruga osoba.<sup>1</sup> Tajna je podatak koji je zakonom, drugim propisom, općim aktom ili drugim aktom nadležnoga tijela donesenim na temelju zakona, određen tajnim. Izraz tajna ima dva značenja. U širem značenju tajnom se naziva sve što je nepoznato, dok se u užem smislu tajna javlja u međuljudskim odnosima i čine je činjenice koje pojedine uže ili šire skupine ljudi ili država čuvaju za sebe, skrivaju od drugih ljudi, odnosno od javnosti. Skrivanje činjenica i podataka obavlja se u cilju zaštite nekih interesa i ostvarivanja nekih ciljeva. Tajna je dinamična kategorija, ono što je danas tajna ne mora biti i sutra. Tajna predstavlja i znanje određenih činjenica koje su saznate u obavljanju poziva ili na neki drugi povjerljiv način i koje ne mogu biti priopćene u javnosti a da se pri tome ne nanese šteta interesima pojedinca ili zajednice.<sup>2</sup>

Pojam klasificiranih i neklasificiranih podataka, stupnjevi tajnosti, postupak klasifikacije i deklasifikacije, pristup klasificiranim i neklasificiranim podacima i njihova zaštita u Republici Hrvatskoj uređeni su Zakonom o tajnosti podataka („Narodne novine“, broj 79/07., 86/12., dalje – ZTP)<sup>3</sup> i Zakonom o zaštiti tajnosti

---

<sup>1</sup> Usp. ZABEL, B. *Poslovna tajna*, Beograd, 1970., str. 9.

<sup>2</sup> Vidi: JOVANOVIĆ, IJ., *Lekarska tajna*, Beograd, 1959., str. 11. Jelačić drži da bi bilo točnije kazati ne da „tajna predstavlja znanje određenih činjenica“, nego da „same činjenice saznate u obavljanju poziva predstavljaju tajnu“, jer znanje o tim činjenicama predstavlja pojam posjedovanja tajne budući da je objekt zaštite sama činjenica koja se ne smije otkriti, a znanje kao takvo ne može biti objektom zaštite. JELAČIĆ, O., „Liječnička tajna u našem zakonodavstvu“, *Zbornik radova Pravnoga fakulteta u Splitu*, god X, 1973., str. 14.

<sup>3</sup> *ZTP-om se utvrđuju pojam klasificiranih i neklasificiranih podataka, stupnjevi tajnosti, postupak klasifikacije i deklasifikacije, pristup klasificiranim i neklasificiranim podacima njihova zaštita i nadzor nad njegovom provedbom* (ZTP, čl.1., st. 1.). ZTP se primjenjuje na državna tijela, tijela jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave, pravne osobe s javnim ovlastima te pravne i fizičke osobe koje, u skladu s njegovim odredbama, ostvare pristup ili postupaju s klasificiranim i neklasificiranim podacima (ZTP, čl. 1. st. 2). Uvodno je nužno determinirati ključne pojmove: *podatak* je svaki dokument, odnosno svaki napisani, umnoženi, nacrtani, slikovni, tiskani, snimljeni, fotografirani, magnetni, optički, elektronički ili bilo koji drugi zapis podatka, saznanje, mjera, postupak, predmet, usmeno priopćenje ili informacija koja s obzirom na svoj sadržaj ima važnost povjerljivosti i cjelovitosti za svoja vlasnika (ZTP čl. 2. t. 1.); *klasificirani podatak* onaj je koji je nadležno tijelo, u propisanome postupku, takvim označilo i za koji je utvrđen stupanj tajnosti, te podatak koji je Republici Hrvatskoj tako označenoga predala druga država, međunarodna organizacija ili institucija s kojom Republika Hrvatska surađuje (ZTP čl. 2. t. 2.); *neklasificirani podatak* je podatak bez utvrđenoga stupnja tajnosti koji se koristi u službene svrhe, te podatak koji je Republici Hrvatskoj tako označenoga predala druga država, međunarodna organizacija ili institucija s kojom Republika Hrvatska surađuje (ZTP čl. 2. t. 3.); *klasifikacija podatka* postupak je utvrđivanja jednoga od stupnjeva tajnosti podatka s obzirom na stupanj ugrozbe i područje ovim Zakonom zaštićenih vrijednosti (ZTP čl. 2. t. 4.); *deklasifikacija podatka* postupak je kojim se utvrđuje prestanak postojanja razloga zbog kojih je određeni podatak klasificiran odgovarajućim stupnjem tajnosti, nakon čega podatak postaje neklasificirani s ograničenom uporabom samo u službene svrhe (ZTP čl. 2. t. 5.); *vlasnik podatka* nadležno je tijelo u okviru čijega je djelovanja klasificirani ili neklasificirani podatak nastao (ZTP čl. 2. t. 6.); *certifikat* je uvjerenje o sigurnosnoj provjeri koje omogućava pristup klasificiranim podacima (ZTP čl. 2. t. 7.). U postupku klasifikacije podatka utvrđuju se sljedeći stupnjevi tajnosti:

podataka („Narodne novine“, broj 108/96., dalje – ZZTP), u onome dijelu koji se odnosi na uređenje poslovne i profesionalne tajne (ZZTP, čl. 19.-27.). Iako su stupanjem na snagu ZTP-a prestale važiti odredbe ZZTP-a, odredbom čl. 34. ZTP-a propisano je da i nakon njegova stupanja na snagu, odnosno i nakon 8. srpnja 2007., i dalje važe odredbe ZZTP-a navedene u glavi VIII. i IX., odnosno odredbe čl. 19.-27. ZZTP-a kojima se uređuju poslovna i profesionalna tajna. Ovo držimo značajnim i stoga što se ZTP-om utvrđuje samo pojam klasificiranih i neklasificiranih podataka te stupnjevi tajnosti, a ne i pojam i vrste tajni, koji su (bili) uređeni ZZTP-om. U pojmovno-teorijskome smislu, prema vrsti podataka i osobama koje su ih dužne i ovlaštene štititi tajne bi se mogle i dalje dijeliti na državnu, vojnu, službenu, poslovnu ili profesionalnu tajnu.<sup>4</sup> Stoga ćemo se u objašnjenju pojma i vrsta tajni koristiti, među ostalim, i definicijama iz ZZTP-a, a osobito o poslovnoj i profesionalnoj tajni.<sup>5</sup> ZZTP je propisivao pojam, vrste i stupnjeve tajnosti te mjere i postupke za utvrđivanje, uporabu i zaštitu tajnih podataka (ZZTP, čl. 1.). Tako se tajna definirala kao podatak koji je zakonom, drugim propisom, općim aktom ili drugim aktom nadležnoga tijela donesenim na temelju zakona određen tajnim (ZZTP, čl. 2.).

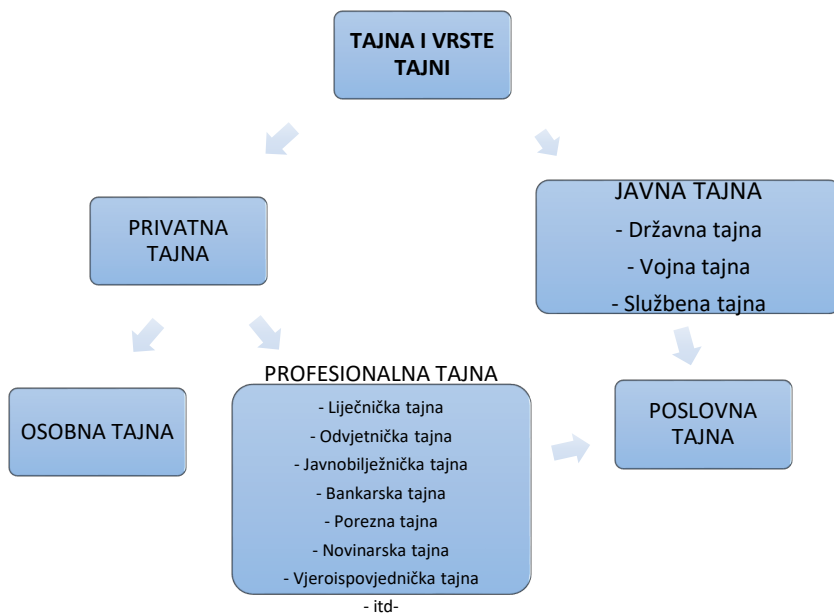
---

VRLO TAJNO, TAJNO, POVJERLJIVO i OGRANIČENO, ako je utvrđeno da je riječ o klasificiranim podacima. (ZTP čl. 4.).<sup>3</sup> Stupnjem tajnosti „VRLO TAJNO“ klasificiraju se podaci čije bi neovlašteno otkrivanje *nanijelo nepopravljivu štetu* nacionalnoj sigurnosti i vitalnim interesima i vrijednostima Republike Hrvatske temeljenim prvenstveno na Ustavom utvrđenom ustrojstvu Republike Hrvatske, neovisnosti, cjelovitosti i sigurnosti Republike Hrvatske, međunarodnim odnosima Republike Hrvatske, obrambenoj sposobnosti i sigurnosno-obavještajnome sustavu, sigurnosti građana, osnovama gospodarskoga i financijskoga sustava Republike Hrvatske te vrijednostima vezanima za znanstvena otkrića, pronalasku i tehnologije od važnosti za nacionalnu sigurnost Republike Hrvatske.<sup>3</sup> Također, stupnjem tajnosti „TAJNO“ klasificiraju se podaci čije bi neovlašteno otkrivanje *teško naštetilo* navedenim vrijednostima (ZTP čl. 7.). Stupnjem tajnosti „POVJERLJIVO“ klasificiraju se podaci čije bi neovlašteno otkrivanje *naštetilo* vitalnim interesima Republike Hrvatske. (ZTP čl. 8.). Stupnjem tajnosti „OGRANIČENO“ klasificiraju se pak podaci čije bi neovlašteno otkrivanje *naštetilo djelovanju i izvršavanju zadaća državnih tijela* u obavljanju poslova iz djelokruga državnih tijela u području obrane, sigurnosno-obavještajnoga sustava, vanjskih poslova, javne sigurnosti, kaznenoga postupka te znanosti, tehnologije, javnih financija i gospodarstva ako su podaci od sigurnosnoga interesa za Republiku Hrvatsku (ZTP čl. 9.).

<sup>4</sup> Podrobnije o tome u: ČIZMIĆ, J., *Zaštita prava iz područja industrijskoga vlasništva poslovnom tajnom*, „Pravo u gospodarstvu“, god. 38, 1999., br. 2, str. 236.–237. i ZLATOVIĆ, D., *Zaštita i čuvanje poslovne tajne*, „Slobodno poduzetništvo“, god IV, 1997., br. 8. str. 150.

<sup>5</sup> Više o tome u: ZLATOVIĆ, D., *Zaštita i čuvanje poslovne tajne*, „Slobodno poduzetništvo“, god IV, 1997., br. 8. str. 150.; i ČIZMIĆ, J., *Zaštita prava iz područja industrijskoga vlasništva poslovnom tajnom*, „Pravo u gospodarstvu“, god. 38, 1999., br. 2, str. 236.–237.

## 2 Vrste tajni



Sliku je izradio autor.

U načelu sve vrste tajni mogli bismo svrstati u dvije skupine – u **javne** i **privatne tajne**.<sup>6</sup>

1/ U **javnu tajnu** mogli bismo svrstati podatke koje su u skladu s propisanim uvjetima dužni čuvati: državna tijela, tijela jedinica lokalne i područne (regionalne) samouprave, pravne osobe s javnim ovlastima te pravne i fizičke osobe koje, u skladu s ovim Zakonom, ostvare pristup ili postupaju s klasificiranim i neklasificiranim podacima. Tu svakako po (pod)vrsti spadaju državna, vojna, i službena tajna, a možemo dijelom ubrojiti i poslovnu tajnu jer je vezana za tajnost podataka pravnih, a ne fizičkih osoba, kao što je to slučaj s privatnim tajnama.

<sup>6</sup> O tome vidi šire u: ČIZMIĆ, J., PERDIĆ, A., *Neka zapažanja o profesionalnoj tajni*, Zbornik radova Pravo na tajnost podataka, Znanstveni skup, Novalja – Split, 2008., str. 60.

**Državnu tajnu** predstavljali bi podaci koje su zbog njihove klasifikacije i stupnja tajnosti dužni tajnima čuvati državni dužnosnici. **Vojnu tajnu** predstavljali bi podaci koje su zbog njihove klasifikacije i stupnja tajnosti dužni tajnima čuvati pripadnici oružanih snaga. **Službenu tajnu** predstavljali bi, pak, podaci koje su zbog njihove klasifikacije i stupnja tajnosti dužni tajnim čuvati državni službenici.

2/ **Privatnu tajnu** predstavljalo bi saznanje određenih podataka jedne osobe od druge na temelju **bliskoga odnosa i osobnoga povjerenja** koje postoji između njih.<sup>7</sup> Pojam privatne tajne nadređeni je rodni pojam osobnoj i profesionalnoj tajni. Privatni interesi primarni su predmet pravne zaštite koja se ostvaruje institutima osobne i profesionalne tajne.<sup>8</sup>

**2.1 Osobna tajna** podatak je o osobi koji je zakonom, drugim propisom ili općim aktom nadležnoga tijela donesenim na temelju zakona određen tajnom. Osobni je podatak, pak, svaka informacija koja se odnosi na identificiranu fizičku osobu ili osobu čiji se identitet može utvrditi izravno ili neizravno, osobito na temelju jednoga ili više obilježja specifičnih za njezin fizički, psihološki, mentalni, gospodarski, kulturni ili socijalni identitet (ZZOP, čl. 2.).

Zaštita osobnih podataka uređuje se ZZOP-om, s ciljem zaštite privatnoga života i ostalih ljudskih prava i temeljnih sloboda. Zaštita osobnih podataka u Republici Hrvatskoj osigurana je svakoj fizičkoj osobi bez obzira na državljanstvo i prebivalište te neovisno o rasi, boji kože, spolu, jeziku, vjeri, političkom ili drugom uvjerenju, nacionalnom ili socijalnom podrijetlu, imovini, rođenju, naobrazbi, društvenome položaju ili drugim osobinama (ZZOP, čl. 1.).

U subjektivnome smislu osobnu tajnu mogli bismo definirati kao podatak koji je poznat samo osobi na koju se odnosi, a koja ne želi da bude poznat drugoj/drugim osobama ili širemu krugu osoba.

---

<sup>7</sup> Tako JOVANOVIĆ, I.J., *Lekarska tajna*, Beograd, 1959., str. 11.

<sup>8</sup> Vidi CVRČIĆ, R., „Poslovna, profesionalna i službena tajna“, *Pravo i porezi*, god. XV, 2006., br. 9, str. 50.



**2.2 Profesionalna tajna** posebna je podvrsta privatne tajne.<sup>9</sup> Zaštita profesionalne tajne od osobitoga je značenja s obzirom na osobno pravo na privatnost, jer njezino protupravno otkrivanje redovito vrijeđa nečije pravo na privatnost.<sup>10</sup> Profesionalno povjerenje ne podrazumijeva se samo po sebi. Ono se dokazuje unutar konkretnoga odnosa u konkretnome slučaju. Zato izlazak informacija iz toga odnosa ima svoju konkretnu posljedicu – gubitak povjerenja u konkretnu osobu i predstavnika profesije koju ta osoba predstavlja.

Profesionalna tajna sadrži podatke o osobnome ili obiteljskome životu stranaka koje u obavljanju svojega zvanja i djelatnosti saznaju odvjetnici, branitelji, javni bilježnici, doktori medicine, doktori stomatologije, primalje ili drugi zdravstveni radnici, psiholozi, djelatnici skrbištva, vjerski ispovjednici<sup>11</sup> te druge osobe u obavljanju svojega zvanja.<sup>12</sup>

Svatko je dužan čuvati profesionalnu tajnu, bez obzira na način saznanja tajnih podataka ili pribavljanja, odnosno stjecanja mogućnosti uvida u tajne podatke, ako je nedvojbeno da se radi o tajni (ZZTP, čl. 28. st. 1.). Tajna ne mora potjecati isključivo od osobe na koju se podaci i činjenice odnose, već može biti saznata i na neki drugi način, a da bi se neki povjerljivi podatak ili činjenica mogao smatrati saznatim u obavljanju poziva, mora postojati uzročna veza između saznanja te činjenice i samoga obavljanja poziva.<sup>13</sup>

---

<sup>9</sup> Vrlo je zanimljiv pristup problematici tajnosti koji zastupa teologija. Ona, naime, razlikuje *tri temeljne vrste ili tri stupnja tajni*: a) *obećana tajna – secretum promissum*, koja obvezuje snagom danoga obećanja. Obveza čuvanja proizlazi iz slobodno danoga „obećanja“; b) *naravna tajna – secretum naturale*, koja se odnosi na područja gdje sama narav činjenice o kojoj je riječ zahtijeva diskreciju, oprez i šutnju; c) *ugovorna tajna – secretum commissum, secretum officiale*, koja se odnosi na znanje priopćeno na temelju ugovora, izričitoga ili predmnijevanoga, da se ne će obznaniiti. Takva tajna obvezuje snagom izražene volje onoga tko je priopćio i sklopljenoga ugovora kojim se obvezuje onaj tko prihvaća da znanje ne objavi. S tim u svezi ističe se da se u *cijelosti od drugih vrsta tajni razlikuje strukovna sakramentalna poznatija pod imenom ispovjedna tajna. Po svojoj naravi ona je božansko-ljudskoga prava, a obvezatnost je bezuvjetna, bez izuzetka, apsolutna, pa se naziva i pečatom – sigillum*. Tako u: POZAIĆ, V., „Teološki vidici liječničke tajne“, *Zbornik radova Medicinska etika* 1, Znidarčić, Ž., (ur.), Centar za bioetiku, Zagreb, 2004., str. 130.

<sup>10</sup> Usp. GAVELLA, N., *Osobna prava – I. dio*, Zagreb, 2000., str. 222.

<sup>11</sup> Kada se govori o potrebi i obvezi čuvanja *profesionalne tajne* možemo reći da su već više od dvije tisuće godina kršćanski svećenici bili obvezni čuvati tajnost podataka do kojih su došli obnašajući svoju svećeničku dužnost (u tome se smislu osobito apostrofiraju podaci do kojih svećenici dolaze tijekom ispovijedi (ispovjedna tajna), kao jedne od sedam sakramenata). Sakramentalna tajna je nepovrediva: stoga je ispovjedniku apsolutno zabranjeno izdati pokornika bilo u čemu, riječima ili na drugi način, i iz bilo kojega razloga. (KKK, 2490). Vidi o tome: LINIĆ, Z., „Ispovijed grijeha pred svećenikom“, *Glas Koncila*, 12 (1709), 21. 3. 2007.

<sup>12</sup> ZZTP određuje da profesionalnu tajnu predstavljaju podaci o osobnome ili obiteljskome životu (stranaka) koji saznaju svećenici, odvjetnici, zdravstveni i socijalni djelatnici, i druge službene osobe u obavljanju svojega poziva (ZZTP, čl. 27.). Kazneni zakon (*Narodne novine*, 125/11, 144/12, 56/15, 61/15, 101/17, dalje – **KZ**) propisuje, pak, da je profesionalna tajna podatak o osobnome ili obiteljskome životu stranaka koji saznaju odvjetnici, branitelji, javni bilježnici, doktori medicine, doktori stomatologije, primalje ili drugi zdravstveni djelatnici, psiholozi, djelatnici skrbištva, vjerski ispovjednici i druge osobe u obavljanju svojega zvanja (KZ, čl. 145.).

<sup>13</sup> Vidi RAJIĆ, Z. – TOMIĆ, M. – MILJKO, Z., *Komentar Kaznenog zakona*, Mostar, 2000., str. 217.

Profesionalna je tajna tuđa tajna, a ne tajna pripadnika određenih profesija. Pripadnik slobodne profesije dužan je čuvati tuđe tajne kao svoje profesionalne tajne, tajne svojih klijenata s kojima dolazi u doticaj i s kojima svakodnevno radi. Već sama činjenica da netko obavlja takve složene profesije nameće obvezu i pripadniku slobodnih profesija da čuva tajnu svojih klijenata, da dopusti svojim klijentima da mu se s povjerenjem obrate kako bi i oni na taj način mogli razvijati svoje pravo osobnosti u ispravnome smjeru.<sup>14</sup>

Do stupanja na snagu novoga Zakona o obveznim odnosima („Narodne novine“, broj 35/05, 41/08, 125/11, 78/15, dalje – ZOO) tumačenje profesionalne i poslovne tajne bilo je otežano zbog nedovoljno jasnoga položaja prava osobnosti, osobito prava osobnosti pravnih osoba.<sup>15</sup> I danas treba priznati određene razlike u privatnopravnome i kazneno-pravnome tretmanu poslovne i profesionalne tajne, a one proizlaze iz različite pravno-političke logike privatnoga i kaznenoga prava.<sup>16</sup> Prema nekima današnje suvremeno društvo, odnosno pojedini njegovi subjekti u okviru svojih funkcija i ovlaštenja postaju „depozitari“ osobnih tajni.<sup>17</sup> Riječ je, kao što je već ranije navedeno, o „profesionalcima“ koji zbog prirode svojega zanimanja, odnosno svojih specifičnih nadležnosti imaju mogućnost spoznaje raznih vrsta tajni svojih klijenata (ovisno o prirodi zanimanja).<sup>18</sup> Te tzv. *profesionalne tajne* razlikuju se od dosad navedenih oblika tajni (o osobnim podacima i intimnome životu) po jednome svojem subjektivnom elementu predstavljenom specifičnošću kvalifikacija osoba koje su ih u prilici saznati. Naime, da bi se nešto kvalificiralo kao profesionalna tajna, nužna je prisutnost „profesionalca“ i činjenica da je podatak – tajna povezana s profesijom. Stoga je pravo na profesionalnu tajnu predstavljeno ne samo kao očuvanje nečije privatnosti prema profesionalacu, nego i kao očuvanje te tajne od profesionalaca prema svim drugima. Onaj tko povrijedi svoju obvezu čuvanja profesionalne tajne nije samo povrijedio nečiju privatnost nego je povrijedio i svoju profesiju.<sup>19</sup> Profesionalnu tajnu u svezi s obavljanjem pojedinih (*in concreto*) zanimanja reguliraju posebni propisi ovisno o vrsti profesionalne tajne.

---

<sup>14</sup> Tako MILADIN, P., autorizirano izlaganje na 113. Tribini Pravnoga fakulteta u Zagrebu i Kluba pravnika grada Zagreba, održanoj 19. travnja 2006., s temom *Poslovna, profesionalna i službena tajna*, Bilten br. 42, str. 6.

<sup>15</sup> O tome vidi MILADIN, P., *Kritika zakonskog uređenja poslovne tajne*, Zbornik PFZ, br. 3., 2000., str. 338-339.

<sup>16</sup> Šire u MILADIN, P., „*Odnos između privatnopravnog i kazneno pravnog uređenja poslovne i profesionalne tajne*“, Pravo u gospodarstvu, br. 4, 2000., str. 236 i nadalje.

<sup>17</sup> Vidi MATIJEVIĆ, B., „Prava osobnosti: pravo na privatnost osobnoga i obiteljskoga života“, *Hrvatska pravna revija*, god. VI., br. 5, svibanj 2006., str. 39.

<sup>18</sup> O tome vidi: SCALISI, A., *Il valore della persona nel sistema e nei nuovi diritti della personalità*, Giuggre Ed., 1990., str. 144. Vidi: FINŽGAR, A., *Prava ličnosti (zgp. Osebnostne pravice)*, NIU, Beograd, 1988., str. 113. Vidi i: VODINELIĆ, V., *Lična prava – pojedina lična prava*, „Enciklopedija imovinskoga prava i udruženoga rada“, Tom prvi, NIU, Beograd, 1978., str. 923.

<sup>19</sup> O tome vidi: GAVELLA, N., *Osobna prava, I dio*, Filozofski fakultet u Zagrebu, Zagreb, 2000., str. 223.

Pripadnici raznih profesija svojim propisima uređuju dužnost čuvanja tajnosti podataka o svojim klijentima pa u tom smislu postoji više podvrsta profesionalne tajne kao što su: odvjetnička tajna,<sup>20</sup> vjeroispovjednička tajna,<sup>21</sup> javnobilježnička

---

<sup>20</sup> *Odvjetničku tajnu* propisuje *Zakon o odvjetništvu* (Narodne novine br. 9/94, 117/08, 50/09, 75/09, 18/11, – dalje **ZO**): *Odvjetnik je dužan, sukladno zakonu čuvati kao odvjetničku tajnu sve što mu je stranka povjerila ili ono za što je u zastupanju stranke na drugi način saznao.* (ZO, čl. 13.). Dakle, odvjetnik i druge osobe koje rade ili su radile u odvjetničkome uredu dužni su čuvati kao tajnu sve ono što su prigodom pružanja pravne pomoći, osobito prigodom zastupanja ili obrane, saznali kao povjerljivo od svoje stranke ili na drugi način. Sami moraju savjesno ocijeniti što stranka želi da bude sačuvano kao odvjetnička tajna (ZO, čl. 13. i *Kodeks odvjetničke etike*, dalje – **Kodeks**, čl. 26.). S druge strane, državna tijela, pravne i fizičke osobe koje imaju javne ovlasti dužni su odvjetniku dati podatke koji su mu potrebni u obavljanju odvjetničke djelatnosti u konkretnome predmetu, ako to nije u protivnosti s dužnošću čuvanja službene ili profesionalne tajne (ZO, čl. 14.). *Odvjetnička su tajna svi spisi, tonski, računalni, slikovni i slični zapisi te depoziti stranaka koji se nalaze u odvjetničkome uredu* (Kodeks, čl. 28.). *Odvjetničku tajnu odvjetnik je dužan čuvati pod prijetnjom disciplinske odgovornosti za vrijeme pružanja pravne pomoći, ali i nakon toga sve dok bi njezino otkrivanje moglo naškoditi stranci* (Kodeks, čl. 30.). Ono što je odvjetnik povjerljivo saznao u pružanju pravne pomoći pravnoj osobi ili kojemu javnom tijelu, ne smije ni u kojem slučaju ili postupku uporabiti na njihovu štetu. Takvu spoznaju odvjetnik ne smije iskoristiti ni na štetu jednoga ili više zainteresiranih članova te pravne osobe ili tijela, osim u pružanju pravne pomoći toj pravnoj osobi ili tijelu protiv tih članova (Kodeks, čl. 29.). Radi čuvanja odvjetničke tajne odvjetnik ne smije davati nikakve obavijesti o predmetima koji su mu povjereni kao odvjetniku, pa ni nakon prestanka zastupanja stranke (Kodeks, čl. 31.). *Odvjetnik ne smije biti pozvan na kaznenu odgovornost za pravno mišljenje izraženo u pružanju pravne pomoći u postupku pred sudom ili drugim tijelima državne vlasti* (ZO, čl. 15.). *Pravila o obvezi čuvanja odvjetničke tajne na odgovarajuću se način primjenjuju i na druge odvjetnike te zaposlenike u odvjetničkome uredu* (Kodeks, čl. 32.). *Odvjetnik je dužan u ugovoru o radu (zaposlenju) sa svojim zaposlenicima povredu odvjetničke tajne izričito predvidjeti kao razlog prestanka radnoga odnosa (teške povrede radne dužnosti)* (Kodeks, čl. 33.). *Iznošenje odvjetničke tajne dopušteno je samo u slučaju ako to stranka odvjetniku na nedvojbena način dopusti, ako je to nužno radi obrane odvjetnika ili ako je to potrebno zbog opravdanja njegove odluke o napuštanju obrane* (Kodeks, čl. 34.). *Sve odredbe o zaštiti i čuvanju odvjetničke tajne donesene su prvenstveno radi zaštite interesa stranaka i slobodnoga i neovisnoga obavljanja odvjetničke djelatnosti.* Čuvanje tajne pozivne tajne moralna je dužnost odvjetnika potvrđena zakonom (Tako u: RADOJKOVIĆ, Ž., „O moralnim temeljima advokature“, *Jugoslavenska advokatura*, god. 1972., br. 5.–6., str. 9.). *Odvjetnik mora obavljati svoju djelatnost bez straha da će njegova stranka snositi posljedice toga što mu se povjerila u zastupanju ili obrani, ili mu povjerila dokumentaciju, a svaka stranka u odvjetničkome uredu mora imati potpunu sigurnost da će ono što je povjerila odvjetniku biti zaštićeno odvjetničkom tajnom i da ništa od toga bez njezine izričite dozvole neće biti izloženo javnosti, bilo u postupku protiv nje same bilo u postupku protiv nekoga drugog klijenta istoga odvjetničkog ureda. Bez sigurnosti u tajnost izrečenih podataka ne može postojati ni povjerenje* (Vidi: „Odvjetnički kodeks ponašanja u Europskoj zajednici“, od 28. listopada 1988., pravilo 2.3., tekst objavljen u *Odvjetniku*, god. 70., 1997., br. 7–8, str. 30.–39.).

<sup>21</sup> *Vjeroispovjednička tajna jest tajna koju je dužan čuvati vjerski ispovjednik, odnosno svaki svećenik koji vrši sakrament ispovijedi. Vjerski ispovjednik može uskratiti svjedočenje o onome o čemu mu se stranka ili druga osoba kao vjerskom ispovjedniku ispovijedila. O činjenicama i okolnostima koje je doznao na drugi način, izvan obavljanja funkcije vjerskog ispovjednika, vjerski ispovjednik dužan je svjedočiti.*

tajna,<sup>22</sup> novinarska tajna,<sup>23</sup> bankarska tajna,<sup>24</sup> osigurateljna tajna,<sup>25</sup> a posebni predmet našeg interesa bit će liječnička tajna.

<sup>22</sup> Javnobilježničku tajnu propisuje Zakon o javnome bilježništvu (Narodne novine br. 78/93, 29/94, 162/98, 16/07, 75/09 – dalje ZJB): Javni bilježnik je dužan čuvati kao tajnu ono za što je saznao u obavljanju svoje službe, osim ako iz zakona, volje stranaka ili sadržaja pravnoga posla ne proizlazi nešto drugo (ZJB, čl. 37.). Stranka može javnoga bilježnika osloboditi dužnosti čuvanja tajne. Usto, ako je stranka umrla ili bi njezinu izjavu bilo moguće pribaviti samo uz velike teškoće, javni bilježnik *može tražiti da ga dužnosti čuvanja tajne oslobodi* općinski sud na području kojega se nalazi sjedište javnoga bilježnika. Prije nego što donese odluku, sud će zatražiti mišljenje Komore o tome. Dužnost čuvanja javnobilježničke tajne postoji i nakon prestanka službe. Javni bilježnik ne smije podnositi prijave protiv stranaka u povodu zatraženoga pravnog mišljenja ili postavljenoga zahtjeva za poduzimanje službenih radnji, a ne smije ni bilo kojemu tijelu vlasti dostavljati primjerke svojih isprava bez njihova pisana zahtjeva za dostavu pojedinačne i jasno određene javnobilježničke isprave. Cilj zabrane podnošenja ove prijave jačanje je povjerenja u javnobilježničku službu (O tome vidi: CRNIĆ, I., DIKA, M., *Zakon o javnome bilježništvu*, Zagreb, 1994., str. 154.). *Pretraga ureda* javnoga bilježnika i oduzimanje isprava koje su povjerene na čuvanje javnomu bilježniku, novca i predmeta od vrijednosti koje je javni bilježnik preuzeo radi predaje trećim osobama te javnobilježničkih spisa i knjiga dopušteno je samo glede isprava, predmeta i knjiga koje su izričito navedene u odluci o pretrazi donesenju u kaznenome postupku protiv javnoga bilježnika, a pri pretrazi ureda mora biti nazočan predstavnik javnobilježničke Komore (ZJB, čl. 40. st. 1. i 2.). Trećim osobama dopustit će se razgledavanje isprava i izdavanje prijepisa ako učine vjerojatnim svoj pravni interes i ako ne postoji opravdana sumnja da bi ih mogli zloupotrijebiti, ili ako im to dopuste sudionici, korisnici, zakonski zastupnici te nasljednici i drugi univerzalni pravni sljednici sudionika i korisnika (ZJB, čl. 97.). Ako povredi dužnost čuvanja tajne, javni bilježnik čini *disciplinski prijestup* (ZJB, čl. 145. st. 3. t. 2.).

<sup>23</sup> *Novinarsku tajnu* propisuje Zakon o medijima: *Novinar nije dužan dati podatke o izvoru objavljene informacije ili informacije koju namjerava objaviti* (ZM, čl. 30. st. 1.). Važno je napomenuti da, za razliku od ostalih navedenih profesionalnih tajni, novinarska tajna i nije profesionalna tajna u punome smislu kao dužnost i pravo, već je samo pravo novinara odbiti davanje podataka o izvoru objavljene informacije.

<sup>24</sup> *Bankarsku tajnu* propisuje Zakon o bankama (Narodne novine br. 84/02 – dalje ZBK): *Banka mora čuvati kao povjerljive podatke o stanju pojedinačnih štednih uloga i ostalih novčanih depozita banke te o stanju i prometu po tekućim i žiro-računima, te sve podatke, činjenice i okolnosti koje je saznala na temelju pružanja usluga klijentima i u obavljanju poslova s pojedinačnim klijentom* (ZBK, čl. 98.). Iako se u odredbama ZZTP-a i KZ-a ne navodi izričito kao profesionalna tajna, bankarska tajna po svojoj suštini nedvojbeno je profesionalna tajna bankarskoga poziva, jer između klijenta i banke postoji, jednako kao i u drugim pozivima zasnovanim na temelju profesionalne tajne, osobito visok stupanj i poseban odnos povjerenja. Bankarsku tajnu možemo definirati kao pravnu obvezu kreditne ustanove da štiti o svim imovinskim prilikama svojega klijenta i da uskrati trećima obavještavanje o svojem klijentu ili o trećem o kojem je doznala radeći s klijentom. Iznimke od ovoga prava, odnosno dužnosti na uskraćivanje obavještavanja mogu proizlaziti iz zakonske javnopravne obveze ili iz izričite pisane suglasnosti klijenta s odavanjem bankarske tajne (Usp. REHBEIN, D., *Rechtsfragen zum Bankgeheimnis*, ZHR, 140 (1985), str. 140., podatak u: SVEDROVIĆ, M., „Bankarska tajna i njena normativna ograničenja prema ZUSKOK-u“, *Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu*, broj 2/2005.). Kao dva temeljna značenja bankarske tajne mogu se istaknuti: 1) dužnost banke (tj. banaka, njihovih dioničara, članova organa, zaposlenika i svih osoba koje povremeno obavljaju poslove u banci) štjetiti o svim činjenicama i vrijednosnim sudovima koje se odnose na njezina klijenta, a o kojima je stekla saznanja unutar poslovne veze s klijentom te 2) pravo (katkada i obveza) banke da uskrati obavještavanja koja se odnose na predmet bankarske tajne, ako banka nije obvezna dati obavijest prema zakonu ili posebnomu pravnom temelju. Tako i šire vidi u MILADIN, P., „*Bankarska tajna i bankarsko obavještavanje*, (Magistarski rad), Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 1999., str. 17. I prema odredbi čl. 98. ZBK-a banka mora čuvati kao povjerljive podatke o stanju pojedinačnih štednih uloga i ostalih novčanih depozita banke te stanju i prometu po tekućim i žiro-računima, te sve podatke, činjenice i okolnosti koje je saznala na temelju pružanja usluga klijentima i u obavljanju poslova s pojedinačnim klijentom. O tome vidi u: MILADIN, P., „Bankarski računi pravnih i fizičkih osoba“, *Pravo u gospodarstvu, časopis za gospodarsko-pravnu teoriju i praksu*, vol. 44., br. 4; 2005., str. 142.–173. Vidi i: MILADIN, P., „Privatopravno uređenje platnog prometa od 1. siječnja 2011.“, *Zbornik 48. susreta pravnika*, Dodatak; Zagreb, 2010., str. 1.–46.).

<sup>25</sup> *Osigurateljnu tajnu* propisuje Zakon o osiguranju (Narodne novine br. 30/15, dalje - ZOS): Društvo za osiguranje dužno je kao povjerljive čuvati sve podatke, informacije, činjenice i okolnosti za koje je saznalo u poslovanju s pojedinim društvom za osiguranje, odnosno osiguranikom, odnosno s drugim imateljem prava iz osiguranja. Usp. čl. 386. ZOS-a. O tome vidi i: MILADIN, P., „Kritika zakonskoga uređenja poslovne tajne“, *Zbornik PFZ*, br. 3., 2000., str. 338. Vidi i: ČULINOVIĆ HERC, E., „Zaštita ulagatelja u ugovorima s brokerskim društvima – Nova europska smjernica o tržištima financijskih instrumenata i hrvatsko pravo“, *Pravo i porezi*, Br. 3., 2006., str. 30.

**2.3 Poslovnu tajnu** držimo zasebnom (*sui generis*) vrstom tajne koja usto ima i neka obilježja javnih i privatnih (profesionalnih) tajni. Poslovnu tajnu predstavljaju podaci koji su kao poslovna tajna određeni zakonom, drugim propisom ili općim aktom trgovačkoga društva, ustanove ili druge pravne osobe, a koji predstavljaju proizvodnu tajnu, rezultate istraživačkoga ili konstrukcijskoga rada te druge podatke zbog čijega bi priopćavanja neovlaštenoj osobi mogle nastupiti štetne posljedice za njezine gospodarske interese (ZZTP, čl. 19.). U tom smislu bi i zdravstvene ustanove mogle svojim autonomnim propisima (statut, pravilnik, kućni red) jamčiti pacijentima zaštitu njihove privatnosti na način da odrede kako su (neki) podaci o pacijentima poslovna tajna (primjerice, podaci o dijagnozi pacijenata, primjeni novih metoda liječenja i novih lijekova, činjenici da je pacijent hospitaliziran i dr.) te odrediti i neke mjere zaštite tih podataka (zabranu ulaska na pojedine odjele ili prostorije, zabranu iznošenja i diseminiranja podataka, ograničeni pristup podacima, zaštita informatičkih sustava u kojima su podaci pohranjeni, dužnost uporabe bolničkog paravana prilikom pregleda pacijenta, i sl.).

Držimo da pojam „poslovna tajna“ kao širi pojam sadržajno obuhvaća takozvanu „industrijsku tajnu“, „proizvodnu tajnu“, „komercijalnu tajnu“, „trgovačku tajnu“, i „obrtničku tajnu“ kao sadržajno uže pojmove za povjerljive podatke i dokumente u poduzećima. Primjerice, i u poredbenome pravu, osim uobičajenoga „trade secrets“,<sup>26</sup> srećemo i izraze „commercial secrets“, „confidential information“ i slično. Podaci u smislu propisa o poslovnoj tajni dokumenti su i njihov sadržaj i prilozi, predmeti, objekti, mjere ili postupci, te usmena priopćenja ili informacije povjerljive naravi iznijeti u radu pravnih osoba, osobito trgovačkih društava. Ne smatra se povredom čuvanja poslovne tajne priopćavanje podataka koji se smatraju poslovnom tajnom ako se to priopćavanje obavlja fizičkim osobama ili pravnim osobama kojima se takvi podaci mogu ili moraju priopćavati: 1/ na temelju zakona i drugih propisa; b/ na temelju ovlasti koja proizlazi iz dužnosti koju obavljaju, položaja na kojem se nalaze ili radnoga mjesta na kojem su zaposleni. Poslovnom tajnom ne mogu se odrediti ni podaci koji se odnose na zaštićeno tehničko

---

<sup>26</sup> „Trade secrets“ je povjerljiva informacija o poslodavčevu poslu koja je je poznata zaposleniku. Poslodavac prema zaposleniku ima na raspolaganju nekoliko sredstava za zaštitu svoje poslovne tajne, među ostalim, može pri zaključenju ugovora o radu, u ugovor o radu predvidjeti klauzulu ili dati na potpis zaposleniku posebnu izjavu sljedećega sadržaja: „During and after such employment, I will disclose to you and will not divulge or appropriate to my own use or to the use of other, except as you authorize or direct in writing, any secret or confidential information or knowledge obtained by me during such employment“. *The Prentice-Hall Encyclopedic Dictionary of Business Law*, Prentice-Hall, Inc., 1961., str. 548. O „trade secrets“ vidi potanje u: JAGER, M. F., *Trade Secrets Law*, CBC, 1987.

unapređenje, otkriće<sup>27</sup> ili registrirani izum (ZTP, čl. 19.). Općim aktom poslodavca poblizje se određuju način uporabe i čuvanja podataka koji se smatraju poslovnom tajnom te mjere, postupci i druge okolnosti od važnosti za čuvanje poslovne tajne.<sup>28</sup> Određivanje podataka poslovnom tajnom pretežito je u autonomnoj domeni pravnih osoba, odnosno poduzeća. Poduzeća ljubomorno čuvaju svoje poslovne tajne i poduzimaju korake da bi se osigurali da njihovi zaposlenici i bivši zaposlenici, druga poduzeća, suradnici i suugovaratelji s kojima dijele neke tajne ne kompromitiraju tu poslovnu tajnu.<sup>29</sup>

Danas je pravo na zaštitu poslovnih i profesionalnih tajni pravo osobnosti.<sup>30</sup> Pravo je na poslovnu i profesionalnu tajnu osobno, neimovinsko pravo koje nositelju poslovne i profesionalne tajne daje potpunu privatnopravnu vlast glede činjenica i vrijednosnih sudova zaštićenih poslovnom i profesionalnom tajnom i ovlast da svakoga isključi od protupravnoga narušavanja toga njegovog prava osobnosti.<sup>31</sup> Naime, riječ je o osobnome, neimovinskome dobru imatelja poslovne tajne. Povreda poslovne i profesionalne tajne kao prava osobnosti rezultira, među ostalim, zahtjevom za pravičnom novčanom naknadom zbog pretrpljene neimovinske štete.<sup>32</sup>

<sup>27</sup> Otkriće predstavlja utvrđivanje nepoznatih postojećih načela, zakona, osobina i pojava materijalnoga svijeta. Riječ je zapravo o otkriću nečega što postoji u prirodi nezavisno od volje ljudi, ali što do pojave otkrića nije poznato. LOZA, B. – SUŠIĆ, S. – LEDIĆ, D., *Osnovi prava i privredno pravo*, Sarajevo, 1983., str. 378. Tu se može raditi o materijama koje su bile nepoznate, o otkrivanju konstitucije nekoga kemijskog spoja ili prirodnoga zakona, o energetske djelovanju ili osobinama neke materije. Otkriće je i spoznaja zakonitosti u pojavama koje se već odigravaju. Otkriće još uvijek ne omogućava ovladavanje prirodom. Međutim, ono se može transformirati u izum ako se primijeni za određeni tehnički cilj. Primjerice, otkriće je saznanje da magnetska igla teži tomu da se okrene prema sjeveru. Izum je, pak, primjena ovog saznanja u izradi kompasa. Znanstveno otkriće temelji se dijelom na postojećim, a dijelom na posve novim saznanjima i zakonitostima i svojom pojavom treba služiti na korist cijelomu čovječanstvu. Prijava znanstvenoga otkrića ili pravila provjeravaju se u specijaliziranim i visokostručnim znanstvenim ustanovama, dok autor takvoga otkrića dobiva diplomu i izvjesnu nagradu. Istovremeno se vrši i registracija naučnoga otkrića kao djela u registru naznačenoga autora. VERONA, A., *Pravo industrijskoga vlasništva*, Zagreb, 1978., str. 139.

<sup>28</sup> Detaljnije u: ČIZMIĆ, J., *Ogledi iz prava industrijskoga vlasništva*, Pravni fakultet Mostar, Mostar, 1999., str. 381.

<sup>29</sup> Vidi: MARETT, P., *Intellectual Property Law*, London, 1996., str. 138.

<sup>30</sup> O tim slučajevima vidi: WILLIAMS, P.L., *How to keep trade secrets ... secret*, Seattle/Washington, 1993., str. 1.–2.

<sup>31</sup> S druge strane nemamo iste koncepte i na poredbeno pravnoj razini. U anglo-američkim sustavima o poslovnoj tajni razmatra se u okviru prava industrijskoga vlasništva. I u Hrvatskoj se često u žargonu, pa i stručnim pravnim krugovima, ističe da je poslovna tajna u biti intelektualno vlasništvo imatelja poslovne tajne. U pravnim odnosima s međunarodnopravnim obilježjima bitno je odrediti mjerodavno pravo, jer o tome može ovisiti ishod spora. Pravo na poslovnu tajnu snažno se razlikuje od patentne zaštite po tome što je ratio legis patentne zaštite upravo u tome da se u što je moguće većoj mjeri suzbiju tvorničke poslovne tajne te da se one posredno, registriranim patentima, stave na raspolaganje i drugim poduzetnicima, a na dobrobit ukupnoga gospodarstva. O tome vidi poblizje u: MILADIN, P., „Temeljni pravni i ekonomski okvir privatnoga upravljanja imovinom”, *Zbornik radova / Drugi skopsko-zagrebački pravni kolokvij*, Skopje, 2009.; str. 121.–142. Vidi: ČIZMIĆ, J., „Intelektualno vlasništvo”, *Slobodno poduzetništvo*, god. VIII., 2001., br. 6, str. 73.–87. O tome vidi i: ČIZMIĆ, J., „Intelektualno i industrijsko vlasništvo”, *Pravo i porezi*, godina XI., 2002., br. 8, str. 26.–30.

<sup>32</sup> Vidi šire u: MILADIN, P., „Poslovna i profesionalna tajna kao prava osobnosti”, *Zbornik radova znanstvenoga skupa Pravo na tajnost podataka*, Novalja – Split, 30. i 31. svibnja, 2008. godine, str.107.–124.

### 3 Pojam liječničke tajne

1. Tijekom obavljanja svoje profesije liječnik može otkriti ili utvrditi određene činjenice kod pacijenta koje nisu općepoznate i za koje pacijent ne želi da ih drugi doznaju. Saznanje takvih činjenica naziva se i predstavlja **liječničku tajnu** (engl. *medical professional secret*, franc. *secret professionnel des medecins*, *secret medical*, tal. *segreto medico*, njem. *ärztliches Berufsgeheimnis*). Liječnička tajna je vrsta pozivne ili profesionalne tajne koja je vezana za obavljanje liječničkog poziva.<sup>33</sup> U određenim slučajevima liječnička tajna može biti i službena tajna koja se može priopćavati drugima samo uz dopuštenje nadređenih tijela,<sup>34</sup> a, vidjeli smo, može biti i poslovna tajna. Ipak, liječnička tajna je u najvećoj mjeri i prvenstveno profesionalna tajna.

Pojam «čuvanja tajne» uvijek je pratio i uvijek će neminovno pratiti zdravstvenu struku, a sam će se sadržaj pojma prilagođavati razvitku znanosti i društva.<sup>35</sup> Sve ono što je liječnik obavljajući svoju dužnost saznao smatra se liječničkom tajnom (Kodeks medicinske etike i deontologije, «Narodne novine», broj 47/04., čl. 2. st. 13.), a posebno sve ono što liječnik sazna o pacijentu koji mu se obrati za liječničku pomoć, a u svezi s njegovim zdravstvenim stanjem, mora čuvati kao liječničku tajnu (Zakon o liječništvu, «Narodne novine», broj 121/03., 117/08, dalje - ZOLJ, čl. 19.).<sup>36</sup> Da bi neki podatak, odnosno činjenica imala karakter tajnosti, nije potrebno da pacijent posebno i izričito napomene njezinu povjerljivost, nego liječnik mora sam prosuditi stupanj povjerljivosti pojedinih činjenica.<sup>37</sup>

Korist od čuvanja liječničke tajne ne bi trebalo procjenjivati po objektivnom kriteriju (kako bi se netko drugi na pacijentovom mjestu prema njoj odnosio), nego prema subjektivnom kriteriju, bez pravnog i moralnog vrednovanja,<sup>38</sup> odnosno osoba na koju se tajna odnosi mora i sama željeti da podatak bude nedostupan trećima.

<sup>33</sup> Usp. *Medicinska enciklopedija*, knjiga 4., Zagreb, MCMLXIX, str. 294.

<sup>34</sup> Vidi *Pravni leksikon*, pojam „liječnička tajna“, Leksigografski zavod „Miroslav Krleža“, Zagreb, 2006., str. 669.

<sup>35</sup> Vidi BABIĆ, T. – ROKSANDIĆ, S., *Osnove zdravstvenog prava*, Zagreb, 2006., str. 161.

<sup>36</sup> Usp. IVANČEVIĆ, N., *Zakon o liječništvu*, rad u zborniku «Zbirka zdravstvenih zakona s obrazloženjem, Zagreb, 2003., str. 91.

<sup>37</sup> Tako *Medicinska enciklopedija*, knjiga 4., Zagreb, MCMLXIX, str. 294.

<sup>38</sup> Usp. ULSSENHEIMER, K., *Die ärztliche Schweigepflicht*, objavljen u LAUFS-UHLENBRUCK, *Handbuch des Arztrechts*, München, 2002., str. 551. (dalje – **ULSENHEIMER**), podatak kod RADIŠIĆ, J., *Dužnost čuvanja medicinske tajne*, „Anali Pravnog fakulteta u Beogradu“, god. L., 2002., broj 3-4, str. 328.

2. Prije je prevladavalo stajalište da je liječnička tajna jedinstvena, tj. da postoji samo u odnosu između pacijenta i određenog liječnika, u skladu s praksom tzv. individualne medicine. Uvođenjem u medicinu suvremene i sofisticirane tehnologije i medicinske prakse, bez čega bi medicina bila znatno neučinkovitija, formulirano je stajalište o tzv. **podijeljenoj tajni**. Drugim riječima, tajna koja je povjerena jednom liječniku može biti prenesena drugim zdravstvenim djelatnicima koji sudjeluju u liječenju, a često i drugim osobama koje obavljaju zdravstvenu funkciju.<sup>39</sup> S promjenama u obavljanju zdravstvene djelatnosti i sve većim brojem sudionika u zdravstvenoj zaštiti, obveza čuvanja liječničke tajne proteže se i na sve druge zdravstvene radnike te na sve druge osobe koje u obavljanju svojih dužnosti dođu do podataka o zdravstvenom stanju pacijenta. Upravo zbog toga držimo da bi danas za ovu vrstu tajne bilo primjerenije koristiti pojam „**medicinska tajna**“ ili „**zdravstvena tajna**“, jer bi se na taj način obuhvatile sve osobe koje dolaze u doticaj s pacijentima i koje na taj način doznaju podatke koje su dužne čuvati kao (pacijentovu) tajnu.<sup>40</sup> Pojam „medicinska tajna“ koristi se i u poredbenom pravu (engl. *medical professional secret*, franc. *secret professionnel des medecins*, *secret medica*) za označavanje ove vrste tajne.

Međutim, u radu ćemo za označavanje ove vrste tajne koristiti pojam „liječnička tajna“, iako sadržajno ne odgovara stvarnom sadržaju ove tajne i krugu osoba koje su dužne tu tajnu čuvati, jer je kod nas postao svojevrsni *terminus technicus* i kao takav se u pravilu koristi u zakonodavstvu i (medicinsko)pravnoj teoriji.

---

<sup>39</sup> Vidi BOŠKOVIĆ, Z., *Profesionalna liječnička tajna*, „Informator“, broj 5329. od 2. travnja 2005., str. 11.; *Medicinska enciklopedija*, knjiga 4., Zagreb, MCMLXIX, str. 295. Tako, prema odredbama ZOZZ-a, liječniku, odnosno profesionalnu tajnu dužni su čuvati i drugi radnici u zdravstvu koji za nju saznaju u obavljanju svojih dužnosti, te studenti i učenici škola zdravstvenog usmjerenja, koji u praktičnom dijelu nastave dolaze u doticaj s pacijentom, kao i sve druge osobe koje u obavljanju svojih dužnosti dođu do podataka o zdravstvenom stanju pacijenta. Primjerice, i zdravstveni inspektor prilikom obavljanja inspekcijskog nadzora dužan je postupati tako da ne ugrozi čuvanje profesionalne tajne (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, «Narodne novine», broj 121/03., 48/05., 85/06., dalje - **ZOZZ**, čl. 171. st. 1.).

<sup>40</sup> Tako i ŠEPAROVIĆ, Z., *Granice rizika*, Zagreb, 1998., str. 30.



U tom smislu, pored liječničke tajne, u našem pravu postoje i posebnim propisima su uređene stomatološka (profesionalna) tajna,<sup>41</sup> ljekarnička (profesionalna) tajna,<sup>42</sup> sestrińska (profesionalna) tajna<sup>43</sup> i dr.

**3 Povijesni razvitak instituta liječničke tajne** - Liječnička tajna je načelo medicinske etike koja se odnosi na ono što je bolesnik povjerio svom liječniku.<sup>44</sup> Koncept liječničke tajne star je nekoliko tisuća godina i naznake toga instituta mogu

---

<sup>41</sup> Prema odredbama bivšeg **Zakona o stomatološkoj djelatnosti** («Narodne novine», broj 12/03., dalje - **ZOSD**), doktor stomatologije dužan je čuvati kao profesionalnu tajnu sve što sazna o zdravstvenom stanju pacijenta. Profesionalnom tajnom smatraju se svi podaci koje doktor stomatologije sazna pri obavljanju svoje struke o pacijentu, njegovim osobnim, obiteljskim i socijalnim prilikama kao i podaci vezani uz otkrivanje i liječenje bolesti. Doktor stomatologije obavezan je na čuvanje profesionalne tajne o pacijentu i prema članovima obitelji pacijenta, čak i nakon njegove smrti (ZOSD, čl. 27. st. 1.). Doktor stomatologije obavezan je voditi računa o tome da profesionalnu tajnu čuvaju i druge osobe koje rade u njegovoj ordinaciji ili su na bilo koji drugi način saznali podatke o zdravstvenom stanju pacijenta (ZOSD, čl. 27. st. 2.). Pruža li više doktora stomatologije istovremeno, ili jedan nakon drugog, istom pacijentu neki oblik stomatološke usluge, obveza čuvanja tajne ne primjenjuje se između doktora stomatologije (ZOSD, čl. 27. st. 3.). Iznošenje profesionalne tajne dopušteno je samo uz pristanak pacijenta te u skladu s Kodeksom stomatološke etike i deontologije. Iznošenje profesionalne tajne dopušteno je i u slučaju ako bi se čuvanjem profesionalne tajne ugrozio život i zdravlje drugih ljudi (ZOSD, čl. 27. st. 4.). Odavanjem profesionalne tajne ne smatra se: iznošenje podataka o pacijentu u svrhu znanstvenih istraživanja, predavanja ili publikacija, neodavajući identitet pacijenta i uz njegov pisani pristanak, davanje podataka za statističku obradu, neodavajući identitet pacijenta, davanje podataka društvu za zdravstveno osiguranje s kojim pacijent ima sklopljen ugovor o osiguranju te davanje podataka istražnoj ili sudbenoj vlasti, ako bi tajeenje podataka moglo utjecati na bit istražnog ili sudskog postupka ili naškoditi trećoj osobi (ZOSD, čl. 27. st. 5.). Doktor stomatologije dužan je podnijeti prijavu policiji ili državnom odvjetništvu, kada tijekom obavljanja stomatološke djelatnosti posumnja da je smrt ili tjelesna ozljeda osobe nastala nasilnim putem, kao i onda kada posumnja da je malodobnoj ili nemoćnoj osobi zdravstveno stanje ozbiljno ugroženo zapuštanjem ili zlostavljanjem (ZOSD, čl. 28.). Novčanom kaznom u iznosu od 5.000,00 do 10.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj doktor stomatologije ako ne poštuje obvezu čuvanja profesionalne stomatološke tajne (ZOSD, čl. 66. st. 3.). Usp. POLIĆ, J., *Zakon o stomatološkoj djelatnosti*, rad u zborniku «Zbirka zdravstvenih zakona s obrazloženjem», Zagreb, 2003., str. 117.-118. Ovo je područje na isti način uređeno i odredbama novoga **Zakona o dentalnoj medicini** („Narodne novine“, broj 121/03, 117/08, 120/09, dalje - **ZODM**).

<sup>42</sup> Prema odredbama **Zakona o ljekarništvu** («Narodne novine», broj 121/03., 117/08, 120/09, dalje - **ZOLK**), u obavljanju ljekarničke djelatnosti magistri farmacije dužni su poštivati Kodeks ljekarničke etike i deontologije i Pravila dobre ljekarničke prakse (ZOLK, čl. 25.). U tom smislu sve što magistar farmacije pri obavljanju ljekarničke djelatnosti sazna o korisniku, a u vezi s njegovim zdravstvenim stanjem, mora čuvati kao ljekarničku tajnu i može je otkriti, ako posebnim zakonom nije drukčije propisano, samo uz odobrenje korisnika, roditelja ili skrbnika za malodobne osobe, a u slučaju njegove psihičke nesposobnosti ili smrti, uz odobrenje uže obitelji, skrbnika ili zakonskoga zastupnika (ZOLK, čl. 26.).

<sup>43</sup> Prema odredbama **Zakona o sestrištvu** («Narodne novine», broj 121/03., 117/08, 57/11, dalje - **ZOS**), medicinska sestra je kao profesionalnu tajnu dužna čuvati sve podatke o zdravstvenom stanju pacijenta (ZOS, čl. 3. i 16. st. 3.). Novčanom kaznom u iznosu od 3.000,00 do 10.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj medicinska sestra ako ne ispuni obvezu čuvanja profesionalne tajne (ZOS, čl. 33.). I prema odredbi čl. III. Etičkog kodeksa hrvatske udruge medicinskih sestara (Zagreb, 1994.), sestra mora čuvati sve podatke o čovjeku koje je dobila tijekom provođenja zdravstvene njege i zaštite. Tajnom se smatra sve što je sestri povjereno osobno. Čuvanje profesionalne tajne je za sestru moralna dužnost i zakonska obveza. Odavanje profesionalne tajne i prenošenje tajne dopušteno je u određenim okolnostima samo unutar tima zdravstvenih djelatnika i smatra se podijeljenom tajnom. Nedopustivo je prepričavanje profesionalnih tajni izvan zdravstvenog tima. Pravo svake sestre je da tijekom provođenja zdravstvene njege i zaštite kontrolira dobivene osobne podatke o čovjeku. Razgovor o zdravstvenoj njezi i zaštiti obavezan je radi kvalitetnog provođenja. Pri tome se mora posebno paziti na zaštitu anonimnosti bolesnika. Sestra je dužna intervenirati ukoliko drugi djelatnici zdravstvenog tima ne poštuju obvezu čuvanja profesionalne tajne. Sestra je oslobođena čuvanja profesionalne tajne ukoliko je to u interesu druge osobe, ili je od općeg interesa, ili je interes za dobrobit drugih jači od čuvanja tajne.

<sup>44</sup> Tako *Donald's Medical Dictionary*, 28. ed., 1994., str. 368.

se naslutiti još u Hamurabijevu zakoniku, a kasnije i u Hipokratovoj zakletvi.<sup>45</sup> **Hipokratova zakletva** drevni je dokument i temelj je medicinske etike. Nastala je u V. stoljeću prije Krista. Hipokrat je postavio temelje moderne medicine, oslobađajući je od religije, nametanja kulta čovjeka i uvođenjem znanstvenog načela promatranja čovjeka i prirode. Hipokrat je u zakletvu unio temeljna deontološka načela koja su u to vrijeme važila u Grčkoj.<sup>46</sup> Polagali su je prilikom stupanja na dužnost svi liječnici koji su pripadali Hipokratovom društvu Asklepiada.<sup>47</sup> Tekst koji se odnosi na liječničku tajnu glasi: *Što pri svojem poslu budem saznao ili vidio, pa i inače, u dodiru s ljudima, koliko se ne bude smjelo javno znati, prešutjet ću i zadržat ću tajnu*. Hipokrat liječničku tajnu definira po sadržaju znatno široko jer pod njom podrazumijeva i sve činjenice saznate i viđene u kući bolesnika. Zdravstveni djelatnici najčešće se susreću sa Ženevskom formulacijom Hipokratove zakletve, u kojoj su naglašene obveze koje, prema iskustvima iz prethodna dva svjetska rata, nisu poštivane.<sup>48</sup> Usvojena je u Ženevi, 1948. godine, dopunjena na 22. Skupštini Svjetskog liječničkog udruženja u Sydneyu 1968., i 35. skupštini u Veneciji, 1983. godine.<sup>49</sup> <sup>50</sup>

Čuvanje liječničke tajne bilo je prije XIX. stoljeća samo moralna dužnost liječnika,<sup>51</sup> pa iako je shvaćanje o isključivo etičkom karakteru liječničke tajne imalo svojih prednosti, slabost je bila u teškoći da se na siguran i dostojan način primjene sankcije protiv prekršitelja.<sup>52</sup> Treba ipak napomenuti da je, primjerice, u francuskom

<sup>45</sup> Podrobnije o starijoj povijesti liječničke tajne kod JOVANOVIĆ, IJ., *Lekarska tajna – krivičnopravna razmatranja*, Beograd, 1959., str. 5.-12.

<sup>46</sup> Vidi NIKOLIĆ, S., *Etika zdravstvenih radnika danas*, «Timočki medicinski glasnik», vol. 28., 2003., broj 3-4, str. 87.-90.

<sup>47</sup> Cjeloviti tekst Hipokratove zakletve objavljen je kod MILIČIĆ, V., *Deontologija profesije liječnik, život čovjeka i integritet liječnika – čudoredna raskrižja bioetike*, Zagreb, 1996., Prilog B, str. XXIII.

<sup>48</sup> Usp. NIKOLIĆ, S., *Etika zdravstvenih radnika danas*, «Timočki medicinski glasnik», vol. 28., 2003., broj 3-4, str. 87.-90.

<sup>49</sup> Cjeloviti tekst objavljen je kod MILIČIĆ, V., *Deontologija profesije liječnik, život čovjeka i integritet liječnika – čudoredna raskrižja bioetike*, Zagreb, 1996., Prilog B, str. XXIII.-XXIV. I *Međunarodni kodeks liječničke etike nalaže*: "Liječnik je dužan držati u tajnosti sve što zna o bolesniku, čak i nakon njegove smrti". Usvojen je u Londonu 1949. godine, te dopunjavao dva puta: na skupštini Svjetskog liječničkog udruženja u Sydneyu 1986., i Veneciji 1983. godine. Cjeloviti tekst objavljen je kod MILIČIĆ, V., *Deontologija profesije liječnik, život čovjeka i integritet liječnika – čudoredna raskrižja bioetike*, Zagreb, 1996., Prilog B, str. XXIV.-XXV.

<sup>50</sup> Usp. DOURAKI, T., *Ethical and Legal Dimensions of Medical Confidentiality in European Law of Human Rights*, «Pravni život», god. II, 2002., br. 9, str. 183.

<sup>51</sup> Primjerice, dok njemačko pravo pruža apsolutnu zaštitu od otkrivanja liječničke tajne, neke zemlje nisu prihvatile čuvanje liječničke tajne kao zakonsku obvezu, već je ona i dalje ostala samo kao moralno pravo, kao osobna stvar koja se tiče samo liječnika i bolesnika, ali ne i države. Ovakovo je stajalište zastupljeno u angloameričkom pravu. JOVANOVIĆ, IJ., *Lekarska tajna – krivičnopravna razmatranja*, Beograd, 1959., str. 13. U Velikoj Britaniji Generalni medicinski savjet izdao je smjernice koje upućuju na zabranu otkrivanja tajne i okolnosti pod kojima se ta zabrana ne mora poštivati. Vidi o tome kod STAUCH, M. – WHEAT, K., *Sourcebook on Medical Law*, London-Sydney, 1999., str. 221.-273. Američko pravo uređuje institut liječničke tajne uvažavajući ponajviše pravo na privatnost, a pri tome se posebno vodi računa o anonimnosti tužitelja (pacijenta) tijekom sudskog postupka. PETROVIĆ-ŠKERO, V., *Lekarska tajna i veštačenje*, «Svet rada», vol. 1, 2004., br. 4, str. 449.-450.

<sup>52</sup> Tako *Medicinska enciklopedija*, knjiga 4., Zagreb, MCMLXIX, str. 294.

zakonodavstvu, iako nije bilo propisa kojima je liječnička tajna bila izričito uređena nego se ona priznavala prešutno, kao ustaljena norma ponašanja, bilo propisa temeljem kojih se otkrivanje liječničke tajne odobralo u posebnim slučajevima. Tako je Luj XI. 1447. godine odobrio povredu liječničke tajne u slučajevima prijestupa «uvrede Veličanstva», a Luj XIV. 1666. godine za slučajeve dvoboja i zločina. Revolucionarni zakon od 17. ventoza, X godine (805.), dodatno je odobrio otkrivanje liječničke tajne kad su u pitanju interesi države.<sup>53</sup> Za otkrivanje tajne od strane zdravstvenog personala po prvi put je bila utvrđena kazna u Pruskom općem zemaljskom pravu iz 1794. godine.<sup>54</sup> Po prvi put je dužnost čuvanja liječničke tajne zaštićena autoritetom države u francuskom Kaznenom zakoniku iz 1810. godine, na način da je povreda liječničke tajne okvalificirana kao kazneno djelo protiv osobe.<sup>55</sup>

#### 4 Sadržaj liječničke tajne

Pod zaštitu liječničkom tajnom potpadaju svi podaci o pacijentu i njegovoj okolini koji su liječniku povjereni ili koje je on spoznao prilikom obavljanja svoga poziva, kao i pisana priopćenja pacijenta, bilješke o pacijentu i svi nalazi do kojih se došlo medicinskim ispitivanjem.<sup>56</sup> U pravilu se smatra da liječnička tajna obuhvaća samo činjenice koje liječnik saznaje u obavljanju svoga poziva, ponajviše od samoga bolesnika i u vezi s bolešću. Svakako to nisu samo činjenice koje mu bolesnik usmeno priopći, nego i sve ono što liječnik sam opazi ili na bilo koji način sazna prilikom pregleda bolesnika i pri drugim medicinskim aktivnostima.<sup>57</sup> Međutim, postoji mišljenje da liječnička tajna sadržajno obuhvaća i znatno širi krug podataka. Tako, Pidelievre u pojam tajne uključuje i eventualna zapažanja u kući bolesnika koja se ne odnose neposredno na bolest, mjesto pregleda, dijagnozu i prognozu bolesti, svu medicinsku dokumentaciju, kao i podatke o osobnom životu bolesnika (primjerice obiteljsku neslogu, izvanbračne veze, siromaštvo koje obitelj prikriva i sl.), jer drži da, iako ti podaci nemaju izravne veze s bolešću koja se liječi, njihovo bi otkrivanje svakako škodilo bolesniku ili bi mu u najmanju ruku bilo nelagodno i

<sup>53</sup> Usp. JELAČIĆ, O., *Liječnička tajna u našem zakonodavstvu*, «Zbornik radova Pravnoga fakulteta u Splitu», god X, 1973., str.13.

<sup>54</sup> Vidi JAHNKE, *Leipziger Kommentar zum Strafgesetzbuch*, 10. Auflage, 5. Band, Leipzig, 1988., par. 203., podatak kod RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo*, Beograd, 2003., str. 133.,

<sup>55</sup> Usp. *Medicinska enciklopedija*, knjiga 4., Zagreb, MCMLXIX, str. 294.

<sup>56</sup> Tako MUJOVIĆ ZORNIĆ, H. – SJENČIĆ, M., *Kodeks lekarske etike kao izraz staleške samoregulative u medicini*, «Pravni informator», 2003., str. 9.

<sup>57</sup> Usp. *Medicinska enciklopedija*, knjiga 4., Zagreb, MCMLXIX, str. 294.; usp. ZEČEVIĆ, D. i dr., *Sudska medicina i deontologija*, Zagreb, 2004., str. 318.

pokolebalo bi njegovo povjerenje u liječnika.<sup>58</sup> Tajna se, dakle, ne mora ticati samoga pacijenta, već se može odnositi i na druge osobe.

Obveza čuvanja liječničke tajne proteže se i na čuvanje tajnosti **medicinske dokumentacije** o pacijentu, jer upravo medicinska dokumentacija sadrži podatke o zdravstvenom stanju pacijenta. Medicinska dokumentacija je svaki dokument koji je nastao u zdravstvenoj ustanovi, potpisan od zdravstvenog radnika, najčešće liječnika.<sup>59</sup> Po svom sadržaju medicinska dokumentacija je skup svih pisanih ili na drugi način priređenih dokumenata (na elektronskom mediju i sl.),<sup>60</sup> u kojima su sadržani stručno relevantni podaci o pacijentovoj bolesti i o njegovu zdravstvenom stanju, te upute o liječenju i upute dane u svrhu ostvarivanja pacijentovih prava na zdravstvenu zaštitu (Zakon o zaštiti prava pacijenata, «Narodne novine», broj 169/04., 37/08., dalje - **ZOZPP**, čl. 3. t. c/). Medicinska dokumentacija može se definirati i kao dokument o tijeku pacijentove bolesti i liječenja,<sup>61</sup> odnosno svaki zapis koji sadrži podatke o zdravstvenom stanju pacijenta, kao i o načinu rada na mjestu pružanja te zaštite.<sup>62</sup> Medicinska dokumentacija nije nužno istovjetna zdravstvenom kartonu (*medical record*) pacijenta, a posebno to nije u onim zemljama u kojima se liječenje u pravilu odvija na različitim mjestima.<sup>63</sup>

U medicinsku dokumentaciju bi svakako trebalo ubrojiti i podatke, odnosno dokumentaciju o zdravstvenom stanju pacijenta s kojom **raspolaze i koju čuva sam pacijent**. Naime, ponekad je korisno (primjerice, zbog mogućeg gubitka ili zamjene pojedinih podataka ili priloga iz medicinske dokumentacije, ili eventualne zaštite prava pacijenta pred drugim tijelima) ili, čak, nužno da se takva dokumentacija nalazi kod pacijenta, štoviše uz pacijenta (npr., knjižica dijabetičkih bolesnika, trudnička knjižica; razni lančići, značke, narukvice i sl., koji upozoravaju na postojanje neke

<sup>58</sup> Vidi kod PIEDELIEVRE, R. – FOURNIER, E., *Medicine legale*, Paris, 196., podatak kod JELAČIĆ, O., *Liječnička tajna u našem zakonodavstvu*, «Zbornik radova Pravnoga fakulteta u Splitu», god X, 1973., str. 14.

<sup>59</sup> Vidi ČUKIĆ, D., *Pravo na medicinsku istinu preko medicinske dokumentacije – teskoće, greške, predlog mjera za njihovo otklanjanje*, «Pravni život», vol. LI, 2002., br. 9, str. 260.

<sup>60</sup> *Dokument* (lat.) jest isprava, odnosno pisani dokaz, a dokumentacija jest materijal koji služi za dokumentiranje. *Leksikon JLZ*, Zagreb, 1974., str. 222., odnosno pisani ili službeni podaci o nekom predmetu. FILIPOVIĆ, M., *Rječnik stranih riječi*, Zagreb, 1988., str. 88.

<sup>61</sup> Tako TURKOVIĆ, K. – DIKA, M. – GORETA, M. – ĐURĐEVIĆ, Z., *Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama s komentarom i priložima*, Zagreb, 2001., str. 116.

<sup>62</sup> Vidi PETROVIĆ, F. – STANOJEVIĆ, S. – MARČETIĆ, I.J., *Zaštita i valorizacija medicinske dokumentacije*, Beograd, 1995., str. 16.

<sup>63</sup> Zakon o evidencijama u oblasti zdravstva („Službeni list SFRJ“, broj 22/78., 18/88., dalje – **ZEOZ**) na posredan način definira oblik «osnovne medicinske dokumentacije» kao individualni karton, registar knjiga, povijest bolesti, sredstva za automatsku obradu podataka te druga sredstva za vođenje evidencije određena propisom nadležnog organa (ZEOZ, čl. 3. st. 1.).

bolesti, preosjetljivost na neke lijekove, krvnu grupu i sl.).<sup>64</sup> Liječnik ili druga odgovorna osoba koja obavlja zdravstvenu djelatnost, dužni su medicinsku dokumentaciju koja se čuva na elektronskom mediju osigurati od mijenjanja, prijevremenog uništenja ili nedopuštenog korištenja (ZOLJ, čl. 23. st. 2.). Kod pretrage liječničke ordinacije ne smije biti povrijeđena tajnost liječničke dokumentacije i predmeta na štetu pacijenata.<sup>65 66</sup>

Čuvanje liječničke tajne proteže se i na **informatičke sustave** u kojima se pohranjuju podaci (Kodeks medicinske etike i deontologije, čl. 2. st. 13.). Masovno korištenje suvremene informacijske tehnologije dovelo je do toga da podaci postanu dostupni velikom broju fizičkih i pravnih osoba, što za sobom povlači niz opasnosti glede sigurnosti, pouzdanosti i potpunosti podataka i informacija pohranjenih u takvim sustavima.<sup>67</sup> Zaštita privatnosti i osobnih podataka u modelu e- zdravlja predstavlja jedan od ključnih izazova u aktualnoj raspravi o integriranom modelu eZdravlja u Republici Hrvatskoj. Na tom tragu objavljen je i niz znanstvenih radova.<sup>68</sup> Najaktualnija znanstvena tematika u ovom području u narednom razdoblju jest implementacija nove Opće EU uredbe o zaštiti osobnih podataka koja počinje s primjenom 25. svibnja 2018. godine te će svakako svaki model eZdravlja uvelike morati integrirati postojeće zahtjeve u zaštiti privatnosti pacijenta u svoj integrirani model zajedno s postojećim zahtjevima nacionalnog zakonodavstva.<sup>69</sup>

---

<sup>64</sup> Vidi JAKŠIĆ, Ž. *Medicinska dokumentacija*. U: Jakšić, Ž. i sur., *Socijalna medicina*. Praktikum II. 5. izd., Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1989., str. 355.-372.

<sup>65</sup> Prema odredbama Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama («Narodne novine», 76/14, dalje - **ZZODS**), svatko tko na temelju toga Zakona postupa prema osobi s duševnim smetnjama dužan je čuvati kao tajnu sve što sazna o njoj tijekom postupanja, a može otkriti ono što je saznala samo uz pisani pristanak osobe s duševnim smetnjama. Svaki medicinski postupak koji se provodi na temelju Zakona mora se unijeti u medicinsku dokumentaciju s naznakom je li bio poduzet s pisanim pristankom ili bez njega. Podaci iz medicinske dokumentacije osobe s duševnim smetnjama dostupni su isključivo sudu i državnom odvjetništvu za potrebe sudskog postupka. Izjave osobe s duševnim smetnjama sadržane u medicinskoj dokumentaciji koje se odnose na počinjenje nekog kaznenog djela ne mogu se koristiti kao dokaz u sudskom postupku, a samo iznimno podaci iz medicinske dokumentacije koji su potrebni za ostvarivanje prava osobe s duševnim smetnjama mogu se dati u službene svrhe na zahtjev nadležnih tijela uz pisani pristanak te osobe, a ako ga ona nije sposobna dati, uz pisani pristanak osobe od povjerenja ili zakonskog zastupnika i tom prilikom smiju se otkriti samo oni podaci koji su potrebni za ostvarivanje prava radi kojeg je dopušteno njihovo otkrivanje (**ZZODS**, čl. 23.).

<sup>66</sup> Tako i više o medicinskoj dokumentaciji kod ČIZMIĆ, J. – CVITKOVIĆ, M. – KLARIĆ, A., *Zdravstveno strukovno staleško pravo*, University Maribor Press, 2017., str. 299. i dalje.

<sup>67</sup> Vidi ČIZMIĆ, J. – BOBAN, M. – ZLATOVIĆ, D., *Nove tehnologije, intelektualno vlasništvo i informacijska sigurnost*, Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu, Split, 2016., str. 628.

<sup>68</sup> ČOVIĆ, Z. IVKOVIĆ, M., BOBAN, M. ČOSIĆ, Z., Development of integrated model for health promotion in medical informatics, Proceedings of the 33rd International Conference Information Technology Interfaces ITI 2011, 27-30 June 2011., pp.371 – 378

<sup>69</sup> Šire o zahtjevima GDPR-a i zaštiti osobnih podataka vidi u Boban, M., ePrivacy and new European Data Protection Regime“, Proceedings of 17th International Scientific Conference ESD 2016, Managerial Issues in Modern Business" Warsaw, Poland, 20.-21 October, 2016., str. 152 -159. Vidi i BOBAN, M., Digital single market and EU data protection reform with regard to the processing of personal data as the challenge of the modern world“,

Ipak, **nemaju** sve činjenice koje liječnik sazna od bolesnika karakter tajnosti, nego takvo značenje imaju samo one činjenice koje na takav način zadiru u interese ili intimne osjećaje pacijenta da ih on ne želi objaviti drugim osobama ili bi mu njihovo objavljivanje štetilo.<sup>70</sup> Liječnička tajna ne bi trebala obuhvaćati banalne podatke, primjerice je li pacijent bio prehladen, jer se otkrivanjem takvih podataka ne nanosi šteta interesu koji je dostojan zaštite.<sup>71</sup>

Dakle, hoće li se neka bolest smatrati liječničkom tajnom zavisi od primjene različiti kriterija, primjerice, od toga drži li se prema hvaćanju okoline ta bolest sramotnom (spolne bolesti, psihoze, impotencija i sl.) što umanjuje status i ugled pacijenta u očima sredine u kojoj žive, je li prenosiva ili ne, kakav je uspjeh liječenja te bolesti i sl.<sup>72</sup>

## 5 Odnos liječnika i pacijenta – pravo na povjerljivost (privatnost)

1. U ostvarivanju zdravstvene zaštite svaka osoba ima pravo na povjerljivost svih podataka koji se odnose na stanje njezina zdravlja (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, „Narodne novine“, br. 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/3, 22/14, 154/14, dalje - ZOZZ, čl. 21. st. 1. t. 9.). Pravo na povjerljivost podataka koji se odnose na stanje zdravlja pacijenta proizlazi iz **prava osobnosti** koje raznim sredstvima štiti personalitet čovjeka, pošto osobnost čovjeka nije samo psihološka kategorija, nego je i pravni pojam.<sup>73</sup> Opće je prihvaćeno stajalište da je jedno od subjektivnih prava osobnosti i pravo na privatnost, odnosno zaštitu privatnog života, koje pak jamči i tajnost podataka o čovjekovom privatnom životu, pa time i o stanju njegova zdravlja.<sup>74</sup>

U većini slučajeva pacijent ulazi u odnos s liječnikom s povjerenjem kako u osobu, tako i u njegovo znanje.<sup>75</sup> Za obavljanje liječničke djelatnosti značajno je da se njezin

---

Proceedings of 16th International Scientific Conference ESD 2016., „The legal challenges of modern world“, Split, 2016., str. 191 – 201

<sup>70</sup> Usp. *Medicinska enciklopedija*, knjiga 4., Zagreb, MCMLXIX, str. 294.

<sup>71</sup> Tako RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo*, Beograd, 2003., str. 135.

<sup>72</sup> Vidi JOVANOVIĆ, LJ., *Lekarska tajna – krivičnopravna razmatranja*, Beograd, 1959., str. 18.

<sup>73</sup> Tako RADOLOVIĆ, A., *Pravo osobnosti u novom Zakonu o obveznim odnosima*, «Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci», vol. 27., 2006., br. 1, str. 133.

<sup>74</sup> Vidi RADOLOVIĆ, A., *Pravo osobnosti u novom Zakonu o obveznim odnosima*, «Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci», vol. 27., 2006., br. 1, str. 150. Podrobnije o pravu osobnosti kod GAVELLA, N., *Osobna prava – I. dio*, Zagreb, 2000. i BODIROGA, N. – DULČIĆ, K., *Zaštita osobnih podataka u europskoj i hrvatskoj pravu*, «Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu», god. 42, 2005., str. 327.-356.

<sup>75</sup> Usp. BLAŽEVIĆ, D. – CIVIDINI STRANIĆ, E. – BECK DVORŽAK, M., *Medicinska psihologija*, Zagreb, 1979., str. 130.

uspjeh temelji na uzajamnom povjerenju liječnika i pacijenta, te da društveni razlozi traže da im se osigura uspjeh zajamčenjem diskrecije.<sup>76</sup> Povjerenje je temelj na kojem počiva odnos pacijenta i liječnika te etički i profesionalni kodeks medicine. Suvremenu medicinu karakterizira nadilaženje tradicionalnog liječničkog paternalizma pošto su danas liječnik i pacijent jednakopravni subjekti u kliničkom okruženju.<sup>77</sup> Izričito i dosljedno poštivanje obveze čuvanja tajne od strane liječnika ohrabruje pacijente da mu se obraćaju za pružanje medicinske pomoći.<sup>78</sup> S druge strane, liječnička tajna koristi, neizravno, i liječniku jer on svoju stručnu djelatnost može kvalitetno obavljati samo ako od pacijenta dobije informacije koje su mu nužne za dijagnozu i terapiju.<sup>79</sup> Već iz toga može se zaključiti da se profesionalno povjerenje ne podrazumijeva samo po sebi. Ono se dokazuje unutar konkretnog odnosa u konkretnom slučaju. Zato i izlazak informacija iz tog odnosa ima svoju konkretnu posljedicu - gubitak povjerenja u konkretnu osobu i predstavnika profesije koju ta osoba predstavlja.<sup>80</sup> Odnos pružatelja i korisnika zdravstvenih usluga, gledajući s pravnoga aspekta, najčešće je (neimenovani, neformalni) ugovorni odnos, pa zdravstveni djelatnici trebaju i s toga osnova poštivati privatnost povjerenih podataka vezanih uz pružanje usluga koje su im povjerene.<sup>81</sup> Povjerenje na kojem se temelji liječnička tajna nije vezano za konkretnu fizičku osobu liječnika, nego za liječnika kao obnašatelja liječničke funkcije.<sup>82</sup>

**Pravo na privatnost**, koje je temelj prava na tajnost liječničkih podataka, zajamčeno je i odredbama čl. 9. Opće deklaracije o ljudskim pravima (*Universal Declaration on Human Rights*), odredbama čl. 17. Međunarodnog pakta o građanskim i političkim pravima (*International Covenant on Civil and Political Rights*), odredbama čl. 8. Europske

<sup>76</sup> Tako TRIVA, S. – DIKA, M., *Grđansko parnično procesno pravo*, Zagreb, 2004., str. 520.

<sup>77</sup> Vidi BOŠKOVIĆ, Z., *Zakon o liječništvu – reforma zdravstvenog zakonodavstva Republike Hrvatske*, „Hrvatska pravna revija“, god. III., 2003., br. 9, str. 79.

<sup>78</sup> Usp. PETROVIĆ-ŠKERO, V., *Lekarska tajna i veštačenje*, «Svet rada», vol. 1, 2004., br. 4, str. 449.

<sup>79</sup> Tako REHBERG, J., *Handbuch des Arztrechts*, Zurich, 1994., str. 343., (dalje – REHBERG), podatak kod RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo*, Beograd, 2003., str. 340.

<sup>80</sup> Primjerice, otkrivanje liječničke tajne može prouzročiti šutnju, izbjegavanje osobe koja je dovela u pitanje privatnost, iskazivanje razočarenja u odnos u kojem je privatnost povrijeđena, strah od povjerenja u drugu osobu te povlačenje u vlastitu osobnost. Zato od medicinskih djelatnika kojima izlažu dijelove svoje privatnosti, primjerice, od identifikacijskih podataka, materijalnog stanja, adrese stanovanja, broja telefona do informacije u vezi zdravlja i bolesti do kojih treba doći pomoću različitih postupaka i intervencija pacijenti trebaju, u njihovom uzajamnom odnosu, dobiti uvjerenje i točne upute o tome kako će se ti podaci prikupljati, koristiti i štititi te koja su pravila profesije u vezi s njima. U situacijama u kojima treba govoriti o fiziološkim potrebama i funkcijama, tjelesnim izlučevinama, pokazati neki dio tijela, razgovarati o povijesti bolesti, rezultatima dijagnostičkih pretraga, težini stanja i svemu onome što bi se trebalo poduzeti da bi se to stanje promijenilo - u prostoru u kojem osoba treba biti zaštićena od pogleda drugih - pitanje povjerenja dobiva svoje puno značenje. GOSIĆ, N., *Privatnost i povjerenje u medicinskoj etici i bioetici*, «Sestrinski edukacijski magazin», god. II, 2005., broj 2, str. 11.

<sup>81</sup> Usp. BABIĆ, T. – ROKSANDIĆ, S., *Osnove zdravstvenog prava*, Zagreb, 2006., str. 162.

<sup>82</sup> Tako JOVANOVIĆ, I.J., *Lekarska tajna – krivičnopravna razmatranja*, Beograd, 1959., str. 16.

konvencije za zaštitu ljudskih prava,<sup>83</sup> odredbama čl. 8. Povelje o temeljnim ljudskim pravima Europske unije i u Smjernici 95/46/EZ Europskog parlamenta i Vijeća o zaštiti fizičkih osoba s obzirom na postupanje s osobnim podacima, te o slobodnom prometu tih podataka.<sup>84</sup>

**2. Pravo na povjerljivost/privatnost i tajnost podataka u odnosu između liječnika (zdravstvenih djelatnika) i pacijenata, uređeno je i zajamčeno u više domaćih propisa. Liječnik je dužan u odnosu prema pacijentima postupati primjenjujući i poštujući odredbe posebnih zakona koji reguliraju prava pacijenata te odredbe Kodeksa Hrvatske liječničke komore. Svi postupci medicinske prevencije, dijagnostike i liječenja moraju se planirati i provoditi tako da se očuva ljudsko dostojanstvo, integritet osobe i prava pacijenata, a posebno pravo na informiranost i samostalno odlučivanje (ZOLJ, čl. 19.).**

**2.1. Odredbama Ustava Republike Hrvatske** («Narodne novine», pročišćeni tekst, 56/90, 135/97, 8/98, 113/00, 124/00, 28/01, 41/01, 55/01, 76/10, 85/10, 05/14), sadrži i neke odredbe kojima se na izravan ili neizravan način uređuju i odnosi na području zdravstva pa se tako svakom jamči sigurnost i tajnost osobnih podataka. Bez privole ispitanika, osobni se podaci mogu prikupljati, obrađivati i koristiti samo uz uvjete određene zakonom (Ustav, čl. 37. st. 1.).<sup>85</sup> Uporaba osobnih podataka suprotna utvrđenoj svrsi njihovoga prikupljanja zabranjena je (Ustav, čl. 37. st. 3.). Svakom se jamči i pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa zakonom (Ustav, čl. 59.).

<sup>83</sup> Vidi DOURAKI, T., *Ethical and Legal Dimensions of Medical Confidentiality in European Law of Human Rights*, «Pravni život», god. II, 2002., br. 9, str. 186.-190.; SANDOR, J., *Data Protection in Health Care, Beyond Biomedical Use*, „Frontiers of European Health Law“, Yearbook 2002., str. 79.-80.; Van DIJK, P. Van HOOFF, G. J. H., *Teorija i praksa Evropske konvencije o ljudskim pravima*, Sarajevo, 2001., str. 459.-508.; HARLAND, C. – ROCHE, R. – STRAUSS, E., *Komentar Evropske konvencije o ljudskim pravima prema praksi u Bosni i Hercegovini i Strasbourgu*, Sarajevo, 2003., str. 219.-223.

<sup>84</sup> Vidi detaljnije o tome kod BODIROGA, N. – DULČIĆ, K., *Zaštita osobnih podataka u europskoj i hrvatskoj pravu*, «Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu», god. 42, 2005., str. 327.-356. Prema odredbi čl. 8. st. 3. Smjernice, iznimno u svrhu ostvarivanja uspješnog liječenja, podaci iz liječničkog kartona ispitanika dostupni su svim liječnicima koji liječe ili trebaju liječiti ispitanika, odnosno svim drugim osobama koje su uključene u liječenje i koje su obvezane na čuvanje profesionalne (liječničke) tajne. Vidi i HERVEY, T. – McHALE, J. V., *Health Law and the European Union*, Cambridge, 2004., str. 169.-172.; SANDOR, J., *Data Protection in Health Care, Beyond Biomedical Use*, „Frontiers of European Health Law“, Yearbook 2002., str. 76.-79.; LEHTONEN, L., *Protection of patient data and right to privacy in Finland – recent implementation of the Directive on the protection of personal data and centralized registries containing sensitive health data*, referat u zborniku 13th World Congress on Medical Law, 6-10 August 2000, Helsinki, str. 633.-639.

<sup>85</sup> U tom smislu treba napomenuti da su u Republici Hrvatskoj doneseni Zakon o zaštiti osobnih podataka („Narodne novine“ broj 103/03, 118/06, 41/08, 130/11, 106/12, dalje – ZZOP) i Zakon o pravu na pristup informacijama („Narodne novine“, br. 25/13, 85/15, dalje – ZOPPI) kojima se uređuje zaštita osobnih podataka i pravo na pristup informacijama o osobama koje posjeduju javna tijela, gdje svakako pripadaju i podaci o zdravlju određene osobe (tzv. *sensitive medical data*). Treba napomenuti da se radi o podacima koji su zabilježeni u određenim dokumentima, odnosno evidencijama, dok liječnička tajna uključuje i one podatke koje je zdravstveni djelatnik doznao o pacijentu i nije ih zabilježio u pisanom obliku. Usp. SANDOR, J., *Data Protection in Health Care, Beyond Biomedical Use*, „Frontiers of European Health Law“, Yearbook 2002., str. 79.



**2.2. ZOZZ-om** je propisano da su zdravstveni radnici dužni čuvati kao profesionalnu tajnu sve što znaju o zdravstvenom stanju pacijenta (ZOZZ, čl. 122. st. 1.). Profesionalnu tajnu dužni su čuvati i drugi radnici u zdravstvu koji za nju saznaju u obavljanju svojih dužnosti, te studenti i učenici škola zdravstvenog usmjerenja, koji u praktičnom dijelu nastave dolaze u doticaj s pacijentom,<sup>86</sup> kao i sve druge osobe koje u obavljanju svojih dužnosti dođu do podataka o zdravstvenom stanju pacijenta. Tako je, primjerice, i zdravstveni inspektor prilikom obavljanja inspeksijskog nadzora dužan postupati tako da ne ugrozi čuvanje profesionalne tajne (ZOZZ, čl. 171. st. 1.).

**2.3. I ZOZPP-om** se uređuje i promiče pravo na privatnost i povjerljivost informacija o pacijentovom zdravstvenom stanju, medicinskom statusu, prognozi i liječenju te svim drugim informacijama osobne prirode koje moraju ostati povjerljive.<sup>87</sup> Načelo humanosti zaštite prava pacijenata ostvaruje se, među ostalim, i zaštitom osobnosti pacijenta uključujući poštivanje njegove privatnosti, svjetonazora te moralnih i vjerskih uvjerenja (ZOZPP, čl. 4.). Pacijent ima pravo na povjerljivost podataka koji se odnose na stanje njegova zdravlja sukladno propisima o čuvanju profesionalne tajne i zaštiti osobnih podataka (ZOZPP, čl. 25. st. 1.).

**2.4. ZOLJ-om** je određeno da je liječnik zdravstveni radnik sa završenim medicinskim fakultetom i stečenim nazivom doktor medicine, te je temeljni i mjerodavni nositelj zdravstvene djelatnosti koju obavlja poštujući, među ostalim, i načela održavanja i promicanja povjerenja između liječnika i pacijenata te članova njihovih obitelji, kao i poštivanja prava pacijenata, propisa, pravila struke te Kodeksa medicinske etike i deontologije (ZOLJ, čl. 2.).

**2.5. ZZODS-om** su, uz zaštitu privatnosti koju uživaju temeljem odredbi čl. 32. ZOZZ-a, stvoreni i dodatni okviri za zaštitu privatnog života pacijenata s duševnim smetnjama. Do stupanja na snagu ZZDOS-a zaštita profesionalne, liječničke tajne bila je tek moralna obveza za osobe uključene u liječenje i brigu oko duševnih bolesnika, što bolesniku nije jamčilo primjerenu zaštitu njegova privatnog života.<sup>88</sup> Osobe koje obavljaju djelatnosti zaštite i liječenja osobe s duševnim smetnjama dužne su čuvati kao profesionalnu tajnu sve što saznaju ili primijete tijekom

<sup>86</sup> Vidi JADRO, D. – HRABRIĆ, M. – KRAMARIĆ, D., *Zakon o zdravstvenoj zaštiti*, rad u zborniku «Zbirka zdravstvenih zakona s obrazloženjem», Zagreb, 2003., str. 26.

<sup>87</sup> Tako BOŠKOVIĆ, Z., *Zakon o zaštiti prava pacijenata – reforma zdravstvenog zakonodavstva Republike Hrvatske*, „Hrvatska pravna revija“, god. V., 2005., br. 1, str. 90.

<sup>88</sup> Usp. DROPULIĆ, J., *Pravo na privatni život i duševni integritet*, Zagreb, 2002., str. 124.

obavljanja tih djelatnosti (ZZODS, čl. 21. st. 1.). Ovako široko definiran sadržaj dužnosti čuvanja liječničke tajne nužan je za uspostavljanje povjerenja između liječnika i pacijenta budući da oni, u većoj mjeri negoli drugi pacijenti, liječniku iznose i vrlo osobne i intimne podatke o svom privatnom i profesionalnom životu za koje bi htjeli da ostanu neotkriveni (primjerice, odnosi s članovima obitelji i kolegama na radnom mjestu, eventualne izvanbračne veze, siromaštvo i sl.), unatoč tome što ovi podaci nisu neposredno vezani za bolest zbog koje se liječe.<sup>89</sup> ZZODS je *lex specialis* u odnosu na ZOZZ te odredbama čl. 21. ZZODS-a, kad je u pitanju čuvanje liječničke tajne u svezi s postupanjem osoba koje obavljaju djelatnost zaštite i liječenja osoba s duševnim smetnjama, uvijek treba dati prednost u odnosu na općenitije odredbe ZOZZ-a.<sup>90</sup>

**2.6. Odredbom čl. 20. st. 1. Pravilnika o krvi i krvnim sastojcima** («Narodne novine», br. 14/99., dalje – **POK**), propisuje se da u transfuzijskoj jedinici treba voditi evidenciju o svakom davatelju i uzimanju krvi ili krvnog sastojka, koja sadrži: identifikacijski broj davatelja, ime i prezime i adresa davatelja; datum i mjesto uzimanja krvi ili krvnog sastojka; zdravstvena ustanova koja je uzela krv ili krvni sastojak; rezultat mjerenja tlaka, pulsa, težine, kliničkog pregleda; sastojak koji je uzet; volumen uzete krvi ili krvnog sastojka; i eventualne nuspojave opažene tijekom uzimanja krvi ili krvnog sastojka, te da su svi podaci u evidenciji o davatelju i uzimanju krvi liječnička tajna. Usto, prema odredbi čl. 21. POK-a, u transfuzijskoj jedinici treba voditi i registar davatelja koji su privremeno ili trajno odbijeni zbog preboljele zarazne bolesti ili je u njihovoj krvi potvrđenim testom dokazana prisutnost uzročnika zaraznih bolesti ili je transfuzija krvnog pripravka priređena iz krvi ili krvnog sastojka od toga davatelja uzrokovala bolest, a krvni pripravci pripremljeni od tih davatelja se ne smiju upotrijebiti za transfuzijsko liječenje ili pripremu derivata plazme. Izričito je propisano da su svi podaci u registru liječnička tajna. Nadalje, prema odredbi čl. 90. POK-a, transfuzijske jedinice dužne su voditi i očevidnike: dobrovoljnih davatelja krvi; davatelja koji su privremeno i trajno odbijeni; rezultata laboratorijskih testiranja davatelja, trudnica i bolesnika; pripremljenih krvnih pripravaka; uništenih krvnih pripravaka; bolesnika koji su imali posttransfuzijske reakcije ili su njihovi rezultati laboratorijskog ispitivanja bili izvan granica normale; djelatnika koji su sudjelovali u uzimanju krvi, laboratorijskom ispitivanju i

<sup>89</sup> Tako *Komentar Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama s provedbenim propisima, primjerima sudskih odluka, međunarodnim dokumentima i presudama Europskog suda za ljudska prava*, urednica GROZDANIĆ, V., Pravni fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka 2015., str. 95.

<sup>90</sup> Vidi TURKOVIC, K. – DIKA, M. – GORETA, M. – ĐURĐEVIĆ, Z., *Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama – s komentarom i priložima*, Zagreb, 2001., str. 106.

priređivanju krvi i krvnih pripravaka; dijagnostičkih sredstava, aparata, servisiranja i popravaka; rezultata kontrole rada, dijagnostičkih sredstava i aparata; te reklamacija i opoziva nesukladnih proizvoda. Odredbom čl. 91. POK-a propisano je da svaka transfuzijska jedinica mora imati sustav čuvanja i voditi navedene očevidnike, a ako se očevidnici vode putem računarske mreže mora postojati zaštita od neovlaštenog ulaska u bazu podataka te registracija svakog unosa ili pregleda baze s podatkom o osobi koja je taj posao obavljala.

**2.7.** Pravila medicinske etike uobičajeno se kodificiraju u posebnim, nacionalnim i međunarodnim, etičkim odnosno deontološkim **kodeksima**. Kodeksima etike i deontologije u pravilu se utvrđuju načela i pravila ponašanja kojih su se dužni pridržavati zdravstveni radnici, članovi pojedinih komora, pri obavljanju svoje profesionalne djelatnosti, a radi očuvanja dostojanstva i ugleda profesije. U Republici Hrvatskoj najznačajniji su Kodeks medicinske etike i deontologije («Narodne novine», broj 55/08,139/15.); Kodeks stomatološke etike i deontologije, od 7. lipnja 1996. godine; Kodeks ljekarničke etike i deontologije, od 18. travnja 1996. godine; Etički kodeks medicinskih sestara, od 22. prosinca 2005. godine; Kodeks etike i deontologije djelatnosti sanitarnih inženjera, zdravstvene radiološko-tehnološke djelatnosti, djelatnosti radne terapije i medicinsko laboratorijske djelatnosti, od 5.12.2012. godine; Kodeks etike i deontologije medicinskih biokemičara, od 8. svibnja 1996. godine; Etički kodeks primalja od 27. siječnja 2010 godine, Etički kodeks fizioterapeuta od 21. veljače 2011. godine. Što se međunarodnih kodeksa medicinske etike i deontologije tiče, spomenuli bismo Međunarodni kodeks medicinske etike, usvojen na 3. generalnoj skupštini Svjetskog medicinskog udruženja u Londonu, 1949. godine, te Načela etike za europske liječnike, Međunarodne konferencije predstavnika liječničkih komora i sličnih liječničkih organizacija iz zemalja članica Europske unije iz 1987. i 2001. godine.

Prema odredbi čl. 2. Točke 14. Kodeksa medicinske etike i deontologije, „sve ono što je liječnik saznao obavljajući svoj posao, smatra se liječničkom tajnom. Liječnik ju je obvezan čuvati i pred pacijentovim bližnjima, ako to pacijent/bolesnik zatraži, a i nakon njegove smrti, osim u slučaju kad bi čuvanjem liječničke tajne ugrozio život i zdravlje drugih ljudi. Čuvanje liječničke tajne proteže se i na sve sustave kojima se podaci o pacijentu prenose, obrađuju i pohranjuju“.

## 6 Uzroci i načini povrede liječničke tajne

1. Apsolutna obveza čuvanja liječničke tajne mogla se zahtijevati i poštivati dok je postojao samo neposredni odnos između liječnika i pacijenta. Sa socijalizacijom i razvitkom medicine pored liječnika u postupku pružanja usluga pacijentu (liječenju bolesnika) na različite načine i s različitim odgovornostima sudjeluje čitav niz osoba kao što su medicinske sestre, primalje, ljekarnici, stomatolozi, laboranti, bolničari, studenti, pa i administrativno osoblje, i sve su te osobe na neki način upućene u određenu tajnu. Zaštita liječničke tajne postaje sve teža i zbog kompjuterizacije medicinske dokumentacije, tele-medicine i elektroničke obrade podataka,<sup>91</sup> obavljanja medicinske intervencije u različitim ustanovama, sudjelovanja u pružanju medicinske usluge sve većeg broja osoba i sve više vrsta zdravstvenih djelatnika, ali i zbog sve većeg opravdanog ili neopravdanog interesa javnosti i medija za informiranjem o zdravstvenom stanju pojedinih pacijenata (javnih osoba, mogućih zaraznih bolesti i sl.). Usto, medicinski podaci danas služe i potražuju ih primjerice osiguravatelji (zbog ocjene rizika na strani osiguranika), poslodavci (nekada je bilo uobičajeno pitati potencijalne zaposlenice jesu li trudne),<sup>92</sup> proizvođači lijekova (u marketinške svrhe), banke (zbog ocjene rizika kreditiranja), državna tijela,<sup>93</sup> kao i u (druge) komercijalne svrhe.<sup>94</sup> Zbog svega navedenog danas bismo mogli govoriti i o službenoj, a ne samo o pozivnoj tajni.

2. Odavanje liječničke tajne ima svoje **uzroke i pojavne oblike**. Do povrede liječničke tajne dolazi najčešće usmeno ili pisanim putem, ali postoje i drugi načini povrede čuvanja liječničke tajne kao primjerice objavljivanje fotografskih snimaka,<sup>95</sup> neopreznim objavljivanjem podataka o pojedinim bolesnicima u stručnoj literaturi i sl.<sup>96</sup> Do odavanja liječničke tajne može doći nepažnjom, iz neznanja (o pravu na privatnost i o propisima kojom je to pravo zaštićeno) ili namjerno (primjerice, zbog

---

<sup>91</sup> O tome detaljnije kod BOŠKOVIĆ, Z., *Profesionalna liječnička tajna*, „Informator“, broj 5329. od 2. travnja 2005., str. 12.

<sup>92</sup> Usp. RISTIĆ, J., *Medicina i društvo*, Beograd, 1975., str. 82.-84.

<sup>93</sup> Vidi VRHOVAC, B., *Liječnička tajna*, «Liječničke novine», 2001., broj 5, str. 19.-20.

<sup>94</sup> Tako SANDOR, J., *Data Protection in Health Care, Beyond Biomedical Use*, „Frontiers of European Health Law“, Yearbook 2002., str. 76.

<sup>95</sup> Tako je u jednom predmetu sud našao da je došlo do povrede dužnosti čuvanja liječničke tajne time što je „zaposlenik na radnom mjestu vozača sanitetskih vozila, a obavljajući poslove medicinskog tehničara, za vrijeme medicinske intervencije snimao video-zapisom prijevoz pacijenta u vidljivo alkoholiziranom stanju, te snimio i zaposlenike (op. a. zdravstvene radnike) za vrijeme njihovog redovitog rada s time da se na jednoj snimci vidi polovina obnašene stražnjice radnika tuženika i sve to objavio na internetskom portalu YouTube...“, čime je povrijedio propise o obvezi čuvanja profesionalne tajne“. Presuda Vrhovnog suda Republike Hrvatske, Broj: Revr 136/09-2. od 1. srpnja 2009., <http://www.sudskapraksa.csp.vsrh.hr/>

<sup>96</sup> Usp. *Medicinska enciklopedija*, knjiga 4., Zagreb, MCMLXIX, str. 294.-295.

samoisticanja ili koristoljublja). Kao psihološki uzroci koji dovode do odavanja liječničke tajne mogu se navesti lakoumnost, zabluda, prinuda, strast za saznavanjem i odavanjem tajne, koristoljubivi uzroci i psihološka neuračunljivost, ljutnja, tuga i sl.<sup>97</sup> Pri tome je nebitno na koji je način izvršeno otkrivanje tajne, je li tajna otkrivena jednoj ili većem broju osoba, je li otkrivanje podataka objektivno moglo prouzročiti ili je prouzročilo neke štetne posljedice i sl., a ove okolnosti mogu, u pravilu, biti ocjenjivane kao otegotne okolnosti.<sup>98</sup>

Kontakti sa službama i profesijama nastalim radi zadovoljavanja egzistencijalnih potreba ljudi u velikom broju slučajeva dovode čovjeka u situaciju nužnog odavanja tajnih dijelova osobnosti.<sup>99</sup> Primjerice, pri izlasku iz bolnice bolesnik dobije otpusnicu u kojoj je ispisana dijagnoza, koju je (prije bio) dužan pokazati poslodavcu radi pravdanja izostanka i odobravanja bolovanja.<sup>100</sup> Do otkrivanja liječničke tajne može doći i posredno, na zahtjev sudova ili drugih državnih tijela. Primjerice, sud može zahtijevati povijest bolesti nekog pacijenta radi sudsko-medicinskog vještačenja. Međutim, u povijesti bolesti i drugoj dokumentaciji mogu se pored relevantnih podataka za taj postupak nalaziti i takvi podaci koji za sud nisu važni i potrebni u pogledu rješavanja konkretnog spora, a koje je liječnik saznao, utvrdio i zaveo u povijest bolesti i koji kao takvi predstavljaju liječničku tajnu (prijašnje bolesti i povrede koje nisu u svezi s postupkom koji se vodi). Otkrivanje i tih podataka zasigurno predstavlja nedopušteno otkrivanje liječničke tajne.<sup>101</sup> U bolnicama na krevetu svakog bolesnika izvještene su tzv. temperaturne liste s velikim brojem podataka o bolesniku (ime i prezime, godina rođenja, dijagnoza, zabilješke o temperaturi, puls, krvnom tlaku, ordiniranim lijekovima, datumima kirurških intervencija i raznih laboratorijskih pretraga i sl.), a te liste stoje otvoreno i pristupačne su svakome tko dođe posjetiti toga ili drugog bolesnika u sobi.<sup>102</sup> Radnja otkrivanja može se obaviti primjerice i tako što liječnik razgovara telefonom o tajnim podacima u prisustvu treće osobe koja može identificirati pacijenta na kojega se podaci odnose.<sup>103</sup>

---

<sup>97</sup> *Ibid.*, str. 295.

<sup>98</sup> Vidi RAJIĆ, Z. – TOMIĆ, M. – MILJKO, Z., *Komentar Kaznenog zakona*, Mostar, 2000., str. 217.

<sup>99</sup> Tako GOSIĆ, N., *Privatnost i povjerenje u medicinskoj etici i bioetici*, «Sestrinski edukacijski magazin», god. II, 2005., broj 2, str. 5.

<sup>100</sup> Usp. JELAČIĆ, O., *Liječnička tajna u našem zakonodavstvu*, «Zbornik radova Pravnoga fakulteta u Splitu», god X, 1973., str. 21.

<sup>101</sup> Tako MARIĆ, J. – LUKIĆ, M., *Prava medicina*, Beograd, 1998., str. 344.

<sup>102</sup> Vidi JELAČIĆ, O., *Liječnička tajna u našem zakonodavstvu*, «Zbornik radova Pravnoga fakulteta u Splitu», god X, 1973., str. 21.

<sup>103</sup> Tako REHBERG, str. 345.

Otkrivanje liječničke tajne može se izvršiti i nečinjenjem, odnosno propuštanjem, primjerice ako liječnik pacijentovu medicinsku dokumentaciju ne pohrani na propisani način i time omogući neovlaštenim trećim osobama da je razgledaju ili odnesu,<sup>104</sup> odnosno ako se ne poduzmu sve mjere zaštite i zabrane pristupa informatičkim sustavima i kojima su pohranjeni podaci o pacijentu.

## 7 Neovlašteno<sup>105</sup> odavanje liječničke tajne

1. Povreda podataka o zdravstvenom stanju osobe može se odraziti i na njezin privatni život. Čuvanje liječničke tajne je **etička i pravna obveza liječnika**, odnosno zdravstvenih djelatnika.<sup>106</sup> Dužnost čuvanja liječničke tajne postoji bez obzira na činjenicu liječi li liječnik pacijenta slučajno (primjerice, kao žrtvu prometne nesreće), dragovoljno ili prinudno, te ne prestaje s prestankom liječničke djelatnosti, nego traje doživotno.<sup>107</sup> Tako je, primjerice, liječnik dužan čuvati liječničku tajnu i pred bolesnikovim bližnjima, ako to bolesnik želi, a **nakon njegove smrti**, osim u slučaju kad bi čuvanjem liječničke tajne ugrozio život i zdravlja drugih ljudi (Kodeks medicinske etike i deontologije, čl. 2. st. 13.). Pravo čovjeka na privatnost ne gasi se njegovom smrću.<sup>108</sup> Usto, nakon smrti pacijent nije više u stanju liječnika osloboditi obveze čuvanja tajne, a postoji mišljenje da to ne mogu ni njegovi nasljednici kao ni njemu bliske osobe.<sup>109</sup> U slučaju sumnje, liječnik se uvijek treba odlučiti za postmortalnu obvezu čuvanja tajne.<sup>110</sup> Mogućnost da se tajni podaci otkriju nakon pacijentove smrti zavisi od raznih okolnosti, primjerice od prirode tih podataka, jesu li te informacije već postale dostupne javnosti, koliko je prošlo od pacijentove smrti, postoji li sukob interesa vezan za te podatke, kojim se osobama otkrivaju ti podaci (rodbina, ovlaštena tijela) i sl.<sup>111</sup>

---

<sup>104</sup> Usp. RADIŠIĆ, J., *Dužnost čuvanja medicinske tajne*, „Anali Pravnog fakulteta u Beogradu“, god. L., 2002., broj 3-4, str. 329.

<sup>105</sup> Pojam „neovlašteno“ trebalo bi izjednačiti s pojmom „neopravdano“ i „protupravno“ otkrivanje tajne. RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo*, Beograd, 2003., str. 139.

<sup>106</sup> Tako CRUŽ, P., *Medical Law*, London, 2002., str. 90.

<sup>107</sup> Usp. RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo*, Beograd, 2003., str. 134.

<sup>108</sup> Vidi detaljnije o tome kod PLOEM, C., *Medical confidentiality after patient's death*, „Medicine and Law“, vol. 20, 2001., br. 2, str. 215.-220.

<sup>109</sup> Usp. RADIŠIĆ, J., *Dužnost čuvanja medicinske tajne*, „Anali Pravnog fakulteta u Beogradu“, god. L., 2002., broj 3-4, str. 330.

<sup>110</sup> Tako ULSENHEIMER, str. 554.

<sup>111</sup> Vidi STAUCH, M. – WHEAT, K., *Sourcebook on Medical Law*, London-Sydney, 1999., str. 224.

Postoji mišljenje da liječnik nije dužan čuvati tajnu odnosno podatke koje je doznao nezavisno od svog zanimanja (primjerice, u privatnom razgovoru) ili samovoljno, odnosno na ilegalan način (primjerice, čitanjem zatvorenog pisma adresiranog na pacijenta), ali može naknadno biti dužan čuvati i takvu tajnu ako bi kasnije liječio osobu o čijoj se tajni radi.<sup>112</sup>

**2. Neovlašteno odavanje liječničke tajne može za osobu koju je povrijedila liječničku tajnu imati različite (negativne) posljedice i odgovornosti.**

**2.1. Moralne i psihološke posljedice** - Nepoštivanje liječničke tajne ima ponajviše štetne psihološke i moralne posljedice. Nepridržavanje etičkih načela od strane liječnika može dovesti do njegove stegovne i kaznene odgovornosti, ali je ono ipak najviše podvrgnuto sudu vlastite savjesti.<sup>113</sup> Za razliku od ostalih pravila medicinskog prava, etička su pravila redovito kodificirana u posebnim etičkim, odnosno deontološkim kodeksima,<sup>114</sup> u našem pravu u Kodeksu medicinske etike i deontologije. Držimo kako bi svaki odgovorni liječnik zbog neovlaštenog otkrivanja liječničke tajne mogao trpjeti moralne i psihološke posljedice u vidu nelagodnosti, srama, grižnje savjesti, depresije, a treba kazati da nekada moralna odgovornost može imati teže i dugotrajnije posljedice od pravne odgovornosti.

**2.2. Kaznena odgovornost** - Moralna obveza liječnika da čuva liječničku tajnu pojačana je pravnim normama koje propisuju kaznenu odgovornost liječnika ako neovlašteno otkrije tajnu koju je saznao u obavljanju svoga poziva.<sup>115</sup> KZ propisuje da će se odvjetnik, javni bilježnik, zdravstveni radnik, psiholog, djelatnik ustanove socijalne skrbi, vjerski ispovjednik ili druga osoba koja neovlašteno otkrije podatak o osobnom ili obiteljskom životu koji joj je povjeren u obavljanju njezinog zvanja, kaznit će se kaznom zatvora do jedne godine (KZ, čl. 145. st. 1.), a kazneni postupak za navedeno kazneno djelo pokreće se povodom prijedloga (KZ, čl. 145. st. 3.). Ovom inkriminacijom osigurava se kaznenopravna zaštita podataka osobnog značaja, odnosno podataka koji se tiču određenog pojedinca, njegovog intimnog područja života.<sup>116</sup>

---

<sup>112</sup> Tako ULSENHEIMER, str. 551.

<sup>113</sup> Usp. ZEČEVIĆ, D. i dr., *Sudska medicina i deontologija*, Zagreb, 2004., str. 320.

<sup>114</sup> Tako BOŠKOVIĆ, Z., *Kodeks medicinske etike i deontologije*, «InformatoR», broj 5046.-5047. od 17. i 20. srpnja 2002. godine, str. 1.

<sup>115</sup> Vidi BOŠKOVIĆ, Z., *Profesionalna liječnička tajna*, „InformatoR“, broj 5329. od 2. travnja 2005., str. 11.

<sup>116</sup> Usp. RAJIĆ, Z. – TOMIĆ, M. – MILJKO, Z., *Komentar Kaznenog zakona*, Mostar, 2000., str. 217.

Kazneno djelo odavanja liječničke tajne spada u kategoriju *delicta propria*, odnosno mogu ga izvršiti samo one osobe koje vrše zdravstvenu službu, što u širem tumačenju pojma «zdravstvene službe» može obuhvatiti i zdravstvenu administraciju.<sup>117</sup>

Tajna saznana pri obavljanju poziva nije pristupačna širem krugu osoba. Interes i volja njezina vlasnika je da ostane u diskreciji, da ne postane dostupna i da ju ne sazna neovlaštena osoba.<sup>118</sup> Uvijek se radi o tajnama koje se tiču pojedinca, a ne i o onima koje se tiču ustanova, trgovačkih društava, organizacija i sl., jer su one obuhvaćene posebnim kaznenim djelima, kao što su djela otkrivanja službene, vojne, poslovne ili državne tajne.<sup>119</sup> Tajna se ne mora ticati samoga pacijenta, već se može odnositi i na sasvim druge osobe (primjerice, člana obitelji).<sup>120</sup>

Zaštitni objekt je pravo građana na osobnu tajnu, odnosno podaci saznati u vršenju određenog poziva.<sup>121</sup> Štititi se intimnost osobe, a preko nje i potreba pravilnog funkcioniranja određenih javnih poziva i djelatnosti, jer se odnos djelatnika ovih službi i građana temelji na međusobnom povjerenju, uključujući jamstvo da će osobna tajna biti poštovana.<sup>122</sup>

Radnja počinjenja je svako ponašanje liječnika kojom se tajna stavlja do znanja, kojom se prenosi, iskazuje nekoj trećoj, neovlaštenoj osobi.

Da bi ovo kazneno djelo postojalo mora se raditi o neovlaštenom otkrivanju liječničke tajne, a u protivnom djelo neće postojati jer neće biti protupravno.<sup>123</sup> Ovo kazneno djelo neće postojati ako su otkriveni podaci čije držanje u tajnosti nije važno za očuvanje pacijentova intimiteta (objektivno beznačajni podaci). Kao poseban temelj isključenja protupravnosti ovog kaznenog djela jest slučaj dopuštenog otkrivanja liječničke tajne, neovisno o stajalištu pacijenta, u općem interesu ili interesu druge osobe koji je pretežniji od interesa čuvanja liječničke tajne. Pod općim interesom može se primjerice smatrati slučaj potrebe otkrivanja kaznenog djela, spriječavanja zaraze i sl. Dopušteno otkrivanje liječničke tajne u interesu druge osobe postojalo bi, primjerice, ako roditelju treba kazati da mu dijete boluje od teške

<sup>117</sup> Tako *Medicinska enciklopedija*, knjiga 4., Zagreb, MCMLXIX, str. 295.

<sup>118</sup> Vidi BAČIĆ, F. - PAVLOVIĆ, Š., *Komentar kaznenog zakona*, Zagreb, 2004., str. 548.

<sup>119</sup> Tako BAČIĆ, F. - ŠEPAROVIĆ, Z., *Krivično pravo - posebni dio*, Zagreb, 1997., str. 111.

<sup>120</sup> Usp. BAČIĆ, F. - ŠEPAROVIĆ, Z., *Krivično pravo - posebni dio*, Zagreb, 1997., str. 111.

<sup>121</sup> Vidi RAJIĆ, Z. - TOMIĆ, M. - MILJKO, Z., *Komentar Kaznenog zakona*, Mostar, 2000., str. 217.

<sup>122</sup> Usp. BAČIĆ, F. - PAVLOVIĆ, Š., *Komentar kaznenog zakona*, Zagreb, 2004., str. 548.

<sup>123</sup> Tako BAČIĆ, F., *Krivično pravo - Posebni dio (I)*, Zagreb, 1979., str. 205.



bolesti, dakle osobi čiji je interes otkrivanja veći od interesa neotkrivanja.<sup>124</sup> Ne bi se radilo o ovom djelu ni onda ako bi, primjerice, liječnik obavijestio suprugu o spolnoj bolesti muža ili kad bi o određenoj bolesti profesionalnog vozača obavijestio nadležnu ustnovu.<sup>125</sup> Djelo neće biti protupravno ni onda ako je tajna odana uz pristanak pacijenta, a takav učinak mogu imati i opći razlozi isključenja protupravnosti, kao primjerice krajnja nužda ili pretpostavljeni pristanak.<sup>126</sup>

**2.3. Prekršajna odgovornost** - Zbog odavanja liječničke tajne liječnik može odgovarati i prekršajno. Tako se liječnik, ako ne poštuje obvezu čuvanja liječničke tajne, može za prekršaj kazniti novčanom kaznom u iznosu od 5.000,00 do 10.000,00 kuna (ZOLJ, čl. 59. t. 3.). Novčanom kaznom u iznosu od 10.000,00 do 50.000,00 kuna može se za prekršaj kazniti i zdravstvena ustanova ako povrijedi pravo na povjerljivost podataka (ZOZPP, čl. 41. st. 1. t. 8.), te odgovorna osoba u zdravstvenoj ustanovi s novčanom kaznom u iznosu od 5.000,00 do 10.000,00 kuna.<sup>127</sup> Psihijatrijska ustanova može se kazniti novčanom kaznom u iznosu od 5.000,00 do 300.000,00 kuna za prekršaj ako povrijedi obvezu čuvanja profesionalne odnosno službene tajne, a za navedeni prekršaj može se kazniti novčanom kaznom u iznosu od 1.000,00 do 10.000,00 kuna i osoba čijom je radnjom ostvaren navedeni prekršaj, kao i odgovorna osoba u psihijatrijskoj ustanovi (ZZODS, čl. 64. t. 5.).

**2.4. Stegovna (disciplinska) odgovornost** - Kaznena i prekršajna odgovornost liječnika ili disciplinska odgovornost u zdravstvenoj ustanovi, trgovačkom društvu ili drugoj pravnoj osobi koja obavlja zdravstvenu djelatnost ne isključuje disciplinsku odgovornost liječnika pred Hrvatskom liječničkom komorom (ZOLJ, čl. 50. st. 2.). Liječnik je dužan poštivati i pridržavati se svih propisa koje donose tijela Komore, a posebice Kodeksa medicinske etike i deontologije Komore. Liječnik je **disciplinski odgovoran** ako: povrijedi odredbe ZOLJ-a; povrijedi Kodeks medicinske etike i deontologije Komore;<sup>128</sup> obavlja nestručno liječničku profesiju; svojim ponašanjem prema pacijentu, drugom liječniku ili trećim osobama povrijedi ugled liječničke

<sup>124</sup> Vidi BAČIĆ, F. - PAVLOVIĆ, Š., *Komentar zakonog zakona*, Zagreb, 2004., str. 549.

<sup>125</sup> Usp. ŠEPAROVIC, Z., *Granice rizika*, Zagreb, 1998., str. 32.; BAČIĆ, F. - ŠEPAROVIC, Z., *Krivično pravo - posebni dio*, Zagreb, 1997., str. 111.

<sup>126</sup> Vidi BAČIĆ, F. - ŠEPAROVIC, Z., *Krivično pravo - posebni dio*, Zagreb, 1997., str. 112.

<sup>127</sup> Za navedeni prekršaj kaznit će se novčanom kaznom u iznosu od 10.000,00 do 50.000,00 kuna i trgovačko društvo koje obavlja zdravstvenu djelatnost sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, kao i odgovorna osoba u trgovačkom društvu koja obavlja zdravstvenu djelatnost i to novčanom kaznom u iznosu od 5.000,00 do 10.000,00 kuna, a također će se kazniti novčanom kaznom u iznosu od 5.000,00 do 10.000,00 kuna i privatni zdravstveni radnik (ZOZPP, čl. 41.).

<sup>128</sup> Povrede odredaba Kodeksa disciplinske su povrede. Postupak utvrđivanja i izricanje kazni i mjera za iste propisan je Pravilnikom o disciplinskom postupku Hrvatske liječničke komore (Kodeks, čl. 10. st. 1.).

profesije; ne ispunjava Statutom ili drugim općim aktom određene članske obveze prema HLJK (ZOLJ, čl. 50. st. 1.; Statut HLJK, čl. 32.). Navedene povrede imaju značenje teških povreda ako imaju teže značenje s obzirom na važnost, prirodu povrijeđenog dobra, visinu materijalne štete ili težinu druge posljedice te s obzirom na okolnosti pod kojima je radnja izvršena odnosno propuštena. Suprotno, navedene povrede imaju značenje lakih povreda ako imaju lakše značenje s obzirom na važnost, prirodu povrijeđenog dobra, visinu materijalne štete ili težinu druge posljedice te s obzirom na okolnosti pod kojima je radnja izvršena odnosno propuštena (Pravilnik o disciplinskom postupku Hrvatske liječničke komore,<sup>129</sup> čl. 4.). Povreda čuvanja profesionalne, liječničke tajne **teža je povreda** obveze iz radnog odnosa (ZOZZ, čl. 122. st. 3.). Za povredu liječničke tajne liječniku se mogu izreći sljedeće disciplinske mjere i kazne: ukor, javni ukor, novčana kazna, privremeno oduzimanje odobrenja za samostalan rad od mjesec dana do godine dana, trajno oduzimanje odobrenja za samostalan rad. Uz svaku navedenu mjeru i kaznu, osim uz mjeru trajnog oduzimanja odobrenja za samostalan rad, liječniku se može odrediti disciplinska mjera dodatne izobrazbe. Disciplinska mjera oduzimanja odobrenja za samostalan rad, može se izreći uvjetno s rokom kušnje od 6 mjeseci do dvije godine. Iznos novčane kazne određen Statutom Komore, koji ne može biti niži od 1.000,00 kn niti veći od 5.000,00 kn, određuje Sud Komore u svakom pojedinom slučaju (arg. Pravilnik o disciplinskom postupku Hrvatske liječničke komore, čl. 55.).<sup>130</sup>

**2.5. Građanska odgovornost** - Pacijent ima pravo na povjerljivost podataka koji se odnose na stanje njegovog zdravlja sukladno propisima o čuvanju profesionalne tajne i zaštiti osobnih podataka (ZOZPP, čl. 25.), a u slučaju povrede toga njegovoga prava, pacijent ima pravo na naknadu štete sukladno općim propisima obveznog prava (ZOZPP, čl. 29.).

Dakle, osobi čije je pravo osobnosti,<sup>131</sup> odnosno pravo na privatnost povrijeđeno protupravnim odavanjem liječničke tajne, pripada pravo da protiv osobe koja je izvršila povredu stavlja i ostvaruje odgovarajuće građanskopravne zahtjeve,<sup>132</sup> i to

<sup>129</sup> Pravilnik je objavljen na oglasnoj ploči Komore dana 04. studenog 2003. godine, a stupio je na snagu 13. studenog 2003. godine. Tekst Pravilnika objavljen je i u «Liječničkim novinama, broj 29/04.

<sup>130</sup> Podrobnije o disciplinskoj/stegovnoj odgovornosti liječnika i radu Suda časti HLJK vidi kod RUMEK ČRNE, R. – ROKSANDIĆ, S., *Sud Hrvatske liječničke komore – pravni aspekti*, objavljen u Hrvatska liječnička komora 193-1995-2005., Zagreb, 2005., str. 237.-244.; BABIĆ, T. – ROKSANDIĆ, S., *Osnove zdravstvenog prava*, Zagreb, 2006., str. 223.-226.

<sup>131</sup> Detaljnije o tome kod RADOLOVIĆ, A., *Pravo osobnosti u novom Zakonu o obveznim odnosima*, «Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci», vol. 27., 2006., br. 1, str. 129.-170.

<sup>132</sup> Usp. GAVELLA, N., *Osobna prava – I. dio*, Zagreb, 2000., str. 219.

zahtjev za prestanak povrede (kvazinegatorijski zahtjev), zahtjev za popravljavanje neimovinske (nematerijalne) štete nenovčanim i/ili novčanim zadovoljenjem, zahtjev za utvrđenje, kao i zahtjev zbog stjecanja bez osnove.<sup>133</sup> Odštetna odgovornost zdravstvenih radnika determinirana je veličinom rizika koji nosi ta profesija,<sup>134</sup> jer je liječnička djelatnost, unatoč temeljnom humanom i plemenitom cilju da se pacijentu očuva ili popravi zdravstveno stanje, ponekad neizbježno povezana s rizikom gubitka života ili pogoršanja zdravlja.<sup>135</sup>

## 8 Ovlašteno odavanje liječnike tajne

Ovlast osobe da može isključiti svakoga od neovlaštenog saznavanja, prikupljanja, daljnjeg širenja i objavljivanja podataka o njoj i njezinu životu, njezino je pravo na to da ti podaci ostanu za svakoga tajna, osim za onoga koji bi bio ovlašten te podatke saznati, raspolagati s njima i sl.<sup>136</sup> Međutim, dužnost čuvanja liječničke tajne nije apsolutna, pa liječnik ne postupa neovlašteno, odnosno protupravno ako tajnu otkrije iz **opravdanih razloga**. Tako liječnik nema obvezu čuvanja tajne: ako su ga pacijent ili njegov zakonski zastupnik oslobodili te obveze; ako okolnosti konkretnog slučaja opravdavaju pretpostavku da je ovlaštena osoba (pacijent ili njegov zakonski zastupnik) suglasna s otkrivanjem tajne; ako podatke koji predstavljaju liječničku tajnu radi liječenja pacijenta treba odati drugom liječniku; ako čuvanje tajne bitno ugrožava život ili zdravlje pacijenta, ili život, zdravlje ili neki drugi pretežniji interes trećih osoba; ako ga na odavanje tajne obvezuju zakonski propisi (i u tom slučaju liječnik o tome treba izvijestiti pacijenta); ako podatke koji predstavljaju liječničku tajnu treba dostaviti ovlaštenim tijelima; ako podatke koji predstavljaju liječničku tajnu objavljuje na predavanjima ili u znanstvenim publikacijama (uz zaštitu identiteta pacijenta); te ako čuvanje tajne bitno ugrožava neki pretežniji interes samog liječnika.

**1. Ovlaštenje od strane pacijenta** - Liječnik ili drugi zdravstveni djelatnik oslobođen je šutnje o podacima koji predstavljaju liječničku tajnu u svim slučajevima u kojima pacijent pristaje na iznošenje njegovih podataka privatne naravi. Sve što liječnik sazna o pacijentu koji mu se obrati za liječničku pomoć, a u svezi je s

---

<sup>133</sup> Tako GAVELLA, N., *Osobna prava – I. dio*, Zagreb, 2000., str. 241.

<sup>134</sup> O građanskoj odgovornosti zdravstvenih radnika detaljnije kod: ČIZMIĆ, J. – CVITKOVIĆ, M. – KLARIĆ, A., *Zdravstveno stručno-staleško pravo*, University Maribor Press, 2017., str. 195.-202.

<sup>135</sup> Vidi KLARIĆ, P., *Odštetno pravo*, Zagreb, 2003., str. 388.; BOŠKOVIĆ, Z., *Zakon o zaštiti prava pacijenata – reforma zdravstvenog zakonodavstva Republike Hrvatske*, „Hrvatska pravna revija“, god. V., 2005., br. 1, str. 90.

<sup>136</sup> Tako GAVELLA, N., *Osobna prava – I. dio*, Zagreb, 2000., str. 219.

njegovim zdravstvenim stanjem, mora čuvati kao liječničku tajnu i može je otkriti, ako posebnim zakonom nije drukčije propisano, **samo uz odobrenje pacijenta**, roditelja ili skrbnika za malodobne osobe, a u slučaju njegove psihičke nesposobnosti ili smrti, uz odobrenje uže obitelji, skrbnika ili zakonskog zastupnika (ZOLJ, čl. 19.).<sup>137</sup> Pacijent može osloboditi liječnik od dužnosti čuvanja tajne koja se odnosi na toga pacijenta, ali ga ne može prisiliti na odavanje tajne.<sup>138</sup> Naime, liječnik može odlučiti da ne otkrije podatke koji predstavljaju liječničku tajnu, iako ga je pacijent na to ovlastio, ako drži da pacijent nije bio svjestan negativnih posljedica koje bi mu moglo prouzročiti otkrivanje liječničke tajne, ako smatra da pacijent želi da se podaci otkriju iz nekih posebnih razloga koji ne bi bili u skladu s njegovim ugledom i liječničkom etikom i sl.<sup>139</sup>

Temeljnu pretpostavku za obznanjivanje podataka čini kompatibilnost pacijenta, odnosno pristanak za odavanje vlastitih podataka bit će valjan ako je pacijent koji ga je dao u trenutku davanja pristanka bio svjestan, punoljetan i duševno zdrav. Ovaj vid odavanja tajne svoje uporište ima u pravu svakog čovjeka da raspoláže svojim vlastitim dobrom.<sup>140</sup>

Pacijent ima pravo dati usmenu ili pisanu izjavu o osobama koje mogu biti obaviještene o njegovu prijemu u stacionarnu zdravstvenu ustanovu kao i o njegovom zdravstvenom stanju, a isto tako može i imenovati osobe kojima zabranjuje davanje tih podataka (ZOZPP, čl. 25. st. 2.).

Osobe koje obavljaju djelatnosti zaštite i liječenja osobe s duševnim smetnjama mogu otkriti ono što su saznale ili primijetile glede duševno oboljelih osoba tijekom obavljanja svoje djelatnosti, samo uz pristanak tih osoba (ZZODS, čl. 21. st. 2.). Ako se, pak, tajna odnosi na neku drugu osobu, a ne na samoga pacijenta, za otkrivanje tajne potreban je pristanak te osobe.<sup>141</sup> Da bi pristanak osobe s duševnim smetnjama bio valjan, ona mora biti sposobna procijeniti opravdanost, svrhu, korist ili štetu od davanja informacije, te stoga prethodno mora biti informiran o svom stanju i posljedicama koje proizlaze iz davanja informacije određenoj osobi i/ili ustanovi.<sup>142</sup>

---

<sup>137</sup> Vidi IVANČEVIĆ, N., *Zakon o liječništvu*, rad u zborniku «Zbirka zdravstvenih zakona s obrazloženjem», Zagreb, 2003., str. 91.

<sup>138</sup> Usp. *Medicinska enciklopedija*, knjiga 4., Zagreb, MCMLXIX, str. 295.

<sup>139</sup> Tako JOVANOVIĆ, IJ., *Lekarska tajna – krivičnopravna razmatranja*, Beograd, 1959., str. 37.

<sup>140</sup> Vidi POZAIĆ, V., *Teološki vidici liječničke tajne*, «Obnovljeni život», (56), 2001., broj 4, str. 447.-449.

<sup>141</sup> Usp. TURKOVIĆ, K. – DIKA, M. – GORETA, M. – ĐURĐEVIĆ, Z., *Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama – s komentarom i priložima*, Zagreb, 2001., str. 107.

<sup>142</sup> *Ibid.*, str. 107.

**2. Pretpostavljena suglasnost pacijenta** - Izjava volje pacijenta koja znači pristanak na otkrivanje tajne od strane liječnika može se valjano dati u bilo kojem obliku, na izričit način ili prešutno, konkludentnim radnjama. Pretpostavljeni pristanak pacijenta značajan je posebno u slučaju kad se pacijent nije sam u stanju izjasniti, primjerice ako je izgubio svijest ili zbog toga što je mentalno bolestan, kao i onda kad se iz okolnosti može zaključiti da pacijent nema interesa za čuvanjem njegove tajne.<sup>143</sup> U dvojbi liječnik treba polaziti od pretpostavke da pacijent ima volju da se njegovi podaci drže u tajnosti.<sup>144</sup>

Primjerice, ako pacijent u sudskom postupku imenuje svoga liječnika kao svjedoka, smatra se da ga je time prešutno oslobodio obveze čuvanja liječničke tajne.<sup>145</sup> Ili, ako pacijent po uputi svoga izabranog liječnika (opće prakse, obiteljskog liječnika) ode specijalisti na pregled, drži se da prešutno pristaje da u nalaze koje utvrdi specijalist može imati uvid i njegov liječnik.<sup>146</sup> Držimo da se o presumiranom pristanku radi i onda kada sam pacijent u javnosti iznosi podatke o svom zdravstvenom stanju.

Osobe koje obavljaju djelatnosti zaštite i liječenja osobe s duševnim smetnjama mogu otkriti ono što su saznale ili primijetile glede duševno oboljelih osoba tijekom obavljanja svoje djelatnosti, i bez pristanka osobe s duševnim smetnjama, ako je to potrebno otkriti u javnom interesu ili interesu druge osobe koji preteže nad interesom čuvanja tajne, a javnim interesom ili interesom koji preteže nad interesom čuvanja tajne smatra se: otkrivanje saznanja da osoba s duševnim smetnjama priprema počinjenje težeg kaznenog djela; zaštita javnog zdravlja i sigurnosti na temelju posebnog zakona; sprječavanje izlaganja druge osobe ozbiljnoj i izravnoj opasnosti za njezin život ili zdravlje (ZZODS, čl. 21. st. 3.). Iako u novom ZZODS-u nema više izričite odredbe o tome, držimo da se u navedenom slučaju smiju otkriti samo oni podaci koji su značajni za ostvarivanje navedene svrhe i ti podaci ne smiju se, bez posebnog pristanka pacijenta, koristiti u druge svrhe osim onih za koje su dani. Drži se, dakle, da bi se navedenim tijelima trebalo pripočiti minimum informacija o pacijentu koje bi navedenim tijelima i službama bile dostatne za realizaciju postupka u okviru njihova djelokruga rada.<sup>147</sup>

---

<sup>143</sup> Tako ULSENHEIMER, str. 556. Usp. STAUCH, M. – WHEAT, K., *Sourcebook on Medical Law*, London-Sydney, 1999., str. 224.

<sup>144</sup> Usp. REHBERG, str. 135.

<sup>145</sup> Vidi DEUTSCH, E. – SPICKHOFF, A., *Medizinrecht*, Munchen, 2003., str. 318.

<sup>146</sup> Tako REHBERG, str. 349.

<sup>147</sup> Usp. TURKOVIĆ, K. – DIKA, M. – GORETA, M. – ĐURĐEVIĆ, Z., *Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama – s komentarom i prilogima*, Zagreb, 2001., str. 110.

**3. Odavanje tajne drugom liječniku pacijenta** - Ako više liječnika istovremeno ili jedan za drugim liječe istoga pacijenta, oni nemaju međusobnu obvezu čuvanja tajne, svakako ukoliko je pacijent s time suglasan ili se njegova suglasnost može pretpostaviti.<sup>148</sup> S obzirom da moderna medicinska praksa u liječenju uobičajeno uključuje liječničke timove i druge zdravstvene djelatnike, kao i osobe izvan toga kruga, liječnik mora biti siguran da pacijent razumije zašto i kada podaci koji predstavljaju liječničku tajnu mogu biti dostavljeni drugim članovima tima, kao i da drugi članovi tima razumiju da te podatke moraju čuvati kao liječničku tajnu.<sup>149</sup>

Liječnik koji upućuje bolesnika drugom liječniku dužan je obavijesti ga o pojedinostima koje bi mogle na bilo koji način naškoditi odnosno ugroziti zdravlje ili život liječnika (Kodeks medicinske etike i deontologije, čl. 9. st. 4.). Tako, kada liječnik upućuje drugom liječniku ili u drugu ustanovu, trgovačko društvo, odnosno drugu pravnu osobu koja obavlja zdravstvenu djelatnost pacijenta koji bi zbog svog (zdravstvenog) stanja ili ponašanja mogao ugroziti zdravlje, odnosno život liječnika, drugih zdravstvenih radnika ili drugih pacijenata, obavezan ih je o tome pravodobno obavijestiti telefonom, elektroničkim putem ili na drugi odgovarajući način (ZOLJ, čl. 28.).

**4. Odavanje liječničke tajne na temelju (zakonskih) propisa** - Liječnik nije povrijedio dužnost čuvanja liječničke tajne ako je podatke koji predstavljaju liječničku tajnu obznanio, odnosno učinio dostupnim trećim osobama zbog toga što su ga na odavanje tajne obvezali zakonski (ili drugi) propisi. U tom slučaju liječnik o tome treba izvijestiti pacijenta. Zakonska dopuštenja za zadiranje u privatnost treba, kao iznimku, tumačiti restriktivno. Jasno je da u takvim slučajevima liječnik nije ovlašten odavati podatke o zdravstvenom stanju liječnika javnosti, nego točno propisanim (fizičkim i pravnim) osobama, službama, ustanovama i sl.

Zdravstveni interesi drugih osoba mogu liječnika dovesti u moralnu dvojbu treba li odati ili prešutjeti neku tajnu, kao primjerice kod postojanja zarazne bolesti. U takvim je slučajevima, u pravilu, dužnost liječnika jasno (zakonski) definirana, jer je on u prvom redu čuvar javnoga zdravlja.<sup>150</sup>

---

<sup>148</sup> Vidi MUJOVIĆ ZORNIĆ, H. – SJENČIĆ, M., *Kodeks lekarske etike kao izraz staleške samoregulative u medicini*, «Pravni informator», 2003., str. 9.

<sup>149</sup> Tako STAUCH, M. – WHEAT, K., *Sourcebook on Medical Law*, London-Sydney, 1999., str. 223.

<sup>150</sup> Usp. *Medicinska enciklopedija*, knjiga 4., Zagreb, MCMLXIX, str. 295.

U smislu kaznenopravne odgovornosti, KZ zaštitu ne postavlja apsolutno, jer određuje da kazneno djelo neovlaštenog otkrivanja profesionalne (liječničke) tajne ne postoji ako je otkrivanje tajne počinjeno u općem intereu ili interesu druge osobe koji je pretežniji od interesa čuvanja tajne.<sup>151</sup> Tako liječnici, zubari, psiholozi ne mogu kao svjedoci uskratiti iskaz o onome što su u obavljanju svoga zanimanja saznali od okrivljenika ako postoji zakonska osnova po kojoj su te osobe oslobođene dužnosti čuvanja tajne (ZKP, čl. 285. st. 2.).

Liječnik je dužan podnijeti prijavu policiji ili državnom odvjetništvu kada tijekom obavljanja liječničke djelatnosti posumnja da je malodobnoj ili nemoćnoj osobi zdravstveno stanje ozbiljno ugroženo zapaštanjem ili zlostavljanjem (ZOLJ, čl. 22.). Liječnik je dužan obavijestiti policiju i o zlostavljanju djece od strane pacijenta, a posebno kad postoji opasnost da se ono ponovi, a o tome je dužan upozoriti i odgovorna tijela, obazrivo čuvajući privatnost i interes djeteta, odnosno malodobne osobe općenito (Kodeks medicinske etike i deontologije, čl. 2. st. 4.).

Liječnik dužan podnijeti prijavu policiji ili državnom odvjetništvu kada tijekom obavljanja liječničke djelatnosti posumnja da je smrt ili tjelesna ozljeda osobe nastala nasilnim putem (ZOLJ, čl. 22.), bez obzira na to što bi time odao liječničku tajnu.

Prema odredbama Zakona o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti («Narodne novine», broj 79/2007., dalje - **ZZPZB**), obvezi prijavljivanja zaraznih bolesti podliježu: a/ svako oboljenje ili smrt od zarazne bolesti navedene u čl. 3. ZZPZB-a ili od zarazne bolesti koju odredi Vlada Republike Hrvatske; b/ svaka sumnja na oboljenje od Brill-Zinsserove bolesti, kolere, kuge, pjegavca, žute groznice ili virusnih hemoragijskih groznica; c/ svaka epidemija zaraznih bolesti; d/ svako izlučivanje klica trbušnog tifusa; e/ svako nošenje antigena virusne žutice tipa B i C i antitijela na virus sindroma stečenog nedostatka imuniteta (ZZPZB, čl. 16. st. 1.). Prijavu treba podnijeti organizacija zdravstva i zdravstveni djelatnik koji obavlja poslove zdravstvene zaštite samostalno osobnim radom, nadležnom organu odnosno ovlaštenoj organizaciji (ZZPZB, čl. 16. st. 2.). Štoviše, liječnik ili drugi zdravstveni radnik koji utvrdi oboljenje, sumnju da postoji oboljenje, ozljeda ili smrt od zarazne bolesti iz stavka 1. ovoga članka, a ne nalazi se na dužnosti u organizaciji zdravstva, dužan je o tome bez odlaganja izvijestiti najbližu organizaciju zdravstva (ZZPZB, čl. 16. st. 3.).

---

<sup>151</sup> Tako BABIĆ, T. – ROKSANDIĆ, S., *Osnove zdravstvenog prava*, Zagreb, 2006., str. 163.

**5. Odavanje liječničke tajne na zahtjev ovlaštenog tijela** - Dužnost čuvanja liječničke tajne može prestati i na temelju odluka sudova ili javnim izjavama predstavnika službi koje brinu o javnoj sigurnosti zajednice. Budući da navedene institucije iznose samo jedan dio privatnosti i tajnosti pacijenata, onaj najnužniji vezan uz odgovarajuću odluku ili izjavu, za očekivati je da će sve ono što nije izrečeno, a ima razinu zaštite privatnosti i neodavanja tajne, ostati obvezom šutnje medicinskih i zdravstvenih djelatnika.<sup>152</sup>

Tako je liječnik, odnosno drugi zdravstveni djelatnik, dužan podatke o zdravstvenom stanju pacijenta priopćiti na zahtjev ministarstva nadležnog za zdravstvo, drugih tijela državne uprave u skladu s posebnim propisima, nadležne komore ili sudbene vlasti (ZOZZ, čl. 122. st. 4.). Isto tako, liječnik je dužan medicinsku dokumentaciju na zahtjev predložiti ministarstvu nadležnom za zdravstvo, tijelima državne uprave u skladu s posebnim propisima, Hrvatskoj liječničkoj komori ili sudbenoj vlasti (ZOLJ, čl. 23. st. 1.).

Liječnik nije dužan čuvati liječničku tajnu prema trećoj (pravnoj) osobi u čije bi ime, uz pristanak pacijenta, vršio pregled. Primjerice, liječnik osiguravajućeg društva nije vezan tajnom prema svojem nalogodavcu. Tako liječnik nije vezan liječničkom tajnom ako treba dati obavijest nadležnom tijelu o teškom oboljenju pacijenta koje ga čini nesposobnim za vožnju automobila i opasnim po ostale sudionike u prometu.<sup>153</sup> Slično, liječnik koji je na zahtjev roditelja obavio pregled djevojke pa je utvrdio da je trudna, smije im priopćiti rezultate pregleda, što ne bi smio ako je pregled obavio na zahtjev same djevojke.<sup>154</sup>

**6. Odavanje liječničke tajne zbog pretežnijeg interesa trećih osoba** - Ponekad su u pogledu čuvanja liječničke tajne u sukobu interesi pojedinca (očuvati tajnu) i interesi javnosti (primjerice, saznati o nekoj zaraznoj bolesti). Javni interes u pravilu je u drugom planu i dolazi do izražaja u prosudbi pretežnijeg interesa (načelo vaganja dobara).<sup>155</sup> Ocjena o tome koji je interes pretežniji predstavlja *quaestio facti* u svakom konkretnom slučaju.<sup>156</sup>

---

<sup>152</sup> Usp. GOSIĆ, N., *Privatnost i povjerenje u medicinskoj etici i bioetici*, «Sestrinski edukacijski magazin», god. II, 2005., broj 2, str. 10.

<sup>153</sup> Vidi RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo*, Beograd, 2003., str. 140.

<sup>154</sup> Tako *Medicinska enciklopedija*, knjiga 4., Zagreb, MCMLXIX, str. 295.

<sup>155</sup> Vidi ŠEPAROVIC, Z., *Granice rizika*, Zagreb, 1998., str. 31.

<sup>156</sup> Usp. RAJIĆ, Z. – TOMIĆ, M. – MILJKO, Z., *Komentar Kaznenog zakona*, Mostar, 2000., str. 219.



Liječnik je liječničku tajnu dužan uvijek čuvati osim u slučaju kad bi čuvanjem liječničke tajne ugrozio život i zdravlje drugih ljudi (Kodeks medicinske etike i deontologije, čl. 2. st. 13.). Naime, postoje situacije u kojima šutnja i neodavanje podataka o pojedincima, odnosno pacijentima predstavlja opasnost i rizik za zajednicu. To su slučajevi u kojima zaštita zajednice ima prednost pred privatnosti pacijenta. Međutim, važno je naglasiti da i u tim slučajevima medicinski i zdravstveni djelatnici ne smiju odavati podatke izravno u javnost nego se moraju obraćati odgovarajućim institucijama i službama koje mogu pomoći u rješavanju određenog problema.<sup>157</sup> U smislu kaznenopravne odgovornosti, KZ zaštitu liječničke tajne ne postavlja apsolutno, jer određuje da kazneno djelo neovlaštenog otkrivanja profesionalne (liječničke) tajne ne postoji ako je otkrivanje tajne počinjeno u općem interesu ili interesu druge osobe koji je pretežniji od interesa čuvanja tajne (KZ, čl. 145. st. 2.).<sup>158 159</sup>

Postoje i slučajevi u kojima bi šutnja, odnosno neodavanje liječničke tajne nanijelo štetu konkretnim trećim osobama. Dio tih slučajeva uređen je zakonskim odredbama (primjerice, prenošenje spolnih i zaraznih bolesti).<sup>160</sup> Tako se drži da ne predstavlja povredu dužnosti čuvanja liječničke tajne obavijest supruzi da je njezin suprug zaražen HIV virusom (a vrijedi i za ostale zarazne bolesti), jer su život i zdravlje žene vrijedniji od dužnosti čuvanja tajne. Pored bračnog druga liječnik bi trebao biti ovlašten o tome izvijestiti i druge osobe koje su bliske pacijentu, a posebno ako je prethodno bez uspjeha pokušao uvjeriti pacijenta da sam poduzme mjere zaštite.<sup>161</sup>

---

<sup>157</sup> Najčešće je riječ o socijalnoj skrbi (primjerice u slučaju zlostavljanja djece i žena), policiji (slučajevi prometnih nesreća, izazvanih konzumiranjem alkohola ili nekih drugih opojnih droga, prijetnja ubojstvom, predoziranje ovisnika o drogama i sl.), odvjetništvu, sudovima (za slučajeve u kojima medicinski i zdravstveni djelatnici nisu postigli pristanak s pacijentima ili članovima njihove rodbine, a riječ je o intervencijama koje mogu spasiti život, medicinski i zdravstveni djelatnici - kako praksa nekih zemalja pokazuje - mogu se obratiti sudu za pomoć), institucijama i službama čije članove isto tako obvezuje profesionalna tajna. Na taj način u zaštiti zajedničkog dobra, na poziv medicinskih i zdravstvenih djelatnika, sudjeluju i svi oni koji su od društva zaduženi za zaštitu zajedničkog i društvenog dobra. POZAIĆ, V., *Teološki vidici liječničke tajne*, «Obnovljeni život», (56), 2001., broj 4, str. 447.-449.

<sup>158</sup> Usp. BABIĆ, T. – ROKSANDIĆ, S., *Osnove zdravstvenog prava*, Zagreb, 2006., str. 163.

<sup>159</sup> Postoji mišljenje da u određenim slučajevima liječnička tajna može postojati i prema samom pacijentu. Drži se, primjerice, da bi u slučaju teške, neizlječive bolesti pacijenta njegovo upoznavanje sa stvarnim stanjem bolesti moglo dovesti do pogoršanja njegova zdravlja i ubrzanja smrti. Suprotno, prikrivanje takvog stanja predstavlja posebnu vrstu liječenja, psihoterapije. Ipak, pretežito je mišljenje da liječnička tajna djeluje samo prema trećim osobama, a ne i prema pacijentu. JOVANOVIĆ, IJ., *Lekarska tajna – krivičnopravna razmatranja*, Beograd, 1959., str. 42.

<sup>160</sup> U tom smislu Pozaić navodi i primjer osobe koja je nasilna i predstavlja opasnost na radnom mjestu i u obitelji, odnosno kojoj psihofizičke sposobnosti ne dopuštaju dalje obavljanje javne djelatnosti te dovodi u pitanje živote drugih ljudi (primjerice, vozači javnog prijevoza, osobe čije radno mjesto zahtijeva rukovanje različitim kemijskim tvarima, otrovnim supstancama i eksplozivom), te drži da i za te slučajeve važi isto profesionalno pravilo odavanja privatnih podataka kao i u slučajevima prijetnje zajedničkog dobra. POZAIĆ, V., *Teološki vidici liječničke tajne*, «Obnovljeni život», (56), 2001., broj 4, str. 447.-449.

<sup>161</sup> Tako SCHLUND, G., *Spezifische ärztliche Mitteilungsmöglichkeiten*, objavljen kod LAUFS-UHLENBRUCK, *Handbuch des Arztrechts*, Munchen, 2002., str. 581., podatak kod RADIŠIĆ, str. 141.

Osobe koje obavljaju djelatnosti zaštite i liječenja osobe s duševnim smetnjama mogu otkriti ono što su saznale ili primijetile tijekom obavljanja svoje djelatnosti glede duševno oboljelih osoba i bez pristanka osobe s duševnim smetnjama ako je to nužno učiniti u javnom interesu<sup>162</sup> ili interesu koji preteže nad interesom čuvanja tajne (ZZODS, čl. 21. st. 3.). Pri tome bi se mogli otkriti samo oni podaci koji su značajni za ostvarivanje navedene svrhe i ti podaci ne smiju se koristiti u druge svrhe osim onih za koje su dani.

**7. Otkrivanje liječničke tajne u znanstvenim publikacijama** - Posebno pitanje upotrebe identifikacijskih podataka i saznanja koja imaju težinu tajne postavlja se u upotrebi tih podataka i saznanja u znanstveno-nastavno-obrazovne svrhe, a pri tome je posebno upitna količina identifikacijskih i drugih podataka koji omogućuju prepoznavanje određenog pacijenta ili dovođenje u svezu s njim.<sup>163</sup> Iznošenje konkretnih slučajeva u **stručnim društvima ili stručnoj literaturi** sa navođenjem imena bolesnika ili njegovom fotografijom smatra se neovlaštenim odavanjem liječničke tajne.<sup>164</sup>

Podaci o medicinskim postupcima koji se koriste u javnim izlaganjima i publikacijama ne smiju omogućiti identifikaciju osobe s duševnim smetnjama (ZZODS, čl. 22). Dakle, ako podatke o pacijentu iznosi u znanstvenim publikacijama, na predavanjima i u stručnim priopćenjima, liječnik je dužan onemogućiti identifikaciju pacijenta na kojega se objavljeni podaci odnose.<sup>165</sup>

**8. Otkrivanje liječničke tajne zbog zaštite opravdanih interesa liječnika** - Otkrivanje podataka o bolesti i o liječenju pacijenta od strane njegova liječnika može biti opravdano ako bi na taj način liječnik **branio vlastite interese**. U literaturi se navodi primjer kada pacijent ne želi liječniku platiti honorar pa ga liječnik mora tužiti

---

<sup>162</sup> Općim interesom ili interesom koji je važniji od interesa čuvanja liječničke tajne u smatra se: (a) otkrivanje saznanja da osoba s duševnim smetnjama priprema počinjenje kaznenog djela za koje je zakonom propisana kazna zatvora od pet godina ili teža kazna, (b) otkrivanje ili suđenje za najteža kaznena djela ako bi ono bilo znatno usporeno ili onemogućeno bez otkrivanja inače zaštićenih podataka, (c) zaštita javnog zdravlja i sigurnosti, (d) sprječavanje izlaganja druge osobe neposrednoj i ozbiljnoj opasnosti za njen život ili zdravlje (ZZODS, čl. 17. st. 5.). Podrobnije o tome kod TURKOVIĆ, K. – DIKA, M. – GORETA, M. – ĐURĐEVIĆ, Z., *Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama – s komentarom i prilogima*, Zagreb, 2001., str. 110.-112.

<sup>163</sup> Vidi GOSIĆ, N., *Privatnost i povjerenje u medicinskoj etici i bioetici*, «Sestrinski edukacijski magazin», god. II, 2005., broj 2, str. 10.

<sup>164</sup> Usp. JELAČIĆ, O., *Pravni i deontološki aspekt lekarske delatnosti*, «Jugoslavenska revija za kriminologiju i krivično pravo», god. IX, 1971., br. 3, str. 472.

<sup>165</sup> Tako MUJOVIĆ ZORNIĆ, H. – SJENČIĆ, M., *Kodeks lekarske etike kao izraz staleške samoregulative u medicini*, «Pravni informator», 2003., str. 9.; STAUCH, M. – WHEAT, K., *Sourcebook on Medical Law*, London-Sydney, 1999., str. 250.

ili kada pacijent tuži liječnika i traži naknadu štete prouzročene liječenjem tvrdeći da poduzete medicinske mjere nisu bile indicirane. Drži se da u takvim situacijama ne bi trebalo očekivati da liječnik i dalje mora poštivati profesionalu tajnu, nego se smatra opravdanim da može izložiti tajne podatke kako bi se suprostavio neutemeljenim zahtjevima pacijenta, odnosno kako bi ostvario svoje pravo na honorar.<sup>166</sup> U takvom slučaju, u namjeri da dokažu privrženost svojoj profesiji, da su učinili sve što je bilo u njihovoj moći, te da umanje važnost učinjene štete pred licem javnosti, zdravstveni djelatnici brane sebe i svoju profesiju upravo onim podacima koje bi duboko u sebi trebali čuvati kao tajnu.<sup>167</sup>

Svakako, liječnik ne bi trebao biti dužan čuvati liječničku tajnu ako bi to bitno **ugrozilo njegovo zdravlje i život**, odnosno ako i kada mu prijete izravna opasnost od pacijenta (primjerice ako se radi o nasilnim pacijentima koji mu prijete). U takvom slučaju liječnik bi mogao, u ograničenom opsegu, odati podatke o pacijentima, odnosno u onoj mjeri koja je potrebna za zaštitu njegova zdravlja i života.<sup>168</sup>

## 9 Liječnik kao svjedok

### 1. Parnični postupak

**1.1.** Nitko nije dužan protiv sebe iznositi okolnosti koje bi mu mogle štetiti. Ni liječnik koji se **saslušava kao stranka** u parničnom postupku nije obvezan dati svoj iskaz, niti ga sud na to može prisiliti, pa tako liječnik uvijek može uskratiti i davanje iskaza kojim bi otkrio liječničku tajnu (arg. Zakon o parničnom postupku, „Narodne novine“ broj 53/91, 91/92, 58/93, 112/99, 88/01, 117/03, 88/05, 02/07, 84/08, 123/08, 57/11, 148/11, 25/13, 89/14, dalje - **ZPP**, čl. 269. st. 1.). Uskraćivanje odgovora na ta pitanja sud bi trebao cijeniti drukčije nego li uskraćivanje odgovora na pitanja u odnosu na koje se stranka ne izlaže opasnosti kojoj se ne bi bila dužna izlagati, odnosno ne krši dužnost čuvanja tajne kao liječnik.<sup>169</sup>

---

<sup>166</sup> Tako RADIŠIĆ, J., *Dužnost čuvanja medicinske tajne*, „Anali Pravnog fakulteta u Beogradu“, god. L., 2002., broj 3-4, str. 334.-335.

<sup>167</sup> Vidi GOSIĆ, N., *Privatnost i povjerenje u medicinskoj etici i bioetici*, «Sestrinski edukacijski magazin», god. II, 2005., broj 2, str. 9.

<sup>168</sup> Usp. MUJOVIĆ ZORNIĆ, H. – SJENČIĆ, M., *Kodeks lekarske etike kao izraz staleške samoregulative u medicini*, «Pravni informator», 2003., str. 9.; GOSIĆ, N., *Privatnost i povjerenje u medicinskoj etici i bioetici*, «Sestrinski edukacijski magazin», god. II, 2005., broj 2, str. 10.

<sup>169</sup> Tako TRIVA, S. – DIKA, M., *Gradansko parnično procesno pravo*, Zagreb, 2004., str. 536.

**1.2.** ZPP propisuje da liječnik, ako se saslušava kao svjedok, **može uskratiti svjedočenje** o činjenicama što ih je saznao kao liječnik ako postoji obveza da se kao tajna čuva ono što se saznalo u obavljanju liječničkog poziva ili djelatnosti (ZPP, čl. 237. st. 1. t. 3.), a sudac pojedinac ili predsjednik vijeća dužan je upozoriti liječnika na mogućnost da može uskratiti davanje iskaza (ZPP, čl. 237. st. 2.). Za razliku od službene tajne kod koje javni interes ne dopušta ni sudu, ni strankama, ni svjedoku da ocijene je li dopušteno iskazivati o određenim činjenicama, kod profesionalne, odnosno liječničke tajne odluka o čuvanju diskrecije prepušta se liječniku kao svjedoku. Odlukom da svjedoči liječnik ne izbjegava profesionalnu, a ponekad ni kaznenu odgovornost zbog kršenja pravila liječničkog poziva.<sup>170</sup>

Upravo zbog toga što liječnik može, ali i ne mora, uskratiti svjedočenje o činjenicama što ih je saznao u obavljanju poziva, u praksi je ponekad teško utvrditi pravu mjeru za (ne)uskraćivanje svjedočenja. Europski standardi izgrađeni u potupku pred Europskim sudom za ljudska prava upućuju liječnika da odluku donese na temelju primjene načela proporcionalnosti. Drugim riječima, prilikom donošenja odluke o tome hoće li davanjem iskaza kršiti pravo na privatnost odavanjem određene liječničke tajne, liječnik treba odlučiti hoće li se koristiti pravom na uskratu svjedočenja tako da utvrdi postoje li relevantni i dovoljni razlozi za bilo kakvo narušavanje prava na privatnost, je li to nužno i žurno, postoji li eventualno alternativa koja bi predstavljala manje zadiranje u pravo na privatnost, odnosno je li zadiranje u pravo na privatnost u proporcionalnosti s eventualnim nepoštivanjem liječničke tajne.<sup>171</sup>

Kada se liječnik pozove na liječničku tajnu kao razlog za uskraćivanje svjedočenja, dovoljno je da učini vjerojatnim da je za relevantnu činjenicu saznao u obavljanju liječničkog poziva, te ne mora dokazivati uzročnu vezu između svjedočenja i štetnih posljedica koje bi time mogle nastati za onoga na koga se odnosi. Smatra se da sud može zasnovati svoju odluku na iskazu liječnika kao svjedoka i onda kad je on prekršio pravila liječničkog poziva i neovlašteno otkrio liječničku tajnu.<sup>172</sup>

---

<sup>170</sup> *Ibid.*, str. 520.

<sup>171</sup> Vidi PETROVIĆ-ŠKERO, V., *Lekarska tajna i veštačenje*, «Svet rada», vol. 1, 2004., br. 4, str. 452.

<sup>172</sup> Usp. TRIVA, S. – DIKA, M., *Gradansko parnično procesno pravo*, Zagreb, 2004., str. 521.; ČIZMIĆ, J., *Svjedok u parničnom postupku*, "Hrvatska pravna revija", god. I, 2001., br. 12., str. 117.

Opravdanost razloga za uskraćivanje svjedočenja ili odgovora na pojedina pitanja za koja liječnik svjedok drži da predstavljaju liječničku tajnu ocjenjuje sud pred kojim liječnik kao svjedok treba svjedočiti, a ako smatra da je to potrebno, prije toga može o tome saslušati stranke (ZPP, čl. 240. st. 1.).<sup>173</sup> Protiv takvog rješenja suda stranke nemaju pravo na posebnu žalbu, a liječnik može to rješenje pobijati u žalbi protiv rješenja o novčanoj kazni ili o zatvoru zbog toga što je uskratilo svjedočenje ili odgovor na pojedino pitanje (ZPP, čl. 240. st. 2.).

Ovlaštenje liječnika koji se sasluša kao svjedok da može uskratiti svjedočenje o činjenicama što ih je saznao kao liječnik, ne daje istovremeno i pravo liječniku da se ne odazove na uredni poziv suda. Ako liječnik koji je uredno pozvan ne dođe, a izostanak ne opravda ili se bez odobrenja ili opravdanog razloga udalji s mjesta gdje treba biti saslušan, sud može narediti da se prisilno dovede i podmiri troškove dovođenja, a može ga i kazniti novčano od 500,00 do 10.000,00 kuna (arg. ZPP, čl. 248. st. 1.). Ako, pak, liječnik dođe i nakon što je upozoren na posljedice uskrati svjedočenje, **a sud ocijeni da su razlozi uskraćivanja neopravdani**, može ga kazniti novčano od 500,00 do 10.000,00 kuna, a ako i poslije toga odbije svjedočiti, može ga zatvoriti s tim da zatvor traje sve dok liječnik ne pristane svjedočiti ili dok njegovo saslušanje ne postane nepotrebno, ali najdulje mjesec dana (ZPP, čl. 248. st. 2.). Žalba protiv rješenja o novčanoj kazni ili o zatvoru ne zadržava izvršenje rješenja, osim ako se u toj žalbi pobija i odluka suda kojom nisu prihvaćeni razlozi liječnika za uskraćivanje svjedočenja (ZPP, čl. 248. st. 3.). Sud će na zahtjev stranke odlučiti da je liječnik dužan nadoknaditi troškove što ih je uzrokovao svojim neopravdanim izostankom odnosno neopravdanim odbijanjem da svjedoči (ZPP, čl. 248. st. 5.). Ako liječnik naknadno opravda svoj izostanak, sud će opozvati svoje rješenje o kazni, a može liječnika sasvim ili djelomično osloboditi naknade troškova. Sud može opozvati svoje rješenje o kazni i kad liječnik naknadno pristane svjedočiti (arg. ZPP, čl. 248. st. 6.).

---

<sup>173</sup> U tom smislu Dika smatra da treba uzeti kako je sud uvijek dužan saslušati stranke o opravdanosti razloga za uskraćivanje svjedočenja ili odgovora na pojedina pitanja za koja liječnik svjedok drži da predstavljaju liječničku tajnu, jer drži da to zahtijevaju načela kontradiktornosti i otvorenog pravosuđenja. Tako i detaljnije o tome kod DIKA, M., *Dokazivanje saslušanjem svjedoka u hrvatskom parničnom postupku*, «Zbornik Pravnog fakulteta u Zagrebu», vol. 56, 2006., br. 2-3, str. 530.

Dužnost čuvanja liječničke tajne ne postoji kada onaj u čiju je korist dužnost zasnovana oslobodi liječnika od čuvanja tajne (primjerice, pacijent kao stranka u postupku), pa u tom slučaju liječnik ne može uskratiti svjedočenje.<sup>174</sup> Svjedoka koji je izgubio privilegij nesvjedočenja treba tretirati kao običnog svjedoka, pa bi se protiv njega mogle primijeniti i mjere prisile te izreći i kazna ako uskrati davanje svoga iskaza.<sup>175</sup>

## 2. Kazneni postupak

Iznimke od opće dužnosti svjedočenja tiču se slučajeva u kojima zakon nekim osobama daje povlasticu da mogu odbiti svjedočiti u cijelosti ili u odgovoru na pojedina pitanja.<sup>176</sup> I prema odredbi čl. 285. st. 1. t. 5. Zakona o kaznenom postupku (152/08, 76/09, 80/11, 121/11, 91/12, 143/12, 56/13, 145/13, 152/14, 70/17, dalje – **ZKP**), dužnosti svjedočenja oslobođeni su liječnici, zubari, ljekarnici i primalje o onome što su u obavljanju svoga zanimanja saznali od okrivljenika, ali ne mogu kao svjedoci uskratiti iskaz ako postoji zakonska osnova po kojoj su oslobođene dužnosti čuvanja tajne (ZKP, čl. 285. st. 2.). Ako odluče dati iskaz, imaju prava i dužnosti kao i svaki drugi svjedok.<sup>177</sup>

Osoba koja može biti oslobođena dužnosti svjedočenja mora biti na to pravo upozorena prije svakog ispitivanja, jer se, u protivnom, njezin iskaz ne može upotrijebiti kao dokaz u kaznenom postupku.<sup>178</sup> U tom smislu, sud koji vodi postupak dužan je liječnike i druge zdravstvene djelatnike<sup>179</sup> prije njihova ispitivanja ili čim sazna za njihov odnos prema okrivljeniku, upozoriti da ne moraju svjedočiti, a upozorenje i odgovor unose se u zapisnik (ZKP, čl. 285. st. 3.). U protivnom, ako je kao svjedok ispitivan liječnik, a nije upozoren da ne mora svjedočiti o onome što je u obavljanju liječničkog poziva saznao od okrivljenika ili se nije izričito odrekao toga prava, ili ako upozorenje i odricanje nije ubilježeno u zapisnik, na takvu iskazu liječnika-svjedoka ne može se temeljiti sudska odluka (arg. ZKP, čl. 300.).

<sup>174</sup> Vidi ČIZMIĆ, J., *Svjedok u parničnom postupku*, "Hrvatska pravna revija", god. I, 2001., br. 12., str. 116.

<sup>175</sup> Usp. DIKA, M., *Dokazivanje saslušanjem svjedoka u hrvatskom parničnom postupku*, «Zbornik Pravnog fakulteta u Zagrebu», vol. 56, 2006., br. 2-3, str. 523.

<sup>176</sup> Tako KRAPAC, D., *Kazneno procesno pravo*, Zagreb, 2000., str. 283.

<sup>177</sup> Usp. PAVIŠIĆ, B., *Komentar Zakona o kaznenom postupku*, Rijeka, 2005., str. 323.

<sup>178</sup> *Ibid.*, str. 324.

<sup>179</sup> Etički je i stručno dopustivo da se terapeut pojavi u ulozi svjedoka koji će dati dodatne informacije o tijeku liječenja, pri čemu granicu treba predstavljati kriterij da to budu samo one informacije koje služe izravnom davanju odgovora na pojedina pitanja koja su relevantna za rješavanje nekog sudskega problema, dok ostale informacije koje su potencijalno kompromitirajuće ili na bilo koji način ugrožavajuće za pacijenta (ili njegove bližnje), terapeut svjedok ne bi trebao iznositi. GORETA, M. - PEKO ČOVIĆ, I. - BUZINA, N., *Psihijatrijska vještačenja, zbirka ekspertita - knjiga prva - kazneno pravo*, Zagreb, 2004., str. 708.

Ako liječnik najprije svjedoči, a kasnije tijekom postupka se predomisli i pozove se na ovu povlasticu, zapisnik o njegovom prijašnjem iskazu ne može se koristiti kao dokaz i mora biti izdvojen iz spisa predmeta, a, u svakom slučaju, činjenica da se koristio tom povlasticom nikad se ne smije u kaznenom postupku ocijeniti na okrivljenikovu štetu.<sup>180</sup>

### 3. Upravni postupak

Prema odredbi čl. 63. st. 3. Zakona o općem upravnom postupku («Narodne novine», br. 47/09., dalje – **ZUP**), liječnik kao svjedok u upravnom postupku može uskratiti svjedočenje o pojedinim pitanjima na koja ne bi mogao odgovoriti a de ne povrijedi dužnost i pravo čuvanja profesionalne, odnosno liječničke tajne.

Službena osoba koja vodi postupak treba poučiti svjedoka na koja pitanja može uskratiti svjedočenje, i to mora uraditi prije nego pozove svjedoka/liječnika da iznese sve što mu je poznato o samom predmetu i postavi mu daljnja pitanja.<sup>181</sup> Tu pouku treba konstatirati u zapisniku o saslušanju svjedoka, a ako službena osoba to propusti učiniti, iskaz svjedoka neće zbog toga biti ništav.<sup>182</sup>

## 10 Liječnik kao vještak

### 1. Parnični postupak -

Prema odredbi čl. 253. st. 1. ZPP-a, određeni **vještaci** dužni su odazvati se pozivu suda i iznijeti svoj nalaz i mišljenje, pa je to dužan i liječnik ako je određen za vještaka. Vještak, s jedne strane, ima obvezu čuvanja profesionalne, odnosno liječničke tajne, dok je, s druge strane, dužan upotrijebiti svoja stručna znanja iz područja medicine za davanje odgovora na sporna pitanja koja se pojavljuju pred sudom.

---

<sup>180</sup> Vidi KRAPAC, D., *Kazneno procesno pravo*, Zagreb, 2000., str. 283.

<sup>181</sup> Usp. DUPELJ, Ž. – TURČIĆ, Z., *Komentar Zakona o općem upravnom postupku sa sudske prakse, primjerima, napomenama, abecednim kazalom pojmova i primjerima*, Zagreb, 2000., str. 377.

<sup>182</sup> Vidi KRIJAN, P., *Komentar Zakona o općem upravnom postupku*, II. izdanje, Zagreb, 2005., str. 249., vidi i BORKOVIĆ, I., *Upravno pravo*, Zagreb, 2002., str. 450.

Sud će vještaka liječnika, na njegov zahtjev, osloboditi dužnosti vještačenja iz razloga iz kojih svjedok može uskratiti svjedočenje (ZPP, čl. 253. st. 2.),<sup>183</sup> odnosno onda kada bi liječnik u nalazu ili mišljenju morao iznijeti podatke o činjenicama što ih je saznao kao liječnik, a postoji obveza da te podatke čuva kao liječničku tajnu (arg. ZPP, čl. 237. st. 1. t. 3.). Problem kod medicinskih vještačenja jest u tome što se najčešće uz nalaz i mišljenje koje vještak sastavlja za potrebe suda prilaze i medicinska dokumentacija. Sud je dužan nalaz i mišljenje vještaka (i medicinsku dokumentaciju) dostaviti strankama u postupku, a mogućnost uvida u medicinsku dokumentaciju imaju i drugi sudionici, odnosno osobe koje imaju pravo i/ili mogućnost uvida u spise, što svakako predstavlja povredu prava na poštivanje privatnosti. Na ovaj je način svakako moguća i zlouporaba podataka iz medicinske dokumentacije,<sup>184</sup> pa bi bilo poželjno da se sva medicinska dokumentacija koja se odnosi na stranku ili drugog sudionika u postupku i koja može biti dostupna i sudionicima u postupku i trećim osobama, osigura stavljanjem u zapečaćenu oмотnicu, koja će se koristiti za potrebe suda i vještaka na način da se ne ugrozi pravo na privatnost.<sup>185</sup>

---

<sup>183</sup> Tako i podrobnije o tome kod ČIZMIĆ, J., *Neka razmatranja o vještačenju u parničnom postupku*, "Hrvatska pravna revija", god. I., 2001., br. 11, str. 87.

<sup>184</sup> U sudskoj praksi navode se primjeri povrede dužnosti čuvanja liječničke tajne do kojih je došlo kada se javnosti otkrilo da je neka osoba inficirana HIV virusom. Primjerice, time što je zdravstvena djelatnica na roditeljskom sastanku izjavila da su testovi na AIDS kod tužiteljice pozitivni, tužiteljici pripada pravo na naknadu nematerijalne štete od strane zdravstvene ustanove (koju je njezin radnik prouzročio tužiteljici), jer je tužiteljica pretrpjela duševne boli velikog inteziteta s obzirom na odnos sredine u kojoj živi, odnosno na izbjegavanje kontakta s njom. Vidi odluku Okružnog suda u Požarevcu, Gž- 183/96., objavljenu kod PETROVIĆ-ŠKERO, V., *Lekarska tajna i vještačenje*, «Svet rada», vol. 1, 2004., br. 4, str. 453. U drugom slučaju, tuženi zdravstveni centar osuđen je da isplati tužiteljima novčanu naknadu nematerijalne štete zbog pretrpljenih duševnih bolova izazvanih povredom ugleda, jer je tužiteljici pri kraju trudnoće uzeta i analizirana krv, a nakon porođaja stigao je pisani nalaz da je utvrđeno prisustvo HIV virusa. I u ponovljenoj analizi nalaz je bio pozitivna i za trudnicu i novorođenče. Nadležni liječnik je rezultate pretraga, osim tužiteljima, priopćio i medicinskom osoblju radi prevencije. Kako se vijest o pozitivnom nalazu ubrzo proširila po cijelom gradu, tužitelje su izbjegavali svi građani, pa čak i prijatelji i rodbina, djeca su vrijeđala maloljetne tužitelje i bježala su od njih, sa suprugom tužiteljice nitko nije htio raditi pa je morao biti premješten na radno mjesto gdje radi sam. Vještačenjem je utvrđeno da su tužitelji trpjeli jake duševne patnje zbog odbacivanja od društva, a svi su trpjeli i duševne boli zbog saznanja da tužiteljica boluje od teške i neizlječive zarazne bolesti, a sve je trajalo dok nisu dobili treći nalaz koji je isključio postojanje bolesti. Vrhovni sud Srbije, presudom Rev- 392/03. od 5. svibnja 2003., pružio je tužiteljima zaštitu zbog nepoštivanja liječničke tajne, a tim je nepoštivanjem očigledno povrijeđeno i ljudsko pravo na poštivanje privatnog života jer nisu zaštićeni osobni podaci, što je zajamčeno Ustavom. Tako i podrobnije o tome kod PETROVIĆ-ŠKERO, V., *Lekarska tajna i vještačenje*, «Svet rada», vol. 1, 2004., br. 4, str. 453.-454.

<sup>185</sup> Usp. PETROVIĆ-ŠKERO, V., *Lekarska tajna i vještačenje*, «Svet rada», vol. 1, 2004., br. 4, str. 452.



Svakako, sud može liječnika vještaka, na njegov zahtjev, osloboditi dužnosti vještačenja i iz drugih opravdanih razloga,<sup>186</sup> a oslobođenje od dužnosti vještačenja može tražiti i ovlaštena osoba ustanove u kojoj liječnik koji je određen za vještaka radi (ZPP, čl. 253. st. 2.).<sup>187</sup>

Ako sud utemelji svoju odluku na iskazu liječnika-vještaka koji je bio ovlašten tražiti da zbog čuvanja liječničke tajne bude oslobođen dužnosti vještačenja, a sud nije usvojio njegov zahtjev za oslobađanje, takva bi povreda mogla biti samo razlog relativne ništavosti (V. ZPP, čl. 354. st. 1.).<sup>188</sup>

## 2. Kazneni postupak

U kaznenom postupku za vještaka se ne može, među ostalim, uzeti ni osoba koja je oslobođena dužnosti svjedočenja, a ako je uzeta, na njezinu nalazu i mišljenju ne može se temeljiti sudska odluka. Drugim riječima, za vještaka se ne bi mogao uzeti liječnik koji je u obavljanju liječničkog poziva saznao od okrivljenika podatke zbog kojih bi mogao biti oslobođen dužnosti svjedočenja, ako bi te podatke trebao iznijeti u nalazu i mišljenju, a posebno ne ako je liječnik već ispitan kao svjedok. Za vještaka se ne može odrediti liječnik koji je liječio umrloga (ZKP, čl. 311.). Za ispitivanje liječnika koji je liječio umrloga vrijede pravila o ispitivanju svjedoka, pri čemu se predviđa i ispitivanje pri obdukciji tijela. Takav iskaz treba pribaviti prema pravilima o ispitivanju svjedoka. Ovdje liječnik koji je liječio umrlog nema blagodat uskraćivanja davanja podataka kada se radi o okolnostima tijeka bolesti (u što ulaze i ozljede tijela).<sup>189</sup>

---

<sup>186</sup> Odredbama st. 3. čl. 253. ZPP-a nije poimenice određeno koji su to "drugi opravdani razlozi" zbog kojih sud može liječnika vještaka osloboditi dužnosti vještačenja na njegov zahtjev. Držimo kako bi to, u prvom redu, mogla biti činjenica da vještak ne raspolaže potrebnim specijalističkim stručnim znanjem ili tehničkim sredstvima za obavljanje vještačenja. Mogući opravdani drugi razlozi bili bi i zauzetost drugim službenim ili neodgodivim privatnim poslovima, bolest, službena spriječenost, postojanje okolnosti zbog kojih stranke mogu tražiti izuzeće vještaka i sl. ČIZMIĆ, J., *Neka razmatranja o vještačenju u parničnom postupku*, "Hrvatska pravna revija", god. I., 2001., br. 11, str. 87.

<sup>187</sup> Ustanova će tražiti oslobađanje od dužnosti vještačenja za svoga djelatnika liječnika u pravilu onda kada drži da je zbog poslova u samoj ustanovi spriječen prihvatiti obavljanje vještačenja, a posebno onda ako se predviđa da će vještačenje duže trajati. ČIZMIĆ, J., *Neka razmatranja o vještačenju u parničnom postupku*, "Hrvatska pravna revija", god. I., 2001., br. 11, str. 87.

<sup>188</sup> Usp. TRIVA, S. – DIKA, M., *Gradansko parnično procesno pravo*, Zagreb, 2004., str. 528.

<sup>189</sup> Vidi PAVIŠIĆ, B., *Komentar Zakona o kaznenom postupku*, Rijeka, 2005., str. 352.

### 3. Upravni postupak

Kad je liječnik određen kao vještak u upravnom postupku, može uskratiti vještačenje iz istih razloga zbog kojih svjedok može uskratiti i svjedočenje (ZUP, čl. 65., st. 4.), pa tako i ako bi obavljanjem vještačenja povrijedio dužnost čuvanja liječničke tajne.<sup>190</sup> Službena osoba koja vodi postupak dužna je ukazati vještaku-liječniku kada, odnosno zbog čega može uskratiti vještačenje.<sup>191</sup>

### Literatura

- BABIĆ, T. – ROKSANDIĆ, S., *Osnove zdravstvenog prava*, Zagreb, 2006.
- BAČIĆ, F. - PAVLOVIĆ, Š., *Komentar zakonodavstva*, Zagreb, 2004.
- BAČIĆ, F. - ŠEPAROVIĆ, Z., *Krivično pravo - posebni dio*, Zagreb, 1997.
- BLAŽEVIĆ, D. – CIVIDINI STRANIĆ, E. – BECK DVORŽAK, M., *Medicinska psihologija*, Zagreb, 1979.
- BOBAN, M., Digital single market and EU data protection reform with regard to the processing of personal data as the challenge of the modern world“, Proceedings of 16th International Scientific Conference ESD 2016., „The legal challenges of modern world“, Split, 2016., str. 191 – 201
- BODIROGA, N. – DULČIĆ, K., *Zaštita osobnih podataka u europskome i hrvatskome pravu*, «Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu», god. 42, 2005., str. 327.-356.
- BORKOVIĆ, I., *Upravno pravo*, Zagreb, 2002.
- BOŠKOVIĆ, Z., *Kodeks medicinske etike i deontologije*, «Informator», broj 5046.-5047. od 17. i 20. srpnja 2002.
- BOŠKOVIĆ, Z., *Profesionalna liječnička tajna*, „Informator“, broj 5329. od 2. travnja 2005.
- BOŠKOVIĆ, Z., *Zakon o liječništvu – reforma zdravstvenog zakonodavstva Republike Hrvatske*, „Hrvatska pravna revija“, god. III., 2003., br. 9.
- BOŠKOVIĆ, Z., *Zakon o zaštiti prava pacijenata – reforma zdravstvenog zakonodavstva Republike Hrvatske*, „Hrvatska pravna revija“, god. V., 2005., br. 1.
- CRNIĆ, I., DIKA, M., *Zakon o javnome bilježništvu*, Zagreb, 1994.
- CRUZ, P., *Medical Law*, London, 2002.
- CVRČIĆ, R., „Poslovna, profesionalna i službena tajna“, *Pravo i porezi*, god. XV, 2006., br. 9
- ČIZMIĆ, J., „Intelektualno i industrijsko vlasništvo“, *Pravo i porezi*, godina XI., 2002., br. 8, str. 26.–30.
- ČIZMIĆ, J., „Intelektualno vlasništvo“, *Slobodno poduzetništvo*, god. VIII., 2001., br. 6, str. 73.–87.
- ČIZMIĆ, J., *Neka razmatranja o vještačenju u parničnom postupku*, "Hrvatska pravna revija", god. I., 2001., br. 11
- ČIZMIĆ, J., PERDIĆ, A., *Neka zapažanja o profesionanoj tajni*, Zbornik radova Pravo na tajnost podataka, Znanstveni skup, Novalja– Split, 2008.

<sup>190</sup> Tako DUPELJ, Ž. – TURČIĆ, Z., *Komentar Zakona o općem upravnom postupku sa sudskom praksom, primjerima, napomenama, abecednim kazalom pojmova i primjerima*, Zagreb, 2000., str. 386.

<sup>191</sup> Usp. KRIJAN, P., *Komentar Zakona o općem upravnom postupku*, II. izdanje, Zagreb, 2005., str. 249.; vidi i BORKOVIĆ, I., *Upravno pravo*, Zagreb, 2002., str. 452.'

- ČIZMIĆ, J. – BOBAN, M.- ZLATOVIĆ, D., *Nove tehnologije, intelektualno vlasništvo i informacijska sigurnost*, Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu, Split, 2016.
- ČIZMIĆ, J., *Ogledi iz prava industrijskoga vlasništva*, Pravni fakultet Mostar, Mostar, 1999.
- ČIZMIĆ, J., *Svjedok u parničnom postupku*, "Hrvatska pravna revija", god. I, 2001., br. 12.
- ČIZMIĆ, J., *Zaštita prava iz područja industrijskoga vlasništva poslovnom tajnom*, „Pravo u gospodarstvu”, god. 38, 1999., br. 2, str. 236.
- ČIZMIĆ, J. – CVITKOVIĆ, M. – KLARIĆ, A., *Zdravstveno strukovno staleško pravo*, University Maribor Press, 2017.
- ČOVIĆ, Z. IVKOVIĆ, M., BOBAN, M. ĆOSIĆ, Z., Development of integrated model for health promotion in medical informatics, Proceedings of the 33rd International Conference Information Technology Interfaces ITI 2011, 27-30 June 2011., pp. 371 – 378.
- ČUKIĆ, D., *Pravo na medicinsku istinu preko medicinske dokumentacije – teškoće, greške, predlog mjera za njihovo otklanjanje*, «Pravni život», vol. LI, 2002., br. 9.
- ČULINOVIĆ HERC, E., „Zaštita ulagatelja u ugovorima s brokerskim društvima – Nova europska smjernica o tržištima financijskih instrumenata i hrvatsko pravo“, *Pravo i porezi*, Br. 3., 2006.
- DEUTSCH, E. – SPICKHOFF, A., *Medizinrecht*, Munchen, 2003.
- DIKA, M., *Dokazivanje saslušanjem svjedoka u hrvatskom parničnom postupku*, «Zbornik Pravnog fakulteta u Zagrebu», vol. 56, 2006., br. 2-3.
- DOURAKI, T., *Ethical and Legal Dimensions of Medical Confidentiality in European Law of Human Rights*, «Pravni život», god. LI, 2002., br. 9.
- Donald's Medical Dictionary*, 28. ed., 1994.
- DROPULIĆ, J., *Pravo na privatni život i duševni integritet*, Zagreb, 2002.
- DUPELJ, Ž. – TURČIĆ, Z., *Komentar Zakona o općem upravnom postupku sa sudskom praksom, primjerima, napomenama, abecednim kazalom pojmova i primjerima*, Zagreb, 2000.
- FILIPOVIĆ, M., *Rječnik stranih riječi*, Zagreb, 1988.
- FINŽGAR, A., *Pravačnosti (izv. Osebnostne pravice)*, NIU, Beograd, 1988.
- GAVELLA, N., *Osobna prava – I. dio*, Zagreb, 2000.
- GORETA, M. - PEKO ČOVIĆ, I. - BUZINA, N., *Psijhijatrijska vještačenja, zbirka ekspertita - knjiga prva - kazneno pravo*, Zagreb, 2004.
- GOSIĆ, N., *Privatnost i povjerenje u medicinskoj etici i bioetici*, «Sestrinski edukacijski magazin», god. II, 2005., broj 2
- HARLAND, C. – ROCHE, R. – STRAUSS, E., *Komentar Evropske konvencije o ljudskim pravima prema praksi u Bosni i Hercegovini i Strasbourgu*, Sarajevo, 2003., str. 219.-223.
- HERVEY, T. – McHALE, J. V., *Health Law and the European Union*, Cambridge, 2004.
- IVANČEVIĆ, N., *Zakon o liječništvu*, rad u zborniku «Zbirka zdravstvenih zakona s obrazloženjem, Zagreb, 2003.
- JADRO, D. – HRABRIĆ, M. – KRAMARIĆ, D., *Zakon o zdravstvenoj zaštiti*, rad u zborniku «Zbirka zdravstvenih zakona s obrazloženjem, Zagreb, 2003.
- JAGER, M. F., *Trade Secrets Law*, CBC, 1987.
- JAHNKE, *Leipziger Kommentar zum Strafgesetzbuch*, 10. Auflage, 5. Band, Leipzig, 1988., par. 203., podatak kod RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo*, Beograd, 2003.
- JAKŠIĆ, Ž., *Medicinska dokumentacija*. U: Jakšić, Ž. i sur., *Socijalna medicina*. Praktikum II. 5. izd., Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1989., str. 355.-372.
- JELAČIĆ, O., *Liječnička tajna u našem zakonodavstvu*, «Zbornik radova Pravnoga fakulteta u Splitu», god X, 1973.

- JELAČIĆ, O., *Pravni i deontološki aspekt lekarske delatnosti*, «Jugoslavenska revija za kriminologiju i krivično pravo», god. IX, 1971., br. 3.
- JOVANOVIĆ, Lj., *Lekarska tajna – krivičnopravna razmatranja*, Institut za uporedno pravo, Beograd, 1959., str. 5.-12.
- KLARIĆ, P., *Odštetno pravo*, Narodne novine, Zagreb, 2003.
- Komentar Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama s provedbenim propisima, primjerima sudskih odluka, međunarodnim dokumentima i presudama Europskog suda za ljudska prava*, urednica GROZDANIĆ, V., Pravni fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka 2015.
- KRAPAC, D., *Kazneno procesno pravo*, Zagreb, 2000.
- KRIJAN, P., *Komentar Zakona o općem upravnom postupku*, II. izdanje, Zagreb, 2005.
- LEHTONEN, L., *Protection of patient data and right to privacy in Finland – recent implementation of the Directive on the protection of personal data and centralized registries containing sensitive health data*, referat u zborniku 13th World Congress on Medical Law, 6-10 August 2000, Helsinki, str. 633.-639.
- LINIĆ, Z., „Ispovijed grijeha pred svećenikom“, *Glas Koncila*, 12 (1709), 21. 3. 2007.
- LOZA, B. – SUŠIĆ, S. – LEDIĆ, D., *Osnovi prava i privredno pravo*, Sarajevo, 1983.
- MARETT, P., *Intellectual Property Law*, London, 1996.
- MATIJEVIĆ, B., „Prava osobnosti: pravo na privatnost osobnoga i obiteljskoga života“, *Hrvatska pravna revija*, god. VI., br. 5, svibanj 2006.
- MARIĆ, J. – LUKIĆ, M., *Pravna medicina*, Beograd, 1998.
- Medicinska enciklopedija*, knjiga 4., Zagreb, MCMLXIX,
- MILADIN, P., autorizirano izlaganje na 113. Tribini Pravnoga fakulteta u Zagrebu i Kluba pravnika grada Zagreba, održanoj 19. travnja 2006., s temom *Poslovna, profesionalna i službena tajna*, Bilten br. 42, str 6.
- MILADIN, P., „*Bankarska tajna i bankarsko obavještanje*, (Magistarski rad), Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 1999.
- MILADIN, P., „Bankarski računi pravnih i fizičkih osoba“, *Pravo u gospodarstvu, časopis za gospodarsko-pravnu teoriju i praksu*, vol. 44., br. 4; 2005., str. 142.–173.
- MILADIN, P., *Kritika zakonskog uređenja poslovne tajne*, Zbornik PFZ, br. 3., 2000.
- MILADIN, P., „*Odnos između privatnopravnog i kazneno pravnog uređenja poslovne i profesionalne tajne*“, *Pravo u gospodarstvu*, br. 4, 2000.
- MILADIN, P., „*Poslovna i profesionalna tajna kao prava osobnosti*“, Zbornik radova znanstvenoga skupa *Pravo na tajnost podataka*, Novalja – Split, 30. i 31. svibnja, 2008. godine, str.107.–124.
- MILADIN, P., „*Privatnopravno uređenje platnog prometa od 1. siječnja 2011.*“, *Zbornik 48. susreta pravnika*, Dodatak; Zagreb, 2010., str. 1.–46.
- MILADIN, P., „*Temeljni pravni i ekonomski okvir privatnoga upravljanja imovinom*“, *Zbornik radova / Drugi skopsko-zagrebački pravni kolokvij*, Skopje, 2009.; str. 121.–142.
- MILIČIĆ, V., *Deontologija profesije liječnik, život čovjeka i integritet liječnika – čudoredna raskrižja bioetike*, Zagreb, 1996.
- MUJOVIĆ ZORNIĆ, H. – SJENČIĆ, M., *Kodeks lekarske etike kao izraz staleške samoregulative u medicini*, «Pravni informator», 2003.
- NIKOLIĆ, S., *Etika zdravstvenih radnika danas*, «Timočki medicinski glasnik», vol. 28., 2003., broj 3-4, str. 87.-90.
- PAVIŠIĆ, B., *Komentar Zakona o kaznenom postupku*, Rijeka, 2005.
- PETROVIĆ-ŠKERO, V., *Lekarska tajna i veštačenje*, «Svet rada», vol. 1, 2004., br. 4
- PETROVIĆ, F. – STANOJEVIĆ, S. – MARČETIĆ, Lj., *Zaštita i valorizacija medicinske dokumentacije*, Beograd, 1995.

- PIEDELIEVRE, R. – FOURNIER, E., *Medicine legale*, Paris, 196., podatak kod JELAČIĆ, O., *Liječnička tajna u našem zakonodavstvu*, «Zbornik radova Pravnoga fakulteta u Splitu», god X, 1973.
- PLOEM, C., *Medical confidentiality after patient's death*, „Medicine and Law“, vol. 20, 2001., br. 2, str. 215.-220.
- POLIĆ, J., *Zakon o stomatološkoj djelatnosti*, rad u zborniku «Zbirka zdravstvenih zakona s obrazloženjem», Zagreb, 2003.
- POZAIĆ, V., „Teološki vidici liječničke tajne“, *Zbornik radova Medicinska etika 1*, Znidarčić, Ž., (ur.), Centar za bioetiku, Zagreb, 2004.
- Pravni leksikon*, pojam „liječnička tajna“, Leksigografski zavod „Miroslav Krleža“, Zagreb, 2006.
- RADIŠIĆ, J., *Dužnost čuvanja medicinske tajne*, „Anali Pravnog fakulteta u Beogradu“, god. L., 2002., broj 3-4
- RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo*, Beograd, 2003.
- RADOJKOVIĆ, Ž., „O moralnim temeljima advokature“, *Jugoslavenska advokatura*, god. 1972., br. 5.–6.
- RADOLOVIĆ, A., *Pravo osobnosti u novom Zakonu o obveznim odnosima*, «Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci», vol. 27., 2006., br. 1.
- RAJIĆ, Z. – TOMIĆ, M. – MILJKO, Z., *Komentar Kaznenog zakona*, Mostar, 2000.
- REHBEIN, D., *Rechtsfragen zum Bankgeheimnis*, ZHR, 140 (1985.), podatak u: SVEDROVIĆ, M., „Bankarska tajna i njena normativna ograničenja prema ZUSKOK-u“, *Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu*, broj 2/2005.
- REHBERG, J., *Handbuch des Arztrechts*, Zurich, 1994., str. 343., podatak kod RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo*, Beograd, 2003., str. 340.
- RISTIĆ, J., *Medicina i društvo*, Beograd, 1975., str. 82.-84.
- RUMEK ČRNE, R. – ROKSANDIĆ, S., *Sud Hrvatske liječničke komore – pravni aspekti*, objavljen u Hrvatska liječnička komora 193–2005., Zagreb, 2005., str. 237.-244.
- SANDOR, J., *Data Protection in Health Care, Beyond Biomedical Use*, „Frontiers of European Health Law“, Yearbook 2002.
- SCALISI, A., *Il valore della persona nel sistema e nei nuovi diritti della personalita*, Giuggre Ed., 1990.
- SCHLUND, G., *Spezifische arztliche Mitteilungsmoglichkeiten*, objavljen kod LAUFS-UHLENBRUCK, *Handbuch des Arztrechts*, Munchen, 2002.
- STAUCH, M. – WHEAT, K., *Sourcebook on Medical Law*, London-Sydney, 1999., str. 221.-273.
- ŠEPAROVIĆ, Z., *Granice rizika*, Zagreb, 1998.
- The Prentice-Hall Encyclopedic Dictionary of Business Law*, Prentice-Hall, Inc., 1961.
- TRIVA, S. – DIKA, M., *Gradansko parnično procesno pravo*, Zagreb, 2004.
- TURKOVIĆ, K. – DIKA, M. – GORETA, M. – ĐURĐEVIĆ, Z., *Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama s komentarom i priložima*, Zagreb, 2001.
- ULSENHEIMER, K., *Die arztliche Schweigpflicht*, objavljen u LAUFS-UHLENBRUCK, *Handbuch des Arztrechts*, Munchen, 2002.
- Van DIJK, P. Van HOOFF, G. J. H., *Teorija i praksa Evropske konvencije o ljudskim pravima*, Sarajevo, 2001., str. 459.-508.
- VERONA, A., *Pravo industrijskoga vlasništva*, Zagreb, 1978.
- VRHOVAC, B., *Liječnička tajna*, «Liječničke novine», 2001., broj 5, str. 19.-20.
- WILLIAMS, P.L., *How to keep trade secrets*, Seattle/Washington, 1993.
- ZABEL, B. *Poslovna tajna*, Beograd, 1970.
- ZEČEVIĆ, D. i dr., *Sudska medicina i deontologija*, Zagreb, 2004.

ZLATOVIĆ, D., *Zaštita i čuvanje poslovne tajne*, „Slobodno poduzetništvo”, god IV, 1997., br. 8.

# SODNO IZVEDENSTVO V MEDICINI V LUČI HRVAŠKE PRAVNE UREDITVE

JOZO ČIZMIĆ

Univerza v Splitu, Pravna fakulteta, Split, Hrvaška, e-pošta: jozo.cizmic@pravst.hr

**Povzetek** Sodni izvedenci so tretje osebe, drugačne [ločena] od strank in sodnika, ki s svojim strokovnim znanjem ali posebnimi izkušnjami omogočajo sodišču, da najde določeno dejstvo. Sodni izvedenci se uporabijo za dokazovanje, kadar sodišče nima določenega strokovnega znanja, ki je potrebno za odkritje določenih dejstev. V prispevku je avtor izpostavil nekatere vidike pojmov izvedenstva in izvedenca; določitve sodnega izvedenca; opravljanja strokovnih pričevanj s strani pravnih in fizičnih oseb; dolžnosti sodnega izvedenca; izločitvi sodnega izvedenca; kaznovanju sodnega izvedenca; plačila sodnega izvedenca; poziva sodnega izvedenca; naročila in identifikacije sodnega izvedenca; opravljanju izvedenstva; ugotovitvi in mnenju sodnega izvedenca; protislovij in pomanjkljivosti pri ugotovitvi in mnenju sodnega izvedenca itd., a poseben poudarek pa je namenjen statusu in delu stalnih medicinskih sodnih izvedencev v pravnem postopku.

**Ključne besede:**

sodni izvedenec,  
pravni postopek,  
izvedeniško  
mnenje,  
dokazovanje,  
Hrvaška.

**Prvič izdano v:**

Čizmić, Jozo, Sodno izvedenstvo v medicini v luči hrvaške pravne ureditve // Medicina, pravo & družba - Sodobni izzivi in dileme / Kraljić, Suzana ; Reberšek Gorišek, Jelka ; Rijavec, Vesna (ur.). Maribor: Univerza v Mariboru, Pravna fakulteta, 2018. str. 195-232.



DOI <https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7.12>  
ISBN 978-961-286-335-7

# COURT EXPERTISE IN MEDICINE IN THE LIGHT OF THE CROATIAN LEGAL REGULATION

JOZO ČIZMIĆ

University of Split Faculty of Law, Split, Croatia, e-mail: jozo.cizmic@pravst.hr

**Abstract** A court expert is a third party, that we must differentiate from the party and the judge. Court experts enable the court to find specific fact, with their expertise and professional set of experience. They are utilized for purposes of taking evidence, when the court itself does not possess the required knowledge necessary for the determination of certain facts. The author emphasizes certain aspects of fundamental notions regarding expert opinion and expert, appointing court experts; taking witness statement from legal and natural persons; duties of court experts; disqualification of court expert; penalizing court expert; payment of court expert fees; summoning of court expert; ordering and identification of court expert, operating of court expert, findings and opinion of court expert; contradicts and shortcomings in the findings and opinions of court experts etc., special emphasis is devoted to the status and work of permanent medical court experts in civil procedure.

**Keywords:**

court expert,  
civil proceedings,  
court expertise,  
proofs,  
Croatia.

**First published in:**

Čizmić, Jozo, Sodno izvedenstvo v medicini v luči hrvaške pravne ureditve // Medicina, pravo & družba - Sodobni izzivi in dileme / Kraljić, Suzana ; Reberšek Gorišek, Jelka ; Rijavec, Vesna (ur.). Maribor: Univerza v Mariboru, Pravna fakulteta, 2018. str. 195-232.

<https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7.12> DOI  
978-961-286-335-7 ISBN





## 1 O pojmih izvedenstva in izvedenca

Izvedenstvo je pravdni postopek, v okviru katerega se s strani sodnega izvedenca, kot osebe, ki ima posebno znanstveno ali strokovno znanje in izkušnje, uporablja znanstveno in strokovno znanje, veščine in metode za dejstva, ki so predmet izvedenstva (Sijerčić-Ćolić, Vuleta & Hadžiomerađić, 1999: 310). Izvedenstvo je torej pravdni postopek, s katerim se pridobiva poseben dokaz – strokovno pričevanje in kot takšen prispeva k izpolnitvi načela iskanja materialne resnice.

Sodni izvedenci (engl. *expert witness; surveyers, court experts*; nem. *Sachverstaendige, Gutachter, Gerichtsgutachter*; ital. *periti, periti giurati*.) so osebe, ki na podlagi svojega strokovnega znanja sodišču predstavijo svoje opažanje o predmetu izvedenstva in svoje sklepe o določenih dejstvih, ki temeljijo na rezultatih raziskave (mnenje). Sodni izvedenec je torej oseba, vabljen na sodišče, da s svojim strokovnim znanjem predloži: svoja trenutna strokovna opažanja, potrebna za določitev vsebine pomembnih dejstev (izvid) in svoje stališče o pomenu, prepričanju, vzrokih in posledicah določenih dejstev, ki bi lahko bila pomembna za zagotavljanje resničnosti dokazov (mnenje) (prim. Triva, Belajec & Dika, 1986: 432). Tako, na primer, sodni izvedenec medicinske stroke pomaga sodišču ugotoviti, kaj je sprejemljivo v redni praksi in kaj je sprejemljivo v posebnih okoliščinah. S tem se zagotovi, da se strokovno opredeljen standard v dejanskih kliničnih situacijah pravilno preverja in primerja s standardi predpisanimi v retoriki kliničnih vodnikov. Velja, da so uveljavljeni standardni postopki v okviru protokola in navodil dobre prakse primarno pomembni, a ne morejo nadomestiti sodnega izvedenca, še posebej, če obstajajo različni vodniki, razviti v različnih bolnišnicah (Mujović Zornić, 2008: 310).

Sodišče mora izpeljati dokaz izvedenstva, kadar je treba utrditi ali razjasniti dejstva s strokovnim znanjem, ki ga sodišče nima (Zakon o pravdnem postopku, Narodne novine, br. 53/91, 91/92, 112/99, 88/01, 117/03, 88/05, 2/07, 84/08, 96/08, 123/08, 57/11, 148/11, 25/13, 89/14, v nadaljevanju ZPP; 250. člen). Sodišče bi praviloma moralo povabiti sodnega izvedenca, kadar koli je potrebno strokovno znanje, ki bistveno presega raven znanja, ki ga ima sodnik na tem področju. Kriterij je le raven poznavanja osebe, ki ima splošno izobrazbo in življenjske izkušnje kot sodnik (Poznić, Vržalić & Bačić, 1957: 220). Vloga sodnega izvedenca v pravdnem postopku je torej, da s svojim strokovnim znanjem določi okoliščine, na podlagi katerih mora sodišče samo odločiti o obstoju ali neobstoju odločilnih dejstev (*VSJ, Rev- 724/58, PŽ 3-4/59*). Vprašanje je torej, ali je toženec zagotovil ustrezne varnostne ukrepe na delovnem mestu in ne dejansko vprašanje, zato je potrebna

razjasnitev z izvedenstvom in ne zgolj s pričo.<sup>1</sup> Izvedenstvo ima prednost pred zanašanjem na strokovno znanje sodišča, saj sta izvid in mnenje sodnega izvedenca obravnavana in kritizirana s strani sodelujočih strank (Triva, Belajec & Dika, 1986: 434). Tako lahko zaključimo, da je izvedenstvo pravdno dejanje, da je izvedenstvo eno izmed dokaznih sredstev v pravdnem postopku, da se izvedenstvo vključi le, kadar je potrebno strokovno znanje, ki ga sodišče nima, da se izvedenstvo vključi zaradi določanja in razjasnitve dejstev (Matijević, n.d.: 9).

ZPP vsebuje le splošna določila o izvedenstvu, h katerim spada predvsem procesni tek izvedenstva, medtem ko se pravilnost samega izvedenstva zagotavlja *lege artis*, po pravilih ustrezne znanosti, stroke ali večine. Zato ni primeren za (procesno) pravno ureditev in ji ne podleže (Kulić, 1998: 229-230).

Sodni izvedenec mora pomagati zgolj pri *določanju dejstev* in nikoli pri določanju uporabe pravnih norm. Tako sodnik ne more določiti izvedenca za pravna vprašanja ali zahtevati odgovore na pravna vprašanja. Izvedenec se ne sme spuščati v pravne zadeve ter osebno pobudo, svojega mnenja pa ne sme utemeljevati s pravnimi predpisi. Predmet izvedenstva ne more biti predpis, ki bi ga bilo treba uporabiti za določen primer, temveč samo opustitve vedenja oseb in uporaba teh predpisov.<sup>2</sup> Izvedenec ne sme izraziti niti stopnje niti deleža krivde, temveč na primer samo pomanjkljivosti udeležencev v prometu, ki so vzročno povezani z nastankom škode. Sklep o prispevanju k nastanku škodljivih posledic sodišču le pripomore k prosti presoji (223. člen ZPP)<sup>3</sup>. Zato se sodna ugotovitev in strokovno mnenje uporabljata le za pojasnitev ali določitev dejstev, za katera strokovno znanje ni na voljo sodišču.<sup>4</sup>

Kadar sodišče sodi v senatu, morajo vsi člani senata sami oceniti ugotovljena dejstva. Če ima, v danem primeru, potrebno znanje le en član senata, je treba imenovati sodnega izvedenca. Sicer strokovno znanje, ki je na razpolago le enemu članu senata, ni strokovno znanje sodišča.

V kolikor sodišče lahko samo pojasniti določena dejstva, na primer navadne računске postopke, pridobitev podatkov iz državnih institucij, ki so pooblaščenice za vodenje evidenc in podatkov, izčrpni pregled strank, itd., *ni potrebe po izvedenstvu* (Salaj, 2000: 52). V tem smislu pravdno sodišče ni dolžno ugotavljati zneska zamudnih obresti, obračunanih za obdobje zamude pri plačilu glavnega dolga z izvedenstvom, če je toženec priložil obračun, na katerem so vidni vsi elementi njegove izdaje, a jih tožnik ni izpodbijal na določen način. Če ni ugovora, ni razloga za izvedenstvo.<sup>5</sup> Prav

tako medicinsko izvedenstvo ni vedno potrebno za dokaz zdravstvenega stanja stranke.<sup>6</sup> Ko se sodišče odloči o zaupanju otroka v varstvo in vzgojo, se bo določil tudi način ohranjanja osebnih stikov staršev z otrokom. Glede pogostosti, trajanja in načinu vzdrževanja teh stikov je koristno pridobiti strokovno mnenje (psihologa), a to ni vedno potrebno. Takšno strokovno znanje je treba pridobiti, če to zahtevajo interesi otrok ali so navedeni posebni razlogi.<sup>7</sup> Lahko trdimo, da je psihiatrično izvedenstvo zagotovo ključno pri prepoznavanju duševne ali poslovne sposobnosti osebe, vendar to ni nujno edini dokaz, ki ga mora sodišče upoštevati.<sup>8</sup> Čeprav je sodišče glede obstoja kaznivega dejanja in kazenske odgovornosti vezano na pravnomočno sodbo, s katero je bil toženec obsojen, se z izvedenstvom v pravnem postopku lahko ugotavljajo dejstva o okoliščinah nastanka škode, ki pogojujejo raven krivde.<sup>9</sup>

Sodni izvedenci so *zamenljivi*, ker je na določenem področju (sodišča) praviloma več oseb s strokovnim znanjem, s katerim lahko pomagajo sodišču pri določanju dejanskega stanja in sklepanju na podlagi pridobljenih ugotovitev.<sup>10</sup> To je tudi razlog, zaradi katerega se proti izvedencem, ki zavrnejo pričanje, ne morejo biti uporabljene sankcije, ki bi jih prisilile k pričanju.

Sodišče ocenjuje izvid in mnenje izvedenca kot vsa ostala pomembna dejstva ter ni vezano na ugotovitve izvedenca.

## 2 Pogoji za opravljanje stalnega izvedenskega posla

Stalni sodni izvedenec je fizična oseba, ki jo je na temelju dosedanjih izkušenj ter zvestobe potrdilo sodišče kot specialista za določeno območje. Zapišemo lahko tudi, da je sodni izvedenec podaljšana roka sodišča, kadar sodišče sega po strokovnem mnenju, da bi bilo sprejeto kot dokaz v morebitnem sporu (Omerhodžić, n.d.). V skladu z odločbami 29. člen Zakona o sudovima (Narodne novine, br. 28/13, 33/15, 82/15, 82/16; v nadaljevanju ZS), posli sodne uprave zajemajo, poleg drugega, tudi posle v zvezi s stalnimi sodnimi tolmači in izvedenci. V skladu z odločbami 17. člena Sudskog poslovnika (Narodne novine, št. 37/14; v nadaljevanju: SP) posli sodne uprave zajemajo zagotavljanje pogojev za pravilno delovanje in poslovanje v povezavi s stalnimi sodnimi izvedenci (upravljanje seznamov ali registrov stalnih sodnih izvedencev, tolmačev in ocenjevalcev). Tako ZS določa, da stalne strokovne priče na podlagi svojega strokovnega znanja ponujajo sodno storitev, dajanja izvedenskega izvida in mnenja, kadar je to potrebno zaradi ugotavljanja ali

razjasnitve dejstev, ki se določajo v postopku (125. člen ZS). Sodno izvedenstvo lahko opravljajo pravne ali fizične osebe. Kar zadeva pogoje za opravljanje sodnega izvedenstva, ZS predpisuje, da morajo imeti fizične osebe opravljeno vsaj srednjo šolo na področju ustrezne stroke, pravne osebe pa lahko opravljajo sodno izvedenstvo le v okviru svoje registrirane dejavnosti in pod pogojem, da samo izvedenstvo opravljajo njihovi zaposleni, ki izpolnjujejo pogoje tudi kot fizične osebe (126. člen ZS). Stalne sodne izvedence – fizične osebe in stalne sodne izvedence v pravnih osebah imenuje in razreši predsednik županijskega ali gospodarskega sodišča za svoje področje in so imenovani za obdobje štirih let ter so lahko imenovani večkrat (126. člen ZS). Sodni izvedenci lahko podajo sodno izvedeniško mnenje šele, ko podajo svoje ugotovitve ter mnenje na zahtevo sodišča ali strank za uveljavljanje svojih pravic, v ostalih primerih pa le s soglasjem predsednika sodišča, ki jih je imenoval (127. člen ZS).

Izvedenci so dolžni varovati tudi *poklicno skrivnost*, ne glede na to, kako so do tega prišli, zlasti: vse, kar je določeno kot poklicna skrivnost z zakonom ali ostalimi predpisi; vse kar je v splošnem pravnem aktu poklicna skrivnost oziroma poslovna skrivnost pravne osebe, drugega organa, organizacije ali institucije; podatke in dokumente, ki veljajo kot poklicna ali poslovna skrivnost s strani državnih organov ali pravnih oseb, drugih organov, organizacij ali institucij; podatke in dokumente, ki jih je predsednik sodišča ali uradnik sodišča določil za poklicno skrivnost (130. člen ZS). V skladu z določili PSSV je stalni sodni izvedenec dolžan kot skrivnost varovati vse, s čemer je bil seznanjen med opravljanjem dela stalnega sodnega izvedenca. Stalnemu sodnemu izvedencu ali pravni osebi, ki opravlja delo stalnega sodnega izvedenca, je prepovedano poudarjanje svojstva ali oglašanje stalnega sodnega izvedenca v javnih in osebnih prostorih, razen običajne oznake na sedežu stalnega sodnega izvedenca (17. člen PSSV).

V skladu z določbami 3. odst. 139. člena prej veljavnega ZS-ja, mora minister za pravosodje s pravilnikom določiti način, s katerim se ugotavlja ali oseba izpolnjuje *pogoje za opravljanje stalnega sodnega izvedenstva*, njihove pravice in dolžnosti ter višina plače ter nadomestila stroškov za njihovo delo. V zvezi s tem je *Pravilnik o stalnim sodskim vještacima* (Narodne novine, br. 88/08 in 8/09, a kasneje tudi novi objavljen v Narodnim novinama, br. 38/14, 123/15, 29/16; v nadaljevanju: PSSV), po katerem je za stalnega sodnega izvedenca imenovana oseba, za katero se v postopku imenovanja ugotovi, da, razen splošnih pogojev za sprejem v državno službo, izpolnjuje naslednje pogoje:

- a) da je državljan Republike Hrvaške;
- b) da je državljan države članice Evropske unije ali druge države podpisnice Pogodbe o delovanju EU);
- c) da je po zaključku ustreznega študija oziroma ustrezne šole delal v poklicu stroke vsaj 8 let – če je zaključil ustrezni diplomski univerzitetni študij ali specialistični diplomski študij; vsaj 10 let – če je zaključil ustrezni dodiplomski univerzitetni študij ali dodiplomski strokovni študij; in najmanj 12 let – če je končal ustrezno srednjo šolo in za to stroko ni ustreznega dodiplomskega univerzitetnega študija ali dodiplomskega strokovnega študija oziroma ustreznega diplomskega univerzitetnega študija ali specialističnega diplomskega študija, izjema so zdravniški specialisti, katerih pogoj za opravljanje dela stalnega sodnega izvedenca je opravljen strokovni izpit;
- d) da je uspešno opravil poklicno usposabljanje;
- e) da je sklenil pogodbo o zavarovanju odgovornosti za opravljanje dela stalnega sodnega izvedenca (1. odst. 2. člena PSSV).

Za stalnega sodnega izvedenca *ni možno imenovati* osebe, za katero obstajajo ovire za sprejem v državno službo, oziroma osebe, zoper katero se vodi kazenski postopek ali je obsojena za kazniva dejanja, za katera so predpisane kazni, najmanj dveh let zopora v skladu z domačim ali mednarodnim pravom kaznivih dejanj zoper življenje in telo, človečnost, moralo, javno ali zasebno lastnino, javno upravo in javni interes ali zaradi poneverbe v javnem sektorju, razen v primeru, da je prišlo do rehabilitacije po posebnem zakonu (1.a odst. 49. člena Zakona o državnim službenicima) ali osebe, ki ji je bil izrečen varnostni ukrep, medtem ko so pravne posledice obsodbe v teku ali ji je bila izrečena prepoved opravljanja poklica v postopku imenovanja za stalnega sodniškega izvedenca.

*Pravne osebe* (poseben inštitut ali drug organ znanstvene ustanove ali državni organ) izpolnjujejo pogoje za sodno izvedenstvo:

- a) če se ugotovi, da so registrirane tudi za opravljanje izvedenstva na ustreznem območju, kar je razvidno iz pristojnega sodnega registra;
- b) če je bilo ugotovljeno, da so njihovi delodajalci zaposleni kot stalni sodni izvedenci, kar je razvidno iz odločbe o imenovanju stalnega sodnega izvedenca na območju županijskega oziroma gospodarskega sodišča;

- c) če so zaposleni, ki so imenovani kot stalni sodni izvedenec in imajo sklenjeno pogodbo o zavarovanju odgovornosti za opravljanje dela stalnega sodnega izvedenca (4. člen PSSV).

*Postopek imenovanja* stalnih sodnih izvedencev se začne z zahtevkom, predloženim predsedniku županijskega ali gospodarskega sodišča, ki je pristojno v skladu s stalnim prebivališčem prosilca ali sedežem pravne osebe. Vlogo lahko vloži tudi pravna oseba za njegovega zaposlenega, če je zaposleni dal pisno soglasje in izpolnjuje predpisane pogoje za imenovanje. Fizična oseba predloži življenjepis in dokaze o izpolnjevanju predpisanih pogojev za imenovanje ter priloži seznam objavljenih znanstvenih in strokovnih del.

Če kandidat za stalnega sodnega izvedenca izpolnjuje predpisane pogoje za imenovanje, predsednik ustreznega županijskega ali gospodarskega sodišča pred sprejemom odločitve o imenovanju stalnega sodnega izvedenca kandidata napoti na *poklicno usposabljanje* v ustreznem strokovnem združenju stalnih sodnih izvedencev. Poklicno usposabljanje bo potekalo v skladu s programom, ki ga za vsako dejavnost ali stroko določi ustrezno strokovno združenje. Strokovno usposabljanje ne sme trajati dlje kot eno leto. Strokovna združenja so dolžna imenovati mentorje za poklicno usposabljanje. Za mentorja se lahko imenuje stalnega sodnega izvedenca, z najmanj pet let izkušenj v opravljanju dela sodnega izvedenca. Seznam mentorjev se predloži županijskim in gospodarskim sodiščem (6. člen PSSV).

*Sposobnost kandidata* za opravljanje poklica stalnega sodnega izvedenstva se določi na podlagi poročila o izvedenem poklicnem usposabljanju, ki se opravlja s stalnim sodnim izvedencem iz ustreznega poklica, pod nadzorom katerega je kandidat dolžan opraviti najmanj pet postopkov izvedenstva in o njih podati izvid ter mnenje. Po opravljenem poklicnem usposabljanju je ustrezno poklicno združenje, na podlagi poročila stalnega sodnega izvedenca, pri katerem je kandidat bil na usposabljanju (mentorja), v roku meseca dni, dolžno izdati pisno mnenje o uspešnosti opravljenega poklicnega usposabljanja kandidata za opravljanje dela sodnega izvedenca in ga predložiti predsedniku ustreznega županijskega ali gospodarskega sodišča (7. člen PSSV).

Poklicna združenja so dolžna poročati županijskim in gospodarskim sodiščem o programih poklicnega usposabljanja in letnem razporedu opravljanju poklicnega usposabljanja (8. člen PSSV).

Stalni sodni izvedenec je po poteku časa, za katerega je imenovan za stalnega sodnega izvedenca, lahko *ponovno imenovan* za obdobje štirih let. Izvedenec mora zahtevek za ponovno imenovanje in priložene dokaze o izpolnjevanju pogojev predložiti predsedniku pristojnega sodišča, najkasneje 30 dni pred iztekom roka, za katerega je bil imenovan. Ta mora izdati odločbo o imenovanju, ko potrdi, da ni ovira za imenovanje oziroma, če prej potrdi, da proti kandidatu ne teče kazenski postopek in da ni pravnomočno obsojen zaradi kaznivega dejanja, ki je ovira za sprejem v državno službo, ali da ni bil izrečen varnostni ukrep, med tekom pravnih posledic obsodbe ali mu ni bila izrečena prepoved opravljanja poklica. Ponovno imenovan stalni sodni izvedenec ne daje prisega in ni dolžan opraviti poklicnega usposabljanja (12. člen PSSV).

Predsednik ustreznega županijskega ali gospodarskega sodišča mora *razrešiti* imenovanega stalnega sodnega izvedenca:

- a) če to sam želi;
- b) če se ugotovi, da pogoji, na katerih temelji njegovo imenovanje, niso obstajali ali več ne obstajajo;
- c) če je, na temelju pravne odločbe, razglašen za nesposobnega za opravljanje dejavnosti ali poklica, za katerega je bil imenovan;
- d) če mu je bila, na podlagi pravne sodne odločbe, odvzeta poslovna sposobnost;
- e) če je stalnemu sodnemu izvedencu izrečena pravosodna sodba za kaznivo dejanje, ki je ovira za sprejem v državno službo;
- f) če svoje izvedenstvo opravlja malomarno in nedosledno;
- g) če ne sklene pogodbe o zavarovanju odgovornosti za opravljanje dejavnosti stalnega sodnega izvedenca;
- h) če krši odločbe o dolžnosti varovanja skrivnosti.

Pritožba zoper odločbo o razrešitvi izvedenca se vloži na Ministrstvo za pravosodje v roku 15 dni od dneva izdaje odločbe (13. člen PSSV).

## 2.1 Medicinski sodni izvedenci

Za sodnega izvedenca se načeloma lahko imenuje tudi oseba s posebnim strokovnim znanjem na določenem področju *zdravstvene dejavnosti*. Medicinski sodni izvedenec zdravstvene dejavnosti mora ravnati v skladu z etičnimi načeli stroke, ki jih vsebujejo etični kodeksi poklicnih združenj, društev in zbornic ter prisege, ki jo je dal ob imenovanju pred sodnikom. V zvezi s tem je delo stalnih sodnih izvedencev zdravstvene dejavnosti dodatno urejen z odločbami Kodeksa medicinske etike in deontologije (Narodne novine, br. 55/08 in 139/15), tako da je z določbo 16. točke 9. člena predpisano, da mora medicinski sodni izvedenec zdravstvene dejavnosti upoštevati etična načela poklica, vsebovana v etičnih kodeksih poklicnih združenj, društev in zbornic ter prisego, ki jo je dal ob imenovanju pred sodnikom. Poleg tega mora medicinski sodni izvedenec imeti znatne izkušnje in znanje na področju izvedenstva in mora biti seznanjen s sodobnimi dosežki na tem področju. Nepriustranskost sodnega izvedenca zdravstvene dejavnosti se odraža v nenehnem ocenjevanju praktične in teoretične sposobnosti za izdelavo ustrezne izvedenske ugotovitve.

Medicinsko izvedenstvo je procesno dejanje, pri katerem se medicinski pojmi in inštituti prevajajo v zakonite inštitute in kategorije (Gnjidić, Bilić et al, 2008: 18). Medicinsko znanje enega zdravnika vendarle, tudi če je to nadpovprečno, nikakor ne zagotavlja, da bo zadostno deloval tudi kot izvedenec (Zečević et al., 2004: 222). Zato mora vsaka oseba, ki namerava opravljati izvedenstvo na področju zdravstvene dejavnosti, izpolnjevati vse (ostale) pogoje, predpisane za stalnega sodnega izvedenca. Kar zadeva stalne sodne priče zdravstvene dejavnosti, program poklicnega usposabljanja opravlja Hrvatska lječniška komora, Hrvatska stomatološka komora oziroma katera druga strokovna zbornica. Poklicno usposabljanje medicinskega izvedenca z veljavno licenco Hrvatske lječniške komore in Hrvatske stomatološke komore ne more trajati več kot šest mesecev, medtem ko usposabljanje medicinskega sodnega izvedenca z veljavno licenco Hrvatske lječniške komore ali Hrvatske stomatološke komore, ki mu je priznan naziv primariusa ali je dejaven v znanstveno-vzgojnem poklicu, ne more trajati več kot tri mesece. Zdravniku, ki je specializiran za medicinsko sodno prakso in ima veljavno licenco Hrvatske lječniške komore, ni treba opraviti poklicnega usposabljanja (6. člen PSSV).



V zvezi s tem je, na podlagi 6. člena PSSV-a, 20. alineje 8. točke 7. člena ter 1. točke 20. člena Statuta Hrvatske liječničke komore (Narodne novine, št. 55/08), Vijeće Hrvatske liječničke komore na seji 8. maja 2009 izdalo Pravilnik o provođenju izobrazbe kandidata za stalne sudske vještake (v nadaljevanju: Pravilnik), ki ureja usposabljanje za zdravnike – kandidate za stalno sodno izvedenstvo (v nadaljevanju: kandidat), postopek imenovanja mentorja zdravniku – kandidatu ter pravice in obveznosti kandidatov in mentorjev (1. člen Pravilnika).

Za stalnega sodnega izvedenca (zdravstvene dejavnosti) se lahko imenuje oseba, ki ima poleg izpolnjenih *pogojev*, ki jih predpisuje PSSV (veljaven za vse stalne sodne izvedence), veljavno dovoljenje za samostojno delo (licenco), izdano od Hrvatske liječničke komore (v nadaljevanju: HLK) in opravi usposabljanje, ki ga opravlja HLK v skladu z odločbami Pravilnika in Programom, ki je sestavni del Pravilnika. Usposabljanje medicinskega sodnega izvedenca – kandidata ne sme trajati dlje kot šest mesecev, usposabljanje medicinskega sodnega izvedenca – kandidata, kateremu je priznan naziv primarius ali je dejaven v znanstveno-vzgojnem poklicu, ne more trajati več kot tri mesece (2 in 3. člen Pravilnika).

*Vlogo* za usposabljanje kandidat praviloma predloži HLK po vložitvi zahtevka za imenovanje za stalnega sodnega izvedenca pri pristojnem sodišču. Do posebnega usposabljanja lahko dostopajo tudi zdravniki, ki niso zaprosili za imenovanje za stalnega sodnega izvedenca, ali zdravniki, ki nudijo strokovno pomoč pravosodnim organom Republike Hrvaške in ostalim pooblaščenim osebam (strokovnjaki, strokovni delavci ipd.) (Pravilnik, čl. 4.). Po sprejetju vloge za poklicno usposabljanje HLK kandidata napoti na usposabljanje za stalnega sodnega izvedenca, ki je sestavljeno iz teoretičnega dela, izvedenega v obliki tečaja in praktičnega dela, ki vključuje delo pod nadzorom mentorja (5. in 6. člen Pravilnik). V času usposabljanja je kandidat pod nadzorom mentorja dolžan pripraviti tri izvide in mnenja (10. člen Pravilnika).

*Teoretični del usposabljanja* zajema 20 šolskih ur in poteka v obliki tečaja, katerega vsebino predpisuje Program, ki je sestavni del tega Pravilnika. Med potekom tečaja se kandidat seznanja z zakonskimi in podzakonski predpisi Republike Hrvaške, ki urejajo naloge sodnega izvedenstva in način izdelave izvida ter mnenja. Po zaključku tečaja kandidat opravi izpit preizkusa znanja (7. člen Pravilnika). Ustni del izpita zajema ustni preizkus znanja vseh petih celot (modula) teoretičnega dela

usposabljanja, ki so predvidena v Programu usposabljanja. Pisno preverjanje znanja se opravi z reševanjem preizkusa v pisni obliki (7a. člen Pravilnika).

*Praktični del usposabljanja* poteka kot praktično delo pod nadzorom mentorja in lahko vključuje delo na terenu, dostop do glavne obravnave ali zbiranje podatkov za pripravo izvida in mnenja (9. člen Pravilnika).

*Mentor* kandidata mora imeti enako specializacijo ali ožjo specializacijo kot kandidat oziroma je lahko tudi samo zdravnik, ki:

- a) je imenovan za stalnega sodnega izvedenca z odločbo pristojnega županijskega ali gospodarskega sodišča v Republiki Hrvaški;
- b) je član zbornice z veljavno samostojno dejavnostjo (licenco);
- c) za tem, ko je bil imenovan za stalnega sodnega izvedenec, je pripravil najmanj deset izvidov in mnenj;
- d) ima vsaj pet let izkušenj pri opravljanju obravnavanju dela sodnega izvedenca (11. člen Pravilnika).

Izvršilni odbor HLK pripravi seznam mentorjev, pod nadzorom katerih kandidat opravi praktični del izobrazbe na podlagi predloga poklicnih društev in medicinskih fakultet v Republiki Hrvaški. Predsednik HLK imenuje mentorja za vsakega kandidata z odločbo, proti kateri lahko nezadovoljna stranka, v roku 15 dni od dneva prejete pisnega obvestila, pri Izvršilnem odboru HLK vložijo pritožbo.

Po opravljenem praktičnem delu usposabljanja mentor predsedniku HLK predloži pisno poročilo o opravljenem usposabljanju, na podlagi katerega je predsednik HLD zavezan, v roku meseca dni po prejemu poročila, pripraviti pisno mnenje o uspehu opravljenega usposabljanja in kvalifikaciji kandidata za opravljanje dela sodnega izvedenca. To se predloži predsedniku ustreznega županijskega ali gospodarskega sodišča, pri katerem je kandidat vložil zahtevek za imenovanje za stalnega sodnega izvedenca. V mnenju mora navesti naziv sodišča in poslovno številko vsakega primera, pri katerem je kandidat sodeloval pri pripravi izvida in mnenja ter ime in priimek stalnega sodnega izvedenca, pod nadzorom katerega se je kandidat poklicno usposabljal (18. člen Pravilnika).

Po izvedenem postopku in zbranih dokazih mora predsednik ustreznega županijskega ali gospodarskega sodišča odločiti o vlogi.<sup>11</sup> Pritožba, zoper odločbo o zavrjeni vlogi, je možna pri Ministrstvu za pravosodje v roku 15 dni od sprejema odločbe (13. člen PSSV).

### **3 Imenovanje sodnih izvedencev**

Sodno izvedenstvo opravljajo sodni izvedenci, ki jih imenuje določi pravdno sodišče (1. odst. 251. člena ZPP).<sup>12</sup> Sodišče lahko po prostem preudarku odloči ali bo dokazovanje potekalo s postopkom izvedenstva, izjema je pravilo o dolžnosti sodišča, da vzame tolmača (Triva, Belajec & Dika, 1986: 526). Sodišče mora odločiti, kateremu poklicu ali stroki mora pripadati sodni izvedenec in sprejeti odločitev o sodnem izvedencu (Štimac, 2008: 181-192). Pri odločanju o tem, kateri dokazi se bodo pridobili s postopkom izvedenstva, mora sodišče ravnati po načelu ekonomičnosti in z izvedenstvom pridobiti le dokaze, za katere se zdi verjetno, da bi bili odločilni za oblikovanje ključnih dejstev, katere je treba določiti ali pojasniti in za določitev ali pojasnitev katerih nima ustreznega strokovnega znanja (Matijević, n.d.: 9).

Stranke lahko predlog za izvajanje dokazov z izvedenstvom vložijo v obliki tožbe (1. odst. 186. člena ZPP), odgovora na tožbe (285. člen ZPP), vloge (106. člen ZPP), pripravjalnega naroka (284. člena ZPP) in naroka za glavno obravnavo (299. člen ZPP). Pomen imata le izvid in mnenje sodnega izvedenca, ki ga je kot sodnega izvedenca določilo sodišče, ne pa izvid in mnenje osebe, ki jo je najela ena izmed strank.<sup>13</sup> Zato sodišče ni dolžno sprejeti izvid in mnenje sodnega izvedenca, ki ju tožnik priložil k tožbi, in ki sta bila sestavljena po naročilu odločbe tožnika, le zato, ker ju je stalni pripravil sodni izvedenec.<sup>14</sup> Izvid in mnenje, pridobljena na lastne stroške stranke, sta le pomožno gradivo v pravdnem postopku (Crnić, 2008: 35). Vendar to ne pomeni, da sodišče ne more imenovati osebe, ki jo je ena izmed strank predhodno najela, da potrdi določena dejstva.

Sodišče lahko za sodnega izvedenca določi osebo, ki je državljan druge države samo, če je ta oseba, po predpisih Republike Hrvaške, lahko imenovana za stalnega sodnega izvedenca s strani pristojnega organa za imenovanje stalnih sodnih izvedencev.<sup>15</sup>

Pritožba zoper sodno odločbo, s katero je oseba imenovana za sodnega izvedenca ter drugim odločbam, ki so bile sprejete v tej povezavi, ni dovoljena (262. člen ZPP).

Pred odločitvijo, katere osebe bodo imenovane za sodne izvedence, bi sodišče o tem moralo *zaslišati stranke*. V nujnih primerih lahko sodišče imenuje sodnega izvedenca tudi, če stranke pred tem niso bile zaslišane (2. odst. 251. člena ZPP).

Sodišče lahko določi izvedenstvo tudi proti nasprotnemu mnenju strank. Sodišče ni vezano na predloge strank, koga naj imenuje za sodnega izvedenca, saj so sodni izvedenci pomočniki sodišča, ki dopolnjujejo njegovo znanje o strokovnih zadevah, zato je treba sodišču dovoliti, da si samo izbere svoje pomočnike. Predvideno predhodno zaslišanje strank o osebah, katere namerava imenovati za sodnega izvedenca, je nujno in koristno, da bi se izognili naknadnim zahtevam za izločitev sodnih izvedencev, saj se s tem prepreči nepotrebna odložitev postopka.

Pravdno sodišče lahko pooblasti *predsednika sveta* ali *zaprošenega sodišča*, da imenuje izvedence, če jima je zaupana izvedba dokazov s postopkom izvedenstva (3. odst. 251. člena ZPP). Ko je sodno izvedenstvo zaupano strokovni instituciji, ta določi eno ali več oseb, ki bodo v njenem imenu opravile sodno izvedenstvo.<sup>16</sup>

Sodišče lahko vedno imenuje *drugega sodnega izvedenca*, namesto prvotno imenovanega sodnega izvedenca (4. odst. 251. člena ZPP). Pri odločanju o imenovanju drugega sodnega izvedenca, namesto že imenovanega sodnega izvedenca, mora sodišče upoštevati, da lahko neprimerna zamenjava sodnega izvedenca povzroči dodatne stroške in zamudo v postopku (10. člen ZPP).

#### **4 Opravljanje sodnega izvedenstva – fizične in pravne osebe**

Ko sodišče oceni, da je izvedenstvo potrebno, se mora, v skladu z načelom ekonomičnosti, izvesti čim hitreje in s čim manj stroški (10. člen ZPP). Strokovno izvedenstvo praviloma opravlja en sodni izvedenec, a ko sodišče oceni, da je postopek izvedenstva zapleten, lahko imenuje tudi dva ali več izvedencev (1. odst. 252. člena ZPP).

Pri izbiri sodnega izvedenca je treba upoštevati poklicne kvalifikacije in kakovost osebe, ki se jo imenuje za sodnega izvedenca. Tako je lahko pri enem pravnem postopku določenih več sodnih izvedencev iz različnih poklicev. Med postopkom izvedenstva se lahko število izvedencev poveča, praviloma zaradi multidisciplinarnega pristopa določanja ali ocenjevanja nekega pomembnega dejstva.

Izvedence se določi predvsem iz *vrst imenovanih sodnih izvedencev* za posamezno vrsto izvedenstva (2. odst. 252. člena ZPP), vendar sodišče ni vezano na seznam sodnih izvedencev, temveč lahko, po potrebi, za izvedenca določi tudi drugo osebo.<sup>17</sup> Uradni seznam sodnih izvedencev je sicer treba razumeti kot pomožno sredstvo, opomnik, imenik oseb, ki so primerne za opravljanje izvedenstva. Ta seznam ima pomen le kot priporočilo ali predlog, ne pa kot obvezna izbira (Triva, Belajec & Dika, 1986: 530). Za določeno vrsto izvedenstva lahko sodišče določi tudi izvedence, ki niso na seznamu stalnih sodnih izvedencev. Na primer, če za določeno vrsto izvedenstva ni stalnega sodnega izvedenca ali ustrezni stalni sodni izvedenec ni na razpolago ali obstaja nevarnost odložitve. Vodenje seznama ali registra stalnih sodnih izvedencev se vrši v uradu predsednika sodišča (34. člen SP). Seznam stalnih sodnih izvedencev, ki opravljajo sodno izvedenstvo za vsa sodišča, po potrebi objavlja *Ministarstvo pravosuđa* v »*Narodnim novinama*« (142. člen ZS). Seznam stalnih sodnih izvedencev na nekaterih področjih izvedenstva in Popis pravnih oseb za opravljanje postopka izvedenstva je potrebno voditi redno in pravočasno. Imenovani stalni sodni izvedenci in pravne osebe so vneseni v enotni elektronski register stalnih sodnih izvedencev za področje celotne Republike Hrvaške. Za vnos v register je zadolženo županijsko ali gospodarsko sodišče, ki je imenovalo sodnega izvedenca in o tem redno obvešča *Ministarstvo pravosuđa*. Če pravna oseba preneha z delom ali preneha opravljati delo sodnega izvedenca, če stalni sodni izvedenec umre, je razrešen ali če ni ponovno imenovan, se izbriše iz seznama stalnih sodnih izvedencev (16. člen PSSV). Županijska, gospodarska in okrajna sodišča na oglasni deski objavljajo obvestila o možnosti vpogleda strank v register stalnih sodnih izvedencev v uradu predsednika sodišča (17. člen PSSV).

Pomen izvida in mnenja izvedenca v pravdi ima samo izvid in mnenje izvedenca, katerega je za to vlogo določilo sodišče v konkretni pravdi, ne glede na to, da gre za sodnega izvedenca.<sup>18</sup>

Sodišče lahko izvedenstvo zaupa tudi *strokovni ustanovi* (bolnišnici, kemijskem laboratoriju, fakulteti ipd.), posebej, če velja, da je treba izvedenstvo tako zahtevno in zapleteno, da mora izvide in mnenja pripraviti več strokovnjakov in/ali se, pri pripravi izvida in mnenja, morajo uporabiti posebna tehnična sredstva in oprema, ki so tem ustanovam na razpolago. Vendar ni izključeno, da se tudi v teh ustanovah izvedenstvo zaupa samo enemu strokovnjaku, ki prevzame tako odgovornost za ugotovitve kot tudi odgovornost za mnenje. Za opravljanje izvedenstva mora strokovna ustanova imeti na razpolago gradivo, potrebno za izvedenstvo. V tem smislu je sodišče tej ustanovi dolžno omogočiti dostop do zahtevanega gradiva. Če obstajajo posebne ustanove za določene vrste izvedenstva (izvedenstvo za ponarejanje denarja, rokopisa, daktiloskopsko izvedenstvo ipd.), se takšna izvedenstva, posebej bolj zapletena, v prvi vrsti zaupajo tem ustanovam. Odločbe sodišča, ki izvedenstvo zaupa tem ustanovam, se ne more izpodbijati s pritožbo. Seznam pravnih oseb (strokovnih ustanov), ki opravljajo sodno izvedenstvo za vsa sodišča, po potrebi objavlja *Ministarstvo pravosuđa* v »*Narodnim novinama*« (142. člen ZS).

## 5 Dolžnost izvedenstva

Vsaka oseba, ki jo sodišče imenuje za sodnega izvedenca, se je *dolžna odzvati* pozivu sodišča. Določeni izvedenci *so dolžni predložiti svoj izvid in mnenje* (253. člen ZPP), katerih navedejo temeljne podatke o predmetu izvedenstva in o ugotovljenem stanju, zato je izvid neke vrste opis predmeta izvedenstva. Iz mnenja sodnega izvedenca je razvidno na temelju katerih pravil (svojega) poklica je izvedenec izvedel zaključek. To mnenje je pravzaprav odgovor, ki ga je sodišče želelo od izvedenca.

Z določbami 2. in 3. odst. 253. člena ZPP se ureja vprašanje *oprostitve od dolžnosti izvedenstva*. Če se ugotovi, da obstajajo okoliščine, navedene v odst. 2. 253. člena ZPP oziroma razlogi, zaradi katerih bi lahko tudi priča zavrnila pričanje ali odgovor na posamezno vprašanje, mora ustrezno sodišče izdati odločbo o oprostitvi izvedenca od dolžnosti izvedenstva. Sodni izvedenec ima pravico do samostojne pritožbe za izločitev (378. in 379. člen ZPP).

Čeprav v določbah 2. odst. 253. člena ZPP ni izrecno omenjeno, lahko trdimo, da bi določen sodni izvedenec, skupaj z obstojem okoliščin iz 237. in 238. člena ZPP, lahko zahteval, da se ga oprosti od dolžnosti izvedenstva tudi takrat, ko bi z izvedenstvom kršil dolžnost varovanja poklicne ali vojaške skrivnosti (237. člen ZPP).

Sodišče lahko, zaradi njegovega zahtevka in drugih utemeljenih razlogov, sodnega izvedenca oprosti od dolžnosti opravljanja izvedenstva (3. odst. 253. člena ZPP). V določbi 3. odst. 253. člena ZPP ti »*drugi utemeljeni razlogi*«, zaradi katerih sodišče lahko oprosti izvedenca od dolžnosti izvedenstva na podlagi njegovega zahtevka, niso poimenovani. Menimo, da bi to, v prvi vrsti, lahko bilo dejstvo, da sodni izvedenec nima potrebnega strokovnega znanja ali tehničnih sredstev za opravljanje izvedenstva. Drugi možni utemeljeni razlogi bi bili zasedenost, zaradi drugih uradnih ali neodložljivih zasebnih zadev, bolezni, uradno pridržanje, obstoj okoliščin, zaradi katerih lahko stranke zaprosijo izločitev sodnega izvedenca ipd.

Sodišče ocenjuje utemeljitev razloga glede na lastno prepričanje, ki temelji na skrbni in temeljiti presoji (8. člen ZPP). Pri tem sodišče ni vedno dolžno sprejeti vloge izvedenca tudi, če ugotovi, da so njegovi razlogi upravičeni. To je zato, ker so lahko nekateri izvedenci, zaradi njihovega posebnega strokovnega znanja *de facto* nenadomestljivi.

Opravičenje od dolžnosti izvedenstva lahko zahteva tudi pooblaščen oseb tretjega organa ali pravne osebe, v kateri je strokovnjak zaposlen. Ustanova lahko zahteva oprostitev od dolžnosti izvedenstva za svojega pooblaščenega zaposlenega, praviloma, takrat ko je zaradi dela v sami ustanovi opravljanje izvedenstva prepovedano, zlasti če je predvideno, da bo izvedenstvo trajalo dlje časa.

Sodni izvedenec ima pravico do posebne odločilne tožbe, zoper odločbo sodišča, s katero se zavrača zahtevek sodnega izvedenca ali ustanove za oprostitev od sodnega izvedenstva.

## 6 Izločitev sodnega izvedenca

S določbami 254. člena ZPP se urejajo pogoji, način in postopek za izločitev izvedenca.

Izvedenec je lahko izločen zaradi istih razlogov, zaradi katerih bi lahko bil izločen sodnik. Vlogo izvedenca ne morejo opravljati člani sveta, zapisnikar, stranka in njen zastopnik. Za izvedenca pa je lahko imenovana oseba, ki je zaslišana v isti pravdi kot priča. Za sodnega izvedenca sodišče ne more določiti osebe, ki jo je ena izmed strank predhodno najela, da ugotovi določena dejstva.<sup>19</sup>

Določbe 254. člena ZPP o izločitvi sodnega izvedenca, se uporabljajo le, če je stranka postavila zahtevek. Stranka je dolžna predložiti zahtevek za izločitev sodnega izvedenca takoj, ko ugotovi, da obstaja razlog za izločitev, in najkasneje pred začetkom izvajanja dokazov z izvedenstvom. Če je sodišče zaslišalo stranko o sodnem izvedencu pred imenovanjem izvedenca, se je stranka dolžna izreči o izločitvi (2. odst. 254. člena ZPP). V zahtevku za izločitev izvedenca je stranka dolžna navesti okoliščine, na katerih temelji njen zahtevek za izločitev. Stranka se ne more sklicevati na nezadostno strokovno znanje izvedenca kot razlog za njegovo izločitev.

Čeprav iz določb 254. člena članka 254. ZPP ni izrecno razvidno, da se izvedenca lahko izloči tudi po poklicni dolžnosti, se zdi ne nepomembno, da lahko sodišče tudi po poklicni dolžnosti zavrne izvedenca (251. člen ZPP), če ugotovi, da okoliščine navedene v 71. členu ZPP vodijo v sum njegove nepristranskosti.

Če obstajajo okoliščine iz 71. člena ZPP, lahko izvedenec tudi sam poskusi doseči oprostitev od dolžnosti izvedenstva (3. odst. 253. člena ZPP). Če izvedenec sam ugotovi, da obstajajo nekateri pridržki iz 71. člena ZPP, bo zaprosil, da bo v skladu z določbami 253. člena ZPP oproščen dolžnosti izvedenstva. Sodišče lahko izvedenca, tudi na njegovo zahtevo, oprosti od dolžnosti izvedenstva tudi na podlagi drugih utemeljenih razlogov (Pogarčič, 1999: 146).

Določbe 2. in 6. odst. 254. člena ZPP določajo rok, v katerem lahko stranka vloži zahtevo za izločitev sodnega izvedenca. Stranka je dolžna predložiti zahtevo za izločitev sodnega izvedenca, takoj ko ugotovi, da obstaja razlog za izločitev in najkasneje pred začetkom izvajanja dokazov z izvedenstvom. Če je sodišče zaslišalo stranko o sodnem izvedencu, pred imenovanjem izvedenca, se je stranka dolžna izreči o izločitvi. Če je stranka odkrila razlog za izločitev po opravljenem izvedenstvu in se zaradi tega pritoži glede izvedenstva, mora sodišče ravnati, kot da bi bil zahtevek za izločitev vložen pred opravljenim izvedenstvom. Po opravljenem



izvedenstvu lahko stranka, v skladu z določbami 6. odst. 254. člen ZPP, izpodbija izvedenstvo le, če je razlog za izločitev odkrila po poteku izvedenstva.

O zahtevku za izločitev odloča sodišče. Če jima je zaupana predložitev dokazov z izvedenstvom, o izločitvi odloča sodnik zaprosenega sodišča in predsednik sveta. Ko sodišče sprejme zahtevo stranke za izvzetje sodnega izvedenca, bo nemudoma imenovalo novega izvedenca. Če sodišče sprejme zahtevo stranke za izločitev izvedenca, zaradi okoliščin iz 6. odst. 254. člena ZPP oziroma po opravljenem izvedenstvu imenuje novega izvedenca in ponovi že opravljen postopek izvedenstva.

Morebitno sodelovanje v postopku izvedenca, za katerega je bila podana podlaga, da bo izločen, ne predstavlja absolutno bistvene kršitve določb pravnega postopka (2. odst. 354. člena ZPP).

Zoper odločbo o zahtevi za izločitev sodnega izvedenca, ni dovoljena pritožba, prav tako, proti odločbam, ki zavračajo zahtevo, ni dovoljena posebna pritožba.

## 7 Vabljenje sodnega izvedenca

Sodne izvedence se vabi s pisnim vabilom, v katerem so navedeni ime, priimek in interes povabljenega, čas in kraj prihoda, predmet, na katerega se nanaša izvedenstvo, in oznaka, da gre za vabilo za izvedenstvo. V vabilu mora biti izvedenec obveščen o posledicah neupravičene odsotnosti (256. člen ZPP) in na pravico do povračila stroškov (257. člen ZPP). Na vabilo se morajo odzvati tudi osebe, ki menijo, da nimajo strokovnega znanja ali tehničnih sredstev, potrebnih za opravljanje izvedenstva, in tiste osebe, ki menijo, da niso dolžne opravljati izvedenstva, zaradi drugih razlogov, saj vabljenemu ni možno prepustiti, da sam presodi ali je resnično in pravno sposoben opravljati izvedenstvo (Triva, Belajec & Dika, 1986: 435).

## 8 Naročilo sodnega izvedenca in identifikacija sodnega izvedenca

Določba 258. člena ZPP ureja tako imenovano *pripravljalno fazo* izvedenstva, v okviru katere mora sodišče izvedenca seznaniti s predmetom izvedenstva. V tem smislu bo sodišče pozvalo strokovnjaka, da predmet izvedenstva temeljito preuči, da natanko navede, vse kar opazi in ugotovi ter da svoje mnenje poda v skladu s pravili znanosti in veščine. *Določitev predmeta in obsega izvedenstva* je še posebej pomembna, saj lahko

nenatančna določitev predmeta in obsega izvedenca ali njuna popolna odsotnost povzročita potrebo po številnih dopolnjevanjih mnenja ter s tem nepotrebno podaljšanje postopka in dodatne stroške (Zečević et al., 2004: 150).

Pri tem bo sodišče izvedenca opozorilo tudi na posledice *lažnega mnenja*. Sodni izvedenec, ki v postopku, pred sodiščem, poda lažne ugotovitve, bo kaznovan z denarno kaznijo ali zaporno kaznijo za dobo do treh let (Kazneni zakon, Narodne novine, br. 110/97, 28/98, 50/00, 129/00, 51/01, 111/03, 105/04; 303. člen). Ugotovitev izvedenca je lažna, kadar strokovnjak v njej ne navede vsega, kar je opazil in ugotovil ali navede, da je opazil in ugotovil nekaj, kar ne obstaja, tudi, če v svojem strokovnem mnenju, v nasprotju s svojo vestjo ter poznavanju znanstvenih pravil ali poklicnih pravil, poda nepravilne sklepe.

Od sodnega izvedenca se lahko zahteva, da poda le ugotovitve ali pa ugotovitev in mnenje o predmetu izvedenstva. Ali sodišče od izvedenca zahteva le mnenje ali mnenje in izvid je odvisno od tega, kaj se določa s postopkom izvedenstva. Če mnenja sodnega izvedenca niso dana po sodni preiskavi in se v sodnem postopku uporabijo kot dokaz, se ne štejejo za dokaze v smislu ZPP.<sup>20</sup>

Za tem bi sodnik izvedenca moral vprašati po imenu in priimku, poklicu, bivališču, kraju rojstva, starosti in njegovem odnosu s stranko (2. odst. 258. člen ZPP).

## 9 Vodenje izvedenstva

V skladu z načelom sodnega vodenja postopkov, sodišče vodi postopek izvedenstva tako, da neposredno nadzoruje delovanje izvedenca, temu postavlja vprašanja, zahteva pojasnitve, izvedenčevo pozornost usmerja v določene okoliščine, mu daje potrebne informacije o poteku pravnega postopka in okoliščinah, ki so pomembne za izvedenstvo, izvedencu daje možnost, da sledi glavni obravnavi ipd. (259. člen ZPP).

Izvedenci so svoje obveznosti do strank dolžni, v skladu z načelom objektivnosti, nepristanskosti in strokovnega znanja, izpolnjevati odgovorno, skrbno, profesionalno in etično neoporečno (Etički kodeks Statuta Hrvatskog društva sudskih vještaka z 12. februarja 2011; v nadaljevanju: Kodeks; 2. člen) ter upoštevati vse zakonske in druge predpise, mednarodna pravila in poklicna pravila (3. člen Kodeksa).

Kar se tiče *načina in kraja izvajanja izvedenstva*, se izvedenstvo lahko opravi v prisotnosti sodnika/ senata in izven sodne hiše. Izven zgradbe, ki je sodišče, se lahko izvajajo le tista uradna dejanja, ki so na osnovi zakonskih predpisov potrebna za obravnavanje posameznih predmetov. V zvezi s tem, o potrebi po izstopu zaradi opravljanja izvedenstva odloča svet ali posamezen sodnik, ki obravnava ta predmet, a je o vsakem uradnem poslovanju izven sodišča treba obvestiti urad predsednika sodišča (86. člen SP). Predsednik sodišča in sodniki, ki opravljajo uradno delo izven sodne hiše si morajo prizadevati poslovanja, v katerih sodelujejo sodni izvedenci, pripraviti tako, da isti izvedenec, ob priliki odhoda v istem ali približno istem času, na istem ali približno istem kraju ali v smeri, opravi več postopkov izvedenstva ali drugih uradnih poslov (87. člen SP). Če je predmet izvedenstva zagotovljen, se lahko izvedenstvo opravi tudi na sodišču, najpogosteje pa sodni izvedenec opravlja izvedenstvo na podlagi navodila, ki ga je dobil v odločbi sodišča, s katero je določeno izvedenstvo, zatem pa svoje ugotovitve ter mnenje predloži sodišču in pravnim strankam.

Sodišče ni vezano niti na strokovne ugotovitve niti na mnenja izvedencev ter jih lahko, v skladu s pravili logike, preizkusijo in kritizirajo.

Vodenje izvedenstva se, med drugim, odraža tudi v predstavi predmeta izvedenstva izvedencu. Izvedenec je vezan na navodila in zahteve sodišča, saj je sodišče odredilo izvedenstvo in se zaveda, na katera strokovna vprašanja se iščejo odgovori. Zato je med sodiščem in sodnim izvedencem potreben stalen stik in sodelovanje, saj to zagotavlja dajanje dodatnih navodil izvedencu tako kot smernic za njegovo delo.

Stranke, njihovi zakoniti zastopniki in pooblaščenca lahko, s soglasjem predsednika senata, izvedencu neposredno postavljajo vprašanja (311. člen ZPP).

Če sodišče ni izvedlo postopka izvedenstva in še posebej, če sodnemu izvedencu ni določilo predmet in smer izvedenstva, je storilo bistveno kršitev določb pravnega postopka.<sup>21</sup>

Skupaj z materialom, ki ga ima, izvedenec pogosto potrebuje tudi druge informacije, ki so znane sodišču. V tem smislu se izvedencu lahko podajo pojasnila ter se mu omogoči pregled spisa, o katerem dokončen sklep sprejme sodišče. V praksi se sodnemu izvedencu vedno da dokumentacija za obravnavo, saj presoja in izvedenstvo običajno ne vsebujeta dovolj informacij o predmetu spora. Poleg tega

je vpogled v dokumentacijo posebnega pomena, kadar ugotovitve in mnenja ni možno podati na temelju preučitve predmeta ali na licu mesta, ker okoliščine in sledi več ne obstajajo, ampak se to lahko stori le na podlagi pisnih dokazov, pričanj prič ali strank, ki so v spisu navedene. Iz istega razloga je predvideno tudi dovoljenje izvedencu, da strankam postavlja vprašanja in s tem tudi dolžnost strank, da izvedencu zagotovijo potrebna pojasnila. Če je v zadevi določeno izvedenstvo različnih področij, s strani dveh ali več sodnih izvedencev, lahko ti, drug od drugega, zaprosijo za pojasnitve, potrebne za izdelavo njihovih izvidov in mišljenj (Kulenović: 288).

Izvedenec lahko sodišču pojasni potrebo oziroma namen, da se postopek izvedenstva izvede izven naročenega, a končno odločitev o tem sprejme sodišče. Tako se na zahtevo izvedenca lahko predložijo novi dokazi za določitev okoliščin, pomembnih za pridobitev mnenja sodnega izvedenca. Na primer, izvedenec lahko predloži izvedbo dokazov z dobavo predmetov, da bi se določile okoliščine, ki so pomembne za oblikovanje mnenja izvedenca. Tega se lahko udeležijo tudi očitvidci (Dika & Čizmić, 1999: 443-444).

## 10 **Obrazložitev izvida in mnenja sodnega izvedenca**

Dejavnost izvedenca sestavljata priprava izvida in mnenja ter njuna ustna ali pisna predstavitev sodišču.<sup>22</sup> Sodišče bo odredilo ali ju izvedenec le ustno na obravnavi ali če ju naj predloži tudi pisno pred samo obravnavo (260. člen ZPP). V odločbi, s katero se določa izvedenstvo, bo sodišče zato določilo tudi način, po katerem bo izvedenec predložil svoje izvide in mnenja, običajno pa je, da izvedenec to stori neposredno na zaslišanju ali v pisni obliki.<sup>23</sup> Napaka sodišča, da izvedenca zasliši neposredno na zaslišanju, je lahko le relativno pomembna kršitev določb pravnega postopka.<sup>24</sup> Izvid in mnenje sodnega izvedenca, ki nista pridobljena na podlagi sodnega naloga in nista bila pridobljena na glavni javni obravnavi, nista pravno veljaven dokaz. Sodba sodišča ne more temeljiti na takšnih dokazih.<sup>25</sup>

Sodni izvedenci obveščajo sodišče o svojih sedanjih ugotovitvah, iz katerih eventualno izvajajo svoje zaključke o dejstvih, ki so se zgodila v preteklosti. Izvedenstvo se opravlja zaradi dejstev, ki obstajajo v času sojenja in ki bi jih tudi sodišče samo lahko opazilo in razjasnilo, če bi razpolagalo s potrebnim strokovnim znanjem (Triva, Belajec & Dika, 1986: 434; Triva & Dika, 1957: 526).

Sodni izvedenec predstavi svoje izvide ustno na obravnavi, lahko pa jih predstavi tudi pred obravnavo, tako pisno in ustno na obravnavi, a ne zgolj pisno.<sup>26</sup> Če bi izvide in mnenje bila podana le pisno, sodišče ne bi moglo postavljati vprašanj in prositi za obrazložitve. Enako velja tudi za stranke, ta pravica strank je predpisana z določbami 302. člena ZPP, kjer je, posebej v 2. odstavku, predpisano, da lahko stranka in njen zastopnik ali pooblaščenec, s soglasjem predsednika senata, neposredno postavljata vprašanja sodnim izvedencem. V manj zapletenih izvedenskih postopkih se izvid in mnenje izvedenca podata takoj pred sodiščem ter se poda ustno mnenje. Kadar pa je izvedenstvo bolj zapleteno ali kadar je to sicer potrebno, sodišče določi, da izvedenec svoje izvide in mnenje predloži pisno pred glavno obravnavo, tako kot tudi rok, v katerem je to treba storiti. Poleg tega, da je sodišče odločilo, da mora izvedenec svoje izvide in mnenje predložiti pisno, se je izvedenec dolžan odzvati pozivu na sodno obravnavo, na kateri se bodo obravnavale njegove ugotovitve in mnenje. Tako bodo njegove izvide in mnenje na obravnavi boljše obravnavana, stranke pa imajo možnost postavljanja vprašanj sodnemu izvedencu in tega povprašati po obrazložitvah.

V zapisniku o izvedenstvu bi bilo potrebno, poleg informacij, ki jih vsebuje vsak zapisnik o opravljenem pravnem delu, navesti tudi podatke o sodnem izvedencu in njegovi strokovnosti. Ti podatki morajo biti navedeni tudi v pisni ugotovitvi in mnenju. To je na primer pomembno zaradi morebitne razprave o izključitvi ali izločitvi sodnega izvedenca, zaradi ocene vrednosti ali zanesljivosti izvida in mnenja, določitve kazenske odgovornosti sodnega izvedenca, za lažno pričanje ipd.

Dejstva, ki jih sodni izvedenec ugotovi pri raziskovanju v skladu s pravili svoje znanosti ali poklica, predstavljajo izvid (*visum repertum*) sodnega izvedenca. Tako so v njem vsebovane vse informacije o vsem, kar je sodni izvedenec opazil ali odkril v postopku izvedenstva oziroma informacije o dejstvih, ki so pomembna za pravdni postopek. Izvid mora biti popolna in objektivna izjava o ugotovljenem dejanskem stanju. Izvid je torej točen opis stanja in sprememb, ki so objektivno določene (Gnjidić, Bilić & et al, 2008: 20). Pri pripravi medicinskega izvedenstva, na primer, se izvid začne z navajanjem osebnih podatkov poškodovanega in z opisom nastanka ter mehanizma nesreče. Naslednji del izvida je seznam diagnosticiranih dokaznih poškodb iz zdravstvenih kartotek. Zaporedje pacientovega zdravljenja se navaja kronološko, pri tem se navaja številka seznama sodne datoteke, na kateri je napisan nek izvid. Sestavni del izvida izvedenstva je obvezni pregled pacienta in se nikakor ne sme izpustiti pri sodnem izvedenstvu (Iveković, 2010: 119).

Na podlagi izvida sodni izvedenec, v skladu s pravili znanosti in stroke, poda svoje *mnenje (parere)*. Gre za povzeto tolmačenje informacij iz izvida, predstavljenih v skladu z zakonskimi predpisi, ki se nanašajo na predmet izvedenstva (na primer o resnosti telesnih poškodb, vzroku smrti, pravici oškodovanca, na nadomestitev nematerialne škode ipd.) (Škavić & Zečević, 2010: 15). Mnenje izvedenca potemtakem predstavlja strokovno oceno sodnega izvedenca o ugotovljenih dejstvih. Izvid in mnenje sodnega izvedenca predstavljata njegovo pričevanje in morata biti utemeljena na preverjenih dejstvih in morata biti predstavljena natančno in jasno. Z drugimi besedami, v izvidu se podajo osnovne informacije o predmetu izvedenstva in odkritem stanju, zato je izvid svojstven opis predmeta izvedenstva. Z mnenja sodnega izvedenca je razvidno, na podlagi katerih pravil (svojega) poklica, je izvedenec izvedel zaključek. Mnenje je v bistvu odgovor, ki ga je sodišče želelo od sodnega izvedenca.

Izvedenec ne sme opravljati pravne ocene dejstev, tolmačenja pravne norme ali katere koli druge dejavnosti, ki je v izključni pristojnosti sodišča. ZPP ne izključuje možnosti, da se od sodnega izvedenca zahteva le izvid in mnenje, kar ne prepoveduje, da se od enega izvedenca zahteva izvid in od drugega mnenje, če se, na primer, za izvid in za mnenje iščeta različno strokovno znanje in veščine.

Naloga, ki jo v sodišče da medicinskemu sodnemu izvedencu v pravnem postopku je, da je zdravnik obveščen o poškodbah, ki jih je imela oškodovana oseba, o obliki in intenzivnosti zdravstvene škode in da se poda mnenje o posledicah, ki jih bo trpela oškodovana oseba, zaradi teh poškodb (prim. Zečević et al., 2004: 275). Medicinski izvedenec mora voditi seznam o resnosti poškodb, trajanju, kakovosti in številu ter resnosti diagnostičnih in terapevtskih postopkov, katerim je oškodovana oseba/tožnik bil izpostavljen med postopkom zdravljenja in rehabilitacije (Marović, Medvidović & Štimac, 2006: 82).

Kar se tiče pravnih zahtev za nadomestilo škode, je naloga medicinskega sodnega izvedenca, da medicinski slovar spremenijo v pravnega, oziroma v tisto, kar pravo razume kot »nadomestilo škode« (pravni pojmi) ter na tak način pomagajo in olajšajo sodišču pri ugotavljanju dejstev, od katerih je odvisna ustreznost pravnega zahtevka (Štimac, Marović & Šarić, 2010: 51). Še posebej pomembno je, da v pravnih zahtevkih za *nadomestilo škode, povzročene z dajanjem zdravstvenih storitev*, sodni izvedenci s svojim znanjem sodišču in strankam jasno predstavijo situacijo, v kateri obstaja zgolj možnost vzročne zveze, od tistih, kjer je ta možnost manjša ali večja oziroma od tistih, v

katerih menijo, da je obstoj te zveze nedvomen (gotov). Enako bi morali obravnavati tudi pri zavzemanju stališča za vrsto in obseg same škode (prim. Dika, 2007: 7). Izvedenstvo je eno najpomembnejših vprašanj v pravnih zahtevah za nadomestilo škode, povzročene z dajanjem zdravstvenih storitev, med drugim tudi zaradi težav pri iskanju osebe, ki je dovolj profesionalna in tudi dovolj objektivna za opravljanje te funkcije, na primer tudi, ker je težko najti sodne izvedence (zaradi slabših poklicnih/znanstvenih kvalifikacij), ki lahko kakovostno ovrednotijo in ocenijo delo, ki so ga opravili vrhunski strokovnjaki na določenem medicinskem področju/ industriji. Poleg tega se pojavijo vprašanja objektivnosti sodnega izvedenca, njegove pripravljenosti, da izven meja, ki jih nalagajo »profesionalna solidarnost«, »kolegialnost«, možnost, da bi se samo znašli v situaciji oseb, katere delo se ocenjuje ipd. (prim. Dika, 2007: 7).

*Medicinsko izvedenstvo nepremoženjske škode* je najzahtevnejši in najbolj zapleten segment medicinskega izvedenstva na splošno. Spremembe 19. člena Zakona o obveznim odnosima (Narodne novine, št. 35/05 z dne 17. marca 2005) oziroma opredelitve *osebnostnih pravic*<sup>27</sup> posodablja in določajo vlogo sodnih izvedencev v postopku pred sodiščem. S tem pridobiva tudi njihova vloga na pomenu, saj vsaka kršitev osebnostnih pravic ne pomeni brezpogojne pravice oškodovanca do izplačila pravične denarne odškodnine, temveč lahko oškodovana oseba uveljavlja to pravico le v primeru, če sodišče pride do ugotovitve, da resnost kršitve in okoliščine zadeve to opravičujejo (Kauzlarić, 2007a: 9; Glej tudi Kauzlarić, 2007b: 91-100). Z drugimi besedami, resnost telesne poškodbe, sama po sebi, ne ustvarja pravice do odškodnine, temveč samo posledice poškodb, zaradi katerih oškodovana oseba trpi ali zaradi katerih ima duševne bolečine.<sup>28</sup> V pravnih zahtevah za nadomestilo nepremoženjske (nematerialne) škode imajo izvedenci ključno vlogo pri ugotavljanju zdravstvene škode, ki je povzročila fizične bolečine, strah, odstotek zmanjšanja življenjskih aktivnosti, skaženost ipd. V teh pravnih zahtevah je potrebno preučiti pravne in zdravstvene vidike oziroma je nujno potreben multidisciplinarni pristop. To kaže na nujno in vestno sodelovanje med sodniki in medicinskimi sodnimi izvedenci, pri čemer je vedno treba upoštevati, da je sodnik *dominus litis*.

V primerih, ko pravni sistem oškodovancu prizna pravico do odškodnine nepremoženjske škode, izgleda kot zelo harmonično vprašanje določanja objektivnih medicinskih, a za tem tudi pravnih kriterijev, po katerih se bo ocenjevalo ali obstaja splošna pravica oškodovanca na takšno odškodnino, in če ja, v kakšnem denarnem znesku (Crnić, 2008: 51). Sodna praksa bi morala biti enotna kot v

primeru, da bi državljani (oškodovanci) pri zahtevkih za pravno denarno odškodnino, pri trpljenju enakih ali podobnih telesnih posledic in duševnih poškodb, prejeli približno enake denarne zneske. Da bi se to doseglo, je v praksi nujno potrebno primerjanje orientacijskih pravnih in medicinskih meril. Medicinska in pravna merila so medsebojno pogojena (Štimac, Marović & Šarić, 2010: 51). Pomanjkanje meril omogoča medicinskim laikom in pooblaščenecem strank, da koristijo neutemeljene ali nezadostno utemeljene podatke, da namerno pretresajo avtoriteto sodnega izvedenca in zanikajo njegovo mnenje oziroma ga prisilijo na določeno popuščanje. Na drugi strani pa uporaba merila omogoča sodišču, da aktivno spremlja predstavitev sodnega izvedenca ter sprejemanje poštene odločbe z znatno olajšanim razumevanjem predmeta in hitrejše razreševanje kakršnihkoli nejasnosti. S tem se izognemo nepotrebному, pogosto prekomernemu in neutemeljenemu zahtevku za dodatno izvedenstvo, še posebej nekaterim zavarovalnicam, ki zlorabljajo pooblastila za postopke za dodatno odlaganje postopka (Marović, Medvidović & Štimac, 2006: 83).

Vrhovno sodišče je 29. novembra 2002 sprejelo *pravna merila (Orientacijski kriteriji i iznosi za utvrđivanje visine pravične novčane naknade nematerialne štete)* (usmeritvenega značaja) in se redno uporabljajo v vseh pravnih postopkih, za nadomestila nematerialne škode na vseh stopnjah sojenja, tako tudi za škodljive dogodke, ki so se zgodili že prej, in za tiste, ki so se zgodili po njihovi uzakonitvi.

Kar se tiče medicinskih kriterijev, je njihov obstoj nujen, zlasti v praksi se morajo, pri odsotnosti edinstvenih, splošno sprejetih usmeritvenih medicinskih kriterijev, ki bi jih sodni izvedenci uporabljali v pravnih postopkih za nadomestilo nematerialne škode, uporabljati notni kriteriji. Izvedenci se v primeru odsotnosti veljavnih argumentov obrnejo na nedefinirano literaturo (v zadnjem času), izkušnje, običajno metodologijo in na spoštovane avtorje ter ustanove in institucije, ki stojijo za njim, kar je nesprejemljivo (Štimac, Marović & Šarić, 2010: 51). Opozoriti je treba, da bi v praksi morali uporabljati medicinske kriterije, ki so objavljeni v knjigi (Zečević et al., 2004) *Sudska medicina i deontologija*, ker v celoti izpolnjujejo zahtevane pogoje in so združljivi s pravnimi kriteriji Vrhovnega sodišča ter so v skladu z novim pojmom nepremoženjske škode po določbah ZOO/2005.



Enako bi bilo, za psihiatrični del oziroma psihiatrične kriterije, treba spoštovati kriterije, ki so naknadno sprejeti in objavljeni v knjigi Goreta (2008) *Psihijatrijska vještačenja povrede duševnog integriteta kao oblika neimovinske štete*, ki so prilagojeni ZOO/2005 in zgoraj omenjenim pravnim kriterijem Vrhovnega sodišča.

Treba je razložiti vse tabele usmeritvenega tipa in vsak odstotek omejitve ali pa je treba vsak odstotek razložiti.<sup>29</sup> Sodni izvedenec lahko izbere, katere tabele želi. Tako izpolnjeni medicinski kriteriji v celoti ustrezajo potrebam zakonodaje in sodne prakse ter zagotavljajo enakopravnost in varnost državljanov, hkrati pa predstavljajo zaščito za oškodovance pri zahtevkih za nepremoženjsko škodo (Štimac, Marović & Šarić, 2010: 53).

Sodišče bo odredilo rok za pisno predložitve izvida in mnenja. Sodni izvedenec je praviloma dolžan izvedenstvo opraviti v roku, ki mu ga določi sodišče. V primeru, da te dolžnosti ne more izpolniti v danem roku, mora o tem obvestiti stranko (7. člen Kodeksa). Rok v katerem je sodni izvedenec dolžan predložiti svoj izvid in mnenje sodišču, je sodniški rok, ki je odvisen od zapletenosti predmeta izvedenstva ter drugih objektivnih okoliščin, ki bi se lahko pojavile na strani izvedenca. Ta rok se lahko, po potrebi, podaljša (111. člen ZPP). Senat ne more zaključiti zaslišanja, če se izvid in mnenje izvedenca še pričakujeta.<sup>30</sup>

Stalni sodni izvedenci so dolžni spoštovati roke določene z odločbo, s katero jim je izvedenstvo zaupano. Če izvedenec ne more dokončati izvedenstva v določenem roku, zaradi objektivnih razlogov, je dolžan, najkasneje 8 dni pred iztekom roka, sodišču predložiti poročilo obrazložitve, zaradi katerih ne more opraviti izvedenstva, kratek pregled rezultatov, pridobljenih z dosedanjim delom in naveden rok, do katerega bo opravil izvedenstvo (15. člen PSSV). Pri zahtevnejših postopkih izvedenstva, pri katerih je določen daljši rok za izvedenstvo, je sodni izvedenec, vsak mesec, od dneva, katerega mu je bilo izvedenstvo zaupano, dolžan sodišču predložiti, kratko poročilo o rezultatih, ki jih je do tedaj pridobil (16. člen PSSV).

Stranka, ki ugovarja izvidu sodnega izvedenca, mora izpostaviti konkretne pomisleke, saj ne zadošča, če se pritoži splošno. Izjava stranke, da je izvid sodnega izvedenca neprofesionalen je nezadostna, saj s tem ne dokaže ali utemelji, zakaj je izvid neprofesionalen. Izjava o izvidu sodnega izvedenca mora biti izrecno določena in v njej mora biti natanko utemeljeno, kaj je vzrok za neprofesionalnost izvedenca.<sup>31</sup> Pri presoji pripomb strank o izvidu sodnega izvedenca, mora sodišče prve stopnje

preučiti dejstva, ki so vodila do ustreznosti ali neustreznosti teh pripomb, saj ne zadošča zgolj sklicevanje na mnenje izvedenca.<sup>32</sup> Stranki je sodelovanje na sodni obravnavi onemogočeno, če njene pripombe o izvidu in mnenju niso bile dostavljene sodnemu izvedencu, prav tako pa sodni izvedenci na glavni obravnavi o njih ni bil zaslišan.<sup>33</sup>

Opustitev sodišča, da sodnega izvedenca zasliši neposredno na obravnavi, je lahko le relativna bistvena kršitev določb pravnega postopka.<sup>34</sup> Okoliščina, da sodni izvedenec ni povabljen na zaslihanje, zaradi ustnega predloga izvida in mnenja, ni bistvena kršitev določb pravnega postopka, če stranke, v povezavi z izvidom in mnenjem, niso imele nobenega ugovora ali vprašanja, ki ga je on pisno podal.<sup>35</sup> Z drugimi besedami, če sodni izvedenec ne pride na glavno obravnavo in se na samem zaslišanju ugotovi, da sta izvid in mnenje jasna, popolna in dosledna ter da stranke nimajo pripomb o njima ali vprašanj za sodnega izvedenca, bi bilo v nasprotju z načelom procesne ekonomije, da bi se obravnava preložila. Zato je predvideno, da glavna obravnava lahko poteče tudi v odsotnosti sodnega izvedenca, a se v tem primeru, namesto ustnega predloga izvida in mnenja, ta dokaz predloži z branjem njegovega pisnega izvida in mnenja s strani sodišča (prim. Kulenović:288).

Sodni izvedenec mora vedno pojasniti svoje mnenje (2. odst. 260. člena ZPP). Sodišče je dolžno izvedenca povabiti na obravnavo, da razloži svoj izvid in mnenje ter se odzove na ugovore strank.<sup>36</sup> Menimo, da je sodni izvedenec dolžan, zraven mnenja, obrazložiti tudi svoj izvid, saj okoliščine, ki jih je izvedenec opazil s pomočjo znanstvenih pravil in poklicnih pravil, niso vedno dostopne osebam, ki nimajo potrebnega strokovnega znanja (Zuglia & Triva, 1957: 592). Dolžnost sodnega izvedenca je, da svoje mnenje razloži, v skladu s pravico sodišča in strank, da izvedenca preverijo in kritizirajo. Namen ustne predložitve izvida in mnenja izvedenca je, da se strankam, s postavljanjem vprašanj izvedencu, omogoči, da se morebitne pripombe na njegov izvid in mnenje razjasnijo.<sup>37</sup> Sodišče izvaja (bistveno) kršitev določb pravnega postopka, če eni izmed strank ne omogoči, da poda pripombe o izvidu in mnenju sodnega izvedenca.<sup>38</sup>

Nepopolni izvid in mnenje lahko sodni izvedenec, na zahtevek sodišča, predlog strank ali z lastno iniciativo naknadno dopolni.

Če sodni izvedenec svoj izvid in mnenje predloži samo sodišču, je dolžan priložiti tudi zadostno število kopij za stranke. Sodišče jih bo nemudoma po prijemu dostavilo strankam oziroma njihovim pooblaščenecem. Sodišče bo, po možnosti, strankam predložilo pisni izvid in mnenje pred obravnavo, na kateri se bo o njih razpravljalo (3. odst. 260. člena ZPP). S tem se strankam omogoči, da temeljito preučijo izvid in mnenje sodnega izvedenca ter da se pravočasno pripravijo na razpravo o rezultatih izvedenstva in da pripravijo morebitne predloge za dopolnitev izvedenstva in razjasnitve izvida in mnenja.

Okoliščina, da se izvedenstvo opravi brez prisotnosti stranke, sama po sebi, ne predstavlja bistvene kršitve določb pravnega postopka. Če se stranka ne strinja z izvidom sodnega izvedenca, lahko odda pripombo o izvidu. Sama izjava stranke, da ne prizna izvedenstva, ni dovolj bistven razlog, da se določi novo izvedenstvo.

Strankam je razpravljanje pred sodiščem onemogočeno, če njihove pripombe k izvidu in mnenju sodnega izvedenca niso bile predložene izvedencu, kakor tudi če o njih ni bil zaslišan na glavni obravnavi.<sup>39</sup>

Z dovoljenjem, da se od sodnega izvedenca zahteva, da na zahtevek stranke pojasni določeno odločilno okoliščino, ki je povezana z njegovim izvidom in mnenjem, sodišče tej stranki onemogoči razpravo pred sodiščem.<sup>40</sup>

## **11 Protislovja in pomanjkljivosti izvida in mnenja**

Izvid in mnenje sodnega izvedenca sodišče ovrednoti po pravilih o prosti oceni dokazov. Sodišče mora oceniti mnenje sodnega izvedenca, ne le v formalnem smislu, temveč, predvsem v vsebinskem pogledu.

Z določbami 261. člena ZPP je predvidena in določena izjema od pravila iz 1. odst. 252. člena ZPP, da izvedenstvo opravlja le en izvedenec. Sodišče zaradi izvedenstva namreč lahko angažira več izvedencev. Če je določenih več sodnih izvedencev, v primeru, da se strinjajo glede izvida in mnenja, lahko podajo tudi skupen izvid in mnenje. S tem se stroški postopka zmanjšajo in ne pride do nepotrebnega zavlačevanja postopka. Če pa se, o izvidu in mnenju ne strinjajo, vsak sodni izvedenec predloži lasten izvid in mnenje.

V primeru sodelovanja večih sodnih izvedencev, sodišče ni vezano niti na posamezno mnenje enega izvedenca niti na soglasno mnenje vseh izvedencev. Mnenje sodnega izvedenca ni zavezujoče za sodišče, temveč predstavlja dokazno sredstvo, ki ga sodišče oceni po prostem preudarku, zato ga lahko sprejme ali zavrne. Če sodišče zavrne mnenje sodnega izvedenca, se odloči na podlagi drugih dokazov, ki jih ima na razpolago. Če ni drugih dokazov, velja, da je dejstvo, ki ga je bilo treba dokazati z izvedenstvom, ostalo nedokazano.<sup>41</sup>

Toda, na primer, če imata medicinski sodni izvedenec, ki ga je za to vlogo določilo sodišče, in zdravnik, katerega je pozvala stranka, različno mnenje o istih dejstvih, ne gre za razlike v izvidih in mnenjih dveh sodnih izvedencev.<sup>42</sup>

Določbe 2. odst. 261. člena ZPP določajo pristojnost sodišča v situaciji, v kateri ugotovi, da na podlagi rezultatov izdanega izvida, ne more potrditi ustreznih dejstev. Z določbami navedenega odstavka so predvidene sledeče pomanjkljivosti v izvidu sodnega izvedenstva: če se informacije sodnega izvedenca bistveno razlikujejo, če je njihov izvid nejasen, če je izvid nepopoln, če je izvid v nasprotju s samim s seboj ali z danimi pogoji. Če se teh pomanjkljivosti ne more odpraviti s ponovnim zaslišanjem sodnega izvedenca, se bo izvedenstvo obnovilo z istimi ali drugimi izvedenci. Vse navedene pomanjkljivosti morajo biti pomembne.

Najprej se mora poskusiti odpraviti omenjene pomanjkljivosti, in sicer s ponovnim zaslišanjem izvedencev (ti. *dopolnilno izvedenstvo*), ker je to pogoj za pristop k ponovnemu izvedenstvu. Odpravljanje pomanjkljivosti se lahko opravi z istimi ali drugimi sodnimi izvedenci oziroma v isti ali drugi strokovni instituciji (ti. *ponovno izvedenstvo*). Če se izvidi sodnih izvedencev bistveno razlikujejo, sodišče ni pooblaščen samo oceniti resničnosti nekega dejstva, v povezavi s katerim je bil izveden dokaz izvedenca, ki so ga sprejeli kot pravilen izvid enega izmed izvedencev.

Ko sodišče ne sprejme izvida in mnenja (ker sta nepojasnjena in nejasna) o stališču sodne prakse, nato imenuje drugega sodnega izvedenca, katerega izvid in mnenje oceni kot dopustna, ni dolžno pozvati drugega izvedenca, da bi ugotovil dejstva, zaradi katerih je izvedenstvo določeno.<sup>43</sup> Kadar se podatki o izvidu sodnega izvedenca razhajajo, bo sodišče, v skladu z določbami 2. odst. 261. člena ZPP, najprej poskušalo, s ponovnim zaslišanjem izvedenca, odpraviti pomanjkljivosti pri novih izvidih, če to ne uspe, bo vpoklicalo mnenje drugih izvedencev.<sup>44</sup> V skladu s stališčem dela sodne prakse, če se izvid in mnenje sodnega izvedenca bistveno

razlikujeta pri oceni dogodkov in posledic, sodišče ne more sprejeti mnenje enega sodnega izvedenca, temveč mora odrediti zaslišanje tretjega izvedenca.<sup>45</sup> Del sodne prakse pa zavzema stališče, da je sodišče v primeru, kadar si izvedenci nasprotujejo v mnenju, pooblaščen o oblikovati svoje stališče o problemu.<sup>46</sup>

Določbe 3. odst. 261. člena ZPP se nanašajo na določene pomanjkljivosti mnenja izvedenca, ki je prav tako predmet proste ocene dokazov. Sodni izvedenec mora svoj izvid in mnenje predložiti sodišču v jasni in nedvoumni izjavi ter obrazložiti in strokovno utemeljiti svoje mnenje ter navesti vire informacij, po katerih je posegel (8. člen Kodeksa).

Pomanjkljivosti mnenja sodnega izvedenca vključujejo: mnenje izvedenca vključuje protislovja, na primer med mnenji in dejstvi, ki so se ugotovila; mnenje ima pomanjkljivosti, na primer, ker je mnenje dvoumno, nepopolno ali se nanaša na okoliščine, ki niso predmet izvedenstva; pojavijo se utemeljeni dvomi o pravilnosti danega mnenja.<sup>47</sup> Pomanjkljivosti, katere koli vrste, se morajo nanašati na bistvena dejstva in okoliščine. Če se navedene nepravilnosti ne morejo odpraviti s ponovnim zaslišanjem sodnega izvedenca, se bo iskalo mnenje drugih sodnih izvedencev.

Sodni izvedenec ni niti organ sodišča niti uradna oseba, temveč se imenuje za vsak posamezen primer, da bi sodišču pripomogel s svojim strokovnim znanjem. Tako država ne odgovarja za krivdo izvedenca kot za uradno osebo, razen če je bilo izvedenstvo zahtevano od kakšne državne institucije (Dika, 2007: 6).

Če sodišče ugotovi, da je izvid prejšnjih sodnih izvedencev pravilen, se novega izvedenca omeji zgolj na predložitev mnenja.<sup>48</sup> Zoper odločitev, ki jo sodišče sklene, v skladu s tem članom, ni dovoljena posebna pritožba.

## **12 Pritožba zoper odločbo o imenovanju sodnega izvedenca**

Proti odločbi sodišča, s katero se imenuje sodnega izvedenca ali s katero se imenuje sodni izvedenec brez predhodnega zaslišanja strank; s katero se pooblasti predsednika senata ali zaprosenega sodnika, da določi sodnega izvedenca; ali namesto imenovanega sodnega izvedenca imenujejo drugega izvedenca; kakor tudi proti odločbam, s katerimi ocenjuje, da je izvedenstvo zapleteno, in določi dva ali več sodnih izvedencev oziroma izvedenstvo, ki ga zaupa strokovni in posebni ustanovi za določene vrste izvedenstva in s katerim se določi ponovno izvedenstvo,

z istimi ali drugimi sodnimi izvedenci ali se išče mnenje drugih izvedencev; ni dovoljena pritožba (262. člen ZPP). V skladu s stališčem sodne prakse, ZPP ne predvideva možnosti posebne tožbe zoper sodnega izvedenca, s katero bi se izvid in mnenje izvedenca izničila v drugem postopku.<sup>49</sup> Zato se tožba vložena s tožbenim zahtevkom, ki je vložen, da bi se izvid in mnenje izvedenca, ki sta bila dana v drugem pravnem postopku, lahko zavrže brez predhodnega ukrepanja v skladu z določbo 109. člena ZPP.<sup>50</sup>

### 13 Kaznovanje sodnega izvedenca

Predsedniki županijskih oziroma gospodarskih sodišč so dolžni nadzirati delo sodnih izvedencev. Delo sodnega izvedenca so dolžni nadzirati tudi predsedniki oböinskih sodiö in uradniki drugih organov, ki sodelujejo pri sodnem postopku in o svojih opažanjih obveščajo predsednika županijskega oziroma gospodarskega sodišča. Pripombe strokovnjakov o delu sodnih izvedencev lahko vložijo tudi stranke oziroma njihovi pooblašçenci ter strokovne zbornice. Pripombe se predloöijo predsedniku sodišča, ki je imenoval sodnega izvedenca (19. člen PSSV).

Za razliko od priçe (248. člen ZPP) se izvedenca ne more prisilno privedi na sodišçe, prav tako se mu ne sme doloçiti zaporne kazni. Nezmoönost doloçanja zaporne kazni sodnemu izvedencu je posledica načela zamenljivosti sodnega izvedenca. Po drugi strani pa sodišçe od izvedenca, katerega je prisililo, da opravlja izvedenstvo, ne bi moglo pričakovati učinkovite pomoçi.

Sodišçe lahko z denarno kaznijo od 500,00 do 10.000,00 kun kaznuje le sodnega izvedenca, ki ne pride na obravnavo, tudi če je uradno pozvan in izostanek ni upraviçljiv, ali pa izvedenca, ki brez opraviçljivega razloga zavrne izvedenstvo, ter sodnega izvedenca, ki svoj izvid in mnenje brez opraviçljivega razloga ne predloži v roku, ki mu ga je doloçilo sodišçe (255. člen ZPP). Teh prisilnih ukrepov proti izvedencu ni moöno uporabiti, če v pozivu na obravnavo ni bilo opozorila na posledice neupraviçene odsotnosti.<sup>51</sup> Namen teh doloçb temelji na druöbenem interesu, da posamezniki lojalno sodelujejo v postopku, tako da lahko sodišçe svoje odloçbe postavi na temelje resniçnega dejanskega stanja (Baçiç & Pavloviç, 2001: 415).

V primeru kaznovanja sodnega izvedenca z denarno kaznijo, se na ustrezen način uporabljajo določbe 10. člena ZPP (4. odst. 255. člena ZPP).

Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o pravnem postopku (Narodne novine, št. 88/08) je razširil obseg razlogov za sankcioniranje izvedenca, ki je določeno dolžnost opravil nepravilno, ki naj bi onemogočila morebitna nepravilna opravljanja dolžnosti, povezanih z izvedenstvom, vse z namenom hitrejšega zaključka pravnega postopka.<sup>52</sup> Bistvo te spremembe leži v tem, da po novem ni več odvisno od diskrecije sodišča ali bo ali ne bo kaznovalo izvedenca – to mora odločiti (Dika, 2008: 6).

Odločitev o denarni kazni lahko sodišče prekliče, če sodni izvedenec naknadno utemelji svojo odsotnost in mu lahko tudi popolnoma ali delno opraviči nadomestilo stroškov. Poleg tega lahko sodišče prekliče svojo odločbo o kazni, tudi kadar izvedenec naknadno privoli, da bo izvedel izvedenstvo (6. odst. 248. člena ZPP). Razen tega lahko sodišče na zahtevo stranke z odločbo naloži izvedencu, da povrne stroške, ki jih je povzročil, s svojo neupravičeno odsotnostjo ali z neupravičeno zavrnitvijo izvedenstva, kot tudi takrat, ko izvedenec svoj izvid in mnenje ne predloži v roku, ki mu ga je določilo sodišče (4. odst. 260. člena ZPP). O takšnem zahtevku mora sodišče nemudoma odločiti, pritožba zoper to odločbo pa ne odloži izvršitve.

Prav tako se lahko sodnemu izvedencu, ki ne spoštuje sodišča ali strank, ne prevzema njemu dodeljenih predmetov, ne upraviči, zakaj mu v danem roku ni uspelo zaključiti njemu dodeljenega izvedenstva, ali zaradi drugih resnih razlogov začasno prepove opravljanje izvedenstva za obdobje najmanj treh mesecev in najdlje za obdobje enega leta. Začasno zavrnitev bo sodnik, ki je imenoval sodnega izvedenca, posredoval vse sodnikom sodišč, katerim je predsednik kakor tudi vsem predsednikom občinskih sodišč (20. člen PSSV). Izvedencu, proti kateremu se vodi kazenski postopek, bo predsednik županijskega oziroma gospodarskega sodišča izrekel začasno prepoved opravljanja dela stalnega sodnega izvedenca. Začasna prepoved bo trajala do pravomočnega zaključka kazenskega postopka (21. člena PSSV).

## 14 Nadomestilo in nagrada za izvedenstvo

Tako kot priča, ima tudi sodni izvedenec pravico do nadomestila potnih stroškov in stroškov za hrano ter prenočišče in do nadomestila za izgubljeni dobiček, a ima, za razliko od priče, pravico do nadomestila stroškov izvedenstva ter pravico do nagrade za opravljeno izvedenstvo (256. člen ZPP).

Stroški izvedenstva zajemajo stroške, povzročene z opazovanjem in preučevanjem predmeta izvedenstva, izdelavo izvida in mnenja, ki bi vključevali potne stroške do predmeta izvedenstva in nazaj, stroške za uporabo tehničnih instrumentov, papirja in drugih sredstev, potrebnih za izvedbo in izdelavo izvida in mnenja (Zuglia & Triva, 1957: 589). Sodišče je pooblaščen, da preuči upravičenost in višino stroškov. V primeru, da stranka, ki izgubi spor, po sklepu sodišča, izvedencu ne povrne stroškov, ima sodni izvedenec, na podlagi odločbe sodišča, pravico zahtevati prisilno plačilo od te stranke.<sup>53</sup> Če je stranka, po mnenju sodne prakse, na podlagi sodne odločbe, plačala znesek, ki je potreben za poravnavo stroškov izvedenstva in sodni izvedenec ni dostavil svojega pisnega izvida in mnenja pred obravnavo, sodišče ne more, zaradi plačila novih stroškov izvedenstva, ki bi bili povezani z ustnim izvidom in mnenjem izvedenca na glavni obravnavi, ponovno pozvati stranke. Dopolnilno izvedenstvo ne šteje kot ustna obrazložitev izvida in mnenja sodnega izvedenca na glavni obravnavi, ki je bila že prej predložena sodišču v pisni obliki, temveč so ta obrazložitev in morebitni običajni ustni in pisni odgovori izvedenca na vprašanja in pripombe strank sestavni del izvida in mnenja sodnega izvedenca.<sup>54</sup> Sodišče s sklepom določi višino predplačila za izvedbo dokazov z izvedenstvom. Ta znesek predplačila mora biti zadosten, da pokrije stroške izdelave pisnega izvida in mnenja sodnega izvedenca ter za izvedbo dokazov z izvedenstvom na glavni obravnavi. Če na podlagi ugovorov ene izmed strank, samoiniciativno predloži nov izvid in mnenje, sodni izvedenec ne more zahtevati dodatnih stroškov za pridobitev tega izvida. Tega predvsem ne more storiti, če sta prejšnji izvid in mnenje pomanjkljiva zaradi njegove lastne opustitve.<sup>55</sup>

Nagrajevanje sodnega izvedenca je bil eden izmed razlogov za počasnejše reševanje primerov, saj je bilo vedno težko oceniti, na kakšen način se bo sodnega izvedenca nagradilo za njegov izdelan izvid. V odsotnosti posebnih predpisov o nagradah izvedenca, sodišče določi višino nagrade za izvedenstvo po lastni presoji na temelju zahtev sodnega izvedenca. Upoštevajo se vložen trud, zapletenost predmeta, vložen čas in strokovne kvalifikacije izvedenca.<sup>56</sup> Seveda je bilo sodišču težko določiti



razumno nagrado, ki bi morala biti različna za različne vrednosti predmeta izvedenstva (prim. Porobić, Porobić & Porobić, 2004: 571). Nekoliko lažjo nalogo je sodišče imelo pri določanju nagrade sodnih izvedencev v poklicih, katerih poklicna združenja imajo predpisane tarife za svoje storitve (npr. pooblaščen sodni tolmači). Zdaj je problematika določanja višine nagrade in nadomestila stroškov za delo izvedenca določena z določbami PSSV. Sodni izvedenec ima tako za opravljeno izvedenstvo pravico do nagrade, ki jo določa pristojno sodišče s posebnim cenikom za stalne sodne izvedence, ki je sestavni del PSSV. Novo vrednost točk določi minister za pravosodje po poklicni dolžnosti. Če se nagrada izračuna v urah, je izvedenec dolžan z računom predložiti tudi obrazložitev vsake postavke (22. člen PSSV). Nagrado za delo sodnega izvedenca, ki se izplača iz sredstev sodišča ali državnega odvetništva, se zmanjša za 20% vrednosti točk določenih s PSSV (24. člen PSSV).

Nagrada za izvedenstvo zaupani pravni osebi pripada tej pravni osebi, kar velja tudi, ko se izvedenstvo zaupa državnemu organu, strokovni instituciji ali drugi pravni osebi, katera to izvedenstvo ne opravlja kot svojo registrirano dejavnost (25. člen PSSV). Če je sodišče izvedenstvo zaupalo strokovni instituciji v skladu z določbami 3. odst. 252. člena ZPP, se nagrada in stroški za opravljeno izvedenstvo izplačajo instituciji, ker se v zvezi s sodiščem, kot udeleženec, v postopku pojavi samo institucija.<sup>57</sup> Kadar za posamezne vrste izvedenstva, ki jih opravljajo pravne osebe, registrirane za opravljanje izvedenstva za ustrezno dejavnost, obstaja cenik storitev, bo sodišče določilo nagrado za opravljeno izvedenstvo v skladu s tem cenikom (27. člen PSSV).

Če se izvedenstvo opravlja v težkih razmerah (ponoči med 22:00 in 6:00, v izredno slabih vremenskih razmerah, v odprtih prostorih ipd.) in traja v času tedenskih počitnic, državnih praznikov in dela prostih dnevih, se znesek iz cenika izvedenskih nagrad poveča za 100% (26. člen PSSV).

Kadar se sredstva za posamezne vrste izvedenstva (obdukcije) zaupajo pravnim osebam, ki opravljajo delo izvedenstva vnaprej v državnem proračunu, se višina teh sredstev določa na podlagi meril, predpisanih v ceniku izvedenskih nagrad. Določena višina sredstev se poveča za 150%.

Potni stroški vključujejo nadomestilo za prevozna sredstva javnega prometa in vključujejo stroške za prihod iz kraja bivanja oziroma prebivališča do kraja, v katerem je treba izvedenstvo opraviti, ter tudi stroške za vrnitev do prebivališča oziroma kraja bivanja in tudi stroške za prevoza z javnimi sredstvi v mestu prebivališča oziroma kraja bivanja. Kot sredstva javnega prometa se po PSSV štejejo tramvaj, trolejbus, vlak, avtobus, ladje in letala (28. člen PSSV). Nadomestilo za prevoz velja za potovanje, opravljeno po najkrajši poti in z najbolj ekonomičnim prevoznim sredstvom in se izračuna na podlagi urejenega in verodostojnega potnega naloga ter priloženih dokumentov (računov), s katerimi se dokazujejo prevozni stroški ter drugi stroški, navedeni na potnem nalogu (28. člen PSSV).

V času nahajanja izven kraja bivanja, ki traja več kot 8 – 12 ur, izvedencu pripada nadomestilo v višini  $\frac{1}{2}$  dnevnice ter za čas, ki presega 12 – 24 ur, mu pripada cela dnevnic, ki jo ima sodnik sodišča, ki vodi postopek. Stroški nastanitve (v nadaljnjem besedilu: nočitev) se priznajo v celotnem razmerju po predloženem računu do višine cene nočitev v hotelu na enakem mestu, ki je prav tako priznано sodniku (30. člen PSSV).

Potrebno je opozoriti, da PSSV ni nasledil določb predhodnega *Pravilnika o stalnim sodskim vještacima* (Narodne novine, št. 21/98) o nadomestilu za neplačano plačo oziroma zaslužek. V skladu z določbami 30., 31. in 32. členov omenjenega *Pravilnika o stalnim sodskim vještacima* (Narodne novine, št. 21/98) je osebam, ki so stalno zaposlene v državnem organu, strokovni instituciji ali drugi pravni osebi, pripadala pravica do nadomestila za neplačano plačo v času odsotnosti oziroma zaslužek, zaradi odziva na poziv za vlogo sodnega izvedenca, ki ga je moral izplačati državni organ, strokovna institucija ali druga pravna oseba, pri kateri so zaposleni. Navedeni delodajalci so lahko uveljavljali pravico do povračila izplačanega nadomestila plače od sodišča, ki je vodilo postopek. Medtem, ZPP 1. odst. 256. člena izrecno predpisuje, da ima sodni izvedenec tudi pravico do »nadomestila za izgubljen dobiček«. Zato menimo, da ta uredniška zmota v PSSV ne bi smela imeti negativnih posledic za uveljavljanje te pravice sodnega izvedenca.

Kar se nanaša na obračun in nadomestila stroškov za stalne sodne izvedence s področja oziroma oddelka medicine, se del teh stroškov obračuna in nadomešča v skladu z določbami točke C št. 2. *Cjenika stalnih sodskih vještaka (Cjenik)* (ki je sestavni del PSSV) kot tudi za sodne izvedence z drugih področij (Finančno-računovodski oddelek, Oddelek za gradbeništvo, Oddelek medicine, Oddelek za promet in vozila,

Oddelek toksikologije, Oddelek veterinarstva, Geodetski oddelek itd.). Dodatno v skladu z določbo C št. 5. *Cjenika*, za Oddelek medicine, na področju klinične medicine nadomestilo stroškov za pregled oseb in zdravstvene dokumentacije znaša 140 točk in za dodatno preiskavo 80 točk. Na področju sodne medicine nadomestilo za predlog izvida in mnenja znaša 160 točk, za obdukcijo 400 do 800 točk ter za obdukcijo na terenu 750 do 1200 točk.

Ko izvedenci opravijo dodeljeno nalogo in izvedenstvo, a ne predložijo poročila, imajo pravico do nadomestila stroškov, torej do nagrade za opravljeno delo, a ne do nagrade za izdelan izvid.<sup>58</sup> Glede nadomestila stroškov in nagrade izvedenca, se na ustrezen način uporabljajo določbe 2. in 3. odst. 249. članka ZPP.

Strokovnjak bi moral takoj po opravljenem izvedenstvu zaprositi za nadomestilo, sicer izgubi pravico do tega. Sodišče je dolžno opozoriti izvedenca na to dejstvo (2. odst. 249. člena ZPP). V odločbi, s katero se določajo stroški sodnega izvedenca, bo sodišče določilo, da se določena vsota izplača iz položenega depozita. Če predplačilo ni poravnano, bo sodišče z izrekom sodbe odredilo stranki, da sodnemu izvedencu, v roku 8 dni, plača določen znesek (3. odst. 249. člena ZPP). Pritožba zoper to odločbo ne zadrži izvršitve te odločbe. Tako je zoper odločbo o dodelitvi stroškov in nagrade sodnemu izvedencu dovoljena le posebna pritožba, zato se ta ne more spodbijati s pritožbo zoper odločbo o glavni stvari.<sup>59</sup>

## **15 Namesto zaključka**

Nedvomno je, da sodnik za izvedenca lahko imenuje katerega koli izmed izvedencev, ki so na seznamu stalnih sodnih izvedencev, zato so sodni izvedenci, za razliko od prič, zamenljivi. Hkrati pa so izvedenci, po vlogi, ki jo imajo v pravnem postopku v primerih s področja medicinskega prava, nezamenljivo dokazno sredstvo. Zlasti v primerih, v katerih je potrebno ugotoviti obstoj nepremoženjske škode in višino nadomestila škode.

V zadnjih letih je prišlo do števila aktivnosti, ki so nas privedle do pomembnih sprememb na področju sodnega izvedenstva. Te aktivnosti so bile potrebne, saj se je ugotovilo, da na tem področju status in pogoji za določanje (stalnih) sodnih izvedencev niso natančno in celovito določeni in da v samem postopku izvedenstva nepravilnosti, nestrokovnost, neodgovornost, neenakost meril, nerazumevanje (med

sodiščem in izvedencem pri določanju predmeta in obsega izvedenstva ter nalog sodnega izvedenca) ter razne zlorabe niso (bile) redke.

V tem smislu je bil sprejet (nov) PSSV, s katerim so določeni načini določanja pogojev za opravljanje dela sodnega izvedenstva, njihove pravice in dolžnosti ter višina nagrade in nadomestila stroškov za delo sodnega izvedenca.

Poleg tega so z novostmi ZPP uvedene nekatere spremembe in dopolnitve določb o pričah, ki, med ostalim, nameravajo zaostri odgovornost sodnega izvedenca. Tako je z *Zakonom o izmjenama i dopunama Zakona o parničnom postupku* (Narodne novine, št. 88/08) razširjen obseg razlogov za sankcioniranje sodnega izvedenca, ki neustrezno izvaja njemu določeno dolžnost, kar bi moralo onemogočiti potencialno napačno opravljanje izvedenskih dolžnosti, vse s ciljem doseganja hitrejšega končanja pravnega postopka in zlasti, da ni več odvisno od presoje sodišča ali se bo kaznovalo sodnega izvedenca ali ne.

Potrebno je opozoriti, da je Vrhovno sodišče sprejelo tako imenovane Orientacijske kriterije in zneske za določanje višine pravičnega denarnega nadomestila nepremoženjske škode, ki se redno uporabljajo v vseh pravnih postopkih za nadomestilo nepremoženjske škode na vseh stopnjah sojenja ter za škodljive dogodke, ki so se zgodili prej in za tiste, ki so se zgodili po njihovem sprejetju.

Pomembna je tudi aktivna vloga *Hrvatskog društva sudskih vještaka*, kot tudi Društva stalnih sodnih izvedencev, v katera se, zaradi izboljšanja in varovanja javnega interesa na področju izvedenstva, vključijo tudi sodni izvedenci, ki v Republiki Hrvaški, za področje posameznega županijskega ali gospodarskega sodišča, začasno ali stalno opravljajo delo sodnega izvedenstva. Glavne dejavnosti tega društva so sodelovanja pri sprejemanju in sprejemanje predpisov, ki urejajo položaj sodnih izvedencev ter stalno poklicno usposabljanje članov. Društvo je sprejelo tudi Etični kodeks, ki vsebuje moralna načela in pravila poklicne etike, ki jih morajo pri svojem delu upoštevati vsi člani Društva, da bi s tem prispevali k napredku strokovnega in objektivnega dostopa v vsakem primeru izvedenstva in bi prispevali k napredovanju ter ugledu poklica, v katerem se izvajajo izvedenstva. Društvo redno objavlja revijo „Vještak“, v kateri se objavljajo znanstveni in strokovni članki, tematsko povezani z delovanjem izvedenstva, novice o dejavnostih, ki se izvajajo na ravni Društva in imenik članov.<sup>60</sup>

Kar se tiče izvedenstva s strani medicinskega sodnega izvedenca, smo priče, da reševanje številnih problemov, vključno s področjem prava in medicine, obvezno zahteva multidisciplinaren pristop in specializacijo. V tem smislu bi bilo koristno, da sodišče in pooblaščenca v državnih postopkih izboljšajo in pridobijo posebno strokovno znanje s področij znanosti, ki jih je v okviru določene specializacije najbolj potrebno poznati, natančneje sodniki s področja medicine in zdravniki-izvedenci s področja prava. Zaradi pomanjkanja organizirane izobrazbe sodnih izvedencev, neobstoja standarda ter nepoznavanja elementarnih pravil procesnega prava in drugih predpisov, je bila dolgo vidna velika razlika v ocenah izvedencev (Gnjidić, Bilić et al, 2008: 8), kar je povzročalo neenakopravno sodno prakso in v skrajnem primeru tudi pravno negotovost in kršenje načel zakonitosti v pravnem postopku. To velja zlasti za pravde, v katerih je potrebna ocena pravičnega nadomestila nepremoženjske/nematerialne škode, kjer je medicinsko izvedenstvo neizogibno. Specializacija bi bistveno povečala možnost sodišča, da objektivno in pravilno oceni izvid in mnenje sodnega izvedenca in bi mu bistveno olajšala tudi izbiro izvedenca. Sodniki-specialisti ne bi smeli nekritično in brez zadržkov verjeti sodnim izvedencem ali ustvarjati vtise o logiki in strokovnosti izvida, temveč morajo v večini objektivno oceniti izvid in mnenje izvedenca ter ga kot takšnega sprejeti ali zavrniti (Marović, Medvidović & Štimac, 2006: 76). Zaradi svoje interdisciplinarnosti je izvedenstvo na področju medicine zelo kompleksno in zahteva od pravnikov (sodnikov in odvetnikov) vsaj osnovno znanje medicinske problematike in obratno. Poseben poudarek se daje na poznavanje medicinske prakse ter visokih standardov in dosežkov na področju medicinske dejavnosti. Poleg tega bi morali biti podrobno seznanjeni s pravnimi predpisi in pravno prakso na področju zdravstva, pravniki (sodniki in odvetniki) bi morali biti, vsaj na osnovnem nivoju, seznanjeni z medicinsko problematiko. Temeljno znanje o tem bi lahko pridobili med potekom študija, iz predmeta medicinsko (zdravstveno) pravo, sodna medicina in sodna psihiatrija. Na žalost se medicinsko/zdravstveno pravo, na naših fakultetah, ne proučuje kot ločen obvezni predmet, medtem ko je, nasprotno, pod različnimi imeni, z različnimi vsebinami in obsegom ter z različnim učnim načrtom, pogosto najdeno v študijskih programih medicinskih in nekaterih drugih poklicnih, prediplomskih, diplomskih in podiplomskih študijev, za kar menimo, da je izredno pomembno in pozitivno.

Poleg tega je bilo ugotovljeno, da je obstoj tako imenovanih (orientacijskih) medicinskih kriterijev nujno potreben in še posebej, da se v praksi uporabljajo enotna merila. Tako se v praksi uporabljajo medicinski kriteriji, ki so združljivi s pravnimi kriteriji Vrhovnega sodišča in so v skladu z novim konceptom nepremoženjske škode po določbah ZOO/2005. Tudi, za psihiatrični del izvedenstva se upoštevajo tako imenovani psihiatrični kriteriji, ki so prav tako prilagojeni z ZOO/2005 in omenjenim pravnim kriterijem Vrhovnega sodišča, zato tako popolnjeni orientacijski medicinski kriteriji v celoti ustrezajo potrebam zakonodaje in sodne prakse in zagotavljajo enakopravnost in varnost državljanov ter hkrati predstavljajo zaščito oškodovancev v zahtevkih za nepremoženjsko škodo.

*Hrvatska liječnička komora* je leta 2009 sprejela *Pravilnik o provođenju izobrazbe kandidata za stalne sudske vještake*, s katerim se ureja izvajanje usposabljanja za zdravnike, kandidate za stalne sodne izvedence, postopek imenovanja mentorja za zdravnika, pravice in dolžnosti kandidata in mentorja, ki bi, med drugim, morale odločilno prispevati k spoznavanju zdravnika, kandidata za stalnega sodnega izvedenca, s pravnimi pojmi in terminologijo, da bi v celoti in pravilno razumeli nalogo, ki jim je zadana ter bi svoj izvid in mnenje lahko predložil sodišču in drugim udeležencem v postopku.<sup>61</sup>

V praksi se navajajo tudi številne pripombe o pravni ureditvi in načinu določanja medicinskega sodnega izvedenca. Ugovarja se namreč, da nekateri sodniki vedno določijo istega sodnega izvedenca s seznama, čeprav ima več izvedencev s seznama enake kvalifikacije. Nesporno je, da mora sodni izvedenec imeti znatne izkušnje in znanje s področja, na katerem opravlja izvedenstvo. V zvezi s tem, zdravniki posebej nasprotujejo, da se izvedenstvo njihovega dela in obstoj morebitnih tehničnih napak zaupa izvedencem, ki niso iz enake subspecializacije, pogosto nimajo niti enake specializacije (izvedenstvo se zaupa sodnim zdravnikom/patologom in psihiatrom ter drugim področjem zdravstvene dejavnosti) niti nimajo poklicnih izkušenj na ravni oseb, o katerih opravljajo izvedenstvo. Upravičene so pripombe, da sodni medicinski izvedenci, od trenutka imenovanja, niso dolžni opravljati poklicnega usposabljanja na področju sodnomedicinskega izvedenstva. Stanje bi se moralo bistveno izboljšati in pravno urediti s (načrtovanim) sprejetjem *Zakona o sudskim vještacima i procjeniteljima*. Z uzakonitvijo dela sodnih izvedence, ki je do zdaj bilo regulirano s pravilniki, se bodo omogočili standardi in okvirji za delo teh poklicev, katere je EU že davno imela. To bi vsekakor bil pravni okvir za ustanovitev *Komore*

*sudskih vještaka*, sprejetje etičnega kodeksa, enotne tarife storitev, sprejetje programa stalnega poklicnega usposabljanja, izdaje in obnove licenc ipd.

## Opombe

Podlaga za izdelavo prispevka je besedilo v knjigi Čizmić, Cvitković & Klarić, 2017: str. 87-122.

- <sup>1</sup> Primerjaj določbo *VPSŠ, Sl- 1053/71* z 21. septembra 1979 (Janković, Karamarković, Janković & Petrović, 1990: 289). V članku se sklicujemo na sodno prakso sodišče bivše SFR Jugoslavije, kakor tudi na prakso sodišč držav, ki so nastale z njenim razpadom, in sicer v primerih, ko sodne odločbe temeljijo na določbah, ki so po svoji vsebini istovetne ali v večini podobne določilom hrvaških predpisov.
- <sup>2</sup> Takšno stališče je zavzel *VSS v določbi Gž- 4259/74* z dne 2. aprila 1974 (Janković, Karamarković, Janković & Petrović, 1990: 290).
- <sup>3</sup> Glej sodbo *VSS, Gž- 2074/76* povzeto po Ristić & Ristić, 1989: 234.
- <sup>4</sup> V tem smislu je sodba *VSS, Gž- 3174/77* povzeto po Ristić & Ristić, 1989: 235.
- <sup>5</sup> Glej sodbo Vrhovnega sodišča Federacije Bosne in Hercegovine (vnaprej – VSFBiH), *Pž- 129/98* z dne 19. aprila 1998 (Bilten sudske prakse VSFBiH, št. 2/98-10).
- <sup>6</sup> Primerjaj sodbo Vrhovnog suda Republike Hrvatske (dalje – VSH), *Rev- 878/88* z dne 8. februarja 1989.
- <sup>7</sup> Takšno stališče je zavzel tudi *VSH v sodbi Rev- 128/81* z dne 26. maja 1981 (PSP, 19/204).
- <sup>8</sup> V tem smislu je sodba *VSH, Rev- 1522/81* z dne 23. decembra 1981 (PSP, 20/130).
- <sup>9</sup> Primerjaj sodbo VSS, *Gž- 911/78*. (Janković, Karamarković, Janković & Petrović, 1990: 290).
- <sup>10</sup> Zamenljivost sodnega izvedenca je odvisna od njegove stroke in nezamenljivost sodnega izvedenca v njegovem neposrednem opažanju (Kulić, 1998: 230).
- <sup>11</sup> Imenovani sodni izvedenec poda prisego (katero mora tudi podpisati) pred predsednikom sodišča, ki ga je imenoval za izvedenca. Vsebina prisege se glasi: »*Prisežem svojom časću povjerena mi vještačenja obavljati savjesno i prema svom najboljem znanju, a svoje nalaze i mišljenja iznijeti točno, potpuno i objektivno sukladno propisima o vještačenju.*« (11. člen PSSV).
- <sup>12</sup> Glede na prejšnjo sodno prakso, ki temelji na sojenju v svetu, v primeru, da izvedenstvo ni izvedel sodni izvedenec, ki ga je imenovalo »*raspravno vijeće*«, ampak drugi sodni izvedenec, kateremu je to nalogo dodelil predsednik sveta, lahko gre za sorazmerno pomembno kršitev določb pravdnega postopka. Glej odločbo *VSH, Rev- 575/84* z dne 17. maja 1984 (PSP, 25/189).
- <sup>13</sup> Glej odločbo *VSH, Rev- 797/01* z dne 26. septembra 2001 (IO 2/02-178).
- <sup>14</sup> V tem smislu je glej odločbo *ŽS v Varaždinu, Gž- 1652/05* z dne 3. novembra 2005 (IO- 2/06-254).
- <sup>15</sup> V tem smislu je odločba *VŠ FBiH, Rev- 22/99* z dne 6. julija 1999 (Bilten sudske prakse VŠ FBiH, št. 2/99-17).
- <sup>16</sup> Takšno stališče je zavzelo *VSH v odločbi Rev- 1001/90* z dne 11. septembra 1990 (PSP, 50/136).
- <sup>17</sup> Glej odločbo *VSH, Rev- 1849/80* z dne 17. februar 1981 (PSP, 19/205).
- <sup>18</sup> Glej odločbo *ŽS v Bjelovaru, Gž- 1473/98* z dne 4. novembra 1998 (IO, 1/1999-151).

- <sup>19</sup> V tem smislu glej odločbo *VSH, Rev- 2265/85* z dne 27. februarja 1986 (Janković, Karamarković, Janković & Petrović, 1990: 293).
- <sup>20</sup> Glej odločbo *Kantonalnega sodišča v Sarajevu, GŽ- 13/98*.
- <sup>21</sup> V skladu z odločbo *VSH, GŽ- 1822/77* z dne 23. maja 1978 (Inf. Os Zgb., št. 10/81-65).
- <sup>22</sup> Po mnenju Trive (Triva, Belajec & Dika, 1986: 434) ima funkcija sodnega izvedenca dva pomena. Namreč, ko obvestijo sodišče o svojih ugotovitvah (opazanjih), predstavljajo izvedenci klasično dokazno sredstvo. Če pa sodišče svojemu izvedencu pomaga oziroma oblikuje mnenje o opaženem, opravlja izvedenec funkcijo določenega pomočnika pri opravljanju funkcije sojenja pri določanju dejanskega stanja.
- <sup>23</sup> Zanimivo je stališča Salaj (2000: 52), da izvedenci skoraj nikoli ne podajo ustne ugotovitve in mnenja in prav tako, da jih sodišče k temu ne pozove.
- <sup>24</sup> Tako tudi po odločbi *VSH, Rev. 2449/88* z dne 15. decembra 1988 in *VSH, Rev. 1482/88* z dne 24. januarja 1989.
- <sup>25</sup> Glej odločbo *VTSH, Pž-3599/04* z dne 8. junija 2004 (Informator, št. 5489 z dne 14. oktobra 2006).
- <sup>26</sup> V tem smislu je odločba *ŽS v Bjelovaru, Gž- 125/98* z dne 20. februar 1998 (IO, 1/1998-171).
- <sup>27</sup> Osebnostno pravo z različnimi sredstvi ščiti osebnost človeka, saj osebnost človeka ni le psihološka kategorija, ampak tudi pravni pojem (Radolović, 2006: 133). Na splošno velja, da ena od subjektivnih pravic osebnosti in pravic do telesnega zdravja, tako kot na zasebnost in v okvirju tega tudi na zaupnost podatkov o stanju človekovega zdravja. Več o osebnostnem pravu glej Gavella, 2000 ter Bodiroga & Dulčić, 2005: 327-356.
- <sup>28</sup> Nepremoženska škoda, nastala zaradi škode telesnega zdravja, v obliki poškodbe osebnostnega prava proti telesnemu zdravju, se lahko kaže kot povzročanje telesnih poškodb ali izguba telesnega organa ali telesna bolezen ter pri različnih posledicah, kot so fizična bolečina, duševna bolečina, zmanjšanje življenjske aktivnosti, skazenost, strah ipd. Na drugi strani pa je lahko duševno zdravje, kot osebnostno pravo, ogroženo zaradi različnih škodljivih postopkov, na primer s telesno poškodbo, šikaniranjem, z zastraševanjem, vznemirjanjem ipd. Ampak tudi neupoštevanje pogodbenih obveznosti in pri tem je dovolj, da oškodovancu povzroča nelagodje, nezadovoljstvo, frustracijo, jezo, bes tj. motenje njegovega dotedanjega duševnega miru (Škavić & Zečević, 2010: 210).
- <sup>29</sup> Vseeno je treba omeniti, da so posamezni kriteriji povzročali polemiko in spore v krogih sodnomedicinskih izvedencev, posebej, če so nagnjeni k temu, da bodo nacionalni. To velja, na primer, za nove kriterije, objavljene v reviji »Vještak«, leta XXX, 2009, št. 2, katerega avtorji so (Strinović, Zečević, Škavić) zahtevali *Međunarodnu klasifikaciju funkcioniranja invalidnosti i zdravlja*. V sodno prakso je uveden pojem SOTDZ, ki ne temelji na nobenem pozitivnem predpisu v RH in ne obstaja niti v ZOO/1991 niti v ZOO/2005. V krogu sodnih izvedencev se tabelam očita, da so skrajno teoretične narave, da so zasnovane za druge namene, da so omejevalne glede na zaščito oškodovanca (zaradi neupoštevanja obstoja številnih poškodb in njihovih posledic ter psihičnih motenj, ki so posledica škodljivega dogodka, ki ga je sodna praksa priznala) in da obvezno pogojujejo spremembo dosedanje ustaljene sodne prakse. Poleg tega je Hrvaško društvo za medicinsko izvedenstvo Hrvaškega zdravniškega združenja debatiralo o navedenih kriterijih. Res je, da medicinska izvedenstva v pravnem postopku, kjer se obravnava nepremoženska škoda, najprej pripadajo zdravnikom izvedencem iz posameznih vej (specializacij) medicine, torej zdravnikom s praktičnim in teoretičnim znanjem. Po drugi strani menijo, da sodni medicinski izvedenci (ki opravljajo izvedenstvo za največ nepremoženskih škod) ne morejo opraviti specializiranega pregleda, niti pridobiti



ustreznega mnenja iz posamezne veje medicine in zaradi enakega razloga, ne morejo pridobiti niti tabele za oceno posledic škode (niti navedenih), kar sodni medicinski izvedenec na živem, poškodovanem človeku v praksi ne vidi. V tem smislu, tudi tabele sodnih medicinskih izvedencev, ki so objavljene v knjigi "Pristup vještačenju naknade za neimovinsku štetu prema ZOO/05", niso sprejemljive, saj imajo številnih pomanjkljivosti, kot npr. preveč nizek odstotek za določene posledice poškodbe, prevelik razpon odstotka stopinj ene in iste posledice, neprofesionalno in zaradi tega nesprejemljivo vsoto odstotkov in končno tudi zaradi zanemarjanja zasebnosti oškodovane osebe. Menijo, da je uvedba tega načina delovanja in izvajanja pritiska na sodne medicinske izvedence zelo škodljivo dejanje za oškodovance, zdravniški poklic in za pravni sistem naše države. Zaradi tega je bilo na sestanku Hrvaškega društva za medicinsko izvedenstvo Hrvaškega zdravniškega združenja določeno, da bodo člani tega društva še naprej izvajali izvedenstvo, v skladu s svojim najboljšim strokovnim znanjem, *Etičkom kodeksu sudskih vještaka*, ZPP (členi 250-263), ter členu ZOO (200. člen ZOO/ 78 bolečina, strah, duševna bolečina zaradi zmanjšane življenjske aktivnosti in skaženost), če je škodljiv dogodek nastal pred 1. januarjem 2006 oziroma po členih 19 in 1100 ZOO/05 (kršitev osebnostne pravice), če je škodljiv dogodek nastal po 1. januarju 2006. Glej *Odluku Hrvatskog društva za medicinska vještačenja Hrvatskog liječničkog zborna* z dne 3. decembra 2010. Podatek na spletni strani [http://www.hlz.hr/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=62:odluka-hrvatskog-drutva-za-medicinska-vjetaenja&catid=4:novosti](http://www.hlz.hr/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=62:odluka-hrvatskog-drutva-za-medicinska-vjetaenja&catid=4:novosti) (12. 11. 2017).

<sup>30</sup> Primerjaj odločbo *VSH, Rev. 400/1994* z dne 2. marca 1994.

<sup>31</sup> Glej odločbo *VPSV, Pž. 1281/74* z dne 7. novembra 1974 (Janković, Karamarković, Janković & Petrović, 1990: 296).

<sup>32</sup> Tako tudi v odločbi *VPS, Sl. 1278/73* (Janković, Karamarković, Janković & Petrović, 1990: 296).

<sup>33</sup> V tem smislu je odločba *VSH, Rev- 54/07* z dne 5. septembra 2007 (IO 2/07-239).

<sup>34</sup> Takšno stališče je zavzelo *VSH v odločbi Rev- 2449/88* z dne 15. decembra 1988 (PSP, 43/107).

<sup>35</sup> V tem smislu je odločba *VSH, Rev- 394/87* z dne 12. marca 1983 (PSP, 37/65).

<sup>36</sup> Glej odločbo *VPS, Pž. 5404/76* (Ristić & Ristić, 1989: 118).

<sup>37</sup> Primerjaj odločbo *VTSRH, Pž. 2274/03* z dne 17. januarja 2006 (Zbirka odločb VTSH 12/124).

<sup>38</sup> Glej *Pravni stav Građanskog odjeljenja Kantonalnog suda u Sarajevu - Bilten sudske prakse Kantonalnog suda u Sarajevu*, št. 2000/2, str. 17.

<sup>39</sup> Takšno stališče je zavzelo *VSH v odločbi Rev- 1614/85* z dne 13. novembra 1985 (PSP, 32/154).

<sup>40</sup> Glej odločbo *VSH, Rev- 3073/90* z dne 31. januarja 1991 (PSP, 51/184).

<sup>41</sup> V tem smislu je odločba *VS BiH, Kž. 1005/77* (Kreho, 1996: 124).

<sup>42</sup> Tako tudi odločba *ŽS v Zagrebu, Gž. 5222/98* z dne 13. aprila 1999 (ING PSP 2000-8-39).

<sup>43</sup> Glej odločbo *VSH, Rev- 1030/92* z dne 18. februarja 1993 (IO, 1994/292).

<sup>44</sup> Glej odločbo *VSS, Rev- 2192/79* (Janković, Karamarković, Janković & Petrović, 1990: 296).

<sup>45</sup> V tem smislu je odločba ("Glasniku", št. 9/67).

<sup>46</sup> V tem smislu glej odločbo *VSSr, Gž. 917/72 I* (PŽ 11/72-76).

<sup>47</sup> Napačno ali nepopolno ugotovljeno dejansko stanje je razlog za odpravo sodbe prve stopnje, kar se tiče sodnega izvedenca pa so možni razlogi: dokazi, ki jih je izvedel sodni izvedenec neustreznega poklica; nepopolen izvid in mnenje sodnega izvedenca (na primer sodni izvedenec ni upošteval materialnega dokaza, ki je povezan s predmetom; protisloven

- izvid in mnenje (navedba dveh ali večih dejstev, ki se medsebojno izključujejo); nerazumljiv izvid sodnega izvedenca (iz katerega ni možno sklepati, s katerimi postopki je pridobil svoj izvid in mnenje ali pa izvedenec koristi strokovne izraze, ki jih je treba pojasniti; izvid sodnega izvedenca je napačen (na primer, v številu in vsoti) (Kauzlaric, 2007a: 9).
- <sup>48</sup> Zakonodajalec ne loči, ali izvedenec ni uspel izpolniti naloge sodišča, da predloži oziroma dopolni ali popravi izvid in mnenje, zaradi upravičenih razlogov ali zaradi razloga, ki ne veljajo kot utemeljeni. Obstaja mnenje, da, če je sodni izvedenec obvestil sodišče o razlogih za neuspeh, pri predlogu izvida in mnenja in sodišče meni, da so ti razlogi upravičljivi (na primer, zaradi bolezni, zapletenosti izvedenstva,časne nerazpoložljivosti informacij, potrebnih za izvedenstvo ipd.) in to ne bi vodilo do neprimerne podaljšanja postopka (na primer, zaradi daljše odsotnosti iz države ali težke bolezni), mora sodišče podaljšati rok za izvedenstvo in o tem obvestiti stranke. Nasprotno, če sodišče ne najde upravičljivega razloga za manjkajoč predlog izvida in mnenja, mora ravnati v skladu z določbo tega odstavka in na enak način bi moralo ravnati sodišče tudi, če ga izvedenec ni obvestil o razlogu za opustitev predloga izvida, ker sodišče ni dolžno samo navajati teh razlogov (Zečević, 2004: 154).
- <sup>49</sup> Tako *ŽS v Rijeci v odločbi Gž- 2089/03* z dne 15. oktobra 2003 (IO 1/04-286).
- <sup>50</sup> Glej odločbo *ŽS v Rijeci, Gž- 2089/03* z 15. oktobra 2003 (IO 1/04-272).
- <sup>51</sup> V tem smislu je odločba *VPS, Sl- 786/57* ("Glasniku", št. 12/57).
- <sup>52</sup> Glej *Nacrt prijedloga Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o parničnom postupku s konačnim prijedlogom zakona*, Zagreb, junij 2008, obrazloženje uz čl. 22.
- <sup>53</sup> Tako tudi v odločbi *VPS, P- 2024/72* (Janković, Karamarković, Janković & Petrović, 1990: 294).
- <sup>54</sup> V tem smislu glej odločbo *VTSRH, Pž- 7271/03* z dne 5. septembra 2006 (Zbirka odločb VTSH 12/110).
- <sup>55</sup> Tako VTSH v določbi *Pž- 7059/04*. z 19. septembra 2007., Zbirka odločb VTSH 14/131.
- <sup>56</sup> Glej odločbo *VPS, Sl- 242/67* (Kukoljac, 1970: 125).
- <sup>57</sup> V tem smislu je odločba *VSV, Gž- 346/81* (Janković, Karamarković, Janković & Petrović, 1990: 294).
- <sup>58</sup> Takšno stališče je zavzelo *VPS v odločbi Sl- 2633/71* z dne 3. marca 1972 (Janković, Karamarković, Janković & Petrović, 1990: 293).
- <sup>59</sup> Glej odločbo *VSH, Gž- 3885/70* z dne 9. februarja 1972 (Janković, Karamarković, Janković & Petrović, 1990: 294).
- <sup>60</sup> Podrobneje na spletni strani <http://www.sudski-vjestaci.hr/>.
- <sup>61</sup> O medicinskih sodnih izvedencih in sodnem medicinskem izvedenstvu glej več v Čizmić, J., *O vještačenju u parničnom postupku s posebnim osvrtom na vještačenje u području medicine*, „Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci“, (1991) v. 32, 2011., št. 1, str. 473-510.

## Literatura

- Bačić, F. & Pavlović, Š. (2001) *Kazneno pravo - posebni dio*, Zagreb.
- Bodiroga, N. & Dulčić, K. (2005) *Zaštita osobnih podataka u europskome i hrvatskome pravu*, *Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu*, god. 42, 2005.
- Crnić, I. (2008) *Zadaće medicinskog vještaka u parničnom postupku za naknadu neimovinske štete*, *Odjelnik*, št. 5-6.
- Čizmić, J. (1991) *O vještačenju u parničnom postupku s posebnim osvrtom na vještačenje u području medicine*, V: *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*, v. 32, 2011., št. 1, str. 473-510.

- Čizmić, J., Cvitković, M. & Klarić, A. (2017) *Zdravstveno strukovno staleško pravo* (Maribor: University Press Maribor).
- Dika, M. & Čizmić, J. (1999) *Komentar Zakona o parničnom postupku Federacije Bosne i Hercegovine*, Sarajevo.
- Dika, M. (2007) Rješavanje sporova za naknadu štete zbog liječničke greške, referat na savjetovanju "Medicinski, pravni i ekonomski pogledi na profesionalnu odgovornost u zdravstvu i osiguranje od odgovornosti", Šibenik, listopad 2007.
- Dika, M. (2008) Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o parničnom postupku od 2. srpnja 2008 – Opći pregled, V: Dika, M. et al., *Novela Zakona o parničnom postupku iz 2008*, Zagreb.
- Gavella, N. (2000) *Osobna prava – I. dio*, Zagreb.
- Gnjidić, Ž., Bilić, R. et al. (2008) *Uvod u medicinsko vještačenje u građanskim parnicama*, Zagreb.
- Iveković, R. (2010) *Izrada medicinskog vještačenja*, rad u materijalu „Tečaj izobrazbe kandidata za stalne sudske vještace”, Zagreb.
- Janković, M., Karamarković, H., Janković, Ž. & Petrović, D. (1990) *Komentar zakona o parničnom postupku*, 3. izdanje, Beograd.
- Kauzlarić, Ž. (2007a) Stalni sudski vještaci (2. dio), *Informator*, št. 5541, 14. april 2007.
- Kauzlarić, Ž. (2007b) Sudski vještaci i njihova uloga u parničnom postupku – s osvrtom na posebnosti u postupku osporavanja očinstva i vještačenja mobinga, *Hrvatska pravna revija*, št., 6/07, str. 91-100.
- Kreho, S. (1996) *Zbirka sudskih odluka iz oblasti Zakona o krivičnom postupku*, Sarajevo.
- Kukoljac, M. (1970) *Parnični postupak*, Beograd.
- Kulić, R. (1998) Upis i status vještaka u sudskom postupku, *Pravni život*, št. 12/1998.
- Marović, A., Medvidović, L. & Štimac, S. (2006) *Zaštita prava osobnosti*, Split.
- Matijević, B. (n.d.) Vještaci. Pridobljeno: <http://www.pravnadatoteka.hr/pdf/vjestaci.pdf>. (01. 02. 2018.).
- Mujović Zornić, H. (2008) Značaj vještačenja lekarske greške u građanskom postupku, V: *Zbornik radova "Aktualnosti građanskog i trgovačkog zakonodavstva i pravne prakse"*, št. 6, Mostar.
- Omerhodžić, Z. (n.d.) Tko je sudski vještak i što je njegov posao?, Pridobljeno: <https://www.webgradnja.hr/strucni-dio/strucni-savjetnik-zlatko-omerhodzic/clanci/tko-je-sudski-vjestak-i-sto-je-njegov-posao/254/> (31. 01. 2018).
- Pogarčić, Z. (1999) Dokazi i izvođenje dokaza u parničnom postupku, *Slobodno poduzetništvo*, št. 20.
- Porobić, M., Porobić, V. & Porobić, J. (2004) *Zakoni o parničnom postupku (Federacija BiH, Republika Srpska, Brčko Distrikt BiH) sa komentarom i sudskom praksom*, Sarajevo.
- Poznić, B., Vržalić, M. & Bačić, F. (1957) *Zakon o parničnom postupku sa komentarom*, Beograd.
- Radolović, A. (2006) Pravo osobnosti u novom Zakonu o obveznim odnosima, *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*, vol. 27, št. 1.
- Ristić, V. & Ristić, M. (1989) *Praktikum za parnicu*, Beograd.
- Salaj, Š. (2000) Uloga vještaka u parničnom postupku, *Pravo i porezi*, XLIX, št. 10.
- Sijerčić-Čolić, H., Vuleta, D. & Hadžiomerađić, M. (1999) *Komentar Zakona o krivičnom postupku*, Sarajevo.
- Škavić, J. & Zečević, D. (2010) *Načela sudskomedicinskih vještačenja*, Zagreb.
- Štimac, S. (2008) Pravni aspekt medicinskog vještačenja nematerijalne/neimovinske štete, *Vještak*, god. XXVIII, št. 1, str. 181-192.
- Štimac, S., Marović, A. & Šarić, J. (2010) Medicinski i pravni kriteriji u postupcima naknade nematerijalne (neimovinske) štete, *Osiguranje*, št. 10.

- Triva, S., Belajec, V. & Dika, M. (1986) *Gradansko parnično procesno pravo*, Zagreb.
- Zečević, D. et al. (2004) *Sudska medicina i deontologija* (Zagreb: Medicinska naklada).
- Zečević, E. (2004) *Komentar Zakona o parničnom postupku*, Sarajevo, 2004.
- Zuglia S. & Triva, S. (1957) *Komentar zakona o parničnom postupku*, Zagreb.

# VLOGA IZVEDENCA V CIVILNIH SODNIH POSTOPKIH S Poudarkom NA MEDICINSKEM IZVEDENSTVU

TJAŠA IVANC IN SUZANA KRALJIĆ

Univerza v Mariboru, Pravna fakulteta, Maribor, Slovenija, e-pošta:  
tjasa.ivanc@um.si, suzana.kraljic@um.si

**Povzetek** Zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci samostojno opravljajo vsako delo, za katero imajo ustrezno izobrazbo in so je zanj strokovno usposobljeni ter imajo na razpolago ustrezno opremo. Za svoje delo prevzemajo etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost. A kljub temu se v vsakdanjem delu pojavljajo napake, ki posegajo v dve največji človeški vrednoti: zdravje in življenje in so praviloma mnogokrat nepopravljive narave. Te napake mnogokrat dobijo svoj epilog v sodnih civilnih in kazenskih postopkih, v katere so vključeni tudi sodni izvedenci medicinske stroke. Prispevek obravnava osnovna izhodišča predpostavk za izvajanje sodnega izvedenstva v civilnih sodnih postopkih s posebnim poudarkom na problematiki medicinskega izvedenstva v sodni praksi. Izvedence medicinske stroke se v pravnih postopkih najpogosteje imenuje v odškodninskih sporih, praviloma v zvezi z odmero nepremoženjske škode, pogosto pa tudi v zvezi z ugotavljanjem vzročne zveze in drugih predpostavk odškodninske odgovornosti, kakor tudi v delovnih in socialnih sporih. Predstavitev v prispevku izhaja iz pravne ureditve sprememb, ki jih je na področju sodnega izvedenstva prinesla leta 2017 novela Zakona o pravnem postopu ter s 1. januarjem 2019 novi Zakon o sodnih izvedencih, sodnih cenilcih in sodnih tolmačih.

#### **Ključne besede:**

sodno izvedenstvo, izvedenec medicinske stroke, civilni sodni postopki, škoda, dokazovanje, izvedensko mnenje.

#### **Prvič izdano v:**

IVANC, Tjaša, KRALJIĆ, Suzana. Vloga izvedenca v civilnih sodnih postopkih s poudarkom na medicinskem izvedenstvu. V: KURTOVIĆ MIŠIĆ, Anita (ur.), et al. *Zbornik radova s medunarodnog kongresa "1. kongres KOKOZA i 3. Hrvatski kongres medicinskog prava s medunarodnim sudjelovanjem"*, [Rabac], 22. - 24. ožujka 2019. godine. Split: Pravni fakultet. 2019, str. 235-252. [COBISS.SI-ID 5714219]



DOI <https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7.13>  
ISBN 978-961-286-335-7

## 1 Uvod

Dandanes skorajda ni sodnega postopka, v katerem kot dokazno sredstvo ne bi sodeloval izvedenec z ustreznim znanstvenim ali strokovnim znanjem, s katerim sodišče ne razpolaga. V našem primeru bo to znanje s področja medicine (lahko pa tudi npr. zdravstvene nege). Sodni izvedenec bo tako s svojimi posebnim znanjem in izkušnjami, ki presegajo znanje sodišča, le temu pomagal pri razumevanju določenih dejstev.

Vloga izvedenca v sodnih postopkih z razvojem znanosti pridobiva na pomenu, saj mora biti izvedenčevo strokovno znanje natančno, empirično delo, brez subjektivnosti in pristranskosti. Izvedenci kot strokovnjaki se morajo predvsem zavedati svoje odgovornosti v sodnih postopkih, saj praksa sodišč kaže, da se zelo redko dogaja, da sodišče ne sledi ugotovitvi in mnenju izvedenca, ki ga je postavilo pri ugotavljanju točno določenega dejstva. Po drugi strani pa je velika odgovornost na sodišču, da izvedencu postavi jasna vprašanja in določi primeren rok za izdelavo izvida in menja. Postavitev sodnomedicinskega izvedenca je v pravnih postopkih najpogostejša pri odmeri nepremoženjske škode v odškodninskih sporih, pogosto pa tudi v zvezi z ugotavljanjem vzročne zveze in preostalih predpostavk odškodninske odgovornosti. Zato je tudi bistveno, da izvedenec pri svojem delu čim konkretnije odgovori na vprašanja medicinske stroke, da bi lahko sodišče presojalo utemeljenost in višino postavljenega zahtevka. Nenazadnje pa je treba poenotiti merila, kar bo pripomoglo k doseganju namena sodne odškodnine, ki je v zagotavljanju satisfakcije oškodovanca in v izogibanju ciljev, ki so nezdružljivi z naravo in namenom, ki jo odškodnina predstavlja. Kvalitetno opravljeno izvedeništvo namreč izključi možnost arbitrarnosti sodnika pri odločanju, saj ugotovljena pravnorelevantna dejstva vodijo v pravilno in zakonito odločitev. Odgovornost za uspešno izvedeno delo je porazdeljena tak med izvedenca kot sodnika – sodnik v primeru, ko izvedencu ni odredil potrebna navodila in vprašanja za dobro izvedeno delo, izvedenec pa v primeru, ko določenih navodil ni zahteval ali jim ni sledil.

Leta 2017 je bila sprejeta novela Zakona o pravnem postopku<sup>1</sup> (v nadaljevanju: ZPP-E), ki je je prinesla pomembne spremembe na področju sodnega izvedenstva. S 1. januarjem 2019 (razen nekaj izjem, ki so se začele uporabljati z dnem uveljavitve)

---

<sup>1</sup> Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o pravnem postopku (ZPP-E) (*Act Amending the Contentious Civil Procedure Act*): Uradni list RS, št. 10/17.

pa se je začel uporabljati novi Zakon o sodnih izvedencih, sodnih cenilcih in sodnih tolmačih (v nadaljevanju: ZSICT).<sup>2</sup>

## 2 Dokazni sistemi in pomen dokaznega postopka

Ocenjevanje posameznih dejstev se lahko izvaja po dveh sistemih:

- a) sistem, v katerem zakon vsebuje dokazna pravila, na podlagi katerih se oceni vrednost posameznih dokazov in sodnik samo preveri, ali so predloženi dokazi usklajeni s tem vrednotenjem;
- b) ter sistem proste presoje dokazov, v katerem lahko sodnik prosto preuči posamezne dokaze, te dokaze poveže z drugimi dokazi in glede na celoten postopek odloči, ali so dokazi pravno relevantni in dejstva dokazana ali ne.<sup>3</sup>

Sistem proste presoje dokazov je uveljavljen v civilnem sodnem postopku, saj Zakon o pravnem postopku<sup>4</sup> (v nadaljevanju: ZPP) v 8. členu določa, da sodišče po svojem prepričanju na podlagi vestne in skrbne presoje vsakega posameznega dokaza posebej in vseh dokazov skupaj ter na podlagi uspeha celotnega postopka odloči o tem, katera dejstva bo štelo za dokazana.

Smiselno enako je urejena dokazna ocena tudi v kazenskem postopku, saj Zakon o kazenskem postopku<sup>5</sup> (v nadaljevanju: ZKP) v 1. odst. 18. člena določa, da sodišče pri presojanju, ali so dejstva podana, ni vezano na nobena posebna formalna dokazna pravila, omejeno je zgolj z dokaznimi prepovedmi.<sup>6</sup> Tako sodnik v kazenskem postopku sodne odločbe ne sme opreti na: dokaze, ki so bili pridobljeni s kršitvijo ustavnih pravic in temeljnih svoboščin, dokaze, ki so bili pridobljeni s kršitvijo določb kazenskega postopka, dokaze, ki so bili pridobljeni na podlagi takega nedovoljenega dokaza (2. odst. 18. člena ZKP).

---

<sup>2</sup> Zakon o sodnih izvedencih, sodnih cenilcih in sodnih tolmačih (ZSICT) (*Court experts, certified appraisers and court interpreters Act*): Uradni list RS, št. 22/18.

<sup>3</sup> Ude Lojze (2002). *Civilno procesno pravo* (Ljubljana: Uradni list RS), str. 119.

<sup>4</sup> Zakon o pravnem postopku (ZPP) (*Contentious Civil Procedure Act*): Uradni list RS, št. 73/07 – uradno prečiščeno besedilo, 45/08 – Z.Arbid, 45/08, 111/08 – odl. US, 57/09 – odl. US, 12/10 – odl. US, 50/10 – odl. US, 107/10 – odl. US, 75/12 – odl. US, 40/13 – odl. US, 92/13 – odl. US, 10/14 – odl. US, 48/15 – odl. US, 6/17 – odl. US, 10/17.

<sup>5</sup> Zakon o kazenskem postopku (ZKP) (*Criminal Procedure Act*): Uradni list RS, št. 32/12 – uradno prečiščeno besedilo, 47/13, 87/14, 8/16 – odl. US, 64/16 – odl. US, 65/16 – odl. US, 66/17 – ORZKP153,154, 1/19 – skl. US.

<sup>6</sup> Prim. ECLI:SI:VSRS:2017:I.IPS.53443.2014 z dne 8. junij 2017: »Sodišče samo odloča, katere dokaze bo izvedlo (18. člen ZKP) po načelu proste presoje dokazov...«.

Pravilna uporaba materialnega prava je med drugim odvisna tudi od pravilno ugotovljenega dejanskega stanja. Prav iz tega razloga je predpisana dolžnost strank, da sodišču navedejo vsa dejstva<sup>7</sup> in predložijo vse dokaze, na osnovi katerih se da ugotoviti dejansko stanje (prim. 7. člen ZPP). Breme dokazovanja v pravdnem postopku tako nosijo stranke. Govorimo torej o t. i. trditvenem in dokaznem bremenu (glej tudi 215. člen ZPP).<sup>8</sup> V teoriji se dokazi (tudi dokazna sredstva) delijo na posredne in neposredne dokaze.<sup>9</sup> Pri čemer posredni dokazi služijo ugotavljanju dejstev, na podlagi katerih šele sklepamo na obstoj pravno relevantnih dejstev (govorimo tudi o dokazovanju z indici). Neposredni dokazi pa so dokazi za ugotovitev pravno relevantnih dejstev.<sup>10</sup>

### 3 Dokazovanje z izvedencem in vloga strank in drugih procesnih udeležencev

Vsaka stranka ima v teku pravnega postopka aktivno vlogo in mora sodišču predložiti dokaze, na podlagi katerih se lahko ugotovijo dejstva, ki so pomembna za odločbo.<sup>11</sup> Takšno procesno možnost imajo tudi tretje osebe, ki sodelujejo v pravdi (sospornik, državi odvetnik, državni tožilec).

<sup>7</sup> Tako npr. trditvev, ki jo postavi izvedenec v svojem mnenju (enako velja tudi za navedbe prič), še ni trditve stranke, zato se mora stranka, ki svoj zahtevek ali obrambo temelji na takšnih navedbah drugih udeležencev v postopku, na te navedbe izrecno in konkretizirano sklicevati, da jih je mogoče šteti kot trditve strank (ECLI:SI:VSLJ:2001:I.CPG.908.2000, z dne 24. maj 2001).

<sup>8</sup> Zobec poudarja, da sta to najpomembnejši procesni bremeni, ker neposredno vplivata na uspeh v pravdi. Tožnik namreč mora navesti dejstva, ki substancirajo zahtevek, in jih tudi dokazati (Zobec, Jan v Ude, Lojze *et al.* (2006). *Pravdni postopek, zakon s komentarjem*, 2. knjiga, (Ljubljana: Uradni list RS, GV Založba), str. 344; enako Rechberger, Walter H. & Simotta, Daphne A. (1986). *Zivilprozessrecht*, 3. izdaja (Wien: Manz Verlag), str. 337; Lücke, Wolfgang (2006). *Zivilprozessrecht*, 9. izdaja (München: Verlag C. H. Beck), str. 280; Musielak, Hans-Joachim (2007). *Grundkurs ZPO* (München: C.H. Beck), str. 246.

<sup>9</sup> Tako se npr. po ustaljeni sodni praksi izvedensko mnenje, ki ga ena od pravnih strank sama pridobi pred pravdo, lahko upošteva le kot navedbe stranke, ne pa kot dokaz (ECLI:SI:VSRS:2009:II.IPS.647.2006, z dne 5. februar 2009).

<sup>10</sup> Ude, 2002: str. 255; gl. tudi Juhart, Jože (1961). *Civilno procesno pravo FLRJ* (Ljubljana: Univerzitetna založba): str. 305.

<sup>11</sup> Prim. ECLI:SI:VSRS:2004:II.IPS.544.2003, z dne 27. oktober 2003: »Vendar se uspeh dokazovanja tiste stranke, ki nosi dokazno breme po pravilih o materialnem dokaznem bremenu, prevali procesno dokazno breme na drugo stranko, ki mora potem z nasprotnim dokazom ovreči aktualen dokazni uspeh glavnega dokaza. Ker v konkretnem primeru tožencu to ni uspelo, se je tožnikov provizoričen dokazni uspeh spremenil v dokončen dokazni uspeh.«



Predlog za izvedbo dokaza se praviloma postavi že v tožbi<sup>12</sup>, odgovoru na tožbo<sup>13</sup>, najkasneje pa na prvem naroku za glavno obravnavo. Le izjemoma se lahko nova dejstva in novi dokazi predlagajo tudi kasneje (po pravilih, ki veljajo za *ius novorum* – 286. člen ZPP).<sup>14</sup>

Sodišče dokazov ne izvaja po uradni dolžnosti (izjema so primeri, ko sodišče oceni, da gre za nedovoljena razpolaganja strank oz. določeni posebni postopki – npr. statusni spori). Ima pa sodišče v okviru materialnega procesnega vodstva dolžnost, da z vprašanji oz. na drug primeren način zagotovi, da stranke navedejo pravno relevantna dejstva, da dopolnijo nepopolne navedbe in v tej zvezi tudi navedejo dodatna dokazna sredstva. Prav tako sodišče v okviru materialnega procesnega vodstva od stranke zahteva, da na naroku za glavno obravnavo navede dejstva in se izjasni o tistih relevantnih okoliščinah, ki jih je treba ugotoviti v pravdi (285. člen ZPP).

Dokazovanje pomeni ugotavljanje resničnosti trditev o dejstvih.<sup>15</sup> Praviloma se dokazi izvajajo na prvem naroku za glavno obravnavo oz. na drugih narokih za glavno obravnavo (to narekuje tudi načelo koncentracije postopka). Na prvem naroku za glavno obravnavo se praviloma izvajajo dokazi predvsem v tej smeri, da se ugotovi, ali eventualno obstajajo kakšne procesne ovire za vodenje postopka (286. člen). Predmet dokazovanja so vsa dejstva, na katera stranke opirajo svoje zahtevke (oz. ugovore). Predmet dokazovanja pa v skladu z načelom *iura novit curia* niso pravna pravila.<sup>16</sup> Treba pa je poudariti, da lahko sodišče že predhodno pisno pozove stranke,

---

<sup>12</sup> Tožnik mora dokazati t. i. pravotvorna dejstva, dejstva, iz katerih izvira njegov zahtevke (Ude, 2002: str. 256; Zobec v Ude et al., 2006: str. 344). Tako ECLI:SI:VSR:2009:II:IPS.260.2007, z dne 29. januar 2009: »Breme dokazovanja le navideznosti zapisa v pogodbi o posojilu, v njej navedenega denarnega zneska in pogodbeno prevzetih obveznosti stranke nosi tisti, ki jo zadržuje in se nanjo sklanja (212. člen ZPP), saj je sicer treba upoštevati kot pravilo določbo prvega odstavka 99. člena ob sklenitvi sporne pogodbe in sporazume še veljavnega ZOR, po kateri se določila pogodbe uporabljajo tako, kot se glasijo. Breme dokazovanja navideznosti sporne pogodbe in sporazuma sta torej nedvomno nosila tožnika.« Gl. tudi ECLI:SI:VSR:2009:II:IPS.890.2006, z dne 16. april 2009: »Zaradi procesnega položaja, ki ga v pravdi ima, je bila tožnica tista, ki je morala dokazovati in dokazati resničnost tožnikovega avtorstva spornih spletnih komentarjev. Vendar z dokazi, ki jih je sodišče izpvedlo na njen predlog, tožnica te svoje trditve ni uspela dokazati. Njihova dokazna moč je bila pač presibka za argumentacijo, ki bi izključila vsak razumen dvom v resničnost tožnenega avtorstva.«

<sup>13</sup> Toženec mora dokazati dejstva, na katera opira svoje ugovore (npr. ugovor nenastale pravice, ugovor ugasle pravice) (Ude, 2002: str. 256; Zobec v Ude et al., 2006: str. 344). Glej tudi ECLI:SI:VSIJ:2001:I:CP.2012.2000, z dne 6. junij 2001; tudi ECLI:SI:VSKP:2001:I:CP.502.2001, z dne 11. december 2001; ECLI:SI:VSIJ:2002:I:CPG.1050.2000, z dne 14. februar 2001.

<sup>14</sup> Kežmah, Urška & Ivanc, Tjaša (2018). Sodni izvedenci in stranke - problematika sodnomedicinskega izvedenstva v sodni praksi. V: Kraljić, Suzana (ur.), Reberšek Gorišek, Jelka (ur.) & Rijavec, Vesna (ur.). *Sodni izživci in dileme: konferenčni zbornik*, 27. Posvetovanje Medicina, pravo in družba (Maribor: Univerzitetna založba Univerze), str. 276.

<sup>15</sup> Juhart, 1961: str. 354; Triva, Siniša, Belajec, Velimir & Dika, Mihajlo (1986), *Gradansko parnično procesno pravo*, 6. spremenjena in dopolnjena izdaja (Zagreb: Narodne novine), str. 356; Zobec v Ude et al., 2006: str. 344.

<sup>16</sup> Ude, 2002: str. 257; Lüke, 2006: str. 269.

da predložijo posamezne dokaze, s katerimi npr. sodišče ugotavlja obstoj pravdne sposobnosti, sposobnosti biti stranka oz. drugih procesnih predpostavk za vodenje postopka. To lahko sodišče stori že v fazi priprav na glavno obravnavo, v fazi predhodnega preizkusa tožbe.

Na glavni obravnavi se torej izvajajo dokazi, na podlagi katerih se ugotavlja dejansko stanje, na podlagi katerega sodišče uporabi materialno pravo in odloči o utemeljenosti tožbenega zahtevka. V tožbi, odgovoru na tožbo, pa tudi v pisnih vlogah in na sami glavni obravnavi stranke vedno navajajo svoje verzije spornega pravnega odnosa in tudi predlagajo dokaze, s katerimi dokazujejo in utemeljujejo svoje navedbe. O izvedbi predloženih dokazov odloča sodišče. Praviloma v praksi sodišče najprej zasliši stranke in se šele na podlagi tega odloči, katere dokaze bo še izvedlo, kajti na podlagi zaslišanj strank lahko sodišče že ugotovi, katera dejstva so med strankami eventualno nesporna<sup>17</sup> ter katera dejstva so sporna. Sodišče lahko v okviru zaslišanja zahteva, da se stranka izjasni o dokazih nasprotne stranke in obratno. To navsezadnje zahteva tudi načelo kontradiktornosti. Šele na podlagi tega lahko sodišče odloči, katera sporna dejstva je treba dokazovati in na kakšen način bo sodišče dokaze izvedlo.<sup>18</sup> Sodišče ima dolžnost, da odloči o vseh predlaganih dokazih, to pomeni, da v končni obrazložitvi sodne odločbe obrazloži tudi, zakaj posameznih dokaznih predlogov ni izvedlo. V teoriji se poudarja, da mora sodišče načeloma izvesti predlagane dokaze strank, saj predstavlja nedopustna zavrnitev dokaznega postopka kršitev pravice do izjave v postopku.<sup>19</sup>

Sodišče lahko s sklepom izvedbo predlaganih dokazov iz upravičenih razlogov tudi zavrne.<sup>20</sup> Tako lahko sodišče zavrne izvedbo dokaza, ki naj bi služil ugotovitvi dejstva, ki ni pravno relevantno ali je že dokazano. Sodišče lahko zavrne izvedbo dokaza, ki je povsem neprimeren za ugotovitev določenega dejstva.<sup>21</sup>

---

<sup>17</sup> Glede dokazovanja velja kot temeljno pravilo, pravilo o dokaznem bremenu. Nasprotje temu pravilu pa je pravilo, ki je logična posledica načela kontradiktornosti, to je pravilo, da nespornih dejstev ni treba dokazovati. Pravdni stranki sta tisti, ki determinirata dejansko podlago odločitve sodišča (ECLI:SI:VSLJ:2001:I.CP.2012.2000, z dne 6. junij 2001),

<sup>18</sup> Zobec (v Ude et al., 2006: 357) poudarja, da mora v primeru, ko stranka ni navedla vseh pravno relevantnih dejstev, sodišče v okviru materialnega procesnega vodstva stranko opozoriti na pomanjkljive navedbe (to velja tako za navedbe tožnika kot ugovore toženca).

<sup>19</sup> Betetto, Nina (2003). Ustavna procesna jamstva v dokaznem postopku, *Pravna praksa* št. 21, str. 18-21; gl. tudi Zobec v Ude et al., 2006: str. 357.

<sup>20</sup> Pri tem pa obrazložitev zavrnitve dokaza ne sme vsebovati vnaprejšnje dokazne ocene (npr. da se pričr zaradi določenih okoliščin ne bo moglo verjeti tega, kar bo izpovedala (ECLI:SI:VSLJ:2005:II.CP.1623.2005, z dne 13. april 2005).

<sup>21</sup> Galič, Aleš (1999). Pravica do kontradiktornega postopka – ustavni vidik, *Podjetje in delo*, št. 6-7, str. 1170-1172; Zobec v Ude et al., 2006: str. 358.

Poudariti je treba, da po mnenju teorije<sup>22</sup> in sodne prakse<sup>23</sup> dokazovanje ni omejeno zgolj na dokazna sredstva, kot jih predvideva ZPP. To v praksi pomeni, da se lahko dokazuje z vsemi dokazili, ki pa ne smejo nasprotovati pravnemu redu in temeljnim načelom postopka.<sup>24</sup>

Tako sodišče v praksi izvede dokaz z izvedencem, če je za potrebe ugotovitve dejanskega stanja treba uporabiti strokovno znanje, s katerim sodišče ne razpolaga.<sup>25</sup> Strokovno znanje, zaradi katerega se pojavi potreba po izvedbi tega dokaza, se nanaša na različne stroke: tehniko (arhitektura, gradbeništvo, elektrotehnika, informatika), medicino (splošna kirurgija, ginekologija, travmatologija, ortopedija, sodna medicina, itd.), geodezijo, varstvo pri delu, računovodstvo itd. Predmet izvedenskega dela pa nikoli ne more biti razlaga in uporaba zakona oziroma drugih normativnih aktov. Izvedensko delo sodnega izvedenca torej sestavlja: a) *izvid*, v katerem izvedenec opiše dejanske ugotovitve, do katerih je prišel na temelju svojega strokovnega znanja in; b) *mnenje*, kjer izvedenec poda oceno ugotovljenega dejstva s stališča svoje stroke.<sup>26</sup>

Izvedenca je treba ločiti od t. i. izvedene priče. V primeru, ko strokovnjak izpoveduje o dejstvih, ki jih je sam opazil, ker ima potrebno strokovno znanje, v postopku ne nastopa kot izvedenec, ampak kot izvedena priča.<sup>27</sup> Priča namreč na sodišču izpove, kaj dejansko ve o samem primeru. Sodni izvedenec pa sam ni povezan s sodnim primerom, v katerem naj bi podal svoje strokovno mnenje. Svoje strokovno mnenje namreč sodni izvedenec poda zgolj o posameznih elementih primera, za katere je prejel zaprosilo sodišča.<sup>28</sup>

Ob upoštevanju zgornjih izhodišč je zato bistveno, da stranke tudi pri dokazovanju z izvedencem konkretno opredelijo, o čem naj izvedenec izdelava izvid in mnenje,

<sup>22</sup> Zobec v Ude et al., 2006: str. 359; Rechberger & Simotta, 1986: str. 353.

<sup>23</sup> Prim. ECLI:SI:VSRS:2000:II:IPS.27.2000, z dne 28. junij 2000.

<sup>24</sup> Tako npr. Reichold poudarja, da je detektor laži nedopustno dokazno sredstvo, tudi če bi oseba podala soglasje za njegovo uporabo (Reichold, Klaus v Thomas, Heinz, Putzo, Hans, Reichold, Klaus & Hüßtege, Rainer (2002. *Zivilprozessordnung Kommentar* (München: Verlag C. H. Beck), str. 469).

<sup>25</sup> Izvedenec je oseba, ki na podlagi svojega strokovnega znanja izdaja izvedenska mnenja in pomaga sodniku pri ugotovitvi pravno relevantnih dejstev (Ude, 2002: str. 271).

<sup>26</sup> Tako tudi Kraljić, Suzana (2018). Medicinska sestra in sodno izvedenstvo. V: Kadivec, Saša (ur.). *Zbornik prispevkov, Strokovno srečanje Izzivi managementa zdravstvene nege danes za boljši jutri* (Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v managementu), str. 12.

<sup>27</sup> Ude, 2002: str. 271; Zobec v Ude et al., 2006: str. 484; Juhart, 1961: str. 388.

<sup>28</sup> Borg, Elaine (2004). The Nurse as an Expert Witness. *Canadian Nurse* 100(6), str. 38-39; Kraljić, 2018: str. str. 11.

največkrat jih sodišče tudi pozove, da postavijo vprašanja, ki jih naj sodišče postavi izvedencu. Pri tem pa opozarjamo na nevarnost, saj sodišča velikokrat nekritično povzemajo vprašanja strank v svoje sklepe o postavitvi izvedenca, včasih prihaja celo do situacij, ko so vprašanja strank nasprotujoča, se izključujejo, ali pa gre celo za pravna vprašanja, ki so v pristojnosti sodišča. V teh primerih je ključno, da izvedenec s svojim strokovnim znanjem odgovori na vprašanja sodišča tako, da ne opravi dokazne ocene namesto sodišča, ampak odgovarja izključno na tista vprašanja, na katera lahko odgovori kot strokovnjak. Pri vprašanjih, na katera kot strokovnjak ne more odgovoriti, pa naj na to dejstvo opozori sodišče.<sup>29</sup>

#### 4 Samostojni dokazni postopek z izvedencem (268.a člen ZPP)

Novela ZPP-E je po nemškem vzoru v slovenski pravdni postopek uvedla institut predpravnega izvedenskega mnenja. Pri tem naj na tem mestu opozorimo, da so stranke v praksi že sedaj velikokrat pred pravdo same pridobile izvedensko mnenje, ki so ga uporabile za pogajanja z nasprotno stranko ali za vložitev tožbe. Problem tovrstnih mnenj je bil, da niso bila pridobljena znotraj sodnega postopka in je zato nasprotna stranka velikokrat nasprotovala njihovi uporabi v konkretnem sodnem postopku. Sodna praksa je glede tovrstnih mnenj skladna in dosledno je uveljavljeno stališče, da je treba predpravdna izvedenska mnenja, ki jih je pridobila zgolj ena od strank, šteti kot dejanske navedbe te stranke, ki so strokovno argumentirane.<sup>30</sup> Ali so stroški tako pridobljenega izvedenskega mnenja kasneje v pravdi priznani kot potrebni pravdni stroški, sodišče odloča upoštevaje določbo 155. člena ZPP. Sodišče namreč pri odločanju o tem, kateri stroški naj se povrnejo stranki, po skrbni presoji vseh okoliščin upošteva samo tiste stroške, ki so bili potrebni za pravdo. Pri tem pa sodišče, ko odloča o potrebnosti pravnih stroškov odloča po prostem preudarku, upoštevajoč okoliščine vsakega posameznega primera. Starejša sodna praksa je stroške pred pravdo pridobljenih izvedenskih mnenj zavračala,<sup>31</sup> novejša<sup>32</sup> pa dopušča da so ob ustrezni utemeljitvi tudi takšni stroški pravdni stranki priznani kot potrebni pravdni stroški. Nova možnost pridobitve izvedenskega mnenja pred

<sup>29</sup> Kežmah & Ivanc, 2008: str. 278.

<sup>30</sup> ECLI:SI:VRSR:2008:II.IPS.713.2005, z dne 21. februar 2008; ECLI:SI:VSLJ:2014:II.CP.1634.2014, 24. september 2014.

<sup>31</sup> Npr. ECLI:SI:VSKP:2002:I.CP.1043.2001, z dne 4. junij 2002.

<sup>32</sup> »Predpravdo, s strani stranke predloženo strokovno mnenje ni dokaz, ki bi konkuriral mnenju s strani sodišča postavljenega izvedenca. Pri zunaj sodnem, s strani stranke pridobljenem strokovnem mnenju gre za strokovno argumentiran del strankinih navedb. Ob tako hudih škodnih posledicah, kot jih je utrpela tožnica, ni nikakršnega dvoma, da je ta strošek tako za postavitve kvalitetnega zunajsodnega zahtevka zoper zavarovalnico (ki ima svoje cenile), kakor za postavitve odškodninskega zahtevka v pravdi, potreben po merilih 155. člena ZPP.« (ECLI:SI:VRSR:2016:II.IPS.195.2015, z dne 4. april 2016).

pravdo v skladu z 268.a členom ZPP zato pomeni precejšnjo olajšavo procesnega položaja strank. V skladu z določbo 268.a člena ZPP namreč lahko sodišče pred pravdo sodišče na predlog stranke izvedencu naloži izdelavo izvida in mnenja, če lahko ugotovitve izvedenca služijo izoginitvi pravnemu sporu, in sicer da izvedenec ugotovi:

- a) stanje osebe oziroma stanje ali vrednost stvari;
- b) vzrok škode oziroma napak stvari;
- c) ukrepe za odpravo škode oziroma napak stvari.

Postopek se v tem primeru izvede s smiselno uporabo določb ZPP glede zavarovanja dokazov (265. do 268. člen ZPP). Stroške takšnega izvedenskega mnenja ob smiselni uporabi določbe 167. člena ZPP nosi stranka, ki dokaz z izvedencem predlaga. Ta stranka v tej fazi krije tudi stroške nasprotne stranke oz. stroške začasnega zastopnika, če je le-ta postavljen. Vendar pa lahko ta stranka v primeru, če vloži tožbo, te stroške uveljavlja kot potrebne pravdne stroške glede na uspeh v pravdi. Tako pridobljeno izvedensko mnenje seveda stranka lahko uporabi tudi v morebitni pravdi.<sup>33</sup>

## 5 Upoštevanje izvedenskega mnenja iz drugega postopka

Sodnik bo načeloma upošteval vsak dokaz, ki ustreza načelu neposrednosti in kontradiktornosti. Do ureditve po ZPP-E je obravnavanje izvedenskega mnenja iz drugega (kazenskega postopka) določala sodna praksa. Kot dokaz je mogoče obravnavati le takšno izvedensko mnenje iz kazenskega spisa, ki ustreza procesnim standardom v luči načela neposrednosti in načela kontradiktornosti in glede uporabe katerega je podano soglasja volje pravnih strank.<sup>34</sup> Če do soglasja ne pride, se lahko mnenje izvedenca iz drugega postopka upošteva le v okviru trditvene podlage strank.<sup>35</sup> Soglasje je lahko dano tudi konkludentno, če ena stranka predlaga uporabo mnenja iz drugega postopka, druga pa temu ne nasprotuje.<sup>36</sup>

<sup>33</sup> Kežmah & Ivanc, 2008: str. 279.

<sup>34</sup> ECLI:SI:VSIJ:2015:II.CP.708.2015, z dne 03.06.2015

<sup>35</sup> Čeprav je mogoče zaslediti tudi sodno prakso, ki navaja: Izvedensko mnenje iz drugega postopka je, če ni soglasja strank, dopustno le v izjemnih primerih, če ni kršena pravica stranke do kontradiktornega postopka in je imela možnost sodelovati pri izvedbi tega dokaza, postavljati vprašanja izvedencu, se izjaviti o rezultatih dokazovanja ter podati svoja pravna naziranja. ECLI:SI:VSIJ:2014:I.CP.3304.2013 z dne 21.5.2014.

<sup>36</sup> Ekart & Rijavec & Ude & Keresteš, Zakon o pravnem postopku z novelo ZPP, uvodna pojasnila, GV Založba, Ljubljana 2017, str. 87.

ZPP-E je v novem 219.a členu predvidel možnost uporabe dokaza, ki je bil izveden v drugem postopku. Nova določba 219.a člena omogoča sodišču v primeru, ko je bil dokaz, ki ga je predlagala stranka, že izveden v kakšnem drugem sodnem postopku (npr. kazenskem), da na predlog stranke kot dokazno sredstvo uporabi zapisnik (npr. o zaslišanju priče) ali pisno izvedensko mnenje iz drugega sodnega postopka. Sodišče lahko na predlog stranke kot dokazno sredstvo uporabi zapisnik ali pisno izvedensko mnenje iz drugega sodnega postopka:

1. če stranki temu ne nasprotujeta ali
2. če sta bili obe stranki udeleženi v drugem sodnem postopku in dokaza ni mogoče več izvesti.

## 6 Imenovanje sodnih izvedencev

Sodne izvedence na podlagi javnega poziva (t. i. *pozitivni sistem*; prej *sistem individualnega pristopa*<sup>37</sup>) imenuje Ministrstvo za pravosodje za določeno strokovno področje in podpodročje izvedenstva. Ministrstvo za pravosodje dvakrat v koledarskem letu objavi poziv k predložitvi vlog za imenovanje sodnih izvedencev. Poziv se objavi glede na potrebe na posameznem strokovnem področju in podpodročju izvedenskega dela, ki se ugotovijo na podlagi obrazloženih predlogov predsednikov posameznih sodišč (4. člen ZSICT). Medicina, kot področje izvedenstva, ima številna podpodročja, kjer je mnogo sodnih izvedencev (npr. splošna kirurgija), medtem ko je na določenih specialističnih podpodročjih prisotno pomanjkanje ustreznih.<sup>38</sup> Pomanjkanje sodnih izvedencev je tako prisotno npr. na podpodročju družinske medicine (zgolj 2), maksilofacialna kirurgija (zgolj 1), klinična toksikologija (zgolj 1), nefrologije (zgolj 1) idr. Prav tako pa je treba izpostaviti, da v Sloveniji še nimamo sodne izvedenke s področja babištva. Izhajajoč iz imenika sodnih izvedencev prav tako izhaja, da zdravstvena nega ni opredeljena kot samostojno področje izvedenstva, kot je to medicina. Zdravstvena nega je uvrščena v področje »zdravstvo«, ki ima pet podpodročij: ambulantna zdravstvena nega, bolnišnična zdravstvena nega, fizioterapija, organizacija dela v zdravstvu ter psihiatrična zdravstvena nega. Zdravstveno nego (ambulantno, bolnišnično in psihiatrično) pokrivata zgolj dve sodni izvedenki.<sup>39</sup> Ker je področje sodnega

<sup>37</sup> Tako Kraljić, Suzana & Stričević, Jadranka (2018). Je v sodnem izvedenstvu prostor za medicinske sestre? V: Dobnik, Mojca (ur.). *Zdravstvena in babiška nega sodobnega časa : zbornik predavanj*, 2. mednarodni kongres zdravstvene in babiške nege (Maribor: Univerzitetni klinični center), str. 13-19.

<sup>38</sup> Balažič, Jože (2018). Pomen in ovrednotenje sodnega izvedenstva v Sloveniji. In: Kraljić, S. et al. eds. *Sodobni izzivi in dileme : konferenčni zbornik*, 27. posvetovanje Medicina, pravo in družba (Maribor: Univerzitetna založba Univerze), str. 265.

<sup>39</sup> Kraljić & Stričević, 2018: str. 13-19.

izvedenstva na področju zdravstvene nege in oskrbe še dokaj pomanjkljivo, ne preostane drugega, kakor da se vključijo sodni izvedenci medicinske stroke, ki pa morajo biti pri svojem delu objektivni in morajo upoštevati strokovna pravila zdravstvene nege. Sodni izvedenec medicinske stroke tako ne sme presoјati ravnanja medicinske sestre po profesionalnih standardih zdravnika (npr. kirurga), ampak po standardih, ki veljajo za druge medicinske sestre v istem ali podobnem okolju in v podobnih okoliščinah.<sup>40</sup> Slednjemu je pritrdilo tudi ameriško sodišče v zadevi *Sunnucks v. Tobique Valley Hospital*, kjer je sodišče zapisalo: »[Dr. Fortin, izvedenec] je komentiral zdravstveno nego, vendar njegove izjave ne bomo upoštevali, saj [kot izvedenec] ni kvalificiran, da bi dal podajal mnenje o zdravstveni negi.«

Za sodnega izvedenca je lahko imenovana fizična oseba, ki izpolnjuje z zakonom določene pogoje:

- a) ima ustrezno strokovno znanje ter praktične sposobnosti in izkušnje za določeno področje dela izvedenstva;<sup>41</sup>
- b) ima predbolonjsko univerzitetno izobrazbo ali končan bolonjski magistrski študijski program - Izjemoma je lahko imenovana za sodnega izvedenca, ki ima nižjo izobrazbo, kot je, če zaradi neobstoja ustrezne stopnje študijskega programa v RS ni mogoče izpolniti zahtevanega pogoja izobrazbe;
- c) je državljan RS ali države članice EU ali države članice EGP in aktivno obvlada slovenski jezik;
- d) je poslovno sposobna;
- e) je osebnostno primerna - za delo sodnega izvedenca ni osebnostno primeren tisti, čigar delo oziroma ravnanje ne izkazuje utemeljenega pričakovanja, da bo izvedensko delo opravljal pošteno ali vestno oziroma ne izkazuje utemeljenega pričakovanja, da bo varoval ugled in verodostojnost sodnega izvedenstva. Šteje se tudi, da ta pogoj ni izpolnjen, kadar še ni minilo 5 let od pravnomočnosti odločbe o razrešitvi (2. odst. 17. člena ZSICT);

---

<sup>40</sup> Kraljić, Suzana (2017). Odškodninska in kazenska odgovornost medicinskih sester v luči sodobnih domačih in tujih sodobnih primerov. In: Dobnik, M. (ed.). *Zdravstvena in babilška nega sodobnega časa : zbornik predavanj*, (Maribor: Univerzitetni klinični center), str. 55-66.

<sup>41</sup> Ameriško sodišče je v primeru *Freed v. Geisinger Medical Center, and HealthSouth Corporation* zapisalo, da je nekdo lahko sodni izvedenec samo, če ima več strokovnega znanja, kot ga imajo drugi v okviru običajnega obsega usposabljanja, znanja, inteligence ali izkušenj (Kraljić, 2018).

- f) ima najmanj šest let delovnih izkušenj s področja, na katerem želi opravljati delo sodnega izvedenca;
- g) ni bila pravnomočno obsojena za naklepno kaznivo dejanje, ki se preganja po uradni dolžnosti, zaradi katerega bi bila moralno neprimerna za opravljanje izvedenstva, ker bi to lahko škodovalo nepristranskemu ali strokovnemu opravljanju njenega dela ali ugledu sodišča;
- h) ne opravlja dejavnosti, ki ni združljiva s sodnim izvedenstvom;
- i) ni bila razrešena kot sodni izvedenec, po določbah tega zakona iz razloga trajnega odvzema pravice opravljati delo sodnega izvedenstva (1. odst. 17. člena ZSICT).<sup>42</sup>

Za delo sodnega izvedenca ni osebno primeren tisti, čigar delo oziroma ravnanje ne izkazuje utemeljenega pričakovanja, da bo izvedensko delo opravljal pošteno ali vestno oziroma ne izkazuje utemeljenega pričakovanja, da bo varoval ugled in verodostojnost sodnega izvedenstva. Šteje se tudi, da ta pogoj ni izpolnjen, kadar še ni minilo 5 let od pravnomočnosti odločbe o razrešitvi (2. odst. 17. člena ZSICT).

Kandidat, ki želi biti imenovan za sodnega izvedenca, izkaže ustrezno strokovno znanje ter praktične sposobnosti in izkušnje z opravljenim posebnim preizkusom strokovnosti. Po opravljenem preizkusu bodo sodni izvedenci imenovani z dnem, ko bodo pred Ministrstvom za pravosodje izrekli prisego:

*»Prisegam pri svoji časti, da bom izvedensko delo opravljal(-a) po svoji vesti, nepristransko, v skladu s pravili znanosti in strokovnega znanja ter da bom podajal(-a) svoje izvide in mnenja natančno in popolno.«*

Če oseba v enem letu po opravljenem preizkusu strokovnosti ne priseže v skladu, razen če ne priseže iz razlogov, na katere sama ne more vplivati in je o tem seznanila Ministrstvo za pravosodje, se šteje, da je oseba umaknila vlogo za imenovanje in se postopek imenovanja ustavi. V vsakem primeru se postopek imenovanja ustavi, ko

---

<sup>42</sup> Kot posebnost je treba izpostaviti hrvaško ureditev, kjer je dodan še dodaten pogoj, in sicer da mora sodni izvedenec skleniti pogodbo o zavarovanju pred odgovornostjo za opravljanje sodnega izvedenca. S tem je hrvaški zakonodajalec dodatno poudaril pomen dela sodnega izvedenca, saj lahko le ta tudi s svojim delom povzroči strankam škodo (tako in več o tem glej Čizmić, Jozo (2018). Sodno izvedenstvo v medicini v luči hrvaške pravne ureditve. In: Kraljić, S. et al. eds. *Sodobni izjivi in dileme : konferenčni zbornik*, 27. posvetovanje Medicina, pravo in družba, 23. - 24. marec 2018 (Maribor: Univerzitetna založba Univerze), str. 197-231).



pretečeta dve leti od dneva opravljenega preizkusa strokovnosti in oseba v tem obdobju ni prisegla (prim. členi 17 do 21 ZSICT).

## 6 Postavitev (medicinskih) sodnih izvedencev in opredelitev nalog

Izvedence medicinske stroke se v pravnih postopkih najpogosteje postavi v odškodninskih sporih, praviloma v zvezi z odmero nepremoženjske škode, pogosto pa tudi v zvezi z ugotavljanjem vzročne zveze in drugih predpostavk odškodninske odgovornosti. Da bi se izognili očitkom arbitrarnosti, se odškodnina prisoja upoštevajoč ustaljeno sodno prakso v podobnih primerih, s tehtanjem blažjih in hujših škod, upoštevajoč vse individualne okoliščine primera, pri čemer gre zlasti za lastnosti oškodovanca, kot so starost, spol, poklic. Pri tem je sodnikom v pomoč iz dneva v dan obsežnejša sodna praksa, pomagajo pa si tudi s pomočjo izvedencev.

V primeru, ko sodišče odredi izvedbo dokaza z izvedencem, bo od strank zahtevalo, da se izjasnijo o tem, iz katerega strokovnega področja naj bo izvedenec. Sodišče lahko predhodno s strankami doseže tudi soglasje o imenovanju točno določenega izvedenca. Na ta način se namreč prepreči kasnejša razrešitev in imenovanje novega izvedenca, prav tako pa se razjasnijo tudi določene povezave z izvedencem in strankami (npr. sorodstvo, zakonska zveza itd.), ki so razlog za izločitev izvedenca.<sup>43</sup>

Sodišče bo praviloma kot izvedenca postavilo osebo, ki se nahaja na seznamu oz. je vpisan v imenik stalnih sodnih izvedencev in cenilcev. Lahko pa sodišče postavi za izvedenca tudi osebo, ki se ne nahaja na seznamu sodnih izvedencev, vendar pa stranke soglasno predlagajo, da zaradi izredne strokovnosti izdelava izvedensko mnenje ta izvedenec. Pri tem je treba izrecno izpostaviti, da je seznam sodnih izvedencev le priporočilo - sredstvo, ki olajšuje iskanje in izbiro izvedencev in sodišče pri postavitvi izvedenca nanj ni vezano. Je pa v pravnih postopkih običajno, da sodišče praviloma postavi izvedenca iz seznama stalnih sodnih izvedencev.

Sodni izvedenec je torej oseba, ki je imenovana za neomejen čas s pravico in dolžnostjo, da sodišču na njegovo zahtevo poda izvid in mnenje glede strokovnih vprašanj, za katera tako določa zakon ali glede katerih sodišče meni, da mu je pri njihovi presoji potrebna pomoč strokovnjaka (1. odst. 1. člena ZSICT). Iz

<sup>43</sup> Podrobneje Trampuš, Ziba (2000). Izvedenstvo – procesni vidik, *Pravosodni bilten*, št. 3, str. 47-50.

navedenega izhaja, da je lahko sodni izvedenec zgolj fizična oseba, ki ima posebno znanstveno ali strokovno znanje in izkušnje.<sup>44</sup> Sodni izvedenec to znanstveno in strokovno znanje, veščine in metode uporablja za dejstva, ki so predmet izvedenstva, in s katerim se prispeva k izpolnitvi načela iskanja materialne resnice v sodnih postopkih.<sup>45</sup>

Če gre za kompleksnejšo zadevo, lahko sodišče določi dva ali več izvedencev. Takšen primer je npr. pogost v pravnih, kadar gre za kompleksnejše zadeve, npr. obsežnejšo nematerialno škodo, kjer je treba pridobiti več stališč različnih specialistov izvedencev medicinske stroke. O tem odloča sodišče, pri tem pa mora oceniti okoliščine, ki se nanašajo na kompleksnost in predmet izvedenskega dela.<sup>46</sup> Izhajajoč iz sodne prakse je sodišče štelo, da je gre za zahtevno mnenje takrat, ko je naloga izvedenca tako zahtevna, da terja dodaten poglobljen študij, obsežne analize in preiskave, posvetovanje z drugimi strokovnjaki itd. Zahtevnost mnenja je odvisna tudi od obsežnosti dokumentacije, ki je podlaga za izdelavo mnenja, časa, ki ga ima izvedenec na voljo, kompleksnosti zadeve ter drugih dejavnikov, ki vplivajo na zahtevnost izvida in mnenja.<sup>47</sup> Kot izjemno zahtevna tako sodišča ocenjujejo le najbolj kompleksna in zapletena izvedenska mnenja, ko je na primer potrebno odgovoriti na več zahtevnih strokovnih vprašanj, obdelati več sklopov strokovnih vprašanj, ko je potrebno pritegniti k izdelavi mnenja tudi strokovnjake z drugih področij, preštudirati ogromno dodatne literature, ipd.<sup>48</sup> Na drugi strani pa je sodišče menilo, da dolžina mnenja ni merilo za presojo zahtevnosti izvedenskega mnenja (saj se mnogokrat.<sup>49</sup>

Izvedenci, ki so napravili izvedensko mnenje, morajo podpisati pisni izvid in mnenje. Če se njihovi izvidi in mnenja ne razlikujejo, lahko sodišče pozove samo enega od izvedencev, da mnenje na naroku dodatno pojasni oz. da ga dopolni.

---

<sup>44</sup> Kraljić, 2018: str. 11.

<sup>45</sup> Čizmić, 2018: str. 197-231.

<sup>46</sup> Zobec v Ude et al., 2006: str. 481.

<sup>47</sup> ECLI:SI:VDSS:2018:PSP.216.2018, z dne 7. junij 2018; ECLI:SI:VDSS:2018:PSP.15.2018.2, z dne 22. februar 2018; ECLI:SI:VDSS:2018:PSP.71.2018.2, z dne 5. april 2018.

<sup>48</sup> ECLI:SI:VSLJ:2011:II.CP.100.2011, z dne 20. maj 2011.

<sup>49</sup> ECLI:SI:VSLJ:2010:II.CP.3422.2010, z dne 22. november 2010; ECLI:SI:VDSS:2016:PSP.161.2016.1, z dne 14. julij 2017.

Kadar je izvedensko delo zaupano strokovni ustanovi (npr. Fakultetna komisija za izvedenska mnenja pri Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljana), bo strokovna ustanova sama odredila osebo, ki naj napravi mnenje, razen če sodišče izrecno zahteva določenega strokovnjaka te ustanove.<sup>50</sup>

Sodišče izvedenca postavi s sklepom, katerega odpravek se vroči strankam oz. njihovim zastopnikom ali pooblaščenecem, pa tudi izvedencu. V sklepu o imenovanju izvedenca in odreditvi dokaza z izvedencem mora sodišče označiti predmet izvedeništva in tudi podati nalog izvedencu, da izvrši in opravi izvedensko mnenje. Sodišče mora navesti tudi, o čem naj izvedenec napravi svoje mnenje in izvid, pa tudi rok, v katerem mora izvedensko mnenje napraviti.

Predsednik senata oz. sodnik posameznik lahko tudi zamenja že postavljenega izvedenca in na njegovo mesto imenuje drugega. Tako bo ravnal zlasti v primeru, če ugotovi, da obstajajo razlogi za izločitev izvedenca, če posamezen izvedenec sam zaprosi za razrešitev zaradi prevelike zasedenosti, bolezni ali drugih opravičljivih razlogov. Zoper sklep o razrešitvi izvedenca in imenovanju novega izvedenca ni posebne pritožbe.<sup>51</sup>

V sklepu o postavitvi izvedenca mora sodnik določiti obseg izvedenčevega dela in tudi opredeliti tista pravno relevantna dejstva, ki naj jih izvedenec pojasnjuje.<sup>52</sup>

## 7 Izvid in mnenje izvedenca

Izvedenec, ki ga je imenovalo sodišče, se mora odzvati pozivu sodišča in dati svoj izvid in mnenje (1. odst. 246. člena ZPP). Izjema seveda velja za primer, če so podani razlogi za izločitev izvedenca oz. izvedenec iz drugih opravičljivih razlogov ne more prevzeti izdelave izvedenskega mnenja. Mora pa izvedenec o obstoju takšnih okoliščin nemudoma obvestiti sodišče (4. odst. 246. člena ZPP). Pri tem je sodišče tisto, ki ugotavlja opravičljivost razlogov,<sup>53</sup> zaradi katerih izvedenec zahteva

<sup>50</sup> Izvedenec je lahko le fizična oseba. Tudi če opravlja izvedensko delo strokovna institucija, se v okviru le-te, določi oseba, ki izdelava izvedensko mnenje (Triva, Belajec & Dika, 1986: str. 434; Ude, 2002: str. 272).

<sup>51</sup> Tako ECLI:SI:VSLJ:2000:I.CPG.1536.99, z dne 13. januar 2000.

<sup>52</sup> Rijavec V. (2012). Dokaz z izvedenci, Podjetje in delo, št. 6-7, str. 1394 in nasl.

<sup>53</sup> »Pritožbeno sodišče ugotavlja, da izvedenec tudi po 14 mesecih od izteka s sklepom določenega roka za izdelavo izvedenskega mnenja le-tega sodišču ni predložil. Sodišču prve stopnje je sicer sporočil celo vrsto razlogov za zamudo in obljubljal, da ga bo v najkrajšem možnem času dostavil sodišču. Zakon o pravnem postopku daje namreč izvedencu možnost, da ga sodišče oprosti dolžnosti podati izvedensko mnenje, če so podani upravičeni razlogi, med katere sodi tudi preobremenjenost izvedenca (3. odstavek 246. člena ZPP).« (ECLI:SI:VSLJ:2007:I.CPG.53.2007, z dne 22. februar 2007).

razrešitev dolžnosti izdelave izvedenskega mnenja. Za opravičljive razloge bi šlo npr. v primeru, če je izvedenec dalj časa službeno odsoten, dalj časa zasebno zadržan, če je preobremenjen z izdelavo izvedenskih mnenj v drugih zadevah,<sup>54</sup> če je odsoten iz kraja prebivališča, če je v kakršnem koli razmerju s pravnimi strankami in podobno. Med opravičljive razloge je treba šteti tudi dejstvo, da bi pozvani sodni izvedenec izjavil, da meni, da njegovo znanje glede ni ustrezno, da bi v konkretni zadevi opravi izvedeništvo. Slednje je lahko podano, ko se zdravnika pozove za sodnega izvedenca za izvedeništvo, ki se striktno nanaša na delo na pristojnosti in kompetence medicinske sestre.<sup>55</sup> Nemški zakonodajalec je slednje celo izrecno uzakonil v § 407a ZPO, kjer je določil, da mora pozvani izvedenec takoj preveriti, ali naloga, ki mu jo je sodišče zaupalo, spada v njegovo strokovno področje. Če ugotovi, da ne, mora nemudoma obvestiti o tem sodišče. S takšno zakonodajno ureditvijo se želi še dodatno vplivati na kakovost sodnega izvedenstva, saj se želi zagotoviti, da bodo sodni izvedenci opravljali sodno izvedenstvo samo v zadevah, kjer se išče njihova strokovnost, posebno znanje in izkušnje.<sup>56</sup>

Pooblaščen delavec organa ali organizacije, v kateri je izvedenec zaposlen, lahko prav tako zahteva, da se izvedenca oprosti dolžnosti oprave izvedenskega dela, ker to narekuje varovanje državne, uradne ali poslovne skrivnosti oz. če je prisotnost izvedenca nujno potrebna na delovnem mestu zaradi narave službe itd.<sup>57</sup>

V praksi se v posameznih primerih, zlasti npr. v odškodninskih zadevah, lahko že predhodno postavi več izvedencev, ki so specialisti vsak za svoje področje (npr. fakultetna komisija za izvedenska mnenja, ki določi izvedenca travmatologa, ortopeda, nevrologa itd.). V takšnem primeru lahko izvedenci dajo izvid in mnenje skupaj. Ni pa ovir, da ne bi podali vsak svojega mnenja in izvida ločeno. Če pa bi prihajalo do nestrinjanja med njimi, lahko v vsakem primeru podajo vsak svoj izvid in mnenje (254. člen ZPP).

<sup>54</sup> ECLI:SI:VSIJ:2017:I.CPG.1110.2017, z dne 20. december 2017.

<sup>55</sup> Wölk, Florijan (2008). Der Arzt als Sachverständiger. In: Ratzel, Rudolph & Luxemburg, Bernd (eds). Handbuch Medizinrecht (Bonn: Deutscher Anwaltsverlag), str. 1113-1133.

<sup>56</sup> Kraljić & Stričević, 2008: str. 13-19.

<sup>57</sup> Kežmah & Ivanc, 2018: str. 280.

## **8 Sodelovanje sodišča in izvedenca**

V skladu z določbo 252. člena ZPP mora sodišče izvedencu označiti predmet, ki naj ga pregleda, ter mu dati navodila za njegovo strokovno delo, iz katerih bo izvedenec pripravil izvid in mnenje. Kot že izpostavljeno je faza dokazovanja v domeni sodišča.<sup>58</sup> Pomembno je, da lahko sodišče izvedencu daje pojasnila, na njegovo prošnjo mu lahko dovoli tudi pregled spisov. V kolikor izvedenec to predlaga, lahko sodišče izvede kakšne dodatne dokaze, vse, da se ugotovijo okoliščine, ki so pomembne za izdelavo izvedenskega mnenja. Izvedenec je namreč strokovni pomočnik sodišča.<sup>59</sup>

Kadar sodišče to zahteva, ima izvedenec dolžnost, da pripravi in ponudi obrazložitev in odgovori na vprašanja, ki se nanašajo na metodo, ki jo je uporabil pri izdelavi izvedenskega mnenja, način ugotovitev dejstev in izdelave zaključkov ter tudi katera pravila stroke je pri svojem delu uporabil. Iniciativo za takšno ravnanje izvedenca lahko podajo tudi stranke, praviloma to napravijo s pisno vlogo ali na naroku za glavno obravnavo, kot pripombe na izvedensko mnenje oz. s predlogom za dopolnitev izvedenskega mnenja.

Običajno je, da lahko izvedenci (kar izvedenci v praksi pogosto izvajajo) zahtevajo od sodnika dodatna pojasnila. Takšno sodelovanje je potrebno, kajti to je garancija za uspešno izvedbo dokaza z izvedencem, vse v smislu pravilne in popolne ugotovitve dejanskega stanja.

V praksi se dogaja tudi, da stranke izvedence pri njihovem delu ovirajo (npr. se ne odzivajo na vabilu na osebni pregled, ...).<sup>60</sup> V teh primerih mora sodišče v skladu z določbo 3. odst. 252 člena presoditi, kakšen pomen ima to, da stranka ovira izvedenca pri njegovem delu.

---

<sup>58</sup> Prim. Zobec v Ude et al., 2006: str. 491.

<sup>59</sup> Rijavec, 2012: str. 1396; gl. tudi ECLI:SI:VSLJ:2009:IV.CP.4662.2008, z dne 3. februar 2009.

<sup>60</sup> Kežmah & Ivanc, 2018: str. 281.

## 9 Pripombe strank na izdelano izvedensko mnenje

Stranke velikokrat ugotovivam izvedenca ugovarjajo, ker se izvedensko mnenje ne sklada z njihovimi pričakovanji ali zahtevami. Pri tem kaže opozoriti na stališče sodne prakse, da dokaz z izvedencem ni sredstvo poenotenja pogledov strank na dejanska vprašanja, o katerih je izvedenec podal mnenje, ampak eno od sredstev ugotavljanja spornih dejstev.<sup>61</sup>

Kadar sodišče oceni, da je izvedensko mnenje potrebno dopolniti, slednje izvedencu naloži. V praksi so praviloma dopolnitve izvedenskega mnenja odrejene pisno. Izvedenec pa lahko na pripombe strank odgovori tudi v okviru ustnega zaslišanja na glavni obravnavi. V teh primerih je smiselno, da se izvedencu skupaj z vabilom vročijo tudi pripombe pravnih strank, saj se bo le-tako lahko ustrezno pripravil na zaslišanje in ustno podajanje mnenja.

Ustna obravnava dokaza z izvedencem bo potrebna v primeru strankinih pripomb, v primeru ko je mnenje pomanjkljivo, težje razumljivo ali nasploh toliko kompleksno, da je posamezna strokovna vprašanja treba razčistiti z izvedencem ustno na glavni obravnavi. V primeru torej, ko mnenje (po oceni sodišča) ni dovolj izčrpno, natančno, nedvoumno, razumljivo in jasno, je ustna dopolnitev nujna. Neposredno zaslišanje je nenadomestljivo vselej, ko so potrebna medsebojna pojasnila. Takšna pojasnila so potrebna tudi tedaj, ko je treba razčistiti nasprotje med izvedenskim mnenjem in preostalim procesnim gradivom.<sup>62</sup>

Pri tem novejša sodna praksa uveljavlja zaslišanje izvedenca kot pravilo in ne izjemo.<sup>63</sup> To izhaja tudi iz temeljnega načela neposrednosti in ustnosti, določenega v 4. členu ZPP, in sicer da sodišče odloči o tožbenem zahtevku na podlagi ustnega, neposrednega in javnega obravnavanja. Če se izvedensko mnenje graja glede okoliščin, ki so pravno pomembne za rešitev spora, je zaslišanje izvedenca nujno. Taka opustitev namreč lahko vpliva na zakonitost in pravilnost sodbe in tako

---

<sup>61</sup> ECLI:SI:VSRŠ:2006:II.IPS.410.2005, z dne 26. oktober 2006.

<sup>62</sup> Prim. tudi ECLI:SI:VSLJ:2009:IV.CP.4662.2008, z dne 3. februar 2009.

<sup>63</sup> Iz sodne prakse izhaja, da še zlasti v zadevah, v katerih dejansko stanje posega na strokovno zahtevna področja (npr. medicine in njenih specialističnih strok), ki zahtevajo kompleksen pristop strokovnjakov tega področja, in v zadevah, v katerih več izvedencev poda (sprva celo delno različna) mnenja, je zaradi odstranitve vsakršnega dvoma v pravilnost ali popolnost mnenja, dodatno zaslišanje izvedencev na obravnavi potrebno. ECLI:SI:VSRŠ:2012:II.IPS.182.2012, z dne 15.11.2012.

predstavlja bistveno kršitev določb pravnega postopka po prvem odstavku 339. člena ZPP.<sup>64</sup>

Tudi v primeru, ko je sodišče določilo več izvedencev, bo praviloma nejasnosti v izvidih izvedencev, zlasti v primerih, kadar se ti razhajajo v večjem delu ali pa so nejasni, nepopolni, poskušalo odpraviti najprej z zaslišanjem izvedencev. V primeru, ko tudi na podlagi zaslišanja izvedencev sodišče ne bo imelo dovolj trdne osnove za nadaljnje delo, bo sprejelo sklep, s katerim bo postavilo novega izvedenca.<sup>65</sup>

V primeru, ko je izdelalo o nekem vprašanju izvedensko mnenje več izvedencev iste stroke (kar je primer zlasti v kompleksnih pravnih), bo sodišče najprej soočilo izvedence in poskušalo odpraviti nejasnosti med njimi, šele če to ne bo uspešno, bo sodišče postavilo novega izvedenca.

V primeru, ko je sodišče predhodno v isti zadevi že postavilo več izvedencev, pa se njihova mnenja razlikujejo oz. so nepopolna ali nasprotna, ali če sodišče dvomi v točnost mnenja, sodišče ne bo postavilo novega izvedenca, ampak bo najprej zaslišalo in soočilo izvedence. Šele če ta dokaz ne prinese posebnega premika v smislu, da se odpravijo nesoglasja oz. nasprotja, bo sodišče v končni fazi vseeno zaprosilo za novo izvedensko mnenje drugega izvedenca.

## 10 Sklep

Sodnomedicinsko izvedenstvo je ključnega pomena v mnogih sodnih zadevah, še posebej pa v civilnopravnih odškodninskih zadevah kakor tudi v delovno- oziroma socialnopravnih zadevah.<sup>66</sup> Izvedenec je namreč pomočnik sodišča, saj ima znanje, ki ga sodišče ne poseduje, a je lahko nujno potrebno za rešitev spora. Zato je ključnega pomena, da sodnik in sodni izvedenec medsebojno sodelujeta in komunicirata (npr. izvedenec prosi sodišče za dodatna pojasnila ali dokumentacijo, ki jo potrebuje za svoje delo). Kljub temu, da je področje sodnomedicinskega

---

<sup>64</sup> ECLI:SI:VSCE:2011:CP.1168.2010, z dne 16. junij 2011; ECLI:SI:VSRS:2016:II.IPS.40.2016, z dne 10. marec 2016.

<sup>65</sup> Če stranka predlaga dodatno zaslišanje izvedenca ali novega izvedenca, to ne predstavlja novega dokaznega predloga. Če pa bi stranka spremenila predmet dokazovanja, pa bi šlo za nov dokazni predlog in velja tudi omejitev glede navajanja dejstev in dokazov (Zobec v Ude et al., 2006: str. 502).

<sup>66</sup> Npr. ECLI:SI:VDSS:2013:PSP.436.2012, z dne 14. marec 2013.

izvedenstva v Sloveniji zadovoljivo pokrito, ne gre prezreti, da na določenih področjih medicine primanjkuje (oziroma jih celo ni) sodnih izvedencev.



# PRIMJENA ROBOTIKE U MEDICINI: TEHNOLOŠKI, PRAVNI I ETIČKI IZAZOVI

MARIJA BOBAN

Sveučilište u Splitu, Pravni fakultet, Split, Hrvatska, e-mail: marija.boban @pravst.hr

**Sažetak** Povijest primjene robotike u medicini je novijeg datuma, tek zadnjih dvadesetak godina, ali ima sve značajniji utjecaj. Roboti su morali dostići odgovarajući razvoj i visoku sigurnost rada kako bi se mogli koristiti u medicini. Današnji medicinski roboti su pronašli primjenu u suvremenoj medicini i primjenjuju se u gotovo svim područjima: od oftalmologije, urologije, ginekologije, kardiologije, neurologije, ortopedije, ali i u drugim medicinskim djelatnostima kao što je fizioterapija, pomoć nepokretnim bolesnicima, distribucija lijekova po bolesničkim sobama, nadzor pacijenata, udaljena komunikacija s pacijentom i medicinskim osobljem i mnogim drugima. Nove primjene nalažu nova rješenja, kako u pogledu konstrukcije, tako i u metodama upravljanja, primjeni novih materijala i senzora ali otvaraju i pitanja u pogledu tehnoloških, pravnih i etičkih izazova primjene robotike u medicini. Autorica u radu donosi aktualnosti pravnog okvira u pogledu zaštite osobnih podataka i privatnosti, normizacije i sigurnosti, intelektualnog vlasništava i prijenosa podataka te temeljih etičkih načela primjene robotike u medicini.

**Ključne riječi:**  
etička načela,  
medicina,  
nove tehnologije,  
obrada osobnih  
podataka,  
robotika.

## Prvi put objavljeno u:

Boban, Marija, Primjena robotike u medicini: tehnološki, pravni i etički izazovi // *28TH CONFERENCE MEDICINE, LAW & SOCIETY THE GLOBALIZATION OF MEDICINE IN THE 21ST CENTURY*, Maribor, Slovenija, 2019. str. 89-107 (predavanje, međunarodna recenzija, cjeloviti rad (in extenso), znanstveni)



DOI <https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7.14>  
ISBN 978-961-286-335-7

# UPORABA ROBOTIKE V MEDICINI: TEHNOLOŠKI, PRAVNI IN ETIČNI IZZIVI

MARIJA BOBAN

Univerza v Splitu, Pravna fakulteta, Split, Hrvatska, e-pošta: marija.boban @pravst.hr

**Povzetek** Zgodovinska uporaba robotike v medicini je novejšega datuma. V zadnjih dvajsetih letih pa ima vedno pomembnejši značaj. Roboti so morali doseči ustrezen razvoj in visoko varnost delovanja, da se jih lahko uporablja v medicini. Današnji medicinski roboti se uporabljajo domala na vseh področjih sodobne medicine, in sicer od oftalmologije, urologije, ginekologije, kardiologije, neurologije, ortopedije, kakor tudi pri drugih medicinskih dejavnostih, kot so npr. fizioterapija, pomoč nepokretnim pacientom, distribucija zdravil po bolnišničnih sobah, nadzor pacienta, oddaljena komunikacija s pacientom in medicinskim osebjem itd. Nove uporabe ponujajo tudi nove rešitve, tako v pogledu konstrukcije, kakor tudi glede metod upravljanja, uporabe novih materialov in senzorjev. Odpirajo pa se tudi nova vprašanja glede tehnoloških, pravnih in etičnih izzivov uporabe robotike v medicini. Avtorica se v članku ukvarja z aktualnostmi pravnega okvira glede zaščite osebnih podatkov in zasebnosti, varnosti, intelektualne lastnine in prenosa podatkov, ter temeljnimi etičnimi načeli uporabe robotike v medicini.

**Ključne besede:**

etična načela,  
medicina,  
nove tehnologije,  
obdelava osebnih  
podatkov,  
robotika.

**Prvič izdano v:**

Boban, Marija, Primjena robotike u medicini: tehnološki, pravni i etički izazovi // *28TH CONFERENCE MEDICINE, LAW & SOCIETY THE GLOBALIZATION OF MEDICINE IN THE 21ST CENTURY*, Maribor, Slovenija, 2019. str. 89-107 (predavanje, medunarodna recenzija, cjeloviti rad (in extenso), znanstveni)

<https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7.14> DOI  
978-961-286-335-7 ISBN



## APPLICATION OF ROBOTICS IN MEDICINE: TECHNOLOGICAL, LEGAL AND ETHICAL CHALLENGES

MARIJA BOBAN

University of Split, Faculty of Law, Split, Croatia, e-mail: marija.boban @pravst.hr

**Abstract** Modern medical concerns of application of robotics in medicine practiced across national or other jurisdictional boundaries engage the technological, legal and ethical challenges. The history of using robots in medicine has been dated not earlier than last twenty years but has a very significant impact on development of medicine in whole. Before their application in medicine, medical robots needed to achieve adequate development and highest level of work safety to be able to be used in medicine. Today, medical robots are applied in all areas of medicine from ophthalmology, urology, gynecology, cardiology, neurology, orthopedics, but also in other medical activities such as physiotherapy, immobile patients', as a help for distribution of medicines by patient rooms, patient monitoring, remote communication with patient and medical staff and many other uses. New applications require new solutions, both in terms of construction and management methods, in the application of new materials and sensors but also in terms of technological, legal and ethical challenges of robotics in medicine. In this paper the author introduces the current legal framework for the protection of personal data and privacy, standardization and security, intellectual property and data transfer as well as basic ethical principles of robotics application in medicine.

**Keywords:**

ethics,  
medicine,  
new technologies,  
personal data  
processing,  
robotics.

**First published in:**

Boban, Marija, Primjena robotike u medicini: tehnološki, pravni i etički izazovi // *28TH CONFERENCE MEDICINE, LAW & SOCIETY THE GLOBALIZATION OF MEDICINE IN THE 21ST CENTURY*, Maribor, Slovenija, 2019. str. 89-107 (predavanje, međunarodna recenzija, cjeloviti rad (in extenso), znanstveni)

## 1 Uvod

Progresivan tehnološki razvoj uvelike doprinosi medicini koja se njenom primjenom usavršava i dolazi do beskonačnih saznanja. Zahvaljujući inovacijama i istraživanjima, osobito u području mikroelektronike, višestoljetna ideja o robotu u dvadesetom stoljeću postala je stvarnost. Preme definiciji, robot je stroj upravljani elektroničkim računalom koji obavlja različite poslove za koje je prethodno programiran (Oxlade, 2018). Pojavu prvog robota tj. stroja koji je napravljen prema uzoru na čovjeka i sa svrhom oponašanja čovjeka omogućili su radovi Babbagea i von Neumanna dok današnji roboti u širokoj primjeni vrlo rijetko imaju oblik čovjeka. Nadalje, pisac znanstvene fantastike Isaac Asimov svojim je romanima još 1956. godine potaknuo Josepha Engelbergera da svoju tvrtku Unimation pretvori u tvrtku za poslovnu primjenu robota (Oxlade, 2018). Asimove zakone treba smatrati upućenima projektantima, proizvođačima i operatorima robota, uključujući robote s integriranom autonomijom i mogućnošću samostalnog učenja, s obzirom na to da ih se ne može prevesti u strojni kod.<sup>1</sup> Danas je tvrtka Unimation jedna od vodećih proizvođača industrijskih robota. Porijeklo riječi robot nije, kao što bi se moglo naslutiti, iz znanosti ili industrije već iz znanstvene fantastike. Riječ robot prvi puta upotrijebio je češki pisac Karel Čapek u svojoj znanstveno - fantastičnoj drami. Izraz robotika prvi je upotrijebio Isaac Asimov u svojoj noveli objavljenoj 1942. godine.<sup>2</sup> Prvi pravi industrijski roboti korišteni su u Fordovim tvornicama radi povećanja učinkovitosti proizvodnje automobilskih dijelova te samih automobila. Bili su to numerički upravljani strojevi za obradu kovina, u početku programirani pomoću bušenih kartica, a kasnije elektroničkim računalom. No primjena robota nije bila dovoljna za povećanje učinkovitosti proizvodnje. Javio se problem vremenskih zastoja robota iz razloga što se je prijenos dijelova između strojeva obavljao ručno. Taj problem riješio je američki izumitelj George C. Devol koji je 1954. godine prijavio patent za „programirani prijenos dijelova“, što je zapravo bio prvi industrijski manipulator.

---

<sup>1</sup> Prema Asimovu (1) Robot ne smije naškoditi ljudskom biću ili svojom pasivnošću dopustiti da mu se naškodi. (2) Robot mora slušati ljudske naredbe, osim kad su one u suprotnosti s prvim zakonom. (3) Robot mora štiti svoju egzistenciju, osim kad je to u suprotnosti s prvim ili drugim zakonom (vidi „Raunaround“ Asimov, 1942) i (0) Robot ne smije naškoditi čovječanstvu ili svojom pasivnošću dopustiti da mu se naškodi.

<sup>2</sup> O novim trendovima robotike u medicini vidi Husty & Hofbaur, 2017.

Roboti se mogu podijeliti u generacije koje su definirane prema složenosti informatičkog sustava i stupnju inteligencije, a dijele se na:

- Roboti 1. generacije (programski roboti)

Ovi su roboti bez ikakvih osjetila i u pravilu ne može se reći da su imalo inteligentni. Imaju samo memoriju u koju je pohranjen program kojega izvršavaju točno tako kako ga je čovjek programirao. Za njihov rad potrebna je potpuno uređena okolina.

- Roboti 2. generacije (adaptivni roboti)

Roboti iz ove generacije opremljeni su raznim sensorima, npr. osjetilima vida, dodira, sile. Preko tih senzora roboti dobivaju informacije iz okoline i s obzirom na upravljački logiku mogu se prilagoditi okolini i uvjetima u kojima obavljaju operacije.

- Roboti 3. generacije (inteligentni roboti)

Ova generacija robota opremljena je računalima nove generacije koja su u stanju u kratkom vremenu obraditi ogromne količine podataka. Ovakvi sustavi trebali bi imati svojstva donošenja odluka u definiranim uvjetima te sposobnost učenja i pamćenja. Povećanje broja mogućih područja primjene robota omogućila su svojstva programiranog učenja i zapažanje okoline pomoći raznih senzora. Većina današnjih robota izgledom se razlikuje od čovjeka, no svi su nam oni ipak slični osnovnom konstrukcijom i logikom kojim se služe (Baum & Freedman, 2017).

Primjena robota u medicini (dijagnostika, kirurgija, skrb o bolesnicima, rehabilitacija i sl.) nije bila značajnije zastupljena u primjeni, a danas je to jedno od najperspektivnijih područja u koju se ulažu značajna financijska sredstva i znanstveni resursi i očekuju skoriji značajni rezultati. Očekuje se i jednako intenzivna primjena u, po mnogo čemu sličnim, poslovima namijenjenih za rad kod kuće, u staračkim domovima, za edukaciju djece, za igru i za druge poslove za koje se nije ni moglo misliti da bi ih mogli raditi roboti. Za te robote obično se koristi naziv uslužni roboti (tako i šire Nikolić, 2016; 208 -209).

## 2 Pravni okvir razvoja robotike u medicini

Rezolucija Europskog parlamenta od 16. veljače 2017. s preporukama Komisiji o pravilima građanskog prava o robotici (2015/2103(INL)) poziva Komisiju da predloži zajedničku europsku definiciju kiberfizičkih sustava, autonomnih sustava, pametnih autonomnih robota i njihovih potkategorija uzimajući u obzir sljedeća obilježja pametnih robota:

- sposobnost autonomnog rada s pomoću senzora i/ili razmjene podataka s okolinom (međusobna povezivost) te dijeljenja i analize tih podataka;
- samostalno učenje iz iskustva ili s pomoću interakcije (fakultativni kriterij);
- barem manja fizička potpora;
- prilagodba ponašanja i djelovanja u odnosu na okolinu;
- nedostatak života u biološkom smislu.

Također, smatra da treba uvesti sveobuhvatni sustav Unije za registraciju naprednih robota u okviru unutarnjeg tržišta Unije kada je to relevantno i potrebno za specifične kategorije robota te poziva Komisiju da uspostavi kriterije za klasifikaciju robota koje bi trebalo registrirati; u tom kontekstu poziva Komisiju da istraži bi li bilo poželjno da takvim sustavom za registraciju i registrom upravlja Agencija EU-a za robotiku i umjetnu inteligenciju koja bi bila imenovana za taj zadatak. U tekstu se ističe da bi se razvoj robotike trebao usredotočiti na dopunjavanje ljudskih sposobnosti, a ne na njihovo zamjenjivanje; smatra da je u razvoju robotike i umjetne inteligencije ključno zajamčiti da ljudi uvijek imaju kontrolu nad inteligentnim strojevima; smatra da je potrebno usmjeriti posebnu pozornost na mogući razvoj emotivne veze između ljudi i robota, posebno u osjetljivim skupinama kako što su djeca, starije osobe i osobe s invaliditetom, te ističe pitanja koja se otvaraju zbog mogućeg ozbiljnog emotivnog i fizičkog utjecaja takve emotivne veze na ljude.<sup>3</sup> Naglašava da se jedinstvenim pristupom na razini Unije može olakšati razvoj jer se na taj način izbjegava fragmentacija na unutarnjem tržištu i istovremeno naglašava važnost načela međusobnog priznavanja u prekograničnoj upotrebi robota i robotskih sustava; podsjeća da bi se testiranja, izdavanje certifikata i odobrenje za

---

<sup>3</sup> Rezolucija Europskog parlamenta od 16. veljače 2017. s preporukama Komisiji o pravilima građanskog prava o robotici (2015/2103(INL)) - P8\_TA(2017)0051 - Pravila građanskog prava o robotici – točke N – L.

stavljanje na tržište trebali zahtijevati u samo jednoj državi članici; naglašava da bi taj pristup trebao biti popraćen djelotvornim nadzorom tržišta. Ističe važnost mjera za pomoć malim i srednjim poduzećima te novoosnovanim (start-up) poduzećima u sektoru robotike, koja stvaraju nove tržišne segmente u tom sektoru i koriste robote (vidi šire u Cebalo, Ciglar &, Stoić, 2005).

## **2.1 Zaštita osobnih podataka i poštovanja privatnog života**

Prema Uredbi (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća (Opća uredba o zaštiti podataka – dalje GDPR) utvrđen je pravni okvir za zaštitu osobnih podataka (više o novom okviru zaštite osobnih podataka vidi Boban, 2016a: 152-159) koji će se možda trebati dodatno rješavati pitanje daljnjih aspekata povezanih s pristupom podacima i zaštitom osobnih podataka i privatnosti s obzirom na to da se mogu javiti problemi zbog međusobne komunikacije aplikacija i uređaja te njihove komunikacije s bazama podataka bez ljudske intervencije.<sup>4</sup> Budući da se napredak u području robotike i umjetne inteligencije može i treba ostvariti na način kojim se štiti dostojanstvo, autonomnost i samoodređenje pojedinca, posebno u području ljudske skrbi i interakcije te u kontekstu medicinskih uređaja koji „popravljaju” ili poboljšavaju ljude te vezano uz činjenicu da naposljetku postoji mogućnost da bi umjetna inteligencija dugoročno mogla nadići ljudsku intelektualnu sposobnost. Države članice moraju zajamčiti usklađenost građanskopravnih propisa u sektoru robotike s Općom uredbom o zaštiti podataka te s načelima nužnosti i proporcionalnosti (o usklađenosti s GDPR-om i zahtjevima u području robotike vidi u Corrales, Fenwick & Forgó, 2018). Vezano uz brz tehnološki razvoj jedinstvenog digitalnog tržišta Europske unije u području robotike, uključujući i razvoj kiberfizičkih sustava, Europska komisija i države članice moraju osigurati da zakonodavstvo Unije ne zaostaje za krivuljom tehnološkog razvoja i stavljanja tehnologije u upotrebu.<sup>5</sup>

Pritom je važno naglasiti kako se pravo na poštovanje privatnog života i zaštitu osobnih podataka u skladu s člancima 7. i 8. Povelje o temeljnim pravima Europske

---

<sup>4</sup> Uredba (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka te o stavljanju izvan snage Direktive 95/46/EZ (Opća uredba o zaštiti podataka) (SL L 119, 4.5.2016., str. 1).

<sup>5</sup> O slobodnom prijenosu podatka na jedinstvenom digitalnom tržištu Europske unije kao i o izazovima zaštite obrade osobnih podataka vidi Boban, 2016b: 191-201.

unije<sup>6</sup> i člankom 16. Ugovora o funkcioniranju Europske unije (UFEU)<sup>7</sup> primjenjuje na sva područja robotike te da je potrebno u potpunosti poštovati pravni okvir Unije; u tom pogledu poziva na to da se propisi i kriteriji u vezi s upotrebom kamera i senzora u robotima razjasne u sklopu provedbenog okvira Opće uredbe o zaštiti podataka. Temelj predstavlja poštovanje načela o zaštiti podataka kao što su integrirana i zadana privatnost, smanjenje količine podataka i ograničavanje svrhe te transparentnih kontrolnih mehanizama za osobe čiji se podaci obrađuju i prikladnih pravnih lijekova u skladu sa zakonodavstvom Unije o zaštiti podataka, te da zajamči poticanje prikladnih preporuka i normi i njihovu integraciju u politike Unije.

Također, daljnji razvoj i povećano korištenje automatiziranog i algoritamskog odlučivanja nesumnjivo utječe na konačne odluke koje donosi privatna osoba (poput poslovnog subjekta ili internetskog korisnika) ili administrativno, pravosudno ili drugo javno tijelo, a koje su potrošačke, poslovne ili administrativne prirode; budući da je u postupak automatiziranog i algoritamskog odlučivanja potrebno uvrstiti zaštitne mjere i mogućnost ljudske kontrole i verifikacije. Nekoliko stranih jurisdikcija, kao što su SAD, Japan, Kina i Južna Koreja, razmatra regulatorne mjere u području robotike i umjetne inteligencije, a do određene su ih mjere već i poduzele, te budući da su neke države članice počele razmatrati mogućnost osmišljavanja pravnih normi ili promjene zakonodavstva kako bi se uzele u obzir nove aplikacije iz područja takvih tehnologija (usporedi primjer Kanade prema Dickens, 2008). U europskoj industriji također bi se mogao koristiti učinkovit, usklađen i transparentan pristup regulaciji na razini Unije kojim bi se utvrdili predvidljivi i dovoljno jasni uvjeti pod kojima poduzeća mogu razvijati aplikacije i planirati svoje poslovne modele u europskim razmjerima, a istovremeno bi se zajamčilo da Unija i njezine države članice zadrže kontrolu nad regulatornim normama koje treba uspostaviti kako ne bi bile prisiljene usvojiti i poštovati norme koje su im nametnuli drugi, odnosno treće zemlje koje su također predvodnice u razvoju robotike i umjetne inteligencije (šire u Nagenborg, Capurro, Weber & Pingel, 2008).

---

<sup>6</sup> Prema Povelji članak 7. nalaže: „*Poštovanje privatnog i obiteljskog života. Svatko ima pravo na poštovanje svojeg privatnog i obiteljskog života, doma i komuniciranja.*“ Vidi Povelju Europske unije o temeljnim pravima, 2007 / C 303/0, čl. 7. Povelja također izrijekom nalaže i zaštitu osobnih podataka i do načina da: „*Svatko ima pravo na zaštitu osobnih podataka koji se na njega ili nju odnose. Takvi podaci moraju se obrađivati pošteno, u utvrđene svrhe i na temelju suglasnosti osobe o kojoj je riječ, ili na nekoj drugoj legitimnoj osnovi utvrđenoj zakonom. Svatko ima pravo na pristup prikupljenim podacima koji se na njega ili nju odnose i pravo na njihovo ispravljanje. Poštovanje tih pravila podliježe nadzoru neovisnog tijela.*“ Ibid. čl. 8 Povelje.

<sup>7</sup> Prema članku 16. kako slijedi: „*Svatko ima pravo na zaštitu svojih osobnih podataka. Europski parlament i Vijeće, postupajući sukladno redovnomu zakonodavnom postupku, utvrđuju pravila o zaštiti pojedinaca s obzirom na obradu osobnih podataka u institucijama, tijelima, uredima i agencijama Unije te u državama članicama kad obavljaju svoje aktivnosti u području primjene prava Unije i pravila o slobodnom protoku takvih podataka. Poštivanje tih pravila podliježe nadzoru neovisnih tijela. Pravila donesena na temelju ovoga članka ne dovode u pitanje posebna pravila propisana člankom 39. Ugovora o Europskoj uniji.*“ (vidi Ugovor o funkcioniranju Europske unije (UFEU), pročišćeni tekst, Adrias, Svezak 16, 2009: 73).



Potrebno je uvijek poštovati pravo na privatnost. Inženjeri robotike trebaju zajamčiti sigurnost privatnih informacija i njihovo ispravno korištene i zajamčiti nemogućnost osobnog identificiranja pojedinaca, osim u slučaju izvanrednih okolnosti, ali čak i tada uz jasan, nedvojben i informirani pristanak pojedinca. Informirani pristanak osobe potrebno je zatražiti i dobiti prije bilo kakve interakcije između osobe i robota. Projektanti robota su kao takvi odgovorni za razvijanje i poštovanje postupaka za valjan pristanak, povjerljivost, anonimnost, pravedno postupanje i pravičan postupak. Projektanti će izvršiti sve zahtjeve za uništavanje svih relevantnih podataka ili za njihovo uklanjanje iz skupova podataka (šire u Sturma, 2003: 38–55).

## **2.2 Prava intelektualnog vlasništva i prijenos podataka**

U ovom trenutku ne postoje posebne pravne odredbe za robotiku, ali se postojeći pravni režimi i doktrine mogu primijeniti na robotiku, s time da neke aspekte treba posebno razmotriti; poziva Komisiju da podrži horizontalan i tehnološki neutralan pristup intelektualnom vlasništvu koji se primjenjuje na različite sektore u kojima se bi se mogla koristiti robotika. Sam slobodan protok podataka iznimno važan za digitalno gospodarstvo i razvoj sektora robotike i umjetne inteligencije; ističe da je visoka razina sigurnosti robotskih sustava, uključujući njihove interne sustave podataka i protok podataka, ključna za primjerenu upotrebu robota i umjetne inteligencije; naglašava da je potrebno zajamčiti zaštitu mreža međusobno povezanih robota i umjetne inteligencije kako bi se spriječile moguće povrede sigurnosti; ističe da je ključna visoka razina sigurnosti i zaštite osobnih podataka, uzimajući u obzir privatnost u komunikaciji između ljudi, robota i umjetne inteligencije; ističe odgovornost dizajnera sustava robotike i umjetne inteligencije da razvijaju proizvode na način da budu sigurni i prilagođeni svrsi. Temelj predstavlja suradnja svih članica Europske unije kroz osiguranje podrške i poticaja za razvoj potrebne tehnologije, uključujući integriranu sigurnost (o integriranoj sigurnosti vidi više u Husty & Hofbaur, 2017).

## **3 Temeljna etička načela u robotici**

Unatoč brzom napretku i sve široj primjeni robotike u društvu, poglavito u medicini, isitčke se kako je potencijal za napredak s pomoću primjene robotike obilježen nizom napetosti ili rizicima koje je potrebno ozbiljno razmotriti u pogledu sigurnosti, zdravlja i zaštite ljudi, slobode, privatnosti, integriteta i digniteta te samoodređenja, nediskriminacije i zaštite osobnih podataka (Hofmann, 2013). Smatra da je aktualni

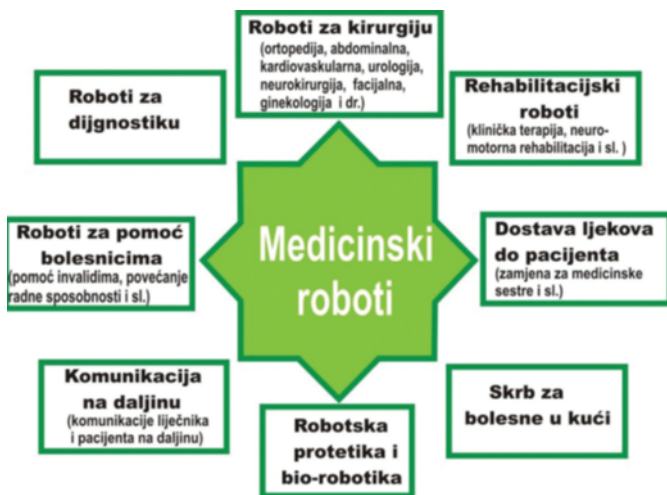
pravni okvir Unije potrebno ažurirati i nadopuniti, kada je to prikladno, usmjerenim etičkim načelima koja odražavaju složenost područja robotike i njenih brojnih društvenih, medicinskih i bio-etičkih implikacija (Decker, 2008); smatra da su potrebne jasne, stroge i učinkovite okvirne etičke smjernice za razvoj, projektiranje, proizvodnju, upotrebu i izmjenu robota kojima će se nadopuniti pravne preporuke iz ovog izvješća te postojeća pravna stečevina država članica i Unije (o pojmu etike u robotici vidi više u Asaro 2006: 9–16). U prilogu Rezoluciji predlaže se okvir u obliku povelje koja bi sadržavala kodeks ponašanja za inženjere robotike, kodeks za povjerenstva koji se bave istraživačkom etikom koji bi se koristio pri preispitivanju protokola robotike te obrasce dozvola za dizajnere i korisnike (tako i šire Sharkey, 2013).

Svakako je važno istaknuti načelo transparentnosti odnosno kako nije uvijek biti moguće opravdati sve odluke koje se donose s pomoću umjetne inteligencije i koje mogu znatno utjecati na život jedne ili više osoba; smatra da treba uvijek biti moguće prevesti izračune sustava umjetne inteligencije u oblik razumljiv ljudima (detaljnu razradu etike i robotike vidi u Capurro & Nagenborg, 2009). Smatra da napredni roboti moraju biti opremljeni „crnom kutijom” u kojoj su pohranjeni podaci o svim transakcijama koje stroj izvršava, uključujući logika koja je dovela do njegovih odluka (o primjeni robotike vidi više u Decker, 2000: 149–166). Okvirne etičke smjernice, prema preporuci Rezolucije, trebale bi biti utemeljene na načelima djelovanja u interesu dobrobiti, neštetnosti, autonomije i pravde, kao i na načelima i vrijednostima utvrđenima u članku 2. Ugovora o Europskoj uniji i u Povelji o temeljnim pravima, kao što su ljudsko dostojanstvo, ravnopravnost, pravda i jednakost, nediskriminacija, informirani pristanak, zaštita privatnog i obiteljskog života i podataka, kao i na drugim temeljnim načelima i vrijednostima zakonodavstva Unije poput nestigmatizacije, transparentnosti, autonomije, individualne i društvene odgovornosti, te na postojećoj etičkoj praksi i kodeksima;. Također, Zakonodavac smatra kako je potrebno posebnu pozornost usmjeriti na robote koji predstavljaju znatnu opasnost u pogledu povjerljivosti zbog njihova postavljanja u tradicionalno zaštićena i privatna okruženja te zbog njihove mogućnosti izvlačenja i slanja osobnih i osjetljivih podataka (Rezolucija, Pravila građanskog prava o robotici, točke 11-14).

## **4 Tehnološki izazovi robotike u medicini**

### **4.1 Istraživanje i inovacije**

Mnoge robotske aplikacije još uvijek su u eksperimentalnoj fazi; pozdravlja činjenicu da države članice i Unija financiraju sve više istraživačkih projekata; smatra da je ključno da Unija, zajedno s državama članicama s pomoću javnog financiranja, ostane predvodnik u istraživanju u području robotike i umjetne inteligencije (vidi više u Beasley, 2012). Kako bi se osigurao rast ulaganja u robotiku u medicini Europska komisija i države članice trebale bi ojačati financijske instrumente za istraživačke projekte u području robotike i informacijsko-komunikacijske tehnologije, uključujući javno-privatna partnerstva te uvrstiti načela otvorene znanosti i odgovorne etičke inovacije u svoje politike u području istraživanja. Također, ovakav način ulaganja u inovacije i istraživanja pretpostavlja povećana financijska sredstava u pronalazak rješenja za društvene, etičke, pravne i gospodarske izazove koji proizlaze iz tehnološkog razvoja i njegovih primjena. Medicinski roboti izvrstan su primjer sinergije medicine i tehnike. Robot ne zamjenjuje kirurga, on je njegova dodatna ruka i mikroskopske oči. S aspekta složenosti, preciznosti i pouzdanosti najzahtjevnija je robotska kirurgija. Već i početna primjena donosi dobre rezultate. Mnogi pacijenti zahtijevaju čak i dodatno financiraju operaciju npr. s robotom “da Vincijem”, jer se pokazalo, da se operacija obavlja kvalitetnije i s manje traume za pacijenta od klasične laporaskopske operacije. Prednosti primjene robotike u medicini su: veća kvaliteta rada i produktivnost, povećana sigurnost i izbjegavanje rizika, povećana operativnost i fleksibilnost (tako i šire Nikolić, 2016: 209). Razvoj medicinskih robota, detaljno prikazan na slici 1, usmjeren je gotovo sva područja medicine. Skoro da i nema područja gdje roboti nisu primjenjeni ili se pak u ovom trenutku ne razvijaju roboti za tu namjenu. Teško bi bih bilo sve opisati, stoga će u radu će biti stavljen naglasak na temeljnu uporabu robotike u medicini u smislu inovacija i istraživanja sukladno Rezoluciji Europskog parlamenta.



Slika 1: Razvoj medicinskih robota

Foto (Nikolić, 2016: 209)

## 4.2 Normizacija, sigurnost i zaštita

Kao uvjet razvoja robotike ističe da se pitanje utvrđivanja normi i omogućavanja interoperabilnosti ključno za buduću konkurentnost u području tehnologija umjetne inteligencije i robotike. Ključan aspekt predstavlja međunarodno usklađivanje tehničkih normi, posebno u suradnji s europskim organizacijama za normizaciju i s Međunarodnom organizacijom za normizaciju, kako bi se potaknule inovacije, izbjegla fragmentacija unutarnjeg tržišta i zajamčila visoka razina sigurnosti proizvoda i zaštite potrošača, uključujući kada je to prikladno minimalne norme o sigurnosti na radu (interoperabilnost i uvezivanje robotike te licenciranje u telemedicini ključna su pitanja u području razvoja robotike u medicini - o tome vidi u Siegal, 2011). Ističe se i važnost zakonitog obrnutog inženjeringa i otvorenih standarda u cilju postizanja maksimalne vrijednosti inovacija i jamčenja da roboti mogu međusobno komunicirati; u tom smislu pozdravlja osnivanje posebnih tehničkih odbora, poput ISO/TC 299 Robotika, čiji je cilj isključivo raditi na razvoju standarda u području robotike (vidi šire u Trevelyan 1999).

Testiranje robota u stvarnim uvjetima ključno za utvrđivanje i ocjenu rizika koje bi roboti mogli uzrokovati te za ocjenu stadija tehnološkog razvoja robota izvan isključivo eksperimentalnih laboratorijskih uvjeta (važno je i pitanje osiguranja kao zaštite i sigurnosti u robotici o čemu više vidi u Bertolini et al., 2016). U tom pogledu

ističe da je testiranje robota u stvarnim uvjetima, posebno u gradovima i na cestama, višestruko problematično i nailazi na prepreke kojima se usporava razvoj tih faza testiranja, te da je u tom pogledu potrebna djelotvorna strategija i kontrolni mehanizam (šire u Schweighofer, 2001: 135–172). Nužna je i izrada jedinstvenih kriterija za sve države članice koje bi one pojedinačno trebale primjenjivati kako bi utvrdile u kojim je područjima dozvoljeno eksperimentiranje s robotima, u skladu s načelom predostrožnosti (Weber, 2006: 144–149).

### **4.3 Roboti za njegu**

Inovacije i razvoj u području robotike za skrb za starije osobe s vremenom postali rašireniji i jeftiniji te nastaju proizvodi bolje funkcionalnosti koje potrošači bolje prihvaćaju; napominje da takve tehnologije, koje starijim osobama, osobama s invaliditetom i osobama koje pate od demencije, kognitivnih poremećaja i gubitka pamćenja pružaju usluge prevencije, pomoći, praćenja, poticanja i socijalne interakcije, imaju široku primjenu (šire u Alaiad & Zhou, 2014). Unatoč eksponencijalnom razvoju robotike, ljudski kontakt jedan od temeljnih aspekata ljudske njege u medicini te se stoga vjeruje da bi se zamjenom ljudskog faktora robotima mogle dehumanizirati prakse njege (Breen & Matusitz, 2010). Međutim roboti bi mogli izvršavati automatizirane zadaće njege i pomoći njegovateljima u njihovom radu, uz poboljšanje ljudske njege i bolje usmjeravanje procesa rehabilitacije, zbog čega bi medicinsko osoblje i njegovatelji mogli posvetiti više vremena dijagnostici i bolje isplaniranim opcijama liječenja (vidi više u Decker, 2000: 149–166). Ističe se da, iako se robotikom može poboljšati mobilnost i integracija osoba s invaliditetom i starijih osoba (više u Weber, 2006: 144–149), ljudski njegovatelji će i dalje biti potrebni te nastaviti imati važnu ulogu koja nije u potpunosti zamjenjiva u socijalnoj interakciji (o primjeni robotike u tzv. smart – home aplikacijama vidi Chan et al., 2008).

### **4.4 Medicinski roboti**

Kod implementacije medicinskih robota važan preduvjet predstavlja osposobljavanje i priprema zdravstvenih djelatnika, poput doktora i njegovatelja kako bi se zajamčila najviša moguća razina stručne sposobnosti i zaštitilo zdravlje pacijenata (šire u Decker & Grunwald 2001; 33–60). Također, potrebno je odrediti razinu odgovarajućeg obrazovanja te minimalne stručne uvjete na temelju kojih će se kirurzima dopuštati rukovanje kirurškim robotima i njihova upotreba; smatra da

je od temeljne važnosti poštovanje načela nadzirane autonomije robota na temelju kojega početno planiranje liječenja i konačan odabir načina izvršenja ostaju uvijek u domeni odluke ljudskog kirurga (Wexner et al., 2009). Valja naglasiti posebnu važnost obuke za korisnike kojom će im se omogućiti bolje upoznavanje s tehnološkim zahtjevima u tom području; usmjerava pozornost na sve veći trend samodijagnosticiranja korištenjem mobilnog robota i, kao posljedica toga, na potrebu da se liječnike osposobi za rješavanje samodijagnosticiranih slučajeva; smatra da upotreba takvih tehnologija ne smije umanjiti odnos liječnik-pacijent niti mu naštetiti, već treba pružiti pomoć liječnicima pri dijagnosticiranju i/ili liječenju pacijenta u cilju smanjenja opasnosti od ljudske greške i povećanja kvalitete života i očekivanog životnog vijeka (Schraft, Hägele & Wegener, 1993: 163–169). Smatra da medicinski roboti imaju sve veću ulogu u operacijama visoke preciznosti i u izvođenju postupaka koji se ponavljaju te da oni mogu poboljšati rezultate u rehabilitaciji i pružiti vrlo učinkovitu logističku potporu u bolnicama; napominje da se robotima mogu potencijalno smanjiti troškove zdravstvene skrbi jer će se zdravstvenim djelatnicima omogućiti da se usredotoče na prevenciju umjesto na liječenje, a više proračunskih sredstava namijenit će se za bolju prilagodbu različitim potrebama pacijenata, stalnom osposobljavanju zdravstvenih djelatnika i istraživanju.<sup>8</sup>

Kada govorimo o medicinskim robotima, potrebno je utvrditi zajedničku europsku definiciju i klasifikaciju pametnih autonomnih robota, uključujući, kada je to potrebno, prikladne definicije njihovih potkategorija te uzimajući u obzir sljedeće značajke i to kako slijedi:

- sposobnost autonomnog rada s pomoću senzora i/ili razmjene podataka s okolinom (međusobna povezivost) i analize tih podataka;
- sposobnost učenja kroz iskustvo i interakciju;
- oblik fizičke potpore robota;
- sposobnost prilagodbe ponašanja i djelovanja u odnosu na okolinu.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> U samoj Rezoluciji poziva se Komisiju da prije datuma početka primjene Uredbe (EU) 2017/745 o medicinskim uređajima zajamči da su postupci za ispitivanje novih medicinskih robota sigurni, posebno ako je riječ o uređajima koji se implantiraju u ljudsko tijelo. Vidi Pravila građanskog prava o robotici, P8\_TA(2017)0051 – točka 43.

<sup>9</sup> Prema Prilogu Rezoluciji: preporuke o sadržaju traženog prijedloga. Vidi Pravila građanskog prava o robotici, Prilog Rezoluciji: preporuke o sadržaju traženog prijedloga P8\_TA(2017)0051.

U cilju sljedivosti i olakšavanja provedbe daljnjih preporuka, potrebno je uvesti sustav registriranja pametnih robota koji se temelji na kriterijima utvrđenima za klasifikaciju robota. Sustav registracije i sam registar trebali bi se voditi na razini Unije i pokrivati unutarnje tržište te bi njima mogla upravljati Agencija EU-a za robotiku i umjetnu inteligenciju<sup>10</sup> u slučaju da se takva agencija osnuje.

#### 4.5 „Popravljanje” organa i „poboljšavanje” ljudskog tijela

Na razni Europske komisije naglašena je i potreba razvoja i daljnjih potencijala robotike u području „popravljanja” i nadomještanja oštećenih ljudskih organa i funkcija, ali i kompleksna pitanja koja se otvaraju zbog mogućnosti „poboljšanja” ljudskog tijela jer medicinski roboti i posebno kiberfizički sustavi mogu izmijeniti naša razmišljanja o zdravom ljudskom tijelu budući da ih je moguće nositi izravno na ljudskom tijelu ili mogu biti ugrađeni u ljudsko tijelo (o tome vidi Sparrow, 2006). Smatra da je u području životno važne medicinske primjene, poput robotskih proteza, nužno pružiti stalnu i održivu mogućnost održavanja i poboljšanja te, posebice, softverskih ažuriranja kojima se ispravljaju nedostaci i slabe točke. Važno je u bolnicama i drugim ustanovama zdravstvene skrbi hitno uspostaviti povjerenstva za etiku u robotici s prikladnim osobljem radi razmatranja neuobičajenih i kompliciranih etičkih problema povezanih s pitanjima njege i liječenja pacijenata te radi pomaganja pri rješavanju tih problema (šire u Trevelyan, 1999). Takav oblike je predviđen na način da države članice osmisle smjernice za pomoć pri uspostavi i radu takvih povjerenstava.<sup>11</sup> Ističe se i važnost jamčenja jednakog pristupa za sve osobe takvim tehnološkim inovacijama, alatima i intervencijama; traži od Komisije i država članica da promiču razvoj pomoćnih tehnologija kako bi se potaknuo razvoj tih tehnologija i kako bi ih osobe kojima su potrebne usvojile, u skladu s člankom 4. Konvencije UN-a o pravima osoba s invaliditetom koju je potpisala Unija.<sup>12</sup> Bitan aspekt jesu i rizici povezani s

---

<sup>10</sup> U tekstu rezolucije traži se od Europske komisije da razmotri osnivanje Europske agencije za robotiku i umjetnu inteligenciju u cilju pružanja tehničkog, etičkog i regulatornog stručnog znanja koje je potrebno kako bi se na razini EU-a i na razini država članica pružila podrška relevantnim javnim akterima u njihovim naporima da zajamče pravodoban, etički i informiran odgovor na nove prilike i izazove, posebno na one koji su prekogranične prirode, koji proizlaze iz tehnološkog razvoja robotike, primjerice u prometnom sektoru. Ibid., točka 15.-17.

<sup>11</sup> Preporučuje osnivanje neovisnih tijela kako bi se zajamčilo pružanje usluga osobama koje imaju životno važne i napredne medicinske uređaje, kao što su održavanje, popravci i poboljšanja, uključujući softversko ažuriranje, posebno u slučajevima kada originalni pružatelj više ne pruža takve usluge; predlaže da se uvede obveza za proizvođače da tim neovisnim tijelima pružaju kompletne upute za projektiranje, uključujući izvorni kod, slično pravnoj obvezi pružanja publikacija nacionalnoj knjižnici; Ibid., točka 36. – 38.

<sup>12</sup> Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom usvojila je Generalna skupština Ujedinjenih Naroda 13. prosinca 2006, a Hrvatska ju je potpisala 30. ožujka 2007. Sabor Republike Hrvatske ju je ratificirao 1. lipnja 2007. Radi se o

mogućnošću da kibernetičko-fizički sustavi integrirani u ljudsko tijelo budu hakirani, isključeni ili da im se izbrišu računalne memorije jer bi se tako moglo ugroziti ljudsko zdravlje, a u krajnjim slučajevima i ljudski životi, te stoga ističe da zaštita tih sustava mora biti prioritet čime se direktno utječe na sigurnosti i ugrožava zdravlje pacijenta (vidi više Royal Academy, 2009).

## 5 Zaključak

Značajan problem u budućem razdoblju kod primjene robotike u medicini s tehnološkog aspekta predstavljaju predviđanja Komisije prema kojima će u budućem razdoblju Europi nedostajati velik broj stručnjaka za informacijske i komunikacijske tehnologije (ICT), a za obavljanje poslova u robotici u medicini bit će potrebne barem osnovne digitalne vještine stoga se predlože izrada plana za moguću upotrebu i reviziju Okvira digitalne kompetencije i opisa digitalnih kompetencija za sve razine učenja te se ističe potreba pružanja znatne potpore razvoju digitalnih vještina u svim dobnim skupinama i neovisno o radnom statusu kao prvi korak prema boljem usklađivanju nedostataka i potražnje na tržištu rada. Nužno je naglasiti da rast sektora robotike zahtijeva da države članice razviju fleksibilnije sustave za osposobljavanje i obrazovanje kako bi se zajamčila usklađenost strategija povezanih s vještinama i potreba gospodarstva u području robotike.<sup>13</sup> Značajni koraci kod uvođenja robotike u medicini, osim navedenih tehnoloških, pravnih, etičkih izazova, moraju uključiti i mogućnost predviđanja društvenih promjena, imajući na umu moguće posljedice razvoja i primjene robotike i umjetne inteligencije te je nužno analizirati različite moguće scenarije i njihove posljedice na održivost sustava socijalne zaštite u državama članicama. Važno je i napomenuti kako se, pored ranije navedenih prednosti, robotikom uvelike može poboljšati sigurnost na radu preusmjeravanjem brojnih opasnih i štetnih zadataka od ljudi na robote, međutim,

---

jednom od najvažnijih dokumenata koji se tiču osoba s invaliditetom i prvom velikom dokumentu o ljudskim pravima u 21. stoljeću.

<sup>13</sup> Prema tekstu Rezolucije, izraženo u brojkama, Europi moglo nedostajati do 825 000 stručnjaka za informacijske i komunikacijske tehnologije (ICT), a za 90 % poslova bit će potrebne barem osnovne digitalne vještine. Također, ističe se kako bi se poticanjem interesa mladih žena za karijeru u digitalnom sektoru i zapošljavanje više žena na digitalnim radnim mjestima bilo korisno za digitalnu industriju, žene i europsko gospodarstvo; poziva Komisiju i države članice da pokrenu inicijative za pružanje podrške ženama u sektoru ICT-a i za poboljšavanje njihovih e-vještina. Poziva se Komisiju da počne pomnije analizirati i pratiti srednjoročne i dugoročne trendove u području zapošljavanja i da pritom posebno obrati pažnju na otvaranje, premještanje i gubitke radnih mjesta u različitim područjima stručnosti kako bi se saznalo u kojim se područjima otvaraju nova radna mjesta, a u kojima nestaju zbog povećane upotrebe robota. Ističe se i važnost fleksibilnosti vještina te društvenih, kreativnih i digitalnih vještina u obrazovanju; uvjeren je da se, osim školama koje pružaju akademsko znanje, potrebe za cjeloživotnim učenjem trebaju ostvarivati cjeloživotnim aktivnostima. Vidi tekst Rezolucije, Pravila građanskog prava o robotici, točka 41.-43.



istovremeno napominje da se time može stvoriti novi niz opasnosti zbog povećanog broja interakcija između ljudi i robota na radnom mjestu; u tom pogledu ističe važnost primjenjivanja strogih i naprednih pravila za interakcije između ljudi i robota kako bi se zajamčilo zdravlje, sigurnost i poštovanje temeljnih prava na radnom mjestu.

### Pravni viri

- Konvencija o pravima osoba s invaliditetom, Generalna skupština Ujedinjenih Naroda, 13. prosinca 2006.
- Povelja Europske unije o temeljnim pravima, 2007/C 303/0.
- Rezolucija Europskog parlamenta od 16. veljače 2017. s preporukama Komisiji o pravilima građanskog prava o robotici (2015/2103(INL)) - P8\_TA(2017)0051 - Pravila građanskog prava o robotici – točke N – L.
- Ugovor o funkcioniranju Europske unije (UFEU), pročišćeni tekst, Adrias, Svezak 16, 2009.
- Uredba (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka te o stavljanju izvan snage Direktive 95/46/EZ (Opća uredba o zaštiti podataka) (SL L 119, 4.5.2016.).

### Literatura

- Alaiad, A. & Zhou, L. (2014) The determinants of home healthcare robots adoption: An empirical investigation, *International Journal of Medical Informatics*, 83(11), pp. 825-840, doi: 10.1016/j.ijmedinf.2014.07.003.
- Asaro, P. M. (2006) What should we want from a robot ethic?, *International Review of Information Ethics*; 6(12), pp. 9–16.
- Asimov, I. (1942) *Runaround* (New York: Street & Smith Publications).
- Baum, M. & Freedman, J. (2017) *The History of Robots and Robotics* (New York: Rosen Publishing Group).
- Bertolini, A., Salvini, P., Pagliai, T., Morachioli, A., Acerbi, G., Trieste, L., Cavallo, F., Turchetti, G., Dario, P. (2016) *On Robots and Insurance*, *International Journal of Social Robotics*, 8(3), pp. 381-391, doi: 10.1007/s12369-016-0345-z
- Beasley, R. A. (2012) *Medical Robots: Current Systems and Research Directions*, *Journal of Robotics* Volume, article ID 401613, available at: <http://www.hindawi.com/journals/jr/2012/401613/> (February 25, 2019), doi: 10.1155/2012/401613.
- Boban, M. (2016a) „ePrivacy and new European Data Protection Regime“, In: *International Scientific Conference ESD 2016, Managerial Issues in Modern Business*, Warsaw, Poland, pp. 152-159.
- Boban, M. (2016b) Digital single market and EU data protection reform with regard to the processing of personal data as the challenge of the modern world, In: *Proceedings of 16th International Scientific Conference ESD 2016., The legal challenges of modern world, 1-2 2016.*, pp. 191-201.

- Breen, G-M, Matusitz, J. (2010) An Evolutionary Examination of Telemedicine: A Health and Computer-Mediated Communication Perspective, *Social Work in Public Health*, 25(1), pp. 59-71, doi: 10.1080/19371910902911206.
- Capurro, R. & Nagenborg, M. (2009) *Ethics and robotics* (Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft).
- Cebalo, R., Ciglar, D., Stoić, A. (2005) *Fleksibilni obradni sustavi* (Zagreb: [Roko Cebalo samoizd.]).
- Chan, M., Estève, D., Escriba, C., Campo, E. (2008) A review of smart homes—Present state and future challenges, *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 91(1), pp. 55-81, doi: 10.1016/j.cmpb.2008.02.001.
- Corrales, M., Fenwick, M., Forgó, N. (2018) *Robotics, AI and the Future of Law* (Heidelberg: Springer).
- Decker, M & Grunwald, A. (2001) Rational technology assessment as interdisciplinary research, In: Decker, M. (ed.) *Interdisciplinarity in technology assessment. Implementation and its chances and limits* (Berlin: Springer), pp. 33–60.
- Decker, M. (2008) Caregiving robots and ethical reflection: the perspective of interdisciplinary technology assessment, *AI & Society*, 22(3), pp. 315–330, doi: 10.1007/s00146-007-0151-0.
- Decker, M. (2000) Replacing human beings by robots. How to tackle that perspective by technology assessment? In: Grin, J., Grunwald, A. (eds.) *Vision assessment: shaping technology in 21st century society* (Berlin: Springer), pp. 149–166.
- Dickens, B. M. (2008) Robotic surgery in Canadian law, *Clinical Risk*, 14(5), pp. 182-185, doi: 10.1258/cr.2008.080044.
- Hofmann, B. (2013) Ethical Challenges with Welfare Technology: A Review of the Literature, *Science and Engineering Ethics*, 19(2), pp. 389-406, doi: 10.1007/s11948-011-9348-1.
- Husty, M. & Hofbaur, M. (2017) *New Trends in Medical and Service Robots: Design, Analysis and Control* (Heidelberg: Springer).
- Nagenborg, M., Capurro, R., Weber, J., Pingel, C. (2008) Ethical regulations on robotics in Europe, *AI & Society*, 22(3), pp. 349-366, doi: 10.1007/s00146-007-0153-y.
- Nikolić, G. (2016) Medicina - perspektivno područje primjene robotike, *Polytechnic & Design*, 4(3), pp. doi: 10.19279/TVZ.PD.2016-4-3-01.
- Oxlade, C. (2018) *The History of Robots* (Raintree).
- Royal Academy (2009). *Autonomous systems: social, legal and ethical issues* (London: The Royal Academy of Engineering).
- Schraft, R. D., Hägele, M. & Wegener, K. (1993) Service robots: the appropriate level of automation and the role of users/operators in the task execution, In: *Proceedings of international conference on systems engineering in the service of humans, 17–20 Oct 1993. Systems, Man and Cybernetics*, pp. 163–169.
- Schweighofer, E. (2001) Robotik—Rechtliche Aspekte, In: Christaller TUA (ed.) *Robotik—Perspektiven für menschliches Handeln in der zukünftigen Gesellschaft*, pp. 135–172.
- Sharkey, N. & Sharkey, A. (2013) Robotic Surgery: On the Cutting Edge of Ethics, *Computer*, 46(1) pp. 56-64, doi: 10.1109/MC.2012.424.
- Siegal, G. (2011) Telemedicine: Licensing and Other Legal Issues, *Otolaryngologic Clinics of North America*, 44(6), pp. 1375-1384, doi: 10.1016/j.otc.2011.08.011.
- Sparrow, R. & Sparrow, L. (2006) In the hands of machines? The future of aged care, *Mind and Machines*, 16(2), pp. 141–161, doi: 10.1007/s11023-006-9030-6.

- Sturma, D. (2003) Autonomie. Über Personen, künstliche Intelligenz und Robotik, In: Christaller, T, Wehner, J. (eds.) *Autonome Maschinen* (Wiesbaden: Westdeutscher Verlag), pp. 38–55.
- Trevelyan, J. (1999) Redefining robotics for the new millennium, *The International Journal of Robotics Research*, 18(12), pp. 1211–1223, doi: 10.1177/02783649922067816.
- Weber, J. (2006) “Der Roboter als Menschenfreund”. Wie das neue Forschungsfeld Mensch-Roboter-Interaktion den Dienstleistungsbereich erobern will, *CT*, (2), pp. 144–149.
- Wexner, S. D., Bergamaschi, R., Lacy, A., Udo, J., Brölmann, H., Kennedy, R. H. & John, H. (2009) The current status of robotic pelvic surgery: results of a multinational interdisciplinary consensus conference, *Surgical Endoscopy*, 23(2), pp. 438-443, doi: 10.1007/s00464-008-0202-8.



# ROBOTIKA I UMJETNA INTELIGENCIJA U MEDICINI – GRAĐANSKOPRAVNI ASPEKT ODGOVORNOSTI ZA ŠTETU

HRVOJE KAČER I BLANKA KAČER

Sveučilište u Splitu, Pravni fakultet, Split, Hrvatska, e-mail:  
hrvoje.kacer@pravst.hr, blanka.kacer@pravst.hr

**Sažetak** Medicinski roboti i robotika u medicini su do nedavno postojali samo u futurističkim filmovima i romanima, a danas su postali ne samo značajan dio sadašnjosti, nego i prijeteći ili obećavajući (ovisno o tome koji elementi će prevladati) veliki dio budućnosti. U tekstu smo pošli od dvije hipoteze. Prva je da je pravni okvir za područje robotike u medicini obilježen insuficijencijom u smislu da je pravnih normi u prvom redu malo, a i kad ih ima nisu baš najbolje „postavljene“, druga je da opći pravni okvir po pitanju odgovornosti apsolutno nije prihvatljiv na slučajeve obilježene robotikom, posebno zato što prijeti dosta velika opasnost da se, čak i uz primjenu pravila objektivne odgovornosti dogodi da, zbog krivnje trećega, oštećenik od toga nema baš ništa. Bez pretenzija na taksativno nabrojanje, ukazali smo na (de lege lata) vrlo izgledne probleme sa sustavom građanskopravne odgovornost uopće (a posebno problema sa sustavom objektivne odgovornosti), te s problemima oko informiranog pristanka.

#### **Ključne riječi:**

robotika,  
umjetna  
inteligencija,  
odšteta,  
informativni  
pristanak,  
medicinsko pravo.

#### **Prvi put objavljeno u:**

Kačer, Hrvoje & Kačer, Blanka. Robotika i umjetna inteligencija u medicini – građanskopravni aspekt odgovornosti za štetu. U: Globalizacija medicine v 21. stoljetju [Elektronski vir] / 28. posvetovanje Medicina, pravo in družba, 28.-30. marec 2019, Maribor; urednice Suzana Kraljić, Jelka Reberšek Gorišek, Vesna Rijavec. - 1. izd. - Maribor : Univerzitetna založba Univerze, 2019.



DOI <https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7.15>  
ISBN 978-961-286-335-7

# ROBOTIKA IN UMETNA INTELIGENCA V MEDICINI – CIVILNOPRAVNI VIDIKI ODGOVORNOSTI ZA ŠKODO

HRVOJE KAČER IN BLANKA KAČER

Univerza v Splitu, Pravna fakulteta, Split, Hrvaška, e-pošta:  
hrvoje.kacer@pravst.hr, blanka.kacer@pravst.hr

**Povzetek** Medicinski roboti in robotika v medicini so še nedavno obstajali samo v futurističnih filmih in romanih. Danes pa so postali ne samo pomemben del sedanjosti, temveč celo grozeči ali obetavni (odvisno od tega, kateri elementi bodo prevladali) veliki del prihodnosti. V besedilu smo prišli do dveh hipotez. Prva je, da je pravni okvir za področje robotike v medicini nezadosten v smislu, da je pravnih normi najprej zelo malo, ko pa so, pa niso najboljše „zastavljene“. Druga hipoteza pa je, da splošni pravni okvir glede vprašanja odgovornosti absolutno ni sprejemljiv za primere, povezane z robotiko, še posebej zato, ker grozi dokaj velika nevarnost, da se celo ob uporabi pravil o objektivni odgovornosti dogodi, da zaradi krivde tretje osebe, oškodovanec od tega ne bo imel ničesar. Avtorji so nakazali na (de lege lata) zelo verjetne težave v sistemu civilnopravne odgovornosti na sploh (še posebej pa na težavo glede sistema objektivne odgovornosti) ter glede težav glede pojasnilne dolžnosti.

**Ključne besede:**

robotika,  
umetna inteligenca,  
odškodnina,  
informirana  
privolitev,  
medicinsko pravo.

**Prvič izdano v:**

Kačer, Hrvoje & Kačer, Blanka. Robotika i umjetna inteligencija u medicini – građanskopravni aspekt odgovornosti za štetu. U: Globalizacija medicine v 21. stoletju [Elektronski vir] / 28. posvetovanje Medicina, pravo in družba, 28.-30. marec 2019, Maribor; urednice Suzana Kraljić, Jelka Reberšek Gorišek, Vesna Rijavec. - 1. izd. - Maribor : Univerzitetna založba Univerze, 2019.

<https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7.15> DOI  
978-961-286-335-7 ISBN



## ROBOTICS AND ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN MEDICINE – CIVIL LAW ASPECT OF LIABILITY FOR DAMAGES

HRVOJE KAČER & BLANKA KAČER

University of Split, Faculty of Law, Split, Croatia, e-mail: marija.boban @pravst.hr

**Abstract** Medical robots and robotics in medicine have, until recently, existed only in futuristic films and novels. Today they have become not only a significant part of the present, but also a threatening or promising (depends on which elements will prevail) big part of the future. Our starting point for this paper were two hypotheses. The first one is that the legal frame for the robotics area in medicine is marked by insufficiency, in the sense that there are only a few legal norms, and if they do exist, they are not quite „set“ as they should be. The other hypothesis is that the general legal frame with regards to the question of liability is absolutely unacceptable for cases marked by robotics, especially because there is a rather great danger that, because of liability of a third party, the injured party remains with nothing, even with the application of the strict liability rules. Without trying to taxonomically enumerate, we have pointed out (*de lege lata*) very probable problems with the civil law liability system in general (and in particular problems with strict liability system), as well as problems surrounding informed consent.

**Keywords:**

robotics,  
artificial  
intelligence,  
compensation,  
informed consent,  
medical law.

**First published in:**

Kačer, Hrvoje & Kačer, Blanka. Robotika i umjetna inteligencija u medicini – građanskopravni aspekt odgovornosti za štetu. U: Globalizacija medicine v 21. stoletju [Elektronski vir] / 28. posvetovanje Medicina, pravo in družba, 28.-30. marec 2019, Maribor; urednice Suzana Kraljić, Jelka Reberšek Gorišek, Vesna Rijavec. - 1. izd. - Maribor : Univerzitetna založba Univerze, 2019.

## 1 Uvod

Ne tako davno odgovornost liječnika je bila tzv. *terra incognita*, praktično do pojave Virchowa<sup>1</sup> o odgovornosti liječnika se nije ozbiljno ni razgovaralo. To je doba u kojemu je liječnike bilo moguće izjednačiti s ulogom onih koji su bili pozvani da rade (liječnici, svećenici, suci u prvom redu) i bilo je praktično nemoguće teretiti ih za ono što su učinili ili propustili poduzeti. Naravno, za pretpostaviti je da ni tada nije bilo dvojbeno da je kažnjivo ako je nešto loše napravio namjerno, ali tako nešto je kako tada, tako i sada, bilo samo teorija. Kada je taj problem odgovornosti (donekle) apsolviran,<sup>2</sup> ostao je i dugo trajao problem osiguranja stručnjaka koji bi vještačili je li liječnik nešto pogriješio ili nije. Čudnim (prema našem mišljenju potpuno pogrešnim, jer svrha postojanja vještaka je utvrđivanje istine,<sup>3</sup> neovisno o tome o kome i čemu se radi) tumačenjem cehovske solidarnosti, liječnici su bili vrlo neskloni vještačiti u postupcima u kojima je okrivljeni ili potencijalno okrivljeni kolega liječnik. Danas je i taj problem praktično apsolviran i (osim vrlo rijetko) nema potrebe brinuti se oko toga hoće li se pronaći stručnjaka vještaka voljnog biti vještak u konkretnom slučaju.<sup>4</sup> Dodatno se dogodilo da je u medicinsko pravo i praksu na velika vrata (makar bez jasne i precizne prave norme koja bi se odnosila baš na to područje prava) ušla objektivna odgovornost ili takozvana odgovornost bez krivnje ili kauzalna odgovornost (vidjeti na ovu temu više u Kačer, 2008b; o objektivnoj odgovornosti vidjeti više i u Klarić, 2009: 75-82), posebno u slučaju sofisticiranih medicinskih uređaja. Još se nismo dobro ni privikli na tu pojavu, a robotika u medicini prijeti novim pravnim potresom, jer je dvojbeno je li i objektivna odgovornost primjerena u slučaju uporabe robota.

Robotika je, potpuno sigurno, jedan od ključnih fenomena ovog stoljeća, makar je u nekim drugim oblicima i intenzitetu postojala i daleko ranije. Kao i za svako drugo područje društvenog života, odnosno stvarnosti i za robotiku je vrlo značajno postojanje primjerenog pravnog okvira. Naravno, što je odstupanje od tzv.

---

<sup>1</sup> Rudolf Virchow, njemački patolog, klasik medicine i političar je u drugoj polovici 19.-og stoljeća uveo pojam liječničke griješke u literaturu, nazvao je *Kunstfehler der Arzte* i definirao pojam kao kršenje općepriзнatih pravila vještine liječenja zbog pomanjkanja dužne pažnje ili opreza, što je postupanje *contra legem artis* (Kačer, 2017: 194; vidjeti tako i u Flis, 2017: 16).

<sup>2</sup> U tom kontekstu zabilježeno je i novo nazivlje prije Virchowa (b.V. ili before Virchow) i poslije Virchowa (a.V. ili after Virchow) (vidjeti u Kačer, 2017: 194).

<sup>3</sup> Misli se na istinu glede dvojbe je li ili nije postupljeno *lege artis*.

<sup>4</sup> Međutim, da ne bi bilo pogrešno shvaćeno, daleko smo mi još od toga da problemi s medicinskim vještačenjem ne postoje, makar ne bi trebalo biti tako. Notorno je da brojni kazneni postupci „stoje“ jer je potrebno vještačenje preskupo. To bi se možda lako shvatilo da vještaci u ogromnom postotku nisu liječnici koji su u radnom odnosu (a i vještače najčešće u radno vrijeme za koje im se ne oduzima plaća) kod te iste države koja ih želi angažirati u sudskim postupcima.



nerobotičkih situacija veće, to je i nužnost za specijalnim pravnim okvirom, po naravi stvari, veće. Nažalost, pravo u pravilu dosta sporo, prečesto i presporo, samo reagira na društvene pojave i praktično je samo u teoriji poznata idealna situacija u kojoj pravo, predviđajući što će se tek dogoditi (što je vrlo često lako moguće), preventivno stvori odgovarajući pravni okvir.

Unatoč tome što je u fokusu ovog teksta stanje u hrvatskom medicinskom pravu i praksi *de lege lata*, posljedično s prijedlozima *de lege ferenda*, očito će biti više nego moguće zaključke na odgovarajući način primijeniti i na stanje u brojnim drugim sličnim pravima, pri čemu posebno makar ne isključivo) mislimo na sastavnice bivše države SFRJ.

U tekstu smo pošli od dvije hipoteze. Prva je da je pravni okvir za područje robotike u medicini obilježen insuficijencijom u smislu da je pravnih normi u prvom redu malo, a i kad ih ima nisu baš najbolje „postavljene“, druga je da opći pravni okvir po pitanju odgovornosti apsolutno nije prihvatljiv na slučajeve obilježene robotikom, posebno zato što prijeti dosta velika opasnost da se, čak i uz primjenu pravila objektivne odgovornosti dogodi da, zbog krivnje trećega, oštećenik od toga nema baš ništa.

## 2 Definicija ključnih pojmova

Koliko je sama materija kojom se bavimo u ovom tekstu složena, na neki način pokazuje i činjenica da nema potpune suglasnosti o temeljnom pojmu kao što je robotika. Robotika je grana inženjerske znanosti i tehnologije robota, njihov dizajn, proizvodnja, primjena. Robotika je srodna s elektronikom, mehanikom i sa softverom. Ime robot prvi je koristio čehoslovački pisac Karel Čapek u svom igrokazu RUR koji je bio objavljen 1920., a termin robotika je stvorio američki pisac Isaac Asimov u znanstveno-fantastičnoj priči "Liar!" (1941). Danas se smatra kako su pojam i shvaćanje robotike (pa i one medicinske) dosta promijenjeni u odnosu na vrijeme dok je namjena bila praktično isključivo industrijska. Uz sve moguće ograde i relativiziranja, ključno kod definiranja robota (pa posredno i robotike) je da se radi o nečemu što uključuje odlučan ili barem bitan utjecaj umjetne inteligencije. U tom smislu svaki stroj ili aparat koji rabi umjetnu inteligenciju je robot, a podrazumijeva se da postoje roboti raznih razina i razina je viša što su umjetna inteligencija i njezina uporaba bliži, odnosno sličniji čovjeku. Dosta je poznata definicija jednog stručnjaka

nepravnika prema kojoj<sup>5</sup> robota definira kao informatički stroj koji ima fizičku stranu, odnosno fizičko proširenje računalne tehnologije koji pretvara informaciju u rad neposredno utječući na nas i našu okolinu. Robot je prema definiciji [www.freedExceptionary.com](http://www.freedExceptionary.com) uređaj koji operira automatski, ili ga neko kontrolira na daljinu. Drugi dio ove definicije čini Da Vinci robota robotom sličnim dječjim igračkama na daljinski pogon. Prema definiciji Oxford Dictionary-a riječ robot ima drugačije značenje. Po njihovom mišljenju, robot je stroj koji je u mogućnosti izvesti seriju kompleksnih akcija automatski. Naravno, robotika je znanost koja se bavi robotima, a ima čitav niz aspekata, do pravne preko medicinske, pa do sociološke.

Možda je najlakše shvatiti primjenu robota na primjeru s jedne strane automobila (niže i srednje klase, koji danas prevladavaju) gdje elementi robotike praktično postoje samo kod zračnog jastuka, dok s druge strane robotizirani automobil znači da korisnik uđe u njega, unese naredbu gdje treba voziti i prepusti se robotu koji ga obavijesti po dolasku na cilj. Između te dvije krajnosti postoji mnogo međukategorija, pa tako elemente robotike ima svako vozilo koje autonomno izbjegava prijelaz iz trake u traku, usklađuje brzinu s onom propisanom, sprječava pokretanje rada motora i/ili vozila slučaju nevezivanja sigurnosnog pojasa i/ili alkoholiziranosti, koju detektira samostalno i sl. Primjenjujući razliku u stupnju samostalnosti robota i količine korištenja robota u cjelokupnom radu u medicini, podijelili bismo ih na: robote za dijagnostiku, robote za kirurgiju (najviše u ortopediji, abdominalnoj, kardiovaskularnoj kirurgiji, urologiji, neurokirurgiji, maksilofacijalnoj kirurgiji, ginekologiji...), rehabilitacijske robote (klinička terapija, neumotorna rehabilitacija...), robote za dostavu lijekova do pacijenta (umjesto medicinskih sestara), robot koji skrbi za bolesnika u kući, robot za pomoć bolesnicima (pomoć invalidima, povećanje radne sposobnosti bolesnog), robot za komunikaciju na daljinu (za komunikaciju pacijenta i liječnika na daljinu, robot koji radi u pozivnoj službi hitne pomoći...) i robotska protetika i bio-robotika (Nikolić, 2016: 209, slika 1).<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Autor definicije je prof. dr. sc. Bojan Jerbić s Fakulteta strojarstva i brodogradnje, a podatak je preuzet iz prikaza izlaganja od 28.02.2017 (Nikolić, 2017: 60).

<sup>6</sup> Podjela još iz dominacije industrijskih robota je dijelila robote na dvije skupine: industrijske i servisne robote, a servisni roboti u medicini su se dalje grupirali prema područjima djelovanja na: dijagnostičke, robote asistente ili pomagače, rehabilitacijske i ostale. Danas se ta podjela izbjegava i roboti se dijele prema namjeni koju rade, a naziv servisni se koristi samo za robote koji su isključivo uslužni poput onih koji se koriste za pružanje pomoći bolesnicima i invalidima (Nikolić, 2016: 209).

Građanskopravna odgovornost u svezi robotike i umjetne inteligencije je dio ukupne građanskopravne odgovornosti i to je svakako nešto što samo po sebi ne uzrokuje dvojbe. Današnji sustav odgovornosti za štetu je dosta sličan, kada mislimo na hrvatski pravni sustav<sup>7</sup>, onome koji vrijedi u Europi i praktično cijelom razvijenom svijetu. Dakle, to je sustav, koji, pojednostavljeno, dijeli odgovornost na dvije velike grupe, od kojih prvu čini odgovornost s krivnjom ili subjektivna ili skrivljena odgovornost, dok drugu čini odgovornost bez krivnje ili objektivna odgovornost. Dodatno razlikuju se obzirom na osnovu odgovornosti ugovorna i izvanugovorna odgovornost (o odgovornosti za štetu detaljno Crnić, 2018; Kačer, Radolović & Slakoper, 2006; Salma, 2004).

Velika je razlika između današnjeg pojma odgovornosti i onoga što je postojalo u tzv. starim pravima uključujući tu i rimsko pravo. Smatra se da riječ odgovornost ne samo da nije postojala u rimskom pravu, nego se pojavila u europskim jezicima tek na kraju 18. st. (Klarić, 2003: 5).

Više je nego jasno da se u neka davna vremena nije radilo ni o čestim ni o velikim štetama, pa je tako bilo dosta logično uopće se ne baviti krivnjom. S tim u svezi, slično je bilo i sa sankcijama koje su išle od neograničene privatne krvne osvete, preko taliona, novčane svote određene nagodbom s oštećenima, novčane svote određene pravnim pravilom u višestrukom iznosu, pa do novčane svote jednake oštećenju ili naknade štete. Vrijeme i razvitak (povezan s tijekom vremena u kojemu je do razvitka došlo) malo po malo su doveli do toga da krivnja postaje sve važnija, gotovo do razine da bez krivnje nije bilo odgovornosti. To je tako bilo sve do trenutka nastanka, odnosno priznavanja postojanja tzv. opasnih stvari i opasnih djelatnosti te s tim povezanim nove vrste odgovornosti, dakle objektivne odgovornosti ili odgovornosti bez krivnje kao još višeg stupnja u razvitku pravila o odgovornosti. Moguće je da baš robotika i umjetna inteligencija zahtijevaju da se učini još jedan korak naprijed i na odgovarajući način dopune ili prilagode pravila o objektivnoj odgovornosti.

---

<sup>7</sup> Obzirom na to da se tzv. medicinski zakoni uopće izravno ne bave odštetnom odgovornošću u prvom redu mislimo na Zakon o obveznim odnosima, Narodne novine broj 35/05, 41/08, 125/11, 78/15, 29/18 – dalje: ZOO ili Zakon o obveznim odnosima.

Generalno, dosta je lako precizno nabrojiti koji su to uvjeti koji su potrebni da nastane odgovornost za štetu. Obično se u nabrojanju navode kao prvo:

a) postojanje osoba kao subjekata u odnosu odgovornosti, što uključuje onu oštećenu koja se naziva oštećenik i onu koja odgovara, koju se naziva štetnik. U užem smislu riječi štetnik je samo onaj koji je neposredno ili sam počinio štetnu radnju, što ne zahtijeva istodobno i da odgovara za tu radnju (npr. slučaj maloljetnika, slučaj neubrojive osobe...), dok u širem smislu taj pojam uključuje odgovornu osobu. Drugi element koji mora postojati je;

b) štetna radnja štetnika koja se može sastojati u aktivnosti, odnosno činjenju, ali i u pasivnosti, odnosno propuštanju. Ponovit ćemo i naglasiti da ta štetna radnja može imati veze s ugovorom u kontekstu ugovorne odgovornosti, ali isto tako i nemati poveznicu s ugovorom ako se radi o izvanugovornoj odgovornosti. Treća pretpostavka odgovornosti za štetu;

c) (je) šteta za koju je zakonodavac u Zakonu o obveznim odnosima u čl. 1046. dao zakonsku definiciju prema kojoj je šteta umanjenje nečije imovine (obična šteta), sprječavanje njezina povećanja (izmakla korist) i povreda prava osobnosti (neimovinska šteta). Po naravi stvari, ali i po jasnim zakonskim odredbama nema odgovornosti za štetu ako nema štete, što zapravo znači da je sama šteta (makar ne i samo i isključivo šteta) u fokusu svakog slučaja odgovornosti za štetu ili od štetne odgovornosti. Četvrta pretpostavka odgovornosti za štetu je;

d) uzročna sveza ili tzv. kauzalni neksus. To je veza koja povezuje štetnu radnju i štetu koja je posljedica štetne radnje. Makar je svako generaliziranje već po naravi stvari problematično, moglo bi se kazati da je kauzalni neksus vrlo često najsporniji, ali i najkontroverzniji dio među svim pretpostavkama odgovornosti za štetu. Naime, šteta je u pravilu posljedica mnogih uzroka, među kojima treba izdvojiti onaj pravno odlučujući makar to djeluje kao nešto što je vrlo lako, u praksi to nije tako. Kao dokaz toj tezi o vrlo kompleksnom pitanju navodimo poznati primjer iz literature o čovjeku koji je kasnio na putovanje zato što mu nije bilo gotovo odijelo. Kada ga je konačno dobio sjeo je u vlak i u vlaku nastradao. Upravo zbog teorije adekvacije (Klarić & Vedriš, 2014: 595) (jer kašnjenju s izradom odijela nije adekvatna takva štetna posljedica, a bila bi npr. šteta jer je glazbeniku za

koncert trebalo baš to posebno naručeno i ručno rađeno odijelo) neće biti odgovornosti krojača za štetu nastalu u vlaku. Peta pretpostavka je;

e) protupravnost koja se pojavljuje kao subjektivna (krivnja) ili objektivno kršenje neke pravne norme neovisno o krivnji.

Glede objektivne odgovornosti stvari stoje bitno drukčije. U hrvatskom zakonodavstvu je karakteristično to što je opća odredba sadržana u Zakonu o obveznim odnosima, a tzv. medicinski zakoni je baš nigdje ni ne negiraju, ali i ne spominju. Poznato je kako je uopće došlo do objektivne odgovornosti. Velika uporaba željeznice (kasnije i brodova i automobila) i štete koje su s tim u svezi prijetile i problematika dokazivanje nečije krivnje uzrokovali su uvođenje objektivne odgovornosti. Prvi zakon koji se u tom kontekstu spominje je njemački Zakon o željeznicama od 3. studenog 1834. godine. Generalno treba istaknuti da se krivnja ne zahtijeva, a kauzalni nesus je bitno pojednostavljen. Naime, u Zakonu o obveznim odnosima je izričito propisano u članku 1063. da se za štetu koja je nastala u svezi s opasnom stvari odnosno opasnom djelatnošću smatra da potječe od te stvari, odnosno djelatnosti, osim ako se dokaže da one nisu bile uzrok štete.

### 3 Povijesni prikaz razvitka robotike do danas

Robotika je pojam koji svoje mjesto ima u mnogim područjima društvenog života, pored ostaloga i u pravu. Koliko je to još uvijek novi pravni pojam možda najbolje pokazuje činjenica da pojma robotike ili robotike u medicini ili pravne robotike uopće nema u (po naravi stvari) najpotpunijem pravnom djelu koje je tiskano ne tako davne 2007. god.<sup>8</sup> i u kojemu nema ni pojma robotika, ni bilo kojeg sličnog – izvedenog pojma. Unatoč navedenom, činjenica je da prve ideje o robotici, prvo spominjanje toga pojma datiraju još iz jako davnih vremena. Tako postoje pretpostavke o prvim inženjerima Imhotepu (2655.-2600. pr. Kr.) i njegovom ocu Kanoferu koji su izgradili, za sada prvu poznatu, stepenastu piramidu zvanu Džozerova piramida. Prema legendi, suočavajući se s problemom pljačke raznih lokacija (posebno grobova), poduzimane su aktivnosti s određenim elementima automatizacije. Povjesničari znanosti navode radove dvojice znanstvenika tehničke struke kao značajne početke vezane za povijest robotike. Radi se o Heronu

<sup>8</sup> Pravni leksikon (2007). (Zagreb: Leksikografski zavod Miroslav Krleža). Važno je napomenuti da se radi o iznimno opsežnom djelu u kojemu je na 1872 stranice, u 152 127 redaka obrađeno čak 6584 natuknice.

Aleksandrijskom iz prvog stoljeća i Ismailu Al Jazariju iz 12. stoljeća. Heron Aleksandrijski (10.-70.) je cijenjeni matematičar i znanstvenik tehničke struke. Djelovao je u okviru muzeja u Aleksandriji. U djelu "Pneumatica" opisao je 80 uređaja koji rade pomoću pneumatskog, hidrauličkog ili parnog tlaka. Spominju se mehanizmi s rotirajućim pozicioniranjem, automati za otvaranje i zatvaranje vrata, uređaji za simuliranje grmljavine, te androidi koji sipaju vino. Ismail Al Jazari (1136.-1206.) je u svoje vrijeme bio vodeći svjetski strojarski inženjer. Njegove radove iz područja robotike većina povjesničara znanosti smatra vrhuncem znanstvenih postignuća iz područja mehaničkih automata. Bavio se muzičkim automatima, vodenim satovima impresivnog dizajna, humanoidnim robotima za posluživanje, te pumpama i sustavima za izvlačenje vode. Stil njegovog rada je bio prvo nizom pokušaja izraditi uređaj, a zatim to detaljno zabilježiti u obliku prekrasnih minijatura. U svome pisanom radu "Knjiga o genijalnim mehaničkim uređajima" prezentirao je 50 radova s 174 crteža i ona je bila najvrjedniji dokument za projektiranje, proizvodnju i montažu strojeva sve do modernih vremena Leonardo da Vinci (1452.-1519.), jedan od najvećih genija renesanse, pored visokih postignuća u umjetnosti plodonosan je bio i kao inženjer. Godine 1495. izradio je humanoidnog robota u obliku oklopljenog viteza, a 1515. godine mehanički automat u obliku lava (Jelić, 2016: 4-5).

Prvi poznati robot u kirurgiji bio je "Arthrobot", koji je asistirao 1983. godine pri ugradnji endoproteze kuka. Godine 1985. robot "Puma 560" upotrijebljen je da postavi iglu za biopsiju mozga koristeći vođenje kompjuterskom tomografijom (CT). Tri godine kasnije "Probot", razvijen na Imperial Collegeu u Londonu, korišten je u operaciji prostate. Integrirani kirurški sustav "Robodoc" uveden je 1992. za ugradnju preciznih elemenata u bedrenu kost kod zamjene kuka, a daljnji razvoj uslijedio je uvođenjem kirurškog robota "Da Vinci" tvrtke Intuitive Surgical, te kirurških sustava "Aesop" i "Zeus" tvrtke Computer Motion. Intuitive Surgical je kupio Computer Motion 2003. godine i od tada se Zeus više aktivno ne prodaje. Sistem "NeuroMate" u neurokirurgiji se koristi kao asistent za biopsiju i otklanjanju tumora. Umjesto predoperativnih slika, NeuroMate prikazuje real-time 3D slike koje kirurgu pokazuju preciznu lokaciju tumora. Prvi robot u komercijalnoj upotrebi koji je 1994. godine asistirao kirurzima bio je Aesop. Bio im je kao treća ruka koja je držala endoskopsku kameru. Zatim su uslijedili roboti koji sami imaju dvije, tri ili četiri ruke. Godine 1998. izvedena je prva ugradnja srčane premosnice u Njemačkoj, u kojoj je Da Vinci aktivno pomagao kirurzima. Godinu nakon toga slijedi prva ugradnja srčane premosnice u SAD-u. Prva operacija na daljinu izvršena je 2001. godine putem

Zeusa kojim je bilo upravljano u New Yorku dok je pacijent bio u Strasbourgu. 2006. godine izveden je prvi zahvat robotske kirurgije umjetnom inteligencijom bez asistencije za ispravljanje srčane aritmije. Rezultati su ocijenjeni kao bolji od iznad prosječnog kirurga čovjeka. Stroj je imao bazu podataka od 10.000 sličnih zahvata, i bio je (barem po tom kriteriju) više nego kvalificiran za izvođenje zahvata na bilo kojem pacijentu. 2009. godine izvedena je u New Jersey-u prva potpuno robotski asistirana transplantacija bubrega. 2010. godine sa Sveučilišta za tehnologiju Eindhoven objavili su da razvijaju kirurški sustav "Sofie", prvi kirurški robot koji će imati implementiranu sposobnost povratne sile (Jelić, 2016: 9-12). Intuitive surgical je globalni lider na tržištu robotike u zdravstvu, a njihov najprodavaniji proizvod je robot znakovitog i lako prepoznatljivog imena – Da Vinci. To vjerojatno nije robot kako ga zamišljamo na prvu, niti neka inteligentna metalna konstrukcija koja sama donosi odluke. To je ustvari robotička platforma kojom upravljaju obučeni profesionalci i njena namjena nije da zamijeni liječnika, nego da mu pomogne. Da Vinci je stvoren da bude potpora i moćan alat koji kirurzi koriste da bi preciznije obavili operaciju.

Makar je to u javnosti malo poznato (još manje ako se radi opždetaljima) danas su roboti u značajnoj uporabi u medicini, iako još ne u svim područjima medicine i unatoč tome što su to (barem u pravilu) pomagači, a ne supstituti za liječnike i druge koji rade u lancu davatelja medicinske usluge. Broj operacija je svakim danom sve veći, pa je tako sveučilišna bolnica u Švicarskoj (Geneve) objavila da je srušila dotadašnji europski rekord u broju robotskih kirurških zahvata – obavila ih je 2514, od čega na krvim žilama 1185, uroloških 1053 i ginekoloških 276 (Pranić, 2017: 19). Nedavno je u medijima objavljen podatak koji je dao WHO (World Health Organization) i prema kojemu je na području dijagnosticiranja – otkrivanja raka maternice robot daleko uspješniji od čovjeka.<sup>9</sup>

Poznato je da veliki problem u praksi predstavlja pravilna implementacija informiranog pristanka kao jednog od ključnih prava pacijenta ne u hrvatskom nego u europskom i svjetskom pravu<sup>10</sup>, dakle kako da se pacijenta pravilno i potpuno informira. Jako je teško naći pravu mjeru jer u literaturi postoje primjeri sudskih odluka u kojima je odlučeno da nije pravilno informiran pacijent kojemu je dano previše podataka, ali ni onaj kojemu je dano premalo podataka. Pri tome je jako

<sup>9</sup> Kod robota se, prema tom izvoru, radi o 91 %, a kod klasične pretrage 69 % (papa test ima 71%) (Hina, 2019: 29).

<sup>10</sup> Internacionalno prihvaćen pojam je informed consent.

poznato da se davatelj informacije mora prilagoditi pacijentu, a ne obrnuto. Upravo na planu informiranog pristanka predviđamo ako ne najveće onda velike probleme u svezi medicinske robotike. Naime, za očekivati da je veći broj pacijenata (posebno onih iz niže obrazovne strukture) budu i te kako prestrašeni već na spone pojma robot, a kada i ako saznaju da je u konkretnom zahvatu uloga čovjeka mala ili nikakva može se pretpostaviti i određeni broj čak i paničnih reakcija. Sve to samo znači da će u svezi i radi medicinske robotike svakako biti korisno na planu informiranog pristanka unijeti odgovarajuće promjene (vidjeti više o odgovornosti Kačer, 2009: 23 - 68).

Makar se obično kao područja na kojim se roboti već primjenjuju u medicini navode (abecednim redom) dijagnostika, kirurgija, komunikaciju na daljinu promatranje, rehabilitaciju, skrb za starije i nemoćne, mi smo skloni tvrditi da ograničenja nema, pitanje je samo je li robot negdje već u primjeni ili će tek biti. Pitanje je i kakav će biti odnos čisto novčanih ušteda, te konačno kako će trend robotike funkcionirati u svezi nedostatka liječnika kao pojave koja je jako neravnomjerno raspoređena diljem svijeta (vidjeti niz korisnih podataka na: [www.wizardhealth.com](http://www.wizardhealth.com)).

Mikro i nanoroboti izgledna su budućnost i već se mnogo radi na njihovoj primjeni (npr. spriječavanje i otklanjanje krvnih ugrušaka, uništavanje stanica karcinoma, odstranjivanje masnih nakupina u krvnim žilama, uklanjanje parazita i bakterija, razbijanje bubrežnih kamenaca...). Korisnost primjene robota u medicini već je uvelike prepoznata – preciznije i brže obavljanje operativnih zahvata, ovladavanje novim znanjima i uvođenje novih tehnologija što jamči brži oporavak pacijenata i kraći boravak u bolnici. Navedeno znači i financijske uštede kao kriterij koji bi mogao postati i odlučan, a to onda može za posljedicu imati i minoriziranje ljudskog stručnog čimbenika, što je s današnjeg aspekta ipak neprihvatljivo iz niza razloga od kojih su možda pravni najmanje značajni. Poznate tvrdnje tipa „robot nije zamjena za liječnika, nego mu pomaže“ tako mogu postati potpuno deplasirane (Vidjeti niz korisnih podataka na: [www.wizardhealth.com](http://www.wizardhealth.com)).

#### **4 Građanskopravna (odštetna) odgovornost u svezi robotike**

Već smo ranije naveli postojanje dva glavna modela odgovornosti unutar općeg pojma građanskopravne odštetne odgovornosti, koja se u krajnjoj crti svodi na naknadu štete. Trebalo je vremena da se ta dva modela razviju (prvi subjektivni koji se temelji na krivnji i drugi objektivni koji je bez krivnje), ali to naravno ni na koji



način niti znači, niti može značiti da je tu kraj razvitku i da se neće dogoditi nešto novo, ma kako to u današnjem trenutku ili nekakvom trenutku prije toga (još uvijek) izgledalo futuristički. Uostalom, sve u svezi robotike u prvom redu asocira na Jules Verna, poznatog pisca koji je (i to vrlo vjerodostojno) u svojim brojnim knjigama predviđao budućnost u širem smislu, a to je uključilo, pored ostalog, izum podmornice, letećeg balona i čitav niz drugih stvari koje su djelovale gotovo nevjerojatno. Da ne idemo dalje u prošlost, treba se samo prisjetiti ne tako davnog vremena u kojemu mobitel uopće nije postojao, ali i onoga kada je postojao, ali su njegove mogućnosti, u usporedbi s današnjim, jednostavno bile smiješne. Zapravo mobitel je danas daleko više i nešto potpuno drukčije nego što je u osnovi zamišljen kao sredstvo za komunikaciju na daljinu koje je bežično. Tu upravo možemo pronaći brojne sličnosti baš s robotima i robotikom.

Činjenica koju nitko, (barem nitko ozbiljan) neće dovoditi u pitanje je da prigodom izrade aktualnog Zakona o obveznim odnosima nitko nije u svojem fokusu imao robotiku, a još manje medicinsku robotiku. To znači da su svi oni koji su radili na izradi zakonskog teksta imali zadatak stvoriti pravnu normu ili norme o odgovornosti općenito, pa posljedično najprije o odgovornosti s krivnjom, pa zatim o odgovornosti bez krivnje. Poznato je da je upravo tzv. objektivna odgovornost zamišljena i definirana u Zakonu o obveznim odnosima vrlo općenito, upravo kako bi se s jedne strane omogućila izravna primjena na brojna pravna područja, ali i kako bi se s druge strane potaklo posebnu - specijalnu regulativu uvijek i svugdje kada to bude potrebno. Smatramo da je potpuno jasno već i na današnjoj uobičajenoj situaciji (u kojoj robot pomaže, ali ne isključuje djelovanje liječnika ili drugog stručnjaka) da su ispunjeni uvjeti za primjenu pravila o objektivnoj odgovornosti, i to temeljem sada već prilično ustaljene sudske prakse prema kojoj sofisticiranost uređaja koji se rabe ukazuje na potrebu primjene pravila o objektivnoj odgovornosti. Navedeno ne mora biti pravilo bez iznimki, ali već sama činjenica da se radi o pravilu (a ne iznimci) dosta govori o trendovima u pogledu odgovornosti u medicinskom pravu. Preostaje jasno analizirati posljedice primjene pravila objektivne odgovornosti koja postoje u Zakonu o obveznim odnosima (Narodne novine broj 35/05, 41/08, 125/11, 78/15, 29/18 – dalje: ZOO) i izvesti zaključak *de lege ferenda* o tome jesu li potrebne promjene i ako bi odgovor bio potvrđan, o kojim bi se to promjenama radilo.

Oslobođenje od odgovornosti kod objektivne odgovornosti je uređeno u članku 1067. Zakona o obveznim odnosima. Kao prvo je navedeno da se vlasnik opasne stvari (naravno da to treba u smislu tumačenja proširiti i na onog tko nije vlasnik, ali obavlja opasnu djelatnost, sve u skladu s člankom 1034.) ako dokaže da šteta potječe od nekog nepredvidljivog uzroka koji se nalazio izvan stvari, a koji se nije mogao spriječiti, izbjeći ili otkloniti. Razvidno je da se stvarno radi o definiciji više sile ili *vis maior*. Po našem mišljenju, toj odredbi se nema što zamjeriti jer bi stvarno bilo vrlo problematično protegnuti odgovornosti i na višu silu. Ali već u sljedećem stavku je propisano da se vlasnik oslobađa odgovornosti i u slučaju ako dokaže da je šteta nastala isključivo radnjom oštećenika ili treće osobe, koju treću osobu nije mogao predvidjeti i čije posljedice nije mogao ni izbjeći, ni otkloniti. Upravo na ovim odredbama nam se čini da je moguć zaključak o neprimjerenosti primjene na područje robotike. Naime, potpuno je sigurno, posebno ako mislimo na situaciju kada robot obavi kompletan zahvat, da su mogući problemi koji stvarno nemaju baš puno sveze s liječnikom i općenito klasičnim medicinskim osobljem. To bi bili razni kvarovi na uređaju, odnosno stroju koji se naravno mogu popraviti, ali koji se pojave u najnezgodnijem trenutku, dakle tijekom zahvata. Vjerujemo da je jasno da bi primjena pravila objektivne odgovornosti ovdje značila odgovornost onoga tko je stroj ili uređaj proizveo, kao i onog tko je njegov vlasnik pa ga je na primjer iznajmio nekoj bolnici. Osnovni problem, (barem u kontekstu onoga što je hrvatska prošlost, sadašnjost i vjerojatno duga budućnost) je u tome što su praktično sve hrvatske bolnice organizirane kao ustanove čiji je vlasnik-osnivač ili država ili jedinica lokalne ili regionalne samouprave, što za posljedicu ima odnosno znači da ti osnivači odgovaraju bez ograničenja za obaveze ustanove. Budući da je tako, dosta je teško zamisliti situaciju u kojoj se oštećenik ne bi naplatio u slučaju odgovornosti ustanove.

Međutim, ukoliko se ustanova oslobodi odgovornosti i ukoliko je odgovoran proizvođač uređaja ili stroja i/ili vlasnik uređaja ili stroja koji ga je iznajmio bolnici, stvari se bitno mijenjaju. Naime, lako je moguće, da u tom kontekstu svu odgovornost snosi netko tko je osnovan s temeljnim kapitalom od nekoliko kuna (ako je to j.d.o.o.) ili s dvadeset tisuća kuna temeljnog kapitala (ako je to d.o.o.) i svakako bez ikakve odgovornosti osnivača i osoba ovlaštenih za zastupanje. Poznavajući praksu izbjegavanja odgovornosti, ali i pogodovanja jednih vjerovnika na račun drugih, jasno je da štetniku koji ne uspije svoj zahtjev ostvariti prema bolnici prijeti dosta loš scenarij događanja. U ovome svakako, da bi kontekst bio jasniji, treba dodati i da je vrlo problematično odmah u početku utužiti sve koji su potencijalno odgovorni, jer se može dogoditi da troškovi koje treba platiti onome ili

onima protiv kojih se u konačnici povuče tužba, budu toliki da u bitnom upropaste osnovnu ideju obeštećenja, a ta je da sva šteta bude nadoknađena.

Sve naprijed navedeno postoji i ako se radi i o djelomičnoj odgovornosti, ali su posljedice razmjerno manje radikalne. Tu treba istaknuti i podržati zakonsku odredbu iz stavka 3. članka 1067., gdje je propisana solidarnost treće osobe s vlasnikom stvari (i ovdje pojam vlasnik stvari treba tumačiti kao vlasnik stvari i onaj koji obavlja opasnu djelatnost). Nakon zaključka da prijetite ozbiljne posljedice na štetu oštećenika, ma kako često ili ma kako rijetko ih u ovom trenutku treba očekivati, jasno je da već i sada, na neki način unaprijed, treba razmišljati o boljim zakonskim rješenjima. Prema našem mišljenju, izgleda nam da bi bilo razumno koristiti iskustvo i praksu koji nisu iz klasičnog odštetnog područja, ali se svakako radi o sankcioniranju zabranjenih ponašanja. Pri tome mislimo na sankcioniranje u području dopinga, gdje se odgovara daleko teže od objektivne odgovornosti, odnosno nema mogućnosti da npr. sportaš bude oslobođen sankcije zato što ga je npr. trener nagovorio, prisilio ili „prisilio“ na neki doping, čak i ako je samo propustio upozoriti, kao što bi bilo za očekivati od stručnjaka profesionalca. Koliko god smo skloni to rješenje kritizirati kada se radi o doping, toliko smo ga ipak skloni preporučiti na određeni način za pojačanje pravnog položaja oštećenika u slučajevima koje analiziramo, dakle vrlo konkretno, smatramo da bi čak i u slučaju da opća pravila oslobode ustanovu od odgovornosti samo za interni odnos prema oštećeniku bolnica ili drugi davatelj medicinske usluge morao odgovarati solidarno vlasnikom stroja ili uređaja, pa kasnije primjenom regresa vratiti cijeli iznos ili dio iznosa u slučaju djelomične odgovornosti. Zašto smatramo da je ovo logično – zato što će davatelj zdravstvene usluge imati mnogo ovakvih situacija, a čak i ako je poduzeo sve što je bilo moguće, ipak je baš taj davatelj izabrao za partnera konkretnog proizvođača stroja ili uređaja - u konačnici robota. Čak i ako je baš sve učinio *lege artis* još uvijek je daleko logičnije i daleko razumnije opteretiti tog davatelja usluge nego oštećenika, dakle pacijenta koji potpuno sigurno nije ni na koji način doprinio nastanku štete. Ako zamislimo bilo kojeg davatelja medicinske usluge, onda zamišljamo naravno profesionalca, koji će ostvariti određenu dobit uporabom robota, pa ako je već tako zašto mu se ne bi nametnula situacija dodatne odgovornosti koja u konačnici može lako riješiti sklapanjem police osiguranja od odgovornosti, čije troškove bi platio npr. iz dobiti ostvarene uporabom robota, koja dobit je prema dostupnim podacima vrlo značajna.

Potpuno smo uvjereni i da su na planu informiranog pristanka potrebne promjene u svezi medicinske robotike. Pri tome je jedan od razloga očekivana (makar i bez pravog uporišta) nevjerica pacijenata da je rad robota bolji od čovjekovog, kao i već postojeći (i bez robotike) problemi s primjenom tog pravnog instituta (informed consent (O informiranom pristanku više u Ivančić-Kačer, 2010: 201-227; Linzbach, 1980; Turković, 2008; Turković, 2006; Ulsenheimer, 1996; Proske, 1983) kojima treba dodati i dvojbu što bi bilo ako bi informacije umjesto visokokvalificirane fizičke osobe davao robot (pa i o operaciji koju će provesti robot<sup>11</sup>).

## 5 Zaključak

Ne tako davno roboti i robotika (pa i medicinski roboti) su bili predmet futurističkih romana, ali su jako brzo postali ne samo značajan dio sadašnjosti nego i prijeteći ili obećavajući (ovisno o tome koji elementi će prevladati) veliki dio budućnosti. Za razliku od mnogih u povijesti propuštenih prigoda pravo još jednom ima prigodu iskoristiti mogućnost i pravodobno reagirati i približiti se onom idealu u kojemu pravo prepoznaje pojave koje tek slijede i stvara unaprijed pravni okvir koji će optimizirati odnos negativnosti koje se ne može izbjeći i boljitaka.

Mi smo u tekstu pokazali da postojeći pravni okvir nije optimalan i da bi ga trebalo mijenjati. Bez pretenzija na taksativno nabranje ukazali smo na (*de lege lata*) vrlo izgledne probleme sa sustavom građanskopravne odgovornosti uopće (a posebno problema sa sustavom objektivne odgovornosti), te posebno s problemima oko informiranog pristanka. Na kraju, još jednom treba istaknuti da se radi o (u formalnom smislu) analizi hrvatske pravne normative, teorije i praksi, ali s izglednom primjenom i na druge pravne sustave sa sličnim pravnim okvirom.

## Literatura / References

Crnić, I. (2018) *Zakon o obveznim odnosima, s izmjenama iz 2018. i dodatnom sudskom praksom* (Zagreb: Organizator).

---

<sup>11</sup> S jedne strane djeluje kao da bi na odgovarajući način mogli primijeniti *modus operandi* koji već postoji u mnogim djelatnostima, npr. u odnosu banke i klijenata (klijent na aparatu da podatke uslijed kojih biva raspoređen kod stručnjaka za kredite, onoga za provedbu transakcije i dr.), što bi značilo da se robotu npr. da podatke (ili ih on već ima) o strukturnoj spremi i uopće osobnosti pacijenta, a on onda informaciju o planiranom zahvatu, odnosno načinu prijenosa informacije prilagodi osobinama pacijenta. Ovo sa jedne strane budi optimizam, a sa druge strane strah, pitanje je što će prevladati. Ipak, za sada, smatramo da bi jako teško bilo prihvatiti robota kao onoga tko daje podatke na temelju kojih pacijent formira svoju odluku.

- Flis, V. (2017) *Medicinska napaka*, In: 26. *Posvet medicina, pravo in družba: Varnost pacijenta in zdravstvenih delavcev-konferenčni zbornik* (Maribor: Zdravniško društvo Maribor ; Pravniško društvo Maribor).
- Ivančić-Kačer, B. (2010) Informed consent ili informirani pristanak na liječenje u hrvatskom pravu – s naglasom na zaštiti prava liječnika, In: *Medicina in pravo, Sodobne dileme II* (Maribor: Pravna fakulteta ; Zdravniško društvo).
- Jelić, I. (2016) *Primjena robotike u medicini*, završni rad, Stručni studij Mehatronika (Karlovac: Veleučilištu u Karlovcu).
- Kačer, H., Radolović, A. & Slakoper, Z. (2006) *Zakon o obveznim odnosima s komentarom* (Zagreb: Poslovni zbornik).
- Kačer, H. (2008a) Jedna novija odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske o objektivnoj odgovornosti u medicini, *Hrvatska pravna revija*, [8](4), pp. 35-40.
- Kačer, H. (2008b) Jedna novija odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske o subjektivnoj odgovornosti u medicini, *Hrvatska pravna revija*, [8](5), pp. 42-47.
- Kačer, H. (2009) Građanskopravna odgovornost liječnika za pogrešku, In: *Zbornik radova znanstvenog skupa Aktualnosti zdravstvenog zakonodavstva i pravne prakse*, Novalja.
- Kačer, H. (2017) Tko je advokat pacijenta u jedinicama intenzivne medicine, In: *Zbornik radova s međunarodnog kongresa 1. Hrvatski kongres medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem, Osijek* (Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu i Hrvatska liječnička komora).
- Klarić, P. (2009) Odgovornost za štete nastale uporabom medicinskih tehničkih uređaja, In: *Aktualnosti zdravstvenog zakonodavstva i pravne prakse – zbornik radova* (Split: Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu i Grad Novalja).
- Klarić, P. (2003) *Odštetno pravo* (Zagreb: Narodne novine).
- Klarić, P. & Vedriš, M. (2014) *Građansko pravo* (Zagreb: Narodne novine).
- Linden, A. (1982) *Canadian Tort Law* (Toronto: Buttherworths).
- Linzbach, M. (1980) *Informed Consent – Die Aufklärungspflicht des Arztes im amerikanischen und deutschen Recht* (Frankfurt am Main).
- Pravni leksikon (2007) (Zagreb: Leksikografski zavod Miroslav Krleža).
- Pranić, K. (2017) *Roboti operiraju* (Zagreb: Tehnopolis, posebno izdanje časopisa LIDER, broj 40).
- Proske, M. (1983) Aertzliche Aufklärungspflicht und Einwilligung des Patienten aus strafrechtlicher Sicht, In: *Die Haftung des Arztes in zivil - und strafrechtlicher Sicht unter Einschluss des Arzneimittelrechts* (Graz: Leykam).
- Nikolić, G. (2016) Medicine – a promising area for the development of robotics, *Polytechnic & design*, 4(3), pp. 208-224.
- Nikolić, G. (2017) Roboti u medicini, *Ljetopis Akademije medicinskih znanosti*, 16, pp. 60-65.
- Salma, J. (2004) *Obligaciono pravo* (Novi Sad: Univerzitet u Novom Sadu, Pravni fakultet).
- Hina (2019) Roboti uspješnije od ljudi dijagnosticiraju rak vrata maternice, *Slobodna Dalmacija*, prilog Mozaik, 12.01.2019.
- Turković, K. (2006) Prava pacijenta na suodlučivanje prema Zakonu o zaštiti prava pacijenata In: *Zbornik Medicina in pravo – sodobne dileme* (Maribor: Pravna fakulteta).
- Turković, K. (2008) Pravo na odbijanje medicinskog tretmana u Republici Hrvatskoj, *Medicina*, 44(2), pp. 158-170.
- Ulsenheimer, K. (1996) Aufklärungspflicht und Einverständniserklärung zur Behandlung, *Der Chirurg*, 3, pp. 74-79.
- www.wizardhealth.co (January 15, 2019).



# KAZNENOPRAVNA ODGOVORNOST ROBOTA

IVAN VUKUŠIĆ

Sveučilište u Splitu, Pravni fakultet, Split, Hrvatska, e-mail: ivan.vukusic@pravst.hr

**Sažetak** Obzirom da je razvoj robotike danas intenziviran, potrebno je analizirati u kojim sve slučajevima postoji odgovornost robota i u kojem obliku. U radu se analizira povjesni aspekt robotike od njegovih početaka pa do danas. Obzirom da postoje oprečna stajališta o odgovornosti robota u radu se analiziraju stajališta koja govore u prilog činjenici da roboti trebaju osobno odgovarati za djela koja počinje kao i stajališta koji nisu u prilog osobnoj odgovornosti robota. Sukladno navedenim stajalištima razmatra se odgovornost proizvođača ali i liječnika za kaznena djela dovođenje u opasnost života i imovine općeopasnom radnjom ili sredstvom, nesavjesno liječenje, nepružanje medicinske pomoći u hitnim stanjima kao i nepružanje pomoći.

**Ključne riječi:**

roboti,  
robotika,  
kazneno pravo,  
odgovornost,  
medicinsko pravo.

**Prvi put objavljeno u:**

Vukušić, Ivan. Kaznenopravna odgovornost robota, U: Globalizacija medicine v 21. stolecu [Elektronski vir] / 28. posvetovanje Medicina, pravo in družba, 28.-30. marec 2019, Maribor; urednice Suzana Kraljić, Jelka Reberšek Gorišek, Vesna Rijavec. - 1. izd. - Maribor : Univerzitetna založba Univerze, 2019, str. 127-143.



DOI <https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7.16>  
ISBN 978-961-286-335-7

# KAZENSKOPRAVNA ODGOVORNOST ROBOTA

IVAN VUKUŠIĆ

Univerza v Splitu, Pravna fakulteta, Split, Hrvatska, e-pošta: ivan.vukusic@pravst.hr

**Povzetek** Glede na to, da je razvoj robotike danes intenziven, je treba analizirati, v kolikšni meri obstaja odgovornost robotov ter kakšna naj bo ta odgovornost. Prispevek analizira zgodovinski vidik robotike, od njenega začetka do danes. Zaradi obstoja nasprotujočih si stališč o odgovornosti robotov, se v prispevku analizirajo stališča, ki podpirajo dejstvo, da morajo roboti biti osebno odgovorni za dejanja, ki jih storijo, kakor tudi stališča, ki nasprotujejo osebni odgovornosti robotov. Glede na zgornje ugotovitve, avtor v članku obravnava odgovornost proizvajalca in zdravnikov za kazniva dejanja ter ju analizira z vidika različnih kaznivih dejanj (npr. ogrožanje življenja in premoženja, malomarno zdravljenje, ...).

**Ključne besede:**

roboti,  
robotika,  
kazensko pravo,  
odgovornost,  
medicinsko pravo.

**Prvič izdano v:**

Vukušić, Ivan. Kaznenopravna odgovornost robota, U: Globalizacija medicine v 21. stoletju [Elektronski vir] / 28. posvetovanje Medicina, pravo in družba, 28.- 30. marec 2019, Maribor; urednice Suzana Kraljič, Jelka Reberšek Gorišek, Vesna Rijavec. - 1. izd. - Maribor : Univerzitetna založba Univerze, 2019, str. 127-143.

<https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7> DOI  
978-961-286-335-7 ISBN





## CRIMINAL RESPONSIBILITY OF ROBOT

IVAN VUKUŠIĆ

University of Split, Faculty of Law, Split, Croatia, e-mail: [ivan.vukusic@pravst.hr](mailto:ivan.vukusic@pravst.hr)

**Abstract** Given that the development of robots is intensified today, it is necessary to analyze the extent to which robots are responsible for all cases and in what form. The paper analyzes the historical aspect of robotics from its beginnings until today. Given that there are conflicting views on robot responsibility, the paper analyzes views that support the fact that robots should be personally responsible to acts they do as well as views that are not in favor of personal responsibility of the robot. According to the considerations above, the liability of the producer and the doctors for criminal offenses is considered through criminal offences of endangering life and property by a generally dangerous act or means, negligent treatment, failure to provide medical aid in emergencies and failure to provide aid.

**Keywords:**

robot,  
robotics,  
criminal law,  
liability,  
medical law.

**First published in:**

Vukušić, Ivan. Kaznenopravna odgovornost robota, U: Globalizacija medicine v 21. stoletju [Elektronski vir] / 28. posvetovanje Medicina, pravo in družba, 28.-30. marec 2019, Maribor; urednice Suzana Kraljić, Jelka Reberšek Gorišek, Vesna Rijavec. - 1. izd. - Maribor : Univerzitetna založba Univerze, 2019, str. 127-143.



University of Maribor Press

DOI <https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7.16>  
ISBN 978-961-286-335-7

## 1 Uvod

Pojam robot je prvi put uporabio Karel Čapek u znanstvenoj fikciji R.U.R. 1920. godine. Od tada se pojam robot koristi za mehaničke uređaje koji postižu različite stupnjeve automatizacije idući sve do strojeva koji mogu samostalno izvršiti automatizirane radnje. Danas se pojam robot koristi za softverske programe koji prikupljaju podatke, uređaje koji asistiraju u operacijskom postupku kao i mehaničke lutke koje su dizajnirane da bi stvorile dojam da se radi o ljudima koji izvode predstavu. (Hu, 2018: 8). Robotika u medicini rasteretuje medicinsko osoblje posla gdje je medicinsko osoblje zamjenjivo. Roboti mogu ispravno funkcionirati jedino ako su u interakciji s okolinom, ljudima, konkretnim okolnostima, bolesti pacijenta kao i u odnosu na druge strojeve koji će biti zamjena za čovjeka. Idejni cilj vezan za robota je da će oni biti u mogućnosti učiti dok su u interakciji s okolinom i dok iz okoline prikupljaju podatke. Roboti naravno trebaju slijediti upute, ali biti i neovisni na način da uče iz iskustva, da isprobaju novu strategiju, te da nauče iz ishoda ovih događaja (Gless, Silverman & Weigend, 2016: 3). Obzirom na navedene načine učenja, neki smatraju da bi roboti trebali samostalno odgovarati za svoja nedjela. Ipak, imamo i SR Njemačku koja se snažno opire uvođenju odgovornosti za neljudske tvorevine. Ovdje je potrebno analizirati Kantovu teoriju o samosvjesti. Naime, čovjek kad je svjestan samoga sebe, on shvaća svoju slobodu i zna da su poduzete radnje posljedica njegove volje. Iako roboti nemaju svjest, oni su u mogućnosti učiti. Ta sposobnost učenja, da bi se eventualno i uzela u obzir kao relevantna, mora biti bliska ljudskom načinu razmišljanja. U SAD-u, kao temelj korporativne odgovornosti, polazi se od respondeat superior oblika za odgovornost pravnih osoba za kaznena djela. Ako čovjek poduzima radnju s ciljem da bi nešto ostvario i postigao, takva radnja može se smatrati radnjom u kaznenopravnom smislu. Stoga zaključujem da ako robot i jest u mogućnosti stvarati predrasude, on nije u mogućnosti postaviti vlastite ciljeve te nije svjestan društvenih posljedica svoje radnje (Gless, Silverman & Weigend 2016: 7). Robot kao stroj nema moralnu samoodređenost. BGH u SR Njemačkoj je 1952. godine donio presudu u prema kojoj je utvrđeno da svaka odrasla osoba ima mogućnost samoodlučivanja i opredjeljivanja za dobro ili zlo. Ipak, oni koji zagovaraju samostalnu odgovornost robota, polaze od toga da se robota može optužiti i da može odgovarati ako je on neku radnju mogao predvidjeti kao nepoželjnu i procijeniti ju kao negativnu. Ako pak programer namjerno programira robota da čini negativne radnje, tada se odgovornost programera može ustanoviti na temelju tradicionalnih postavki o radnji u kaznenopravnom smislu. U tom slučaju se programer služi robotom da bi ostvario

svoje protupravne ciljeve pa je u tom slučaju njegova namjera očigledna i nedvojbeno. Tada bi za sve eventualne greške trebalo utvrditi odgovornost programera koji je propustio predvidjeti potencijalno zlo. Naime, nije moguće kriviti robota za ovakve pogreške ako on prethodno nije programiran da bi predvidio neku radnju kao negativnu. Ipak, oni koji se zalažu za odgovornost proizvođača i programera, smatraju kako potencijalne pogreške programera nije moguće svesti na nulu. Ipak, slijedom navedenoga drugi smatraju kako de facto stroga odgovornost postoji za radnje robota (Gless, Silverman & Weigend, 2016: 13). Ako programer zna da će robot u određenom slučaju poduzeti neku radnju koja nije društveno poželjna ili štetnu radnju u operacijskoj sali, tada on mora poduzeti sve da tu radnju pro futuro poništi. Danas postoji strah od umjetne inteligencije (AI). Iako umjetna inteligencija može čovječanstvu i medicini donijeti mnogo dobra, danas postoji strah od nezgode ili greške (<https://theconversation.com/robot-law-what-happens-if-intelligent-machines-commit-crimes-44058>). Kazneno pravo je zasnovano na pogrešci prouzročenoj činjenjem ili nečinjenjem. Kazneno pravo zahtjeva krivnju koja predstavlja konstitutivni element pojma kaznenog djela. Sofisticirani algoritmi rješavaju zločine koje su počinili ljudi, predviđaju ishod u sudskim postupcima. Danas futurolozi najavljuju kako će do 2040. godine roboti i kompjutori činiti više kaznenih djela nego ljudi (<https://www.dailymail.co.uk/news/article-3780314/Robots-computers-commit-crime-humans-2040-expert-warns.html>).

## 2 Postulati robotike

Roboti se koriste u situacijama gdje je cilj spasiti ljudski život. Tako je 2016. godine u Dallasu uporabljen robot koji je imao za cilj obračunati se s bombašem koji je upucao pet policajaca. Navedeni robot Remotec F-5 je dizajniran da bi služio u kriznim situacijama (Joh, 2016: 518). Dubai planira uvesti kontrolu ulica uz pomoć patrolirajućih robota do 2020. godine. Obzirom da su roboti zanimljivi vojsci, tako će biti zanimljivi i policiji kao i medicini. Stoga se robot definira kao svaki stroj koji može sabirati informacije, te ih koristiti u realnosti. Upravo njihova metalna struktura im omogućava da svoje „zaključke i analize“ do kojih su došli provedu u djelo. Stoga su roboti tu da bi pomogli ili zamjenili ljude, da bi se prilagodili okolini kao i da bi učili iz svojih greški te kako bi postali iznimno vješti u svojim zadacima (Joh, 2016: 524). Ali i ako ne mislimo da je robot odgovoran u pravu, tada ga svrstavamo u rang sa životinjom. Međutim, pravo štiti životinje od ugrožavanja, mučenja i smrti, pa se postavlja pitanje treba li pravo onda posebno štititi i robote. Ipak, roboti su u mogućnosti zbog tehnike i senzora naciljati tamo gdje čovjek nije

u mogućnosti te tako precizno izvršiti zadatak. Roboti neće podbaciti u preciznosti i točnosti zbog iscrpljenosti ili prekovremenog rada. Roboti ne iskazuju osvetu ni bijes. Upravo pri pretragama koje se izvode na ljudima, roboti su ti koji su u mogućnosti detektirati najmanje abnormalnosti zbog svojih senzora i uređaja te mogu ispravno pokazivati ili „komunicirati“ s doktorima (Joh, 2016: 526). Međutim, dvojbeno je donošenje odluka od strane robota koji ima mogućnost detekcije najmanjih abnormalnosti. Nije uvijek lako razlikovati dopuštenu i nedopuštenu uporabu sile u vojsci među ljudima, a ni među robotima, onda je ovako teška i neodlučna situacija pogotovo zamisliva u medicini i u medicinskim zahvatima. Istina je da uporaba robota u ovakvim situacijama može reducirati negativne posljedice nekih zahvata ili takve posljedice smanjiti. Tada bi robotima trebalo dati manje ovlasti nego ljudima, što ako gledamo s aspekta sigurnosti, definitivno nije loše. Postoje tri zakona umjetne inteligencije (Houvast, Timmerman & Zwaan, 2018: 1):

- robot ne smije povrijediti ljudsko biće niti nečinjenjem dopustiti da ljudsko biće pati;
- robot mora izvršavati naredbe čovjeka osim ako su one u suprotnosti sa prvim zakonom umjetne inteligencije;
- robot mora zaštititi svoju egzistenciju tako dugo dok očuvanje njegove egzistencije nije u suprotnosti s prvim i drugim zakonom;
- postavlja se pitanje da li se tradicionalni zakonodavni okvir mijenja ako se uzme u obzir da su roboti instrumenti u rukama postojećih pravnih entiteta. Roboti se koriste u automobilskoj proizvodnji još od 1961. godine. Možda bi ova tehnologija i ranije zavladała da se nije kosila s vojnom djelatnošću. Djelatnosti koje su dozvoljene odnose se na robote kao pomoć u kući, u njezi, u zabavnoj industriji, u medicini (Pagallo & Vital, 2018: 3). Razvoj i unaprjeđenje života omogućuju ostvarenje događanja koji su još donedavno bili predmet SF filmova. Danas postoji bezbroj neovisnih robota, koji se od prethodnika razlikuju po tome što su programirani tako da uče iz okoline i na temelju prikupljenih podataka stvaraju „vlastite“ procjene i postupaju u skladu s njima (Mrčela & Vuletić, 2018: 466). Na tragu prethodno spomenute tvrdnje o promjeni tradicionalnog zakonodavnog okvira, Europska unija, koja je angažirana oko uspostavljanja elektronskog identiteta robota je primarno usmjerena

na pravila građanskog prava dok je kazneni aspekt tradicionalno ostavljen državama članicama.

### 3 Argumenti za odgovornost robota

Moguće je da postoji mentalno znanje kada robot ima znanje o sebi, izvanjsko znanje gdje je robot u mogućnosti da percipira okolinu i da uči iz okoline na način da iskoristi informaciju. Prema ovom stajalištu postoji model ponašanja usmjeren prema cilju gdje se od robota očekuje da poduzima radnju usmjerenu na postizanje gola ili model kreativnosti gdje inteligentni entitet ima određeni stupanj kreativnosti (Hallevy, 2018: 6). Unaprijeđeni AI algoritmi nastoje imitirati ljudski kognitivni proces. Robot može imati neku posebnu svrhu zbog koje je stvoren pa onda s tim ciljem i poduzima radnju. Znanje o obilježjima bića je dovoljno za intelektualnu komponentu za razliku od volje koju je teško ustanoviti kod robota unatoč posebnoj namjeri zbog koje je dizajniran i programiran (Hallevy, 2018: 27). Permisivisti tvrde da pravo mora biti prilagodljivo uvjetima suvremenog življenja. To znači da i robot može biti kazneno odgovoran ako za to postoji društvena potreba. Naime, „sloboda volje“ je kategorija koja ne postoji u stvarnosti nego se zasniva na procjeni koju društvo daje određenom postupku ili propustu (Mrčela & Vuletić, 2018: 472). Engleski sud je 1635. godine po prvi put ustanovio kaznenu odgovornost korporacije (*Langforth Bridge, (1635) Cro. Car. 365, 79 E.R.919*). U SR Njemačkoj još nije prihvaćen sustav odgovornosti pravnih osoba pa onda nema rasprave ni o odgovornosti robota koji nije u mogućnosti razumjeti prijekor kojeg kaznenopravna sankcija ima za čovjeka. Međutim, obzirom da su roboti kao samostalni strojevi u mogućnosti donositi samostalne odluke pa onda ni njihovi programeri ne bi mogli odgovarati za nehaj u odnosu na neke radnje koje programeri nisu predvidjeli. Stoga je ovaj tip odgovornosti moguće promatrati kroz objektivnu odgovornost u građanskom pravu. Ako je posljedica proizašla iz pogrešnog rukovanja robotom, tada odgovornost treba biti na korisniku. Neovisni robot je oblik umjetne inteligencije koji krasi četiri obilježja:

- interaktivnost; odnos s okolinom i djelovanje na promjene u okolini;
- samostalnost u upravljanju; neovisni robot nije pod izravnom kontrolom programera i može poduzimati radnje bez izravnog utjecaja programera;

- usmjerenost na određeni cilj; radnje nisu stihijske nego su poduzete sa svrhom i;
- stalnost djelovanja; ponavlja svoje procese.

Obzirom na neovisnost, Vuletić i Mrčela ističu pet stupnjeva robota (Mrčela & Vuletić, 2018: 470). Najniži stupanj podrazumijeva robota kod kojeg čovjek sve vrijeme zadržava potpunu kontrolu nad upravljanjem. Sljedeći stupanj (level1) podrazumijeva one robote kod kojih su određene funkcije automatizirane (primjerice, određeni pokreti). Slijedi tzv. mješoviti model (level 2) koji podrazumijeva da su najmanje dvije od tzv. primarnih funkcija robota u rukama robota, a ljudska uloga je da motri djelovanje robota i preuzme upravljanje ako je to potrebno. Pretposljednja razina samostalnosti (level 3) podrazumijeva da robot sam obavlja radnju i nadzornu funkciju tako da čovjek ima više status korisnika. Level 4 podrazumijeva najvišu razinu samostalnosti što znači da robot sve obavlja sam, a čovjek uopće ne mora biti fizički prisutan. Ovi tipovi odgovornosti su u skladu s tendencijom prihvaćanja potencijalnog *machina sapiens-a*. Iskustvo nas uči da roboti koji su napravljeni da bi služili kao automobili ili kao „osobe“ koje će djelovati na internetu su proizveli mnoštvo greški. Te greške su bile različite, od izazivanja prometnih nesreća do pisanja rasističkih komentara na Twitteru. Tako neki autori smatraju kako može postojati odgovornost robota pod uvjetom da je robot zadržao tri uvjeta. Kao prvo, on treba biti opremljen s algoritmima kako bi mogao donositi moralno relevantne odluke. Kao drugo, mora biti sposoban za verbaliziranje svojih moralnih odluka ljudima te kao treće, mora mu biti dozvoljeno djelovanje u svojoj okolini neovisno od nadzora ljudi jer se tek ovakav robot može nazvati pametan robot (Hu, 2018: 4). Stoga slijedi zaključak da može postojati odgovornost robota u slučaju štetnog odnosno kriminalnog ponašanja (Hu, 2018: 4). U prilog ovom zaključku ide i činjenica da ljudi reagiraju emocionalno na radnje neljudskih entiteta kao što su primjerice roboti i pravne osobe. 16 veljače 2017. godine Europski parlament je preporučio da se razmotri stvaranje posebnog pravnog statusa za robote gledajući na duge staze a uzimajući u obzir one robote koji su ekvivalentni ljudima, odnosno, koji mogu samostalno donositi odluke ili na drugi način samostalno komunicirati s trećom stranom (Hubbard, 2011: 470). Uzimajući u obzir sve prethodno navedeno, postavlja se pitanje kada započinje odgovornost robota. Moralni algoritmi nisu od teorijskog interesa nego imaju važnu praktičnu primjenu. Roboti moraju biti u mogućnosti odvagnuti koju radnju trebaju poduzeti s moralnog aspekta. Kada se govori o kaznenoj odgovornosti, tada Herbert Hart ističe kako je potrebno razlikovati teoriju o kriminalizaciji i teoriju o kažnjavanju robota (Hart,

1968: 1-27). To bi vodilo do zaključka da kriminalizacija ponašanja robota ne vodi nužno do kažnjivosti robota. Sada se postavlja pitanje da li je potrebno robota gledati kao dio stvari ili kao „čovjeka“ s rukama i nogama. Ali ipak zaključak o kažnjivosti robota se temelji na činjenici da je on stvar i da se u njega treba ugraditi set većih moralnih standarda. Naime, ako robot poduzme radnju tada se radnja može smatrati pogrešnom ali u istom trenutku dopuštenom ako ju je poduzeo čovjek. Naime, od ljudi se ne traži da se ponašaju herojski, dok se pred robota takav zahtjev može staviti (Hu, 2018: 14). Da bi postojala kažnjivost robota, potrebno je postojanje nekih elemenata:

- mora uključivati patnju ili druge posljedice koje se smatraju neugodne;
- mora uključivati patnju ili druge posljedice koje se smatraju neugodne;
- ponašanje robota mora biti protiv pravnih pravila;
- potrebno je da bude namjerno administriran od ljudi a ne od počinitelja kojem je uzvratio;
- mora biti postavljen i administriran od tijela konstituiranog od pravnog sustava.

Jedno od rješenja kako bi se preduhitriła odgovornost je propisivanje obveznog osiguranja za robote. Dok se čovječanstvo služi robotima kao alatom, tada nema razlike između robota i automobila i drugih stvari u službi čovjeka. Uzimajući u obzir postulate AI, postavlja se pitanje što ako je robot policajac koji uhićuje zločinca a koji se opire uhićenju, smije li primjeniti silu jer bi čovjek policajac smio. Radi sigurnosti postavlja se pitanje je li bolje da robot izvrši zahvat i liječnik više puta ponovi naredbu robotu kako bi djelovao. Moguća su tri modela odgovornosti kod robota: počiniteljstvo posredstvom drugoga, naturalistički model vjerojatnosti posljedice, izravna odgovornost. Da bi postojala kaznena odgovornost robota, potrebno je da postoji radnja i krivnja. Ako nešto od toga ne postoji, nema ni kaznenog djela. Životinje su sposobne za radnju ali nisu sposobne za krivnju. Moguće je da dizajner i programer robota nisu namjeravali nekoga lišiti života a robot je ipak izvršio ubojstvo. Ali moguće je utvrditi odgovornost iz nehaja u odnosu na robota ako je programer propustio izraditi program koji je trebao spasiti a ne ubiti čovjeka. Lanac uzročnosti se uvijek može nastaviti bilo da su uključeni ljudi ili roboti. Tako zagovornici odgovornosti robota smatraju da nema razloga isključiti

sudioništvo robota i čovjeka od odgovornosti. Ako red održava policajac, a postoji situacija u kojoj je zakonito upotrijebiti sredstva prisile, tako je svejedno je li red čuva policajac ili robot, odnosno, tko od njih dvoje zakonito primjenjuje silu. Ako bi se uopće razmatrala kazna za robota koji sudjeluje u proizvodnji ili u medicinskom zahvatu je da ga se na određeno vrijeme isključi iz uporabe (Hallevy, 2018: 38). Oni koji smatraju da se robota može kazniti svakako mogu primjeniti kaznu i prema robotu u obliku rada za opće dobro. Kada je Europski parlament usvojio preporuku da se razmisli o elektroničkoj osobnosti robota, postavilo se pitanje da li se to odnosi na potpunu pravnu osobnost ili djelomičnu pravnu osobnost robota. Postavlja se pitanje da li se na robota treba primjeniti Direktiva 374 iz 1985 koja se odnosi na proizvode s nedostatkom ako prouzroči štetu. Drugi način kako je moguće riješiti pitanje odgovornosti robota se odnosi na vezivanje robota uz pravnu osobu pa onda analizirati odgovornost pravnih osoba za kaznena djela. Potrebno je vidjeti odgovornost za kaznena djela i to odgovornost pravnih osoba. Potrebno je vidjeti informaciju koju prosuđujemo i zaključiti da li se radi o prirodnom ili umjetnom entitetu. Naime, ako govorimo o robotima, onda su oni uvijek nesvjesni ako počine pogrešku pa su onda neubrojivi. Ako bismo promatrali pravni status životinja, onda su one te koje imaju mali dio svijesti kao i što su one sposobne da osjete patnju. Roboti nisu samosvjesni, ne mogu patiti i ne posjeduju namjeru kao što ju ljudi mogu formulirati (Pagallo & Vital, 2018: 4). Ipak, neki smatraju da se pravnom fikcijom može sve razriješiti kod pravnih osoba pa onda i kod robota. Stoga neki autori smatraju da robotima ne treba dati potpunu pravnu osobnost ali treba iznaći nekakav vid odgovornosti kroz testiranje novih oblika uračunljivosti i odgovornosti. Slijedom navedenoga možemo zaključiti da je ovdje relevantna garantna odgovornost koja može teretiti programera, proizvođača ili korisnika. Kazneno djelo o kojem može biti riječi je kazneno djelo dovođenja u opasnost života i imovine općepasnom radnjom ili sredstvom jer opasnost koja je ovdje izazvana očituje se u tjelesnoj ozljedi do koje je došlo liječenjem uz potpunu ili djelomičnu uporabu robota. Tako se postavlja pitanje može li proizvođač i programer odgovarati za kazneno djelo nesavjesnog liječenja? Ne mogu nego samo za garantno kazneno djelo. Za nepružanje medicinske pomoći u hitnim stanjima i nesavjesno liječenje može odgovarati samo liječnik kod level 0123.



#### 4 Argumenti protiv odgovornosti robota

Novo pitanje se postavlja u slučaju kada su kod robota minimalni zahtjevi postavljeni a vlasnik ih treba nadograditi. Ovdje je potrebno uzeti u obzir odgovornost zbog propusta a ne odgovornost zbog pogreške kao u slučaju robota koji ne spasi dijete koje se utapa. U tom slučaju je proizvođač ili vlasnik odgovoran zbog propusta što nije unaprijed predvidio takvu situaciju. Odgovornost se pomiče u prethodni stadij. U prilog činjenici da roboti ne mogu biti moralno odgovorni ide konstatacija što se postavlja pitanje da li roboti uopće mogu počinuti moralno pogrešnu radnju jer se radi o strojevima. Roboti ne mogu formirati nikakvo moralno stanje uma pa stoga njihova radnja nije autonomna u smislu učenja Kanta. Iz toga proizlazi da namjera nije inherentna stroju ali jest čovjeku. Ovdje se onda ne radi o nezakonitoj radnji robota nego o radnji usmjerenoj na stjecanje ekonomskog interesa čime se stvara rizik za opću populaciju te se pušta u društvo AI čije se radnje ne mogu predvidjeti i kontrolirati. Stoga se dolazi do zaključka kako proizvođači moraju maksimalno smanjiti rizik svojih proizvoda. Međutim, kod uzročnosti je moguće da je proizvođač programirao robota da se ponaša prema određenom uzročnom nizu, da bi naknadno došao treći čimbenik koji u potpunosti mijenja uzročni niz. Tada se može govoriti o odgovornosti onoga koji koristi robota za svoje ciljeve a ne o odgovornosti proizvođača. Stoga da bi se ustanovila odgovornost po principu uzročnosti, tada je uzročnost potrebno i razmatrati s aspekta uzročnosti. Ali ako robot ne može shvatiti ideju kazne i ideju kažnjavanja kao takvu, onda se ne može govoriti o samostalnoj odgovornosti robota. Ideja da će ljudi razviti strojeve koji mogu samostalno „razmišljati“ postoji već dulje vrijeme, samo što se sada započelo i raditi po tom pitanju. Jedinе dvojbe koje postoje, nisu vezane za vrijeme kad će se to ostvariti nego hoće li takav napredak biti za dobrobit čovjeka. Naime, razvijen je stroj koji može pobijediti majstora u šahu, pa se postavlja pitanje, hoće li takav stroj biti u mogućnosti nauditi čovjeku (Vladeck, 2014: 119). U tom slučaju ne bi trebalo govoriti o posebnoj pravnoj osobnosti robota, nego bi trebalo uzeti u obzir činjenicu da su ovi razlozi dovoljni da se ustanovi odgovornost drugih entiteta koji su po pravu odgovorni a ne odgovornost robota. Roboti neće biti strojevi koji su iskorištavani od ljudi nego će ih ljudi angažirati za određene reakcije jer će robot poduzimati radnje na temelju samostalne obrade podataka. Međutim, postavlja se pitanje što ako pogrešna radnja robota nije posljedica proizvođača a ni programera a ni korisnika nego je posljedica njegovog samostalnog „razmišljanja“ (Vladeck, 2014: 120). Kako nehaj ne daje odgovarajuće rješenje za odgovornost proizvoda, uvodi se strict liability koja na zadovoljavajući način rješava pitanje odgovornosti za stvari. U SAD-

u se gleda postoji li nerazumna opasnost od nekog proizvoda a na poroti je da odluči kako bi zajednica zaključila. Primjer nam pokazuje da automobili koji ubrzavaju na način da vozač nema utjecaja na sprječavanje ubrzanja, a iako je nakon toga automobil prošao kontrole, nije pronađen nedostatak koji dovodi do pogreške u programu. Dok ljudi imaju pravnu osobnost, roboti su stvari. U Japanu se čak raspravlja o robotima kao pravim japancima, a možda i zbog utjecaja Shinto religije koja priznaje energije organske i neorganske materije kao i prirodne i proizvedene entitete. Nizozemski građanski zakonik kao i strict liability prepoznaju odgovornost proizvođača koji uzrokuje grešku u radu. Potrebno je dokazati uzročnu vezu između radnje robota i posljedice koja je prouzročena. U poredbenom zakonodavstvu se spominju actus reus kao radnja koju robot mora poduzeti i mens rea kao stupanj znanja ili namjere. Asaro napominje da bez moralnih standarda ne može biti ni krivnje kod robota, a moralni standardi su svojstveni ljudima. Robot je u mogućnost prouzrokovati zlo, ali nije u mogućnosti formulirati mens reu nužnu za ustanovljavanje krivnje u kaznenom pravu. Roboti ne posjeduju individualnu svijest (Houvast, Timmerman & Zwaan, 2018: 7). Obzirom da će u budućnosti biti teško formulirati krivnju, možda se potrebno fokusirati na normativne ciljeve kao što su naknada štete. Kaznena odgovornost robota nikada nije moguća jer takva shvaćanja vuku svoje porijeklo u samorazumljivom poimanju počinitelja kaznenog djela kao čovjeka koji postupa svjesno i voljno jer je on taj koji može shvatiti društvene norme i odgovornost u zajednici. Postoji nekoliko teorija o radnji. Jedna od njih je naturalistička ili kauzalna teorija. Nastala je pod utjecajem pozitivističke filozofije još krajem 19. stoljeća. Radnja je svako voljno ponašanje čovjeka koji dovodi do neke promjene u vanjskom svijetu. Nebitno je što se voljom hoće postići jer taj dio spada u krivnju, a bitno je samo da je volja pokretač djelovanja. Analogno navedenom, tada iz pojma radnje treba isključiti ponašanja do kojih je došlo bez volje neke osobe. Tada bi trebalo promatrati radnju robota kao radnju čovjeka koji je robota programirao ili uputio da poduzme neku aktivnost, a ne kao radnju samog robota koji nema svoju volju. Čisto naturalističko poimanje radnje ne dodiruje vrijednosne sudove koji su svojstveni protupravnosti i krivnji (Novoselec & Bojanić, 2013: 120). Tako je Beling definirao radnju s aspekta nečinjenja kao voljno odsustvo tjelesnog pokreta misleći pri tom isključivo na čovjeka i stvari kojima se služi u počinjenju kaznenog djela a ne na robota kao autonomni biće (Novoselec & Bojanić, 2013: 121). Ako se pak radnja razmatra kao djelovanje usmjereno prema nekom cilju, ili finalno djelovanje tada postoji čisto ontološki pojam radnje iz kojeg su isključeni svi pravni kriteriji. Radnja se sastoji iz misaone i realne djelatnosti. Ovdje su poteškoće nastale kod nehajnih kaznenih djela, jer finalnost podrazumijeva namjeru (Novoselec &

Bojanić, 2013: 122). Daljna teorija govori o socijalno značajnom ljudskom ponašanju kao ljudskom odgovoru na određene situacije koje su mu nametnute (Novoselec & Bojanić, 2013: 123). U tom slučaju je i nečinjenje čovjeka ljudsko ponašanje pa stoga i radnja samo što radnja robota nije ljudska radnja. Isto tako personalna teorija radnje podrazumijeva sve ono što se može pripisati čovjeku kao duševno-duhovnom središtu djelovanja odnosno kao očitovanje ličnosti. Robot nema ličnosti pa onda radnje robota ne mogu podpadati pod radnju u kaznenopravnom smislu s aspekta nijedne od navedenih teorija. Obzirom na navedene teorije, u kaznenom pravu postoji negativna funkcija radnje. Ta negativna funkcija radnje se očituje kroz različite aspekte a neki od njih su misli koje se ni na koji način nisu očitovale u vanjskom svijetu. Analogna tvrdnja za misli vrijedi i za uvjerenja, stavove i osjećaje čovjeka dok nisu izraženi prema vani, a robot ne može imati osjećaje i stavove jer nije ljudsko biće (Kurtović Mišić & Krstulović Dragičević, 2014: 236). Nisu radnje ni refleksni pokreti kod kojih se neposredno prenose podražaji sa senzornih na motorne živce dok je robot splet elektronike i žica a ne živaca. Slijedom navedenoga, besvjesno stanje, privremena duševna poremećenost kao i neodoljiva sila se ne mogu analizirati s aspekta robota, jer oni isključuju radnju čovjeka a ne robota koji navedeno ne može ni imati. Eventualno čovjek može biti onemogućen u činjenju dobra ako netko onesposobi robota ili robota koristi za činjenje kaznenih djela, ali onda se radi o radnji čovjeka a ne o radnji robota. S aspekta oblika krivnje, djelovanjem na robota se može postupati s namjerom ili iz nehaja. Počinitelj postupi s izravnom namjerom kad je svjestan obilježja kaznenog djela i hoće ili je siguran u njihovo ostvarenje. S neizravnom namjerom počinitelj postupi kad je svjestan da može ostvariti obilježja kaznenog djela pa na to pristaje. Stoga poblize određenje je moguće samo za svaku vrst namjere posebno razmatrajući intelektualnu i voljnu komponentu. Namjera je teži oblik krivnje jer sadrži viši stupanj prijekora pa je i Kazneni zakon, Narodne novine br. 125/11, 144/12, 56/15, 61/15, 101/17, 118/18 (dalje u tekstu: KZ), za namjerna kaznena djela predvidio više kazne. Namjera je temeljni oblik krivnje jer se kažnjava namjerna povreda svih pravnih dobara dok se za nehaj kažnjava samo kad je to zakonom izričito propisano i to kad su povrijeđena najvažnija pravna dobra (u pravilu život i tijelo). KZ razlikuje počinjenje sa svjesnim i nesvjesnim nehajem, a zakon ne poznaje jedinstvenu definiciju nehaja. Počinitelj postupi sa svjesnim nehajem kad je svjestan da može ostvariti obilježja kaznenog djela, ali lakomisleno smatra da se to neće dogoditi ili da će to moći spriječiti pa se svjesni nehaj naziva i *luxuria*. Počinitelj postupi s nesvjesnim nehajem kad nije svjestan da može ostvariti obilježja kaznenog djela iako je prema okolnostima bio dužan i prema svojim osobnim svojstvima mogao biti svjestan te mogućnosti.

Odnos svjesnog i nesvjesnog nehaja ne može se izjednačiti s odnosom između izravne i neizravne namjere. Dok izravna namjera predstavlja uvijek viši stupanj krivnje u odnosu na neizravnu, ne može se tvrditi da je svjesni nehaj uvijek teži, a nesvjesni nehaj blaži oblik krivnje. Ako već ne razmatramo odgovornost robota, onda je potrebno razmotriti odgovornost liječnika koji upotrebljuje robota (level 0, 1, 2, 3). Liječnik prema KZ-u RH može odgovarati za nepružanje pomoći kao pravo kazneno djelo nečinjenjem pa posljedica nije njegovo obilježje. Razlikuje se opasnost koju je počinitelj zatekao od one koju je sam prouzročio pa je u drugom slučaju propisana stroža kazna. Slično je i u austrijskom KZ-u par 94 i 95 objavljen u BGBl. br. 60/1974, dok švicarski KZ objavljen u AS 54 757, 57 1328 i BS 3 203, za oba oblika nepružanja pomoći propisuje istu kaznu zatvora do tri godine. Dok je u prvom stavku opravdano dužnost pružanja pomoći vezati uz životnu opasnost, u slučaju kad je počinitelj sam prouzročio opasnost, važno ga je obvezati da ukloni takvu opasnost bez obzira kakva ona bila (Turković, 2013: 177). Kaznenim djelom nesavjesnog liječenja pak zakonodavac nije išao za pojednostavljenjem izričaja budući da ovakav prošireni izričaj olakšava vještačenje i služi preciziranju „nepostupanja po pravilima struke“. Posljedice navedene u stavku 1. moraju se prouzročiti iz nehaja i to drugoj osobi. I do sada je pogoršanje bolesti i narušavanje zdravlja predstavljalo težu posljedicu pa je valjalo tumačiti da su ove posljedice, da bi se za njih odgovaralo, morale biti obuhvaćene nehajem počinitelja. Nesavjesno liječenje pokriva i slučajeve samovoljnog liječenja, budući da je postupanje bez pristanka pacijenta u suprotnosti s pravilima struke. Stoga je zakonodavac odlučio da više nije potrebno inkriminirati samovoljno liječenje kao posebno kazneno djelo (Turković, 2013: 240). Potrebno je imati na umu da se nesavjesno postupanje kakvo se traži za postojanje kaznenog djela iz čl. 181. st. 1. KZ-a i njegove kvalificirane oblike ocjenjuje prema svakom konkretnom slučaju, konkretnim okolnostima, vodeći kod toga posebno računa o medicinskoj izobrazbi odgovorne osobe, iskustvu, psihofizičkom stanju – umor i sl., organizaciji rada, sredstvima i osposobljenostima (Pavlović, 2012: 366). Osnovno je obilježje kaznenog djela nesavjesnog liječenja obavljanje zdravstvene djelatnosti protivno odredbama struke. Valja imati na umu iako je potrebno da dođe do povređivanja da bi ovo djelo nastalo, ono u svom biću sadrži i ugrožavanje. U posljedici se mora realizirati upravo ona opasnost koja je nastala zbog povrede pravila struke što neće biti slučaj ako bi do iste posljedice za pacijenta došlo i da je liječnik postupao u skladu s pravilima struke. Bitno je u svakom slučaju u kojem se pojavi sumnja da bi do nepovoljnog ishoda došlo bez obzira na ponašanje okrivljene osobe (tzv. propisno alternativno ponašanje), pribaviti podatak kolika je mogućnost preživljavanja predviđena za tog

pacijenta da je ponašanje liječnika bilo lege artis. Nesavjesno liječenje je materijalno kazneno djelo – kazneno djelo povređivanja što znači da do odgovornosti zdravstvenih radnika dolazi samo ako je došlo do posljedice. Posljedica može biti pogoršanje bolesti ili narušenje zdravlja druge osobe, odnosno nastup smrti. Liječnik prema KZ-u RH može odgovarati za nepružanje pomoći u hitnim stanjima - čl. 183. kao kazneno djelo zakonski regulirano garantno djelo nečinjenja. Djelo je delictum proprium. Inkriminira se nepružanje medicinske pomoći samo u hitnim stanjima. Hitnim se stanjima sukladno čl. 18. Zakon o liječništvu (Narodne novine br. 121/03, 117/08) i čl. 22. (Zakona o dentalnoj medicini, Narodne novine br. 121/03, 117/08, 120/09), smatraju ona stanja kod kojih bi zbog nepružanja zdravstvene pomoći mogle nastati trajne štetne posljedice po zdravlje ili po život bolesnika. U hitnim stanjima zdravstveni radnik nije dužan pružiti pomoć osobi koja mu prijete ili je prema njemu, odnosno drugim zdravstvenim radnicima fizički agresivna, osim ako mu je osigurana zaštita policije ili neki drugi oblik zaštite.

Ako se pak govori o odgovornosti pravne osobe, tada dolazi u obzir kazneno djelo dovođenje u opasnost života i imovine općeopasnom radnjom ili sredstvom kao kazneno djelo ugrožavanja općeg tipa. U odnosu na ostala kaznena djela ono je supsidijarno što znači da će se primjeniti samo ako nisu ostvarena obilježja kakvog drugog kaznenog djela konkretnog ugrožavanja. Općeopasnom radnjom ili sredstvom mora se izazvati opasnost za život ili tijelo ljudi ili za imovinu većeg opsega. Najčešće se izaziva opasnost za život ljudi, no dovoljna je i opasnost za tjelesnu cjelovitost. Opasnost mora biti konkretna, tj. mora postojati bliska mogućnost povređivanja objekta radnje. Apstraktna opasnost nije dovoljna. U opasnost mora biti doveden veći broj osoba, na što upućuje zakonski tekst koji teži da opasnost bude izazvana za život ili tijelo ljudi (množina). Općeopasnom radnjom ili sredstvom mora se izazvati i opća opasnost, a taj uvjet nije ispunjen bude li izazvana opasnost samo za jednu određenu osobu jer bi u tom slučaju, dođe li i do tjelesne ozljede ili smrti te osobe, raditi o odgovarajućem kaznenom djelu protiv života ili tijela iz nehaja. Znači, potrebno je da postoji greška koja je opasna za ljude na kojima će robot biti primjenjen. Ali iznimno, kao opća opasnost će se moći označiti i ugrožavanje samo jedne osobe i to ako je ona neodređena jer je ta pojedinačna žrtva samo „predstavnik“ ugroženog mnoštva. Kazneno djelo dovođenja u opasnost života i imovine općeopasnom radnjom ili sredstvom može se počinuti i nečinjenjem, pod uvjetom da su ispunjene opće pretpostavke, odnosno da je počinitelj kao garant dužan spriječiti nastup posljedice. Garantna dužnost proizlazi ovdje iz dužnosti nadzora nad izvorima opasnosti koji su u vlasti počinitelja.

Namjera se mora odnositi na ugrožavanje ali ne i na povređivanje jer je onda u pitanju kazneno djelo povređivanja (kazneno djelo protiv života i tijela).

U nacionalnim pravnim sustavima i među autorima koji su se opredjelili za kaznenu odgovornost pravnih osoba postoje razni pokušaji da se ona teorijski utemelji, a između njih su se iskristalizirala tri temeljna modela (Kurtović Mišić & Krstulović Dragičević, 2014: 236). Teorija objektivne odgovornosti pravne osobe smatra da je za kaznenu odgovornost dovoljno da je pravna osoba prouzročila povredu ili ugrožavanje pravnog dobra čime se odustaje od načela krivnje za pravne osobe. Izvođenje krivnje pravne osobe iz krivnje njezinih organa (teorija identifikacije) smatra kako se krivnja određene fizičke osobe koja čini djelo za račun pravne osobe postaje krivnja same pravne osobe pa postoji paralelno individualna odgovornost i odgovornost pravne osobe pa time pravna osoba posuđuje svoju krivnju i kažnjivost od odgovorne fizičke osobe. Pravna osoba kaznit će se za kazneno djelo odgovorne osobe i u slučaju kad se utvrdi postojanje pravnih ili stvarnih zapreka za utvrđivanje odgovornosti odgovorne osobe. Ovaj sustav je prihvaćen u KZ-u RH. Teorija autonomne krivnje pravne osobe polazi od fikcije osobnosti pravnih entiteta i pokazuje da ne postoji razlog zbog čega pravo ne bi istovremeno prihvatilo i fikciju krivnje pravne osobe. Kazne su novčana kazna i ukidanje pravne osobe. Ako je za kazneno djelo propisana novčana kazna ili kazna zatvora s posebnom najvećom mjerom od jedne godine zatvora, pravna se osoba može kazniti novčanom kaznom od 5.000,00 do 8.000.000,00 kuna (čl. 10. Zakona o odgovornosti pravnih osoba za kaznena djela: Narodne novine br. 151/03, 110/07, 45/11, 143/12). Ako je za kazneno djelo propisana kazna zatvora s posebnom najvećom mjerom od pet godina zatvora, pravna se osoba može kazniti novčanom kaznom od 15.000,00 do 10.000.000,00 kuna. Ako je za kazneno djelo propisana kazna zatvora s posebnom najvećom mjerom od deset godina zatvora, pravna se osoba može kazniti novčanom kaznom od 30.000,00 do 12.000.000,00 kuna. Ako je za kazneno djelo propisana kazna zatvora s posebnom najvećom mjerom od petnaest godina zatvora ili teža kazna, pravna se osoba može kazniti novčanom kaznom od 50.000,00 do 15.000.000,00 kuna. Kazna ukidanja pravne osobe može se izreći ako je pravna osoba osnovana radi činjenja kaznenih djela ili je svoje djelovanje pretežito iskoristila za počinjenje kaznenih djela. Kazna ukidanja pravne osobe ne može se izreći jedinicama lokalne i područne (regionalne) samouprave i političkim strankama. Uz kaznu ukidanja pravne osobe sud može izreći i novčanu kaznu. Nakon pravomoćnosti presude o ukidanju pravne osobe provest će se likvidacija pravne osobe.

## 5 Zaključak

Vidljivo je da se društvo danas susreće s uporabom robota u svakodnevnom životu. Postavilo se logično pitanje mogu li roboti sami odgovarati za svoja nedjela ili treba odgovarati njihov korisnik. Uzimajući u obzir kompleksnu analizu poredbenog zakonodavstva i zakonodavstva Europske unije, jasno je da de lege ferenda svaka država mora iznaći pravne mehanizme za borbu protiv štete koju prouzroči robot, a sve sukladno njenom pravnom poretku. Sukladno navedenom, u radu je utvrđeno kako postoji pet različitih stupnjeva kod samostalnosti robota. Ako se radi o stupnjevima level 0, 1, 2, 3 tada postoji odgovornost korisnika ako je njegovom krivnjom došlo do počinjenja kaznenog djela u medicinskoj djelatnosti. Kaznena djela koja dolaze u obzir prema KZ-u RH su nesavjesno liječenje a pod određenim uvjetima dolazi u obzir i odgovornost za kazneno djelo nepružanja pomoći ili nepružanja medicinske pomoći u hitnim stanjima. Ako se radi o robotu level 4, u tom slučaju dolazi u obzir odgovornost pravne osobe za kazneno djelo dovođenje u opasnost života i imovine općeopasnom radnjom ili sredstvom. Analizirajući spomenutu odgovornost u radu, dolazim do zaključka kako zakonodavstvo RH je već danas pripremljeno u području medicinskog prava za izazove robotike, jer je ovisno o stupnjevima propusta robota predviđena odgovarajuća odgovornost za odgovarajućeg počinitelja.

### Pravni viri

Langforth Bridge, (1635) Cro. Car. 365, 79 E.R.919.

### Literatura

- Gless, S., Silverman E. & Weigend, T. (2016) If Robots Cause Harm, Who is to Blame? Self-Driving Cars and Criminal Liability, *New Criminal Law Review*, 19(3), doi:10.1525/nclr.2016.19.3.412.
- Hallevy, G. (2018) *Dangerous Robots - Artificial Intelligence vs. Human Intelligence*, available at: <https://ssrn.com/abstract=3121905> (March 1, 2019).
- Hart H. L. A. (1968) *Punishment and responsibility: Essays in the philosophy of law* (Oxford University Press).
- Houvast F., Timmerman, R. & Zwaan, Y. (2018) *Exploring the legal Rights and Obligations of Robots*, *A Legal Book Review of I, Robot by Isaac Asimov*, available at: <https://www.uu.nl/masters/file/9043/download?token=HXE66xdf> (March 1, 2019).

- Hu, Y. (2018) Robot Criminals, *University of Michigan Journal of Law Reform*, Forthcoming, available at: [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3227710](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3227710) (March 1, 2019).
- Hubbard P. (2011) Do Androids Dream: Personhood and Intelligent Artifacts, *Temple Law Review*, 83, pp. 405-474.
- Joh, E. E. (2016) Policing Police Robots, *UCLA Law Review Discourse*, 64, pp. 516-543.
- Kurtović Mišić, A. & Krstulović Dragičević, A. (2014) *Kazneno pravo (Temeljni pojmovi i instituti)*, (Split: Sveučilište u Splitu).
- Mrčela, M. & Vuletić, I. (2018) Kazneno pravo pred izazovima robotike: Tko je odgovoran za prometnu nesreću koju je prouzročilo neovisno vozilo, *Zbornik Pravnog fakulteta u Zagrebu*, 68(3/4), pp. 465-491.
- Novoselec, P., Bojanić, I. (2013) *Opći dio kaznenog prava* (Zagreb: Pravni fakultet u Zagrebu).
- Pagallo, U., Vital, S. & Co. (2018) The Quest for the Legal Personhood of Robots, *Information*, 9(9) (230); doi:10.3390/info9090230
- Pavlović, Š. (2012) *Komentar Kaznenog zakona* (Rijeka: Libertin naklada).
- Turković, K. (ed.) (2013) *Komentar Kaznenog zakona* (Zagreb: Narodne novine).
- Vladeck D. C. (2014) Machines Without principals: liability rules and artificial intelligence, *Washington Law Review*, 89(1), pp. 117-150.



# PRAVNI IZZIVI UPORABE ROBOTOV V MEDICINI

SUZANA KRALJIĆ IN TJAŠA IVANC

Univerza v Mariboru, Pravna fakulteta, Maribor, Slovenija, e-pošta:  
suzana.kraljic@um.si, tjasa.ivanc@um.si

**Povzetek** Prisotnost umetne inteligence in robotov je danes podana na vseh področjih našega življenja, tako poslovnega kakor tudi zasebnega življenja. Danes obstaja širom sveta več kot 1.7 milijonov robotov in področje medicine in zdravstvene nege je eno izmed področij, kjer je uporaba robotov že precej razširjena. Uporaba robotov in umetne inteligence pa je odprla mnoga tako pravna kakor tudi etična vprašanja. Kljub široki uporabi robotov in umetne inteligence, pa še vedno ne obstaja ustrezna pravna regulativna (niti nacionalna niti mednarodna), ki bi to področje urejala. Odprta vprašanja uporabe robotov se povezujejo na primer s področjem odgovornosti, varstva zasebnosti, varstva osebnih podatkov, delovnopravnim, okoljevarstvenim idr.

## Ključne besede:

robotika,  
škoda,  
odgovornost,  
varstvo podatkov,  
zasebnost.

## Prvič izdano v:

KRALJIĆ, Suzana, IVANC, Tjaša. Pravni izzivi uporabe robotov v medicini. V: KRALJIĆ, Suzana (ur.), REBERŠEK GORIŠEK, Jelka (ur.), RIJAVEC, Vesna (ur.). *Globalizacija medicine v 21. stoletju*. 28. Posvetovanje Medicina, pravo in družba, 28. - 30. marec 2019, Maribor, Slovenija. 1. izd. Maribor: Univerzitetna založba Univerze, 2019. Str. 31-48.



DOI <https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7>  
ISBN 978-961-286-335-7

# CIVIL LIABILITY FOR MEDICAL ERROR – NEW KNOWLEDGE

SUZANA KRALJIĆ & TJAŠA IVANC

University of Maribor, Faculty of Law, Maribor, Slovenia, e-mail:  
suzana.kraljic@um.si, tjasia.ivanc@um.si

**Abstract** The presence of artificial intelligence and robots is given today in all areas of our lives, in business as well in private life. Today there are more than 1.7 million robots worldwide and the field of medicine and nursing is one of the areas where the use of robots is already widespread. The use of robots and artificial intelligence has opened up many legal and also ethical issues. Despite the widespread use of robots and artificial intelligence, there is still no adequate legal regulation (neither national nor international) that would regulate this field. Open issues of using robots are linked, for example, with the area of liability, privacy protection, personal data protection, labor law, environmental protection, etc.

**Keywords:**

robotics,  
damage,  
liability,  
data protection,  
privacy.

**First published in:**

KRALJIĆ, Suzana, IVANC, Tjaša. Pravni izzivi uporabe robotov v medicini. V: KRALJIĆ, Suzana (ur.), REBERŠEK GORIŠEK, Jelka (ur.), RIJAVEC, Vesna (ur.). *Globalizacija medicine v 21. stoletju*. 28. Posvetovanje Medicina, pravo in družba, 28. - 30. marec 2019, Maribor, Slovenija. 1. izd. Maribor: Univerzitetna založba Univerze, 2019. Str. 31-48.

<https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7> DOI  
978-961-286-335-7 ISBN



## 1 Uvod

Kljub temu, da je razvoj umetne inteligence in robotike močno pridobil na pomenu in prisotnosti v našem vsakdanjem življenju šele v zadnjih desetletjih, pa je ideja o avtonomnih bitjih, različnih od človeka, začela zelo zgodaj buriti človeško domišljijo in željo po ustvariti tovrstnega bitja. Zаметke o avtonomnih bitjih, drugačnih od človeka, je možno zaslediti že v najstarejših mitologijah (npr. grška mitologija), kakor tudi pri intuziastičnih znanstvenikih, ki so svoje ideje o avtonomnih bitjih pretvorili na različne načine v „realnost“.

Nikakršnega dvoma več ni, da lahko roboti pripomorejo k spreminjanju vsakdanjega življenja in delovne prakse, lahko povečajo učinkovitost, prihranke in raven varnosti ter okrepijo raven storitev, zagotovijo lahko prednosti in prihranke (Evropski parlament - Predlog Resolucije, 2017. tč. B in C). Vse navedeno je značilno tudi za področje medicine in zdravstvene nege, kjer se roboti že dalj časa uporabljajo in v prihodnosti je ravno to področje eno izmed tistih, kjer lahko še posebej pričakujemo porast njihove uporabe. Zato je ob dejstvu, da je danes širom sveta že več kot 1.7 milijonov robotov (European Parliament, 2017), se odpirajo mnoga pravna (a tudi etična) vprašanja, povezana z njihovo uporabo (npr. vprašanje odgovornosti (odškodninske kakor tudi kazenske), varstvo podatkov, delovnoppravna vprašanja, nadalje glede varstva okolja, kakor tudi futuristično gledano morda tudi glede »pravic robotov« (...), ki terjajo odgovore, brez da bi se zavirale nadaljnje inovacije (Evropski parlament - Predlog Resolucije, 2017: tč. D).

## 2 Zgodovinske iztočnice – mitologija, umetnost, izumitelji

Izvor besede *robot* izvira češke besede »*robotas*« in pomeni prisilno odelo. Prvi je besedo robot z namenom označitve izmišljenega humanoida (*fictional humanoid*) uporabil leta 1920 češki pisatelj Karel Čapek v svoji igri *R.U.R. (Rossum's Universal Robots)* (Lanfranco et al., 2004: 14). Karel Čapek pa je besedo prevzel od svojega brata Josefa Čapka, slikarja in izumitelja, ki naj bi jo prvi uporabil. Vendar je možnost ideje raznih avtorjev o izdelavi inteligentnih (avtonomnih) strojev (humanoidov, androidov, avtomatov) s človeškimi lastnostmi zaslediti že mnogo pred letom 1920.

Zametki ideje o »umetnih ljudeh« oziroma automatonih segajo celo že v grško mitologijo, kjer je grški bog Hefajst po naročilu Zeusa ustvaril Talosa, živega bronastega velikana, ki ga je podaril svoji hčerki Evropi, da jo je varoval. Kasneje je varoval tudi obale otoka Krete pred napadi sovražnikov (Cartwright, 2017).

Iz Judovska literature in mistike je znano mistično umetno ustvarjeno bitje *Golem*. Iz gline narejeno, človeku podobno, veliko in močno mistično bitje je bilo ustvarjeno s čarovnijo in z namenom, da bo služilo, torej izpolnjevalo ukaze gospodarja (Eveleth, 2017).

Ovidij v svojem delu *Metamorfoze* prikazuje tudi spremembo kipa *Galateje*, ki ga je izdelal kipar *Pigmalion*. Kip je bil zelo realistično upodobljen, kar je privedlo do tega, da se je Pigmalion zaljubil v svoj kip (oblačil ga je v ženska oblačila, ga krasil z nakitom, mu prinašal darila...). Kip je kasneje oživel boginja Afrodita, saj je videla njegovo veliko ljubezen, ki jo je gojil do kipa. S tem mu je izpolnila željo, ki jo je izrekel ob Afroditinem prazniku. Galateja in Pigmalion sta se kasneje poročila ter imela dva otroka (Shaken, 2005).

Leta 1206 je *Ibn al-Razzaq al-Jazari* napisal knjigo *Kitab fi ma rifat al-biyal al-bandasiyya* (*The Book of Ingenious Mechanical Devices*). Gre za najbolj obsežno in metodično zbirko tedanjega znanja o automatiziranih napravah in mehanizmih (Nadarajan, 2007: 2).

Iz sredine 13. stoletja je znana legenda o regensburškem škofu *Albertus Magnus* (1206-1280), ki je ustvaril robota z imenom »*Androides*«. Magnusov robot je lahko govoril in hodil ter je celo gostom postregel z večerjo. Uničil naj bi ga njegov učenec Tomaž Akvinski, saj ni prenesel neprestanega govorjenja robota (Sutherland, 2015).

Pomemben zgodovinski mejnik predstavlja tudi *Leonardo Da Vinci*, ki je okrog leta 1495 narisal skico humanoidnega robota - androida, ki naj bi po skici izvajal samostojno nekatere gibe (npr. sedenje, mahanje). Danes je ta mehanični vitez znan kot *Leonardov robot* (Jovanović, 2018: 119). Robota so po skici Leonarda da Vincija izdelali šele leta 2002.

Leta 1818 pa je izšel roman *Mary Shelley o Frankensteinovi pošasti*. Roman opisuje ustvaritev umetnega človeka, ki pa je nasilen, saj ubija ljudi. Izvor njegove nasilnosti je v opustitvi pomoči in razumevanja, ki je ni dobil od svojega kreatorja Victorja Frankesteina. Kljub zagrešenim umorom, je ustvarjeni umetni človek zelo čustven.

Leta 1898 je *Nikola Tesla* javnosti predstavil brezžično nadzorovani torpedo, ki ga je nameraval prodati ameriški vojski. Zato ga nekateri imenujejo tudi *očeta robotike* (Tesla Memorial Society of New York, n. d.).

Leta 1927 je Fritz Lang posnel znanstvenofantastični nemi film *Metropolis*, ki predstavlja prvi film, v katerem znanstvenik Rudolf Klein Rogge ustvari robota. Ti. *Maschinenmensch*, humanoidni robot, je bil tako prvi robot, ki je bil uprizorjen v filmu (All on Robots, n.d.).

Ključno vlogo pa ima tudi znani pisec znanstvene fantastike Isaac Asimov, ki je leta 1942 predstavil kratko zgodbo *Runaround*, ki je bila nato leta 1950 vključena v zbirko *I, Robot*, kjer je zapisal t. i. *tri zakone robotike* (ang. *three laws of robotics*):

- a) robot ne sme nikoli škodovati človeškemu bitju;
- b) robot mora upoštevati ukaze, ki jih dajejo ljudje, razen če nasprotuje prvemu zakonu;
- c) in robot mora varovati svoj lasten obstoj, če to ni v nasprotju s prvima dvema zakonoma (European Union, 2016: 13; Lewis, 2014).

### 3 Pravni izzivi uporabe robotov v medicini

#### 3.1 Definicija

Glede na kratko podane zgodovinske iztočnice, lahko robota opredelimo kot *avtonomen stroj, ki je sposoben izvajati človeška dejanja*. Iz te definicije izhajajo torej temeljne značilnosti robotov:

- a) *robot ima fizično naravo*: domneva se, da je robot edinstven, saj se lahko premesti v okolje in izvaja dejanja v fizičnem svetu. Takšna značilnost je odvisna od predpostavke, da mora robot imeti fizično telo.
- b) *avtonomija*: robot mora imeti sposobnost avtonomnega izvajanja oziroma ukrepanja brez človekovega posredovanja;
- c) *človeška podobnost*: robot ima vizualno podobnost z ljudmi (European Union, 2016).

Roboti se razlikujejo glede na stopnjo njihove neodvisnosti (avtonomije), ki jo ima robot med njegovim delovanjem, in sicer:

- a) robot ima lahko popolno avtonomijo (npr. popolnoma avtonomni samovozeči avtomobili);
- b) robot ima semi-avtonomijo (npr. pol-avtonomni samovozeči avtomobili);
- c) robot je del tele-operacije (npr. kirurgija) (Holder et al., 2016: 385).

### 3.2 Splošno o uporabi robotov v medicini

Če so bili umetna inteligenca in roboti še ne dolgo povezani s področjem informatike in del predvsem filmskih platen (npr. v filmih *I robot*, *Robocop*, *Transformers*, *Star Wars*, *Terminator*, ...), danes ne gre prezreti njihove prisotnosti v našem vsakdanjiku. Umetna inteligenca in roboti so danes prisotnih na vseh področjih našega tako poslovnega kakor tudi zasebnega življenja. Prispevajo k spremembi življenja in delovne prakse, saj lahko doprinesejo k povečanju učinkovitosti dela (npr. hitrejša izvedba), omogočajo izogib opravljanja nevarnih del za človeka, prispevajo lahko k varčevanju in varnosti, dvignejo lahko raven kakovosti storitev, omogočajo opravljanje ponavljajočih (za človeka enoličnih) del, olajšajo lahko delovne postopke, zagotavljajo lahko določene sposobnosti, ki jih človek nima v zadostni meri ... (European Parliament, 2017).

Roboti pa so si utrli pot tudi v medicini in zdravstveni negi. Gre za še posebej pomembni področji družbenega življenja, saj se obe nanaša na človeku najbolj pomembni vrednoti – zdravje in življenje. Kirurška robotika je tako danes že utečena stalnica v mnogih bolnišnicah, tudi slovenskih (Glavač, n.d.: 17-19). Kirurški robotski sistemi se namreč vedno bolj uporabljajo za dopolnjevanje dela »človeških zdravnikov«, saj lahko močno pripomorejo k izboljšanju kirurgove natančnosti in omogočajo tudi delovanje zdravnikov na pacientih na daljavo. Kirurški roboti prav tako lahko zmanjšajo tveganje za okužbe (BBC News, 2015).

Robotska kirurgija oziroma kirurška robotika se je razvila z zблиževanja treh področij, in sicer telekirurgije, vojaške medicine in minimalno invazivne kirurgije (Noguez, 2018: 12). Kirurške robotske sisteme sta najprej namreč raziskovali vojska in National Aeronautic and Space (NASA) (Noguez, 2018: 10). Prva dokumentirana uporaba robotsko asistiranje operacije sega v leto 1985, ko je bila uporabljena robotska operacijska roka PUMA 560 pri nevrokirurški biopsiji. Leta 1990 je bil AESOP sistem, ki ga je izdelal Computer Motion, prvi sistem, ki ga je odobril

ameriški Food and Drug Administration (FDA) za izvajanje endoskopskih operacijskih postopkov. Leta 2000 pa je FDA odobrila operacijski sistem *Da Vinci Surgery*, ki je tako postal prvi robotski operacijski sistem za splošne laparoskopske operacije (Noguez, 2018: str. 10). Robotski operacijski sistem *Da Vinci* je danes najbolj znani kirurški robot, kjer kirurg, sedeč na konzoli, med upravljanjem stroja, lahko vidi visoko definicijo 3D slike bolnika. Kirurg nadzoruje delovanje štirih robotskih rok, od katerih so tri kirurška orodja in četrta pa je endoskopska kamera. *Da Vinci* se uvršča v ti. *mešane* robot, ki lahko poseg opravljajo v pacientu ali na njegovi površini (Holder et al., 2016: 388). Graur et al. (2018: 16) namreč glede izvajanja posegov ločijo:

- a) zunanje robote, ki izvajajo kirurške posege na površini pacientovega telesa (Acrobot, RoboDoc, CT-scanners, CyberKnife);
- b) mešane robote, kjer je med posegom en del robota lociran v notranjosti pacienta, drugi pa zunaj pacienta (NeuroMate, *da Vinci*, PARASURG-9M);
- c) notranji roboti, ki so med posegom popolnoma locirani v notranjosti pacientovega telesa (endoskopske kapsule, miniaturni kirurški roboti prihodnosti, katerih upravljanje zunaj telesa bo enostavno).

Področje protetike je prav tako eno izmed področij medicine, kjer si je robotika že utrla svojo pot. Razvoj robotske protetike je bistveno izboljšal življenje invalidov, saj jim omogoča večjo mobilnost, boljše vključevanje v družbeno in poslovno življenje... Še posebej je treba omeniti t. i. *eksoskelet* (tudi robotska obleka), ki omogoča pacientom, ki so npr. doživeli možgansko kap, da se lažje rehabilitirajo in ponovno naučijo hoditi (Nikolić, 2016: 211; Glavač, n.d.: 21).

Uporaba robotov je tudi dobrodošla na področju zdravstvene nege, saj bi lahko zapolnila vrzeli, vsaj delno, ker bi roboti lahko opravljali določena dela ter s tem na eni strani razbremenili zdravstvene delavce, na drugi strani pa bi se lahko čim dlje ohranila samostojnost in tudi domače okolje starajočega se prebivalstva. Roboti bi tako lahko pomagali starejšim z zagotavljanjem hrane ali zdravil, jim pomagali pri higieni oziroma negovanju, nadalje bi jim lahko služili kot pomnilniška pomoč ali pri

premaganju osamljenosti idr. Holder et al. (2016: 388) kot primer takšnih robotov navajajo:

- a) *Giraff8* (robot z videokonferenčnim zaslonom se premika na kolesih po domu in omogoča skrbniku, da vidi in komunicira s pacientom na njegovem domu);
- b) *Care-O-bot9* (robot se premika po domu, odpira vrata ter prenaša stvari uporabniku (npr. pijačo));
- c) *Robear10* (eksperimentalni robot za zdravstveno nego, ki je podoben medvedu v človekovi *velikost* in lahko dvigne celo bolnike iz postelje na invalidski voziček).

Raziskave in razvoj na področju robotov za nego in oskrbo starejših so postali pogostejši in cenejši, izdelki pa vse bolj funkcionalni in širše sprejeti med potrošniki. Tehnologija, ki zagotavlja preprečevanje, pomoč, spremljanje, spodbujanje in družbo starejšim ljudem, invalidom in ljudem z demenco, kognitivnimi motnjami ali izgubo spomina, pa ima zelo široko področje uporabe. Ne gre prezreti, da je to področje, kjer je človeški stik eden od temeljnih vidikov nege ljudi. Na eni strani uporaba negovalnih robotov prinaša izgubo človeške toplote, na drugi strani pa lahko roboti opravljajo avtomatizirane naloge nege in olajšajo delo zdravstvenim delavcem na področju zdravstvene nege. Kljub naglemu razvoju negovalnih robotov, ne bo možno brez človeških negovalcev, saj so pomemben in nenadomestljiv vir družbene interakcije (Evropski parlament - Predlog resolucije, 2017: tč. 31-32).

### 3.3 Pravni izzivi

Roboti pa dobivajo vedno večji epilog pa tudi na pravnem področju. Tako nagel razvoj robotike kakor tudi neljubi dogodki, povezani z roboti, so odprli oziroma še dodatno podprli razprave o nujnosti pravne regulative tega področja, še posebej pa glede na razmah prisotnosti robotov tudi na področju medicine, kjer se posega v največji človekovi vrednoti - zdravje in življenje. Kljub temu, da so jasno izoblikovane težnje po enotni ureditvi tega področja, ne gre prezreti že obstoječe pravne regulative, ki že zdaj vsebuje določila, ki se nanašajo na določena pravna vprašanja (npr. odgovornost), povezana z robotiko:



- a) Konvencija o pravu, ki se uporablja v primerih odgovornosti proizvajalca za njihove proizvode (Uradni list SFRJ –MP, št. 8/77);
- b) Direktiva Sveta 85/374/ES o približevanju zakonov in drugih predpisov držav članic v zvezi z odgovornostjo za proizvode z napako (OJ L 210, 7.8.1985, p. 29), ki je bila spremenjena z Direktivo 1999/34/ES Evropskega parlamenta in Sveta o spremembi Direktive Sveta 85/374/EGS o prilagajanju zakonov in drugih predpisov držav članic v zvezi z odgovornostjo za proizvode z napako (OJ L 141, 4.6.1999, p. 20–21; popravek, OJ L 300, 18.10.2014);
- c) Direktiva Sveta 90/385/EGS o približevanju zakonodaje držav članic o aktivnih medicinskih pripomočkih za vsaditev (OJ L 189, 20.7.1990, p. 17–36) (v nadaljevanju: Direktiva 90/385/EGS);<sup>1</sup>
- d) Direktiva Sveta 93/42/EGS o medicinskih pripomočkih (OJ L 169, 12.7.1993, str. 1) (v nadaljevanju: Direktiva 93/42/EGS);<sup>2</sup>
- e) Direktiva 2007/47/ES Evropskega parlamenta in Sveta z dne 5. septembra 2007 o spremembah Direktive Sveta 90/385/EGS o približevanju zakonodaje držav članic o aktivnih medicinskih pripomočkih za vsaditev, Direktive Sveta 93/42/EGS o medicinskih pripomočkih in Direktive 98/8/ES o dajanju biocidnih pripravkov v promet (OJ L 247, 21.9.2007, p. 21–55).

Razvoj robotov je brez dvoma možno opredeliti kot dobrodošel za človeka in še posebej za področje medicine, saj omogoča izvedbo storitev, ki so lahko nevarne za osebo (npr. področje rentgenologije), ki terjajo posebno natančnost ali dolge operativne postopke. Vendar pa je ne glede na vse navedeno treba pri njihovem nadaljnjem razvoju upoštevati, da mora imeti ohranjanje dostojanstva, samostojnosti in samoodločanje pacientov, še posebej na področju nege ljudi in pri zdravstvenih napravah, ki „popravljajo“ ali izboljšujejo ljudi, posebno težnjo (Evropski parlament - Predlog Resolucije, 2017: tč. P).

<sup>1</sup> Prim. npr. 1(c) člen Direktive 90/385/EGS: »*aktivni medicinski pripomoček za vsaditev*“ je aktivni medicinski pripomoček, ki je namenjen, da se v celoti ali delno, kirurško ali zdravstveno vsadi v človeško telo ali da se z zdravstvenim posegom vstavi v naravno odprtino in po takem postopku tam ostane;

<sup>2</sup> Prim. npr. 1(2)(a) člen Direktive 93/42/EGS: »*medicinski pripomoček*“ pomeni vsak instrument, aparaturo, napravo, programsko opremo, material ali drug predmet, ki se uporablja samostojno ali v kombinaciji, vključno s programsko opremo, ki jo je proizvajalec predvidel izrecno za uporabo za diagnostiko in/ali v terapevtske namene in je potrebna za njegovo pravilno uporabo, ki ga je proizvajalec predvidel za uporabo na ljudeh z namenom: — diagnostike, preventive, spremljanja, zdravljenja ali lažanja boleznii; — diagnostike, spremljanja, zdravljenja, lažanja ali nadomestila za poškodbe ali okvare; — preiskovanja, nadomeščanja ali spreminjanja anatomije ali fizioloških procesov; — nadzora spočetja, ...«

Izhajajoč iz Zakona o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08; 55/17) (v nadaljevanju: ZPacP) ima pacient (med drugim) po 20. členu<sup>3</sup> *pravico do obveščeniosti*. Temeljno izhodišče je, da mora biti pacient obveščen, da bo lahko podal informirano privolitve za poseg. To pomeni, da mora pacient biti obveščen, da bo poseg opravil bodisi voden robot bodisi avtonomen vnaprej programiran sistem. Slednje je namreč tudi v skladu s 1. odst. 23. člena ZPacP, ki določa, da ima pacient pravico vedeti, kdo ga zdravi in kdo sodeluje pri njegovem zdravljenju (Kraljić, 2018).

Nadalje ima pacient po 21. členu ZPacP pravico, da *sodeluje pri izbiri načina zdravljenja*. To pomeni, da je pacient tisti, ki bo izbral, ali želi, da poseg opravi robot ali zdravnik. Toda, to je možno samo takrat, ko obstaja ta možnost izbire. Kaj pa ko takšna možnost ne obstaja, ker operacijo že ali bo v preteklosti opravljal samo robot?

*Pojasnilno dolžnost* ima zdravnik, odgovoren za zdravljenje, ki mora pojasniti pacientu v neposrednem stiku, obzirno, na pacientu razumljiv način oziroma skladno z individualnimi sposobnostmi sprejemanja informacij, v celoti in pravočasno. Za operativni ali drug medicinski poseg, povezan z večjim tveganjem ali večjo obremenitvijo, pacientu da razumljiva ustna in pisna pojasnila zdravnik, ki bo opravil medicinski poseg, če to ni možno, pa drug zdravnik, ki je usposobljen za tak medicinski poseg (2. odst. 20. člena ZPacP). Slednje je vprašljivo pri avtonomnih sistemih, ki izvajajo operacije na podlagi predhodno programiranih navodilih (Kraljić, 2018). Pojasnilno dolžnost v primeru posega z robotom bi lahko podal torej samo zdravnik, ki bo posedoval specializacijo za delo z robotom. Zdravnik, ki sicer opravlja enako operacijo, a na »klasičen način« in nima tovrstne specializacije za

<sup>3</sup> 20. člen ZPacP (obveščeniost pacienta in pojasnilna dolžnost): »(1) Pacient ima pravico, da je zaradi uresničevanja pravice do samostojnega odločanja o zdravljenju in pravice do sodelovanja v procesu zdravljenja obveščen o:

- svojem zdravstvenem stanju in verjetnem razvoju ter posledicah bolezni ali poškodbe,  
- cilju, vrsti, načinu izvedbe, verjetnosti uspeha ter pričakovanih koristih in izidu predlaganega medicinskega posega oziroma predlaganega zdravljenja,

- možnih tveganjih, stranskih učinkih, negativnih posledicah in drugih neprijetnostih predlaganega medicinskega posega oziroma predlaganega zdravljenja, vključno s posledicami njegove opustitve,

- morebitnih drugih možnosti zdravljenja,

- postopkih in načinov zdravljenja, ki v Republiki Sloveniji niso dosegljivi ali niso pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

(2) Pojasnila iz prejšnjega odstavka mora zdravnik, odgovoren za zdravljenje, pojasniti pacientu v neposrednem stiku, obzirno, na pacientu razumljiv način oziroma skladno z individualnimi sposobnostmi sprejemanja informacij, v celoti in pravočasno. Za operativni ali drug medicinski poseg, povezan z večjim tveganjem ali večjo obremenitvijo, pacientu da razumljiva ustna in pisna pojasnila zdravnik, ki bo opravil medicinski poseg, če to ni možno, pa drug zdravnik, ki je usposobljen za tak medicinski poseg.

(3) Pacient ima pravico do sprotnega in podrobnega obveščanja o poteku zdravljenja ter po koncu medicinskega posega oziroma zdravljenja pravico do obveščeniosti o rezultatu zdravljenja oziroma morebitnih zapletih.

(4) Pacient, ki ni sposoben odločanja o sebi, uresničuje pravice po tem členu v skladu z zmoglostmi, ki jih dopušča njegova sposobnost razumevanja.«

izvajanje operacije z robotom, ne more podati pojasnilne dolžnosti, saj nima znanja, ki se nanaša na delo s kirurškim robotom.

Ker moderni roboti delujejo na podlagi izmenjave podatkov, se postavlja vprašanje tudi glede *varstva osebnih podatkov*, še posebej sedaj, ko se je začela uporabljati Uredba (EU) 2016/679 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 27. aprila 2016 o varstvu posameznikov pri obdelavi osebnih podatkov in o prostem pretoku takih podatkov ter o razveljavitvi Direktive 95/46/ES (Splošna uredba o varstvu podatkov) (*OJ L 119, 4.5.2016, p. 1–88*) (v nadaljevanju: SUVP). Postavlja se namreč vprašanje, kdo bo imel dostop do podatkov, ki jih bo posedoval robot (gl. tudi European Parliament, 2017). SUVP sicer določa pravni okvir za varstvo podatkov, a se postavlja vprašanje, ali zadošča za tovrstno problematiko. Ena izmed značilnosti sodobnih robotov je namreč, da *zbirajo in analizirajo osebne podatke*, predvsem z namenom zagotovitve večje varnosti in analize morebitnih nesreč (npr. samovozeči avtomobili). Tovrstno dobrohotno zbiranje podatkov pa je seveda lahko izpostavljeno zlonamernim napadom hekerjev (Holder et al., 2016: 387). Npr. hekerje si bodo pridobili dostop do zdravstvenih podatkov o znani osebi ali pa bodo prevzeli nadzor nad vodenjem robota med opravljanjem operacije. Zatorej področje varstva osebnih podatkov pri uporabi robotov v medicini dobi nove dimenzije, ki pa še niso urejene. Morda bo treba obravnavati dodatne vidike dostopa do podatkov ter varstva osebnih podatkov in zasebnosti, glede na to, da se lahko pojavijo vprašanja v zvezi z *zasebnostjo*, ker bodo lahko aplikacije in naprave komunicirale druga z drugo ter z zbirkami podatkov brez posredovanja ljudi (Evropski parlament - Predlog Resolucije, 2017: tč. O). Varstvo podatkov in zasebnosti pa je eden izmed ključnih elementov za zagotavljanje *kakovostne zdravstvene oskrbe kakor tudi temelj razmerja med zdravnikom in pacientom*.

Eden izmed večjih dvomov in nezaupanje se pojavlja v povezavi z vprašanjem zagotavljanja *varnosti*. Če odmislimo nevarnosti, s katerimi smo se že soočili (npr. prometna nesreča uberja, nedavna smrt delavca v tovarni avtomobilov Volkswagen (Huggler, 2015)<sup>4</sup>, je ena izmed temeljnih prioritet povezanih z nadaljnjim razvojem

---

<sup>4</sup> Do prve smrti delavca v tovarni, ki jo je povzročil robot, je prišlo že 25. januarja 1979 (Robert Williams v tovarni Ford Motor Company Flat Rock Casting Plant). Na Japonskem pa je do prve smrti zaradi robota prišlo 4. julija 1981, ko je robot v tovarni Kawasaki Heavy Industries ubil delavca Kenji Urado. Družina Roberta Williamsa je tožila proizvajalca robota Litton Industries ter zatrjevala, da je bil Litton malomaren pri oblikovanju, proizvodnji in dobavi skladišnega sistema ter da ni opozoril na predvidljive nevarnosti pri delu v skladiščnem prostoru. Leta 1984 jim je sodišče dodelilo 15 milijonov odškodnine, saj je menilo, da niso bili zagotovljeni zadostni varnostni ukrepi, da bi se preprečila tovrstna nesreča. Kasneje je Litton sklenil poravnavo z družino Williams (znesek ni znan), brez da bi pri tem priznal malomarnost. Litton je kasneje zahteval od Forda odškodnino in povračilo sodnih stroškov,

in vse pogostejšo uporabo robotov (in umetne inteligence), da je treba za potrošnika in še posebej pacienta zagotoviti zadostno stopnjo varnosti, povezano s samimi roboti in njihovim delovanjem (npr. izvajanjem zdravstvenih posegov). Razvijati je treba ustrezne *zaščitne mehanizme ter možnost človeškega nadzora* in preverjanja delovanja robotov ter še posebej glede možnosti avtomatiziranega in algoritemskega sprejemanja samostojnih odločitev robotov (Evropski parlament - Predlog Resolucije, 2017: tč. R). Za zagotavljanje varnosti pri posegih z roboti pa morajo kirurgi izpolnjevati tudi *poklicne zahteve za usposabljanje* na področju robotske kirurgije (Lewis, 2014).

Ključnega pomena so pravna vprašanja, povezana s *civilno odgovornostjo za škodo*, ki jo povzročijo roboti. Razvoj robotske tehnologije mora temeljiti na predvidljivosti in vodljivosti. Pomembno je, da škoda, ki jo bo povzročil robot, ne bo omejena glede vrste ali obsega škode, ki bi jo bilo morda treba nadomestiti, kakor tudi ne glede oblik nadomestila za škodo, ki bi se jo ponudilo oškodovancu. Omejevanje ne sme torej izhajati iz dejstva, da gre za škodo, ki bi jo povzročil nečloveški povzročitelj. Razmišljati bi bilo potrebno v smeri uporabe pristopa *objektivne odgovornosti* (potrebni samo dokazi o nastanku škode in vzročna povezava med škodljivim delovanjem robota in škodo, ki je bila povzročena oškodovancu) ali *pristopa obvladovanja tveganja*, ki se ne osredotoča na odgovornost posameznika, ki je ravnal malomarno, temveč na osebo, ki lahko pod določenimi pogoji zmanjša tveganje in obravnava negativne vplive. Potrebno bi bilo, da bi bila potem, ko bi se opredelile stranke, ki so končno odgovorne, njihova odgovornost sorazmerna z dejanskimi navodili, danimi robotu, in njegovo samostojnostjo, torej večja kot bi bila robotova sposobnost učenja ali samostojnost in daljše kot bi bilo usposabljanje robota, večja bi morala biti odgovornost njegovega učitelja. Pri opredeljevanju osebe, ki ji je mogoče dejansko pripisati robotovo škodljivo vedenje, spretnosti, ki so posledica usposabljanja robota, ne bi smele zamenjevati s spretnostmi, ki so odvisne izključno od robotove sposobnosti samoučenja. Odgovornost mora vsaj za zdaj nositi človek in ne robot (Evropski parlament - Predlog Resolucije, 2017: tč. 49-56). Tako kot lahko dejanje človeškega zdravnika pripelje do nastanka škode pri pacientu, tako lahko, kot že rečeno, tudi *roboti povzročijo pacientu škodo* (npr. negovalni robot pri dvigovanju pacienta iz postelje v invalidski voziček spusti pacienta na tla, zaradi česar pride do zloma medenice). Pri tem pa se postavlja vprašanje odgovornosti za nastalo škodo

---

saj Ford ni poslal Williamsa na usposabljanje, ki ga je zagotavljal Litton, in je dovolil Williamsu, da vstopi v stojalo, ne da bi vključil zaklepni sistem. Ker je že bila sklenjena poravnava, je sodišče tožbo zavrglo (*Williams v. Litton Systems*, 416 N.W.2d 704 (Mich. Ct. App. 1987)) (gl. tudi Crockett, 2018).

pacientu. Kdo bo pacientu zavezan plačati odškodnino: proizvajalec robota, oblikovalec robota, programer, prodajalec, lastnik, zdravnik, ki ga je upravljal... (Holder et al, 2016: 389-390), pa za zdaj podaja odgovor sodna praksa.

Med januarjem 2000 in decembrom 2013 je bilo v ameriški MAUDE bazi, ki jo vodi FDA, zabeleženo 10.624 poročil o napakah na napravah, povezanih z robotskim sistemom. V 144 primerih (1,4% od 10.624 poročil) je prišlo do smrti pacienta. V 1.391 primerih (13,1%) so pacienti utrpeli poškodbe in v 8.061 je prišlo do napak na napravah (75,9%) (Holder et al., 2016; Alemzadeh et al., 2016: str. 1). Izvedenih pa je bilo 1, 75 milijonov posegov z robotskimi sistemi. Za primerjavo podajamo še podatke o približno 50.000 robotsko asistiranih laparoskopskih primerov, kjer stopnja »robotskih« napak znaša 0,38% vseh ocenjenih napak (Andonian et al., 2008: 3912). V Koreji pa je bilo med julijem 2005 in decembrom 2013 izpeljanih 10.267 posegov na sedmih oddelkih z uporabo da Vinci robotskega postopka. Sistemske nepravilnosti in napake so bile poročane v 185 (1,8%) primerov. Smrtnost povezana z robotsko kirurgijo pa je bila podana v 12 (0,12%) primerih (Koh et al., 2018: 975).

Morebitna rešitev za zapleteno pripisovanje odgovornosti za škodo, ki bi jo povzročili vse bolj samostojni roboti, bi lahko bil *obvežen sistem zavarovanja*, kot se že uporablja na primer pri avtomobilih, ki pa bi upošteval vse morebitne odgovornosti v verigi. Omenjen sistem zavarovanja bi se lahko dopolnil s *kompensacijskim skladom*, ki bi omogočil povrnitev škode v primerih. V kompensacijski sklad bi prispevali lahko proizvajalec, programer, lastnik ali uporabnik in v tem primeru bi za njih veljala omejena odgovornost. Postavlja se vprašanje, ali naj se ustanovi splošni sklad za vse pametne avtonomne robote ali posamezni skladi za vsako kategorijo robotov. Nadalje, ali bi bilo treba prispevek plačati kot enkratno pristojbino ob dajanju robota na trg oziroma ali bi bilo treba plačevati redne prispevke skozi celotno življenjsko dobo robota. Povezava med robotom in njegovim skladom bi bila razvidna iz posamezne registracijske številke, ki bi bila evidentirana v posebnem registru Unije, ki bi vsakomur, ki bi deloval v povezavi z robotom, omogočil pridobitev informacij o vrsti sklada, omejitvah njegove odgovornosti v primeru materialne škode, imenih in funkcijah plačnikov prispevkov ter o vseh drugih ustreznih podrobnostih. Dobrodošla bi bila tudi vzpostavitev posebnega pravnega statusa za robote na dolgi rok, tako da bi vsaj najbolj napredni avtonomni roboti lahko pridobili status elektronskih oseb in bili tako odgovorni za nadomestitev škode, ki bi jo morebiti povzročili, in morebitna uporaba elektronske osebnosti v primerih, ko bi roboti sprejemali samostojne odločitve ali drugače neodvisno vzajemno delovali s tretjimi

osebami (Evropski parlament - Predlog Resolucije, 2017: tč. 57-59) (tudi Kraljić, 2018).

Upravljanje in uporaba kirurških robotov terja *ustrezno izobraževanje, usposabljanja in priprave* za zdravstvene delavce, kot so zdravniki in medicinske sestre. Le tako se lahko namreč zagotovi najboljšo strokovno usposobljenost in varovanje ter zaščita zdravja (in tudi življenja) pacientov. Določiti bi bilo potrebno tudi minimalne poklicne zahteve, ki bi jih moral izpolnjevati npr. kirurg, da bi lahko operiral in bi se mu dovolila uporaba kirurških robotov. Zagotoviti je treba tudi spoštovanje *načela nadzorovane avtonomnosti robotov*, na podlagi katerega so začetno programiranje zdravljenja in končne odločitve o njegovem poteku vedno v rokah kirurga človeka. Uporaba robotov in z njimi povezana tehnologija pa ne sme vplivati na odnos med zdravnikom in pacientom ali mu škodovati, temveč mora zdravniku pomagati pri postavljanju diagnoze in/ali zdravljenju z namenom zmanjšanja tveganja za človeške napake ter izboljšanja kakovosti življenja in pričakovane življenjske dobe. Kirurški roboti lahko pripomorejo k preciznosti kirurških posegov, k izboljšanju rezultatov pri rehabilitaciji in lahko zagotovijo zelo učinkovito logistično podporo v bolnišničnih ustanovah. Lahko tudi zmanjšajo stroške zdravstvenega varstva (Evropski parlament - Predlog Resolucije, 2017; Kraljić, 2018).

Eden izmed ciljev, ki se povezujejo z robotiko, je olajšanje delovnih procesov, predvsem tistih, ki so povezani z veliki delovnimi napori in nevarnostjo za človeka. Ker pa lahko razvoj robotike in umetne inteligence hkrati povzroči, da bodo velik obseg dela, ki ga sedaj opravljajo ljudje, prevzeli roboti, bi to lahko vplivalo na izgubo delovnih mest. Zaradi tega se pojavlja zaskrbljenost glede *pribodnosti zaposlovanja in možnosti obranjanja sistemov socialne varnosti ter stalni zaostanek pri pokojninskih prispevkih*, če se ohrani sedanja osnova za davek, s čimer bi lahko nastale razmere za vse večjo neenakost pri porazdelitvi bogastva in vpliva, hkrati pa bi bilo treba za ohranjanje socialne kohezije in blaginje preučiti možnost, da se za financiranje podpore in preusposabljanja za brezposelne delavce, katerih delovna mesta se bodo skrčila ali bodo ukinjena, *obdavči delo, ki ga opravijo roboti, ali zaračuna prispevek za uporabo in vzdrževanje robota* (Evropski parlament - Predlog Resolucije, 2017: tč. K). Prav tako je treba razmišljati v smeri, da bi postalo usposabljanje za delo z roboti (npr. kirurškimi roboti) nujna predpostavka, ki bi ji sledila pridobitev *licence* (Holder et al., 2016: 389). Danes ima namreč večina kirurgov, ki izvaja robotske operacije, opravljeno specializacijo, brez posebnih usposabljanj za robotsko kirurgijo. Še posebej, če izhajamo iz hitrega razvoja tehnologije na tem področju, nastane težava, saj nimamo

še univerzalno priznane kvalifikacije in certifikatov za avtorizacijo (Usluoğulları, Tiplamaz &Yaycı, 2017: 426).

Sodobni roboti so sposobni pridobivanja *informacij*, na podlagi katerih se lahko samostojno učijo (European Parliament, 2017). Ker število samoučočih robotov in seveda tudi njihova sposobnost učenja nenehno narašča, se odpirajo (za zdaj še futuristična) vprašanja glede njihove osebnosti. Ideje se nanašajo na možnost priznanja t. i. *omejene e-osebnosti*. Prav tako se odpira vprašanje, povezano s čustveno navezanostjo, ki jo lahko razvijejo ljudje do robotov. Kar bi lahko imelo posledice, da bi ljudje razmišljali o morebitnih sklenitvi zakonske zveze z roboti oziroma da bi z roboti imeli otroke (Keach, 2018). Hanson, roboticist, ki je razvil humanoidnega robota Sophio, je glede na zapisano napovedal, da bodo umetno inteligentni androidi pridobili civilne pravice (vključno s pravico do sklenitve zakonske zveze) do leta 2045 (Keach, 2018). To je zelo drzno stališče še za najbolj goreče zagovornike robotov.

Človek predstavlja minljivo bitje. In to ima skupno z robotom. Kljub temu, da je lahko robotova »življenjska doba« daljša od človekove, je ob upoštevanju naglega razvoja robotike v zadnjih 20-30 letih, težko pričakovati, da se bo človek zadovoljiv z obstoječim stanjem – razvojem robotov. Vsaka nova generacija robotov (npr. kirurških) lahko pomeni »robotsko smrt« njegovega predhodnika. Nov, sodoben in bolj zmogljiv robot bo nadomestil starejšega. Starejši robot se bo preselil k novemu »delodajalcu«, ki se bo morda nahajal v manj gospodarsko razviti državi, kjer bo lahko svojemu namenu služil še dlje. Roboti, ki pa ne bodo več uporabni (ker npr. ne bodo izpolnjevali ali dosegali postavljenih standardov), pa bodo recikrirani ali pa bodo romali na »robotska pokopališča«, kjer pa bo potrebno zagotoviti tudi okoljevarstveni ukrepe, da ne bodo povzročali nadaljnje škode za zdravje ljudi in onesnaževanje narave.

Razvoj robotike se nadaljuje, še posebej na področju medicine. Omenja se ti. *nanorobotika*, ki se povezuje in uporablja v nanomedicini. Izredna majhnost nanorobota omogoča prosto gibanje po telesu, pri čemer jih le-to sploh ne zazna. Njihova funkcija je usmerjena v zgodnje odkrivanje ali boj proti boleznim (npr. raka - nadomestili naj bi kemoterapijo) ali v popravilo poškodovanih tkiv ali spremenjenih sekvenc DNA. V prihodnosti pa naj nanoroboti v celo izvajali operacije brez posegov kirurgov v človeško telo. Izhajati pa je treba, da morajo biti biološko

združljivi ali biorazgradljiv ter da ne smejo povzročati gostitelju (Graur et al., 2018: 164; Yamaan Saadeh & Dinesh Vyas, 2014).

#### 4 Zaključek

Kljub veliki prisotnosti robotov v našem življenju, še vedno nimamo pravne ureditve (mednarodne ali nacionalne), ki bi ponujala celotno ureditev prej izpostavljenih (in še marsikaterih drugih (npr. kazenskih)) pravnih izzivov, povezanih z uporabo robotov. Pravzaprav si je celo težko predstavljati, da bi kmalu tovrstno pravno regulativo tudi dobili, še posebej, če izhajamo iz hitrega napredka na tem področju v zadnjih letih. Napredek je namreč tako nagel, da bi bilo sprejetje pravnega okvirja za robote in njihove značilnosti, ki so trenutno na trgu, morda ustrezno, a bi bilo zaradi hitrega razvoja (npr. nanorobotika) povrženo nujnosti nenehnega prilagajanja in sledenja najnovejšim pravnim potrebam tega področja.

#### Literatura

- Alemzadeh, H. et al. (2016). Adverse Events in Robotic Surgery: A Retrospective Study of 14 Years of FDA Data. *Plos One*, April 20, str. 1-20.
- All on Robots (n.d.). Fritz Lang's Metropolis. Pridobljeno: <http://www.allonrobots.com/fritz-lang-metropolis.html> (30.1.2019).
- Andonian, S. et al. (2008). Device failures associated with patient injuries during robot-assisted laparoscopic surgeries: a comprehensive review of FDA MAUDE database. *Can J Urol.*, Feb;15(1), str. 3912-3916.
- BBC News (2015). Robotic surgery linked to 144 deaths in the US. Pridobljeno: <https://www.bbc.com/news/technology-33609495> (30.9.2018).
- Cartwright, M. (2017) A Visual Who's Who of Greek Mythology. V: *Ancient History Encyclopedia*. Pridobljeno: <https://www.ancient.eu/article/1002/a-visual-whos-who-of-greek-mythology/> (30.1.2019).
- Crockett, Z. (2018). What happens when a robot kills someone?. Pridobljeno: <https://thehustle.co/when-robots-kill/> (31.1.2019).
- European Parliament (2017). Rise of the robots: Mady Delvaux on why their use should be regulated. Pridobljeno: <http://www.europarl.europa.eu/news/en/headlines/economy/20170109STO57505/rise-of-the-robots-mady-delvaux-on-why-their-use-should-be-regulated> (28.9.2018).
- European Union (2016). European Civil Law Rules in Robotics, Pridobljeno na: [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/571379/IPOL\\_STU\(2016\)57137\\_9\\_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/571379/IPOL_STU(2016)57137_9_EN.pdf). (29.9.2018).
- Eveleth, R. (2017) What Golems and Robots Have in Common. V: *The Last Word On Nothing*. Pridobljeno: <http://www.lastwordonnothing.com/2017/02/10/what-golems-and-robots-have-in-common/> (30.1.2019).



- Evropski parlament (2017). Predlog Resolucije Evropskega parlamenta s priporočili Komisije o pravilih civilnega prava o robotiki (2015/2103(INL)). Pridobljeno: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A8-2017-0005+0+DOC+XML+V0//SL> (27.9.2018).
- Glavač, P. (n.d.). Roboti v medicini. Pridobljeno: <http://www.galenia.si/files/Roboti%20v%20medicini-ilovepdf-compressed.pdf> (24.9.2018), str. 16-22.
- Graur, F. et al. (2018) Surgical Robotics—Past, Present and Future. Conference paper. Pridobljeno: <https://www.researchgate.net/publication/318708869> (29. 1. 2019).
- Holder, C., Khurana, V, Harrison, F. & Jacobs, L. (2016). Robotics and law: Key legal and regulatory implications of the robotics age (Part I of II). *Computer law & security review*, 32 (2016), str. 383–402.
- Huggler, J. (2015). Robot kills man at Volkswagen plant in Germany. Pridobljeno: <https://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/europe/germany/11712513/Robot-kills-man-at-Volkswagen-plant-in-Germany.html> (31.1.2019).
- Jovanović, S. (2018) Izazovi pravnog regulisanja robota i osiguranja od štete prouzrokovanih njihovom upotrebom. *Tokovi osiguranja*, br. 3, str. 118-132.
- Keach, S. (2018). Romantic Spak - Sophia the robot's creator says humans will MARRY droids by 2045. Would you like to get hitched with a hyper-intelligent android? Pridobljeno: <https://www.thesun.co.uk/tech/6366262/marry-robots-sophia-harmony-hanson-2045/> (30.9.2018).
- Koh, DH. Et al. (2018). Efficacy and Safety of Robotic Procedures Performed Using the da Vinci Robotic Surgical System at a Single Institute in Korea: Experience with 10000 Cases. *Yonsei Med J*, Oct; 59(8): str. 975-981.
- Kraljić, S. (2018). Koja pravna pitanja otvara uporaba robota u medicini?. V: Cerjan, S. (ur.). *Aktualna pravna problematika u zdravstvu*, XI. kongres pravnika u zdravstvu s međunarodnim sudjelovanjem, Varaždin, 19. - 20. listopada 2018. godine (Varaždin: Udruga pravnika u zdravstvu), str. 65-80.
- Lanfranco, AR, Castellanos, AE, Desai, JP. & Meyers, WC. (2004) Robotic Surgery A Current Perspective. *Annals of Surgery*, Vol. 239, No. 1, str. 14-21.
- Lewis, T. (2014). Robot Laws: How to Regulate Driverless Cars & Robo-Surgeons. Pridobljeno: <https://www.livescience.com/48319-laws-for-robots.html> (29.9.2018).
- Nadarajan, G. (2007). *Islamic Automation: a Reading of Al-Jazari's Book of Knowledge of Ingenious Mechanical Devices (1206)*. (Manchester: FSTC Limited). Pridobljeno: [http://www.muslimheritage.com/uploads/Automation\\_Robotics\\_in\\_Muslim%20Heritage.pdf](http://www.muslimheritage.com/uploads/Automation_Robotics_in_Muslim%20Heritage.pdf) (30.1.2019).
- Nikolić, G. (2016). Medicina – perspektivno područje primjene robotike. *Polytechnic & Design*, Vol. 4, No. 3, str. 208-224.
- Noguez, M. (2018) Robotic Surgery in Space: a tool to improve critical health care on exploration missions? Pridobljeno: <https://www.researchgate.net/publication/328730039> (29.1. 2019).
- Shaken, E. A. (2005) Hot to bot: Pygmalion's lust, the Maharal's fear, and the cyborg future of art. *Technoetic Arts: A Journal of Speculative Research*, Vol. 3, No. 1, str. 43-55.
- Sutherland, A. (2015). Did Our Ancestors Know About Artificial Intelligence? V: *Ancient Pages*. Pridobljeno: <http://www.ancientpages.com/2015/09/02/ancestors-know-artificial-intelligence/> (30.1.2019).

- Tesla Memorial Society of New York (n. d.). Nikola Tesla: Father of Robotics. Pridobljeno: <https://www.teslasociety.com/robotics.htm> (30.1.2019).
- Usluoğulları FH, Tiplamaz S & Yaycı N. (2017). Robotic surgery and malpractice. *Turk J Urol*, 43(4). str. 425-428.
- Yamaan Saadeh, B.S. & Dinesh Vyas, M.D. (2014) Nanorobotic Applications in Medicine: Current Proposals and Designs. *Am J Robot Surg*. 2014 June ; 1(1), str. 4–11.

# PRAVNI I ETIČKI ASPEKTI MANIPULIRANJA MATIČNIM STANICAMA

DINKA ŠAGO

Sveučilište u Splitu, Pravni fakultet, Split, Hrvatska, e-mail: dsago@pravst.hr

**Sažetak** U radu je autorica nakon temeljnog objašnjenja pojma matičnih stanica, pokušala ukazati na terapijske, istraživačke i komercijalne načine iskorištavanja matičnih stanica. Do danas su otkriveni brojni mehanizmi terapija matičnim stanicama koji se uspješno primjenjuju u medicinske svrhe. Oni se temelje na transplantaciji stanica generiranih diferencijacijom tkivnih matičnih stanica u organizme čija su tkiva i organi uništeni bolešću. U ovom radu razmatramo pravne i etičke probleme manipulacije matičnim stanicama na nacionalnoj razini i u Europskoj uniji kako bismo utvrdili pravni i etički okvir za reguliranje ove problematike.

**Ključne riječi:**  
medicina,  
matične stanice,  
embrionalne  
matične stanice,  
pravni status  
embrija,  
etički aspekti.

## Prvi put objavljeno u:

Šago, Dinka, Pravni i etički aspekti manipuliranja matičnim stanicama // *28. posvetovanje Medicina Pravo & Družba, Globalizacija medicine v 21. stoletju, konferenčni zbornik* / Kraljić, Suzana ; Reberšek Gorišek, J. ; Rijavec, Vesna (ur.). Maribor, Republika Slovenija: Univerzitetna založba, Univerze v Mariboru, 2019. str. 245-267.



DOI <https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7.18>  
ISBN 978-961-286-335-7

# PRAVNI IN ETIČNI VIDIKI MANIPULIRANJA Z MATIČNIMI CELICAMI

DINKA ŠAGO

Univerza v Splitu, Pravna fakulteta, Split, Hrvaška, e-pošta: dsago@pravst.hr

**Povzetek** V delu avtorica, po osnovni opredelitvi pojma matičnih celic, poskuša prikazati terapevtske, raziskovalne in komercialne načine izkoriščanja matičnih celic. Do danes so odkrili številne mehanizme terapij z matičnimi celicami, ki se uspešno uporabljajo tudi v medicinske namene. Temeljijo na transplantaciji celic z diferenciacijo generiranih tkivnih matičnih celic v organizme, katerih so tkiva in organi uničeni zaradi bolezni. V tem delu se opredeljujejo pravne in etične težave manipuliranja matičnih celic na nacionalni ravni ter v Evropski uniji, in iscer z namenom ugotovitve pravnega in etičnega okvira za reguliranje te problematike.

**Ključne besede:**

medicina,  
matične celice,  
embrionalne  
matične celice,  
pravni status  
embrija,  
etični vidiki.

**Prvič izdano v:**

Šago, Dinka, Pravni i etički aspekti manipuliranja matičnim stanicama // 28. posvetovanje *Medicina Pravo & Družba, Globalizacija medicine v 21. stoletju, konferenčni zbornik* / Kraljić, Suzana ; Reberšek Gorišek, J. ; Rijavec, Vesna (ur.). Maribor, Republika Slovenija: Univerzitetna založba, Univerze v Mariboru, 2019. str. 245-267.

<https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7.18> DOI  
978-961-286-335-7 ISBN



## LEGAL AND ETHICAL ISSUES IN STEM CELLS RESEARCH

DINKA ŠAGO

University of Split, Faculty of Law, Split, Croatia, e-mail: dsago@pravst.hr

**Abstract** In this paper we have highlighted an important new domain of biomedical research that has the potential to offer viable therapeutic options for debilitating disease and injury. Stem cell research has proved something of ethical, social and legal minefield, creating challenges for regulatory bodies, policy makers and scientists as they traverse their way through a tangled web of reg here is understandable excitement in the world of biomedical research about the potential of stem cells to offer therapies for some of the most intractable diseases suffered by humans. Until today, there are many discovered mechanisms of stem cell treatments that are successfully used in medical purposes. Those mechanisms are based on the transplantation of the cells generated by differentiation of the tissue stem cells in organisms whose tissues and organs have been destroyed because of the disease.

**Keywords:**

Medicine,  
Stem Cells,  
Embryonic Stem  
Cells,  
Embryo Legal  
Status,  
Ethical Principles.

**First published in:**

Šago, Dinka, Pravni i etički aspekti manipuliranja matičnim stanicama // 28. posvetovanje Medicina Pravo & Družba, Globalizacija medicine v 21. stoletju, konferenčni zbornik / Kraljič, Suzana ; Reberšek Gorišek, J. ; Rijavec, Vesna (ur.). Maribor, Republika Slovenija: Univerzitetna založba, Univerze v Mariboru, 2019. str. 245-267.



DOI <https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7.19>  
ISBN 978-961-286-335-7  
Available at: <https://press.um.si>

## 1 Uvod

Matične stanice su nediferencirane i nespecijalizirane stanice sposobne samoobnavljati se diobom i diferencirati u različite tipove stanica. Dakle, matične stanice zadovoljavaju dva svojstva: prvo je da one same ne vrše nikakvu djelatnu ulogu u organizmu, ali su se sposobne pretvoriti (diferencirati) u djelatne stanice (npr. eritrocite, žljezdane stanice, mišićne stanice) (Čizmić & Biočina, 2008: 3). Drugo svojstvo matičnih stanica je sposobnost samoobnavljanja, jer one osim stvaranja djelatnih stanica, moraju zadržati i mogućnost stvaranja novih matičnih stanica koje se mogu ponovno iskoristiti u slučaju potrebe (Gajović, n.d.: 44). Možemo ih podijeliti na embrionalne, adultne, mezenhimalne, inducirane pluripotentne matične stanice te posebna vrsta, progenitorne stanice. Međusobno se razlikuju prema diferencijacijskoj sposobnosti pa tako postoje totipotentne, pluripotentne, multipotentne, oligopotentne i unipotentne matične stanice.

Matične stanice imaju sposobnost stvaranja različitih tkiva, organa i sistema ljudskog tijela. U današnje vrijeme, matične stanice se primjenjuju u svrhu liječenja hematoloških bolesti, kao što su leukemija i oboljenje limfoma. Nakon primjene kemoterapije i prethodne pripreme, matične stanice se putem periferne krvi infundiraju bolesniku te se na taj način bolesna koštana srž zamijeni zdravom. Sposobnost tih stanica da se razviju u druge stanice i organe otkrivena je relativno nedavno, što će možda otvoriti nove mogućnosti u liječenju mnogih bolesti (tzv. regenerativna medicina), kao što su infarkt miokarda, oštećenja spinalne moždine, moždani infarkt ili Alzheimerova bolest. Danas su najintenzivnija istraživanja upravo u tom pravcu te je moguće očekivati veliki napredak na tom području.

Međutim i matične stanice imaju svoja ograničenja. Potencijal da se razviju u sve druge vrste stanica imaju samo matične stanice nastale netom nakon prvih dioba oplodene jajne stanice. Upotreba takvih, tzv. embrionalnih stanica u terapijske svrhe je danas zabranjena iz bioetičkih razloga, jer se embrion za dobivanje ove matične stanice mora uništiti u laboratoriju.

Drugi vid matičnih stanica su tzv. "adultne", odnosno neembrionalne. Bioetičkih prepreka za upotrebu ovih stanica u medicinske svrhe nema. Izvori ovih stanica su koštana srž, krv pupkovine i periferna krv, te pulpa kutnjaka (vrlo mala količina matičnih stanica). Upravo je krv iz pupčane vrpce vrlo bogata potrebnim matičnim

stanicama (u struči poznatim kao CD34+, jer sadrže protein CD34), a do kojih se dolazi bez komplicirane i bolne procedure punkcije koštane srži.

Treći vid matičnih stanica jesu reprogramirane diferencirane stanice, tzv. "inducirane pluripotentne stem", iPS-stanice.

Matične stanice mogu se svrstati u dva osnovna tipa, a to su embrionalne matične stanice i tkivne matične stanice. Embrionalne matične stanice potječu iz unutrašnje nakupine stanica blastociste koja se formira nekoliko dana nakon oplodnje. Iz te nakupne stanica nastaje fetus okružen placentom. Važno obilježje embrionalnih matičnih stanica je njihova pluripotentnost što znači da se one mogu diferencirati u sve tipove stanica prisutnih u ljudskom tijelu, ali ne mogu formirati placenta (Tuch BE, 2006: 719–721). Tkivne matične stanice su nediferencirane stanice koje se nalaze među diferenciranim stanicama unutar mnogih tkiva i organa. Kao i sve matične stanice, diobom se mogu samoobnoviti ili se pretvoriti u određene diferencirane stanice u nekom tkivu ili organu. imaju važnu ulogu u održavanju i obnavljanju tkiva u kojem se nalaze.

## **2 Istraživanje matičnih stanica**

Matične stanice danas je moguće koristiti u terapijske, komercijalne i istraživačke svrhe. Etički i pravni problemi koji se javljaju u svezi s novim biološkim spoznajama i njihovom primjenom (primjerice, u području istraživanja na čovjeku, genetskog inženjeringa, transplatacije organa ili asistirane reprodukcije, matičnih stanica), često ne mogu biti riješeni postojećom pravnom regulativom (Kandić – Popović, 1996: 219), pa je razumljivo da se sve više javlja i potreba za uređivanjem tih složenih pitanja na novi način, putem novih pravnih normi (Šeparović, 1998: 5). Istraživanjem matičnih stanica došlo je do novih spoznaja o mogućnosti liječenja stanicama koje se razlikuju od kirurške terapije i terapije lijekovima. Matične stanice se danas primjenjuju u liječenju niza bolesti u hematologiji, onkologiji, dermatologiji, oftalmologiji i ortopediji. Njihova primjena posljednjih godina nalazi sve šire indikacijski pristup i nije samo nadomjesna terapija.

Tako se matične stanice primjenjuju: 1. kao nadomjesna terapija sa ciljem zamjene stanica i tkiva koja su oštećena bolešću; matične stanice također mogu potaknuti ili kontrolirati funkciju drugih stanica unutar tkiva i organa, 2. matične stanice mogu biti ciljno mjesto terapije lijekovima i 3. matične stanice mogu diferencijacijom

stvarati funkcionalno zrelo tkivo za in vitro istraživanja raznih bolesti u svrhu razvoja novih lijekova i terapijskih postupaka.

Hrvatski propisi kojima se uređuju pitanja uporabe ljudskih matičnih stanica i njihovog istraživanja još uvijek su malobrojni i nedovoljno razrađeni. Međutim, stanje se razlikuje ovisno o vrsti matičnih stanica. U nastavku ćemo razmotriti pravna ograničenja koja se odnose na pojedine vrste matičnih stanica, i to odrasle, fetalne i embrionalne matične stanice (Mutabžija & Kunda, 2007: 75).

## 2.1 Odrasle matične stanice i matične stanice iz pupkovine

U Republici Hrvatskoj uporaba odraslih matičnih stanica i matičnih stanica iz pupkovine, naročito krvotvornih matičnih stanica, uređena je Zakonom o primjeni ljudskih tkiva i stanica (Narodne novine, br. 144/2012). Ovim se Zakonom utvrđuju uvjeti darivanja, prikupljanja, uzimanja, testiranja, obrade, očuvanja, pohrane, raspodjele i primjene ljudskih tkiva i stanica (u daljnjem tekstu: tkiva) od žive ili s umrle osobe kod ljudi. Uvodne odredbe Zakona o presađivanju pojašnjavaju da se odredbe Zakona koje se odnose na tkiva primjenjuju i na stanice, pri čemu se posebno navode krvotvorne matične stanice. iz periferne krvi, krvi iz pupkovine i koštane srži. Odredbe ovoga Zakona primjenjuju se i na postupke darivanja, prikupljanja, uzimanja i testiranje tkiva koja se koriste u proizvodnji proizvoda namijenjenih primjeni kod ljudi, a koji u sebi sadrže tkiva ili su proizvedeni iz tkiva (čl. 1. st. 3.). Međutim, ovaj Zakon se ne primjenjuje na spolna tkiva i stanice, tkiva i stanice zametka i ploda, krv i krvne pripravke, tkiva upotrijebljena kao autologni presadak unutar istog kirurškog postupka, organe ili dijelove organa ako se u ljudskom tijelu primjenjuju u istu svrhu kao i cijeli organ, te tkiva prikupljena prilikom uzimanja organa za potrebe zahvata transplantacije istog organa. Dakle, Zakon o presađivanju ne rješava pitanja koja se tiču embrionalnih ili fetalnih matičnih stanica.

Iako je Zakon o primjeni ljudskih tkiva i stanica donesen prije svega s ciljem utvrđivanja uvjeta za uzimanje i presađivanju dijelova ljudskog tijela (organa i tkiva) od živih i umrlih osoba za presađivanje u svrhu liječenja, čl. 12. toga Zakona propisuje da „kad se uzme tkivo za primjenu kod ljudi, ono se može pohraniti i primijeniti u svrhu drukčiju od one radi koje je uzeto samo ako se to učini u skladu s odgovarajućim postupkom informiranja i davanja pisanog pristanka sukladno odredbama članaka 16., 22., 23. i 25. ovoga Zakona.” Drugim riječima, Zakon



dopušta mogućnost korištenja odraslih matičnih stanica koje su prvotno uzete za presađivanje ili tijekom drugog medicinskog zahvata, u genetskim istraživanjima. Uvjeti koji za to trebaju biti ispunjeni propisani su u člancima 16., 22., 23. i 25. Ti uvjeti razlikuju se ovisno o tome je li darivatelj živa ili umrla osoba, odrasla osoba ili maloljetnik.

Kada je darivatelj matičnih stanica živa osoba, moraju biti ispunjena dva uvjeta. Prvi uvjet odnosi se na mentalnu i kronološku zrelost darivatelja. Darivatelj matičnih stanica mora biti punoljetan i poslovno sposoban. Ovaj uvjet, međutim, ne primjenjuje se kada je riječ o krvotvornim matičnim stanicama iz pupkovine koje mogu biti prikupljene iz izdvojenog dijela pupkovine živorođenog djeteta. Drugi uvjet odnosi se na pristanak obaviještene osobe, također propisan člancima 5 - 9. Konvencije o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine: Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini (Narodne novine – Međunarodni ugovori, br. 13/2003) (Čizmić & Biočina, 2008: 13). Naime, da bi matične stanice bile izolirane i rabljene u genetskim istraživanjima, darivatelj mora dati pisani pristanak u kojem će iskazati suglasnost za uzimanje matičnih stanica. Pristanak mora biti izraz slobodne odluke darivatelja utemeljene na odgovarajućoj obavijesti o prirodi, svrsi i tijeku zahvata, vjerojatnosti uspješnosti zahvata i uobičajenim rizicima koji se uz zahvat vezuju. Darivatelja treba upoznati s njegovim pravima propisanim Zakonom o primjeni ljudskih tkiva i stanica, a osobito o pravu na nepristran savjet u pogledu rizika za zdravlje, i to od strane liječnika koji neće sudjelovati u uzimanju ili presađivanju organa, odnosno koji nije osobni liječnik primatelja (čl. 16. st. 4.). Važno je napomenuti i to da darivatelj može slobodno i u bilo koje vrijeme opozvati svoju suglasnost.

Ako se matične stanice uzimaju od umrle osobe, potrebno je da se ta osoba tijekom svoga života nije tome u pisanom obliku protivila (čl. 22. st. 1). Nadalje, ako je umrla osoba od koje se uzimaju matične stanice bila maloljetna, ili nije bila sposobna za rasuđivanje, pisani pristanak moraju dati oba njezina roditelja ako su živi, ili zakonski zastupnik odnosno skrbnik te osobe (čl. 25). Zakon također propisuje novčane kazne za osobe koje odrasle matične stanice rabe u istraživačke svrhe bez udovoljavanja prethodno spomenutim uvjetima, koje se kreću od 70.000,00 do 100.000,00 kuna (čl. 52. st. 1). Zakonom o primjeni ljudskih tkiva i stanica takva su djela označena kao prekršaji pa ne postoji kaznena odgovornost. Zaključno je važno naglasiti da Zakon daje mogućnost za provođenje genetskih istraživanja na odraslim matičnim stanicama pod uvjetom da su one izolirane tijekom medicinskog zahvata.

U ovom trenutku u Republici Hrvatskoj ne postoji pravni propis koji bi uređivao izravno darivanje odraslih matičnih stanica za svrhu istraživanja.

Zabranjen je uvoz tkiva iz država koje nisu članice Europske unije te tkiva prikupljenih, uzetih, testiranih, obrađenih, očuvanih ili pohranjenih u državama koje nisu članice Europske unije, bez obzira na zemlju raspodjele. Uvoz iz država koje nisu članice Europske unije može se odobriti samo u slučaju izvanrednih stanja. Iznimno, dopušten je uvoz krvotvornih matičnih stanica iz država koje nisu članice Europske unije, za potrebe registra dobrovoljnih darivatelja krvotvornih matičnih stanica (čl. 41).

### **2.1.1 Pohrana matičnih stanica iz pupkovine u Republici Hrvatskoj**

Osnivanje banaka umbilikalne krvi znak je tehnološkog napretka, a početak rada takve banke svrstava Republiku Hrvatsku uz sam bok zemalja u kojima takvi programi djeluju već dugi niz godina. U bankama se pohranjuju matične stanice iz pupkovine koje mogu pomoći u liječenju mnogih po život opasnih bolesti. Kako se krv iz pupkovine može koristiti za transplantaciju krvotvornih matičnih stanica (KMS) na isti način i za iste bolesnike kao i koštana srž ili KMS iz periferne matične stanice, počele su se osnivati banke krvi iz pupkovine.

U RH postoje tri vrste banaka za pohranu matičnih stanica iz pupkovine: javna Banka krvi iz pupkovine Ana Rukavina, Banka krvi iz pupkovine za osobne potrebe i Banka srodne krvi iz pupkovine za obitelji s medicinskom indikacijom. Pravilnikom o radu banaka umbilikalne krvi, koji je donijelo Ministarstvo zdravstva, regulirano je da su ove tri banke pod istim krovom. Jedina takva banka u Hrvatskoj nalazi se u Kliničkom bolničkom centru Zagreb.

Javne banke su neprofitne ustanove i pohranjuju krv iz pupkovine za opću dobrobit. One su povezane u međunarodnu mrežu pa pohranjeni transplantati mogu biti korišteni za liječenje bolesnika širom svijeta. Banka krvi iz pupkovine za osobne potrebe djeluje od 1. veljače 2008. godine. U obiteljskim bankama pohranjuje se krv iz pupkovine za osobne potrebe kako bi u slučaju potrebe bile iskorištene u liječenju članova obitelji. Ta krv je svojevrsno biološko osiguranje. S obzirom da nije unaprijed točno poznata svrha za koju će stanice u budućnosti biti korištene, ne postoje jasno definirani zahtjevi kvalitete koje autologna krv iz pupkovine pohranjena u privatnu banku mora zadovoljiti. Stoga se u obiteljsku privatnu banku

pohranjuje sva prikupljena krv iz pupkovine koju je moguće adekvatno obraditi (<https://zaklada-ana-rukavina.hr/maticne-stanice-krvi-iz-pupkovine/>).

### **2.1.2 Postupak dodjele alogenih nesrodnih krvotvornih matičnih stanica i rad registra mogućih darivatelja koštane moždine u Republici Hrvatskoj**

Pravilnikom o postupku dodjele alogenih nesrodnih krvotvornih matičnih stanica i radu registra mogućih darivatelja koštane moždine (Narodne novine, br. 151/2005) uređuje se postupak dodjele alogenih nesrodnih krvotvornih matičnih stanica i rad registra mogućih darivatelja koštane moždine. Presađivanjem alogenim nesrodnim krvotvornim matičnim stanicama liječe se bolesnici s krvnim i drugim bolestima na temelju posebnih medicinskih indikacija. Krvotvorne matične stanice u svrhu liječenja mogu se uzimati iz koštane moždine, periferne krvi ili iz krvi pupkovine. Bolesnike – kandidate za presađivanje alogenim nesrodnim krvotvornim matičnim stanicama na temelju medicinskih indikacija i prioriteta za liječenje raspoređuje na nacionalnu listu čekanja Povjerenstvo zdravstvene ustanove koja ima odobrenje ministra nadležnog za zdravstvo za liječenje presađivanjem alogenih nesrodnih krvotvornih matičnih stanica. Prijedlog za liječenje presađivanjem alogenih nesrodnih krvotvornih matičnih stanica (u daljnjem tekstu: ANKMS) daje liječnik specijalist. Odgovorni liječnik specijalist jest liječnik specijalist interne medicine s užom specijalizacijom iz hematologije; liječnik specijalist interne medicine s užom specijalizacijom iz internističke onkologije ili liječnik specijalist pedijatrije s užom specijalizacijom iz pedijatrijske hematologije i onkologije ili pedijatrijske alergologije i kliničke imunologije.

Prijedlog ocjenjuje i prihvaća Povjerenstvo, koje bolesnika upisuje na listu čekanja za presađivanje ANKMS, a Referentni centar za tipizaciju tkiva ministarstva nadležnog za zdravstvo pokreće pretraživanje Registra. Prije upisa bolesnika na listu čekanja treba ishoditi pisani pristanak bolesnika, odnosno njegovog zakonskog zastupnika ili skrbnika za postupak alogene nesrodne transplantacije. Redovitu reevaluciju zdravstvenog stanja bolesnika te potrebne preglede bolesnika prije i poslije presađivanja ANKMS obavlja odgovorni liječnik specijalist.

Standardne operativne postupke praćenja bolesnika izrađuje ovlaštena zdravstvena ustanova (u daljnjem tekstu: Transplantacijski centar) u skladu s priznatom doktrinom i međunarodnim standardima u suradnji s ministarstvom nadležnim za zdravstvo i Referentnim centrom za tipizaciju tkiva te s Referentnim centrom za

liječenje transplantacijom ANKMS. Transplantacijski centar dužan je redovito dostavljati podatke o listi čekanja te o obavljenim postupcima prikupljanja i rezultatima presađivanja ANKMS ministarstvu nadležnom za zdravstvo. Ministarstvo nadležno za zdravstvo može za vođenje i praćenje tih poslova odrediti Referentni centar za liječenje transplantacijom ANKMS.

Referentni centar za tipizaciju tkiva ministarstvu nadležnom za zdravstvo mora redovito dostavljati podatke o registru alogenih nesrodnih darivatelja krvotvornih matičnih stanica te o izvršenom prijenosu bioloških uzoraka za testiranje tkivne podudarnosti i krvotvornih matičnih stanica (u daljnjem tekstu: KMS) u svrhu liječenja presađivanjem, uzetih u Republici Hrvatskoj ili u inozemstvu. Registar nesrodnih darivatelja KMS za područje Republike Hrvatske vodi Referentni centar za tipizaciju tkiva Kliničkog bolničkog centra Zagreb.

Registar jest nacionalni koordinacijski centar i donorski centar za koštanu srž te djeluje u skladu sa zahtjevima, standardima i propisima međunarodne organizacije za presađivanje KMS nesrodnih darivatelja.

## **2.2 Fetalne matične stanice**

Trenutno u Republici Hrvatskoj ne postoje pravna pravila koja bi regulirala genetsko istraživanje na fetusima i fetalnim stanicama. Zakon o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece (Narodne novine, br. 18/1978, 31/1986, 47/1989, 88/2009) koji je jedini propis koji uređuje područje ljudske reprodukcije trenutno na snazi u Hrvatskoj, iako gotovo bezuvjetno dopušta pobačaj fetusa mlađih od 10 tjedana, ne sadrži niti jednu odredbu o rukovanju tkivima koja potječu od prekida trudnoće. Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini izričito ne spominje fetuse niti daje definiciju ljudskog bića, no istodobno u čl. 22. propisuje da “kad se prilikom nekog zahvata uzme neki dio ljudskog tijela, on se može pohraniti i upotrijebiti u svrhu drugačiju od one radi koje je uzet jedino kad se to učini u skladu s odgovarajućim postupkom obavještanja i davanja pristanka”. Upitno je treba li za potrebe tumačenja Konvencije fetuse smatrati “dijelovima ljudskog tijela” ili samostalnim tvorevinama. Stoga nije jasno je li prema Konvenciji pristanak žene koja prekida trudnoću pobačajem uvjet koji mora biti ispunjen za istraživanje na pobačenim fetusima, uključujući i prikupljanje matičnih stanica. Međutim, mnogi argumenti podupiru potrebu za pristankom žene, jedan od kojih je i činjenica da se ženi daje pravo slobodnog odlučivanja o sudbini

fetusa u smislu uklanjanja istog iz njezinog tijela, pa je prema tome logično i da žena ima pravo odlučiti o budućoj uporabi preostalog tkiva uklonjenog fetusa, naravno ako je takva uporaba u skladu sa zakonom. Problem produbljuje i činjenica da se odredbe Zakona o primjeni ljudskih tkiva i stanica ne primjenjuju na fetuse i fetalne organe, iako taj Zakon sadrži odredbu istovjetnu onoj čl. 22. Konvencije. U obrazloženju Zakona o primjeni ljudskih tkiva i stanica navodi se da će posebni zakoni biti doneseni kako bi se uredila pitanja vezana za embrionalne i fetalne organe i tkiva. Dakle, u pozitivnom hrvatskom pravu ne postoje ni pravne prepreke ni propisani postupci za uporabu odbačenih fetusa u istraživačke svrhe, uključujući i svrhu prikupljanja fetalnih matičnih stanica. Situacija u kojoj nije jasno ni tko je ovlaštenik prava glede odbačenih fetusa niti koja su ograničenja tih prava u potpunosti je neprihvatljiva. Naposljetku i čitav niz etičkih pitanja u vezi uporabe fetusa zahtijeva posebnu pažnju i obzir (Mutabžija & Kunda, 2008: 76).

### **2.3 Embrionalne matične stanice**

U čl. 18. st. 2. Konvencije o ljudskim pravima i biomedicini sadržana je zabrana stvaranja embrija u istraživačke svrhe, a odnosi se na istraživanje matičnih stanica tako što ga ograničava na linije embrionalnih matičnih stanica prikupljenih iz tzv. "prekobrojnih" embrija, odnosno embrija preostalih nakon postupka *in vitro* oplodnje (IVF) u svrhu potpomognute reprodukcije (Škorić, 2007: 1258-1260). Iako već spomenuti Zakon o zdravstvenim mjerama predviđa dvije vrste postupaka umjetne inseminacije dopuštajući tako stvaranje prekobrojnih embrija, on ne sadrži odredbe kojima bi se uredila njihova uporaba. Kako bi se među ostalim, popunila pravna prazninu koja može biti prikladna za različite oblike zlouporaba, pristupilo se izradi novog Zakona o medicinski potpomognutoj oplodnji (Narodne novine, br. 86/2012). U čl. 36 navedenog Zakona sustavno je po prvi put razrađena zakonska zaštita zametka.

Glede istraživanja embrija i embrionalnih matičnih stanica, u Zakon je unesena izričita zabrana stvaranja ljudskih zametaka za znanstvene ili istraživačke svrhe (čl. 36. st. 2) odnosno zabranu znanstvenog ili istraživačkog rada na zametku (čl. 36. st. 3). U čl. 36. st. 1 Zakona o medicinski potpomognutoj oplodnji predviđeno je i daljnje ograničenje, u vidu zabrane omogućavanja izvantjelesnog razvoja zametka koji je stariji od šest dana. Nadalje, izričito je zabranjeno 1. oploditi žensku jajnu stanicu sjemenom stanicom bilo koje druge vrste osim sjemenice čovjeka ili životinjsku jajnu stanicu sjemenom stanicom čovjeka; 2. mijenjati zametak

presadivanjem drugih ljudskih ili životinjskih zametaka; 3. ljudske spolne stanice ili ljudski zametak unijeti u životinju; 4. životinjske spolne stanice ili životinjski zametak unijeti u ženu.

Nadalje, u čl. 30 propisana je zabrana trgovanja spolnim stanicama, spolnim tkivima i zamecima. Zabranjeno je oglašavanje, reklamiranje, traženje ili nuđenje spolnih stanica ili zametaka putem svih oblika javnog priopćavanja ili na bilo koji drugi način. Iznimno banka spolnih stanica, spolnih tkiva i zametaka može uz dopuštenje Nacionalnog povjerenstva za medicinski pomognutu oplodnju prikupiti spolne stanice.

Koneksitet *in vitro* fertilizacije i istraživanja na embrionalnim matičnim stanicama, osim u pitanju pravnog statusa embrija, valja naći i u tome što je od alternativa u pogledu raspolaganja krioprezerviranim embrijima i doniranje istih radi provođenja znanstvenih istraživanja nad njima. Jedna od alternativa u pogledu raspolaganja krioprezerviranim embrijima je i doniranje istih radi provođenja znanstvenih istraživanja nad njima. To je ujedno i glavni izvor pribavljanja embrija radi istraživanja, imajući u vidu kako preostale opcije – kloniranje ljudskog embrija radi korištenja u istraživačke svrhe, te stvaranje embrija *in vitro* oplodnjom isključivo u istraživačke svrhe – s bioetičkog aspekta znatno spornije.

U istraživanju embrionalnih matičnih stanica postignut je ogroman napredak posljednjih godina. Na tom putu stoje još mnoge tehnološke prepreke, ali i nužnost sveobuhvatne procjene etičkih pitanja koja se vežu uz primjenu matičnih stanica. Kako bi se te prepreke i dvojbe razjasnile, potrebna je široka podrška znanstvenim istraživanjima matičnih stanica koja bi prikupila saznanja, iskustva i rezultate potrebne za što bržu primjenu matičnih stanica u liječenju ljudi (<http://medicinar.mef.hr/nastava/embriologija/embrionalne-maticne-stanice-2>).

### **3 Terapijsko manipuliranje embrionalnim matičnim stanicama (EMS)**

Ljudske embrionalne matične stanice (EMS, engl. *human embryonic stem cells*) iznimno su zanimljive znanstvenicima koji polažu velike nade u iskorištavanje njihovog ogromnog potencijala u raznim sferama znanosti. Specifične su po svojoj sposobnosti da postanu bilo koja stanica u tijelu što je značajno za liječenje mnogih bolesti i oštećenja. Osim što bi se mogle koristiti kao transplantacijska terapija za neke od najučestalijih bolesti, mogu poslužiti i kao model za brojna istraživanja te

nam mogu omogućiti nove spoznaje i bolje razumijevanje ljudskog organizma. Unatoč očiglednoj korisnosti za čovječanstvo, upotreba embrionalnih matičnih stanica predstavlja bioetički problem još od kada su prve embrionalne matične stanice ekstrahirane iz ljudskog embrija (Slater, 2007: 279).

Tzv. terapijsko kloniranje podrazumijeva stvaranje embrija; obično se radi o embrijima stvorenima fertilizacijom *in vitro*, kod kojih se u njihovoj ranoj razvojnoj fazi (fazi blastociste) stvaraju embrionalne matične stanice koje imaju svojstvo pluripotentnosti, tj. imaju sposobnost razviti se u sve tipove stanica i tkiva u ljudskom tijelu. Nakon nekoliko dana unutarnja masa embrija posebnim se preciznim tehnikama usisava i stavlja na hranjivu podlogu gdje se uzgoji linija embrionalnih matičnih stanica kojima se u laboratoriju manipulira isključivo za razvoj različitih tipova stanica, tkiva i organa, a ne za stvaranje novog organizma. Neupotrebljivi dio embrija odbacuje se i uništava. Budući da primjena terapijskog kloniranja i s njim povezana primjena i daljnji razvoj tehnologije ljudskih embrionalnih matičnih stanica nailazi na etičko-moralnu osudu, traže se alternativni izvori kao što su adultne matične stanice koje mogu stvarati vlastite stanice određenoga tkiva (matične stanice koštane srži, neonatalne matične stanice-krv iz pupkovine, živčane matične stanice, matične stanice pankreasa, matične stanice masnog tkiva).

#### **4 Komercijalno iskorištavanje matičnih stanica ljudskog embrija – patentna zaštita matičnih stanica**

Istraživanja na embrionalnim matičnim stanicama na europskoj razini ograničena su zabranom patentiranja propisanom Biodirektivom i potvrđenom presudom u predmetu *Brüstle v. Greenpeace*. Europski sud je 18. listopada 2011. donio presudu u predmetu *C-34/10 (Oliver Brüstle v Greenpeace e.V.)*. Istraživanje na matičnim stanicama smatra se novim pomakom u razumijevanju i sprječavanju bolesti kod svakog ljudskog bića, međutim tehnologija korištena pri samom istraživanju nerijetko je popraćena kontraverzama.

Europski sud pravde u Luksemburgu u predmetu *Oliver Brüstle v. Greenpeace* iz 2011. istaknuo je da se svako ljudsko jajašce mora, čim je oplođeno, smatrati "ljudskim embrijem", prema zakonodavstvu Europske unije. Proces koji uključuje uklanjanje matičnih stanica ljudskog embrija u stadiju blastociste, koji uključuje uništenje tog embrija, ne može se patentirati. Korištenje ljudskog embrija za

terapeutske ili dijagnostičke svrhe koje se primjenjuju na ljudskom embriju i koje mu koriste mogu se patentirati, ali ne i njihovo korištenje za znanstveno istraživanje. Komercijalno iskorištavanje protivno je javnom poretku i moralu, jer oplodnjom počinje proces razvoja ljudskoga bića.

U predmetu *Brüstle v. Greenpeace* gospodin Oliver Brüstle je nositelj njemačkog patenta, od 19. prosinca 1997., pri čemu se sadržaj prava sastoji od izoliranih i pročišćenih živčanih prekursora (nezrelih tjelesnih stanica koje imaju mogućnost multipliciranja), njihove proizvodnje iz matičnih stanica ljudskog embrija i korištenja tih prekursora za tretiranje neuroloških bolesti. Prema podacima gospodina Brüstlea već postoji klinička upotreba ovog patenta, osobito kod pacijenata koji pate od Parkinsonove bolesti. Međutim, korištenje moždanog tkiva ljudskih embrija sadrži značajna etička pitanja i znači da nije moguće zadovoljiti potrebe za prekursorima u smislu pružanja javno dostupnog liječenja. Međutim, embrionalne matične stanice pružaju nove mogućnosti glede proizvodnje stanica za transplantaciju. Budući da su višepotentne, one se mogu razviti u različite tipove stanica i tkiva, mogu se konzervirati i multiplicirati. Patent stoga teži rješavanju tehničkog problema proizvodnje nelimitirane količine izoliranih i pročišćenih prekursorskih stanica iz embrijskih matičnih stanica.

Zbog činjenice da gospodin Brüstle koristi početne stanice proizvedene iz matičnih stanica ljudskog embrija, Greenpeace e.V. pokreće postupak za oduzimanje prava na patent. Ovdje se postavilo pitanje, što točno označava termin „ljudski embrij“, uključuje li taj termin određene faze razvoja, ili sve faze od fertilizacije do ovuma. Federalni sud za patente u Njemačkoj presudio je da je patent g. Brüstlea nevažeći u dijelu u kojem se tiče procesa za dobivanje prekursorskih stanica iz matičnih stanica ljudskog embrija. Slijedom žalbe g. Brüstlea, Federalni sud pravde u Njemačkoj odlučio je poslati pitanje Sudu pravde glede tumačenja, posebno, koncepta ljudskog embrija koji nije izričito definiran Direktivom 98/44/EZ Europskog Parlamenta i Vijeća o pravnoj zaštiti biotehnoloških izuma. Pitanje je predstavljaju li matične stanice ljudskog embrija, embrij u smislu Direktive, odnosno pokriva li isključenje od mogućnosti patentiranja ljudskog embrija sve stadije života od fertilizacije jajašca ili se moraju zadovoljiti drugi uvjeti, primjerice da je dosegnut određen stadij razvoja.



Na to pitanje Sud odgovara kako neće ulaziti u medicinske i etičke prosudbe o tome kada počinje ljudski život, ali da je, prema tumačenju Direktive 98/44/EC Europskog Parlamenta i Vijeća o pravnoj zaštiti biotehnoloških izuma (OJ L 213, 30.7.1998), vidljivo da je zakonodavac imao na umu isključenje prava na patent u svim slučajevima gdje postoji mogućnost povrede ljudskog dostojanstva, te da u tom smislu ljudsko tijelo u različitim fazama svojeg oblikovanja i razvoja ne može biti patentirani izum. Iz toga slijedi da koncept "ljudskog embrija" treba tumačiti u širem smislu. Prema tome, Sud smatra da svako ljudsko jajašce, od kada je oplodeno, valja promatrati kao "ljudski embrij" ako se radi o oplodnji kojom započinje proces razvoja ljudskog bića. Također, neoplođena ljudska jajna stanica čija je jezgra zamijenjena zreloom ljudskom stanicom, te neoplođena ljudska jajna stanica čije je dijeljenje i daljnji razvoj stimuliran partenogenezom također se klasificira kao „ljudski embrij“.

Iako takvi organizmi nisu, striktno govoreći, bili objekt oplodnje, s obzirom na učinak tehnike korištene u svrhu njihova stvaranja, oni su sposobni započeti proces razvoja ljudskog bića, baš kao i embrij koji je kreiran oplodnjom. Glede matičnih stanica dobivenih od ljudskog embrija u stadiju blastociste, a koje se tiču izuma uvedenog patentom g. Brüstlea - Sud nalazi da je na upućujućem sudu da utvrdi, u svjetlu znanstvenih dostignuća, jesu li one sposobne započeti proces razvoja ljudskog bića te su stoga uključene u koncept ljudskog embrija.

U presudi od 18. listopada Sud je odlučio da se ne može patentirati proces koji uključuje vađenje matičnih stanica iz ljudskog embrija u fazi blastociste, ako u tom procesu dolazi do uništenja tog embrija. Sud je napravio razliku između postupaka koji se mogu patentirati, a to su oni koji koriste ljudski embrij za terapijske i dijagnostičke svrhe koje se primjenjuju na ljudskom embriju i korisne su za njega, i onih koji se ne mogu patentirati, a to su postupci koji koriste ljudske embrije za znanstvena istraživanja. Potom, Sud istražuje pokriva li koncept korištenja ljudskih embrija za industrijske i komercijalne svrhe, koji se ne može patentirati, također korištenje ljudskih embrija u svrhu znanstvenog istraživanja. U tom smislu Sud prvo konstatira da Direktiva ne regulira korištenje ljudskih embrija u znanstvene svrhe, već je ograničena na patentiranje biotehnoloških izuma.

Sud primjećuje da jamčenje patenta za jedan izum implicira njegovu industrijsku ili komercijalnu primjenu. Iako svrha znanstvenog istraživanja mora biti razdvojena od industrijskih ili komercijalnih ciljeva, korištenje ljudskih embrija za istraživanje ne može se odvojiti od samog patenta i prava koja su uz njega vezana. U tom smislu, korištenje ljudskih embrija u svrhu istraživanja koji je subjekt aplikacije za patent ne može se razlikovati od industrijskog ili komercijalnog korištenja i stoga izbjeci isključivanje od mogućnosti patentiranja. Sud zaključuje da znanstveno istraživanje koje uključuje korištenje ljudskih embrija ne može pristupiti zaštiti patentnog prava. Unatoč tome, Sud naglašava da patentiranje korištenja ljudskih embrija za industrijske ili komercijalne svrhe nije zabranjeno prema Direktivi kada se tiče korištenja za terapijske ili dijagnostičke svrhe koje se primjenjuju na ljudskom embriju i koje su mu korisne - primjerice za ispravljanje malformacija ili poboljšanja životnih šansi.

Ono što je značajno za ovu presudu jest činjenica da je Sud u svojoj interpretaciji proširio pojam „ljudskog embrija“ te da mu je dodijelio zaštitu ljudskog dostojanstva. Ovo je bila prva presuda nakon Ugovora iz Lisabona koji uvodi Povelju EU-a o temeljnim pravima čiji se čl. 1 odnosi na zaštitu ljudskog dostojanstva. Naime, ljudsko dostojanstvo pod Europskom konvencijom za zaštitu ljudskih prava i temeljnim sloboda (Narodne novine - Međunarodni ugovori, br. 18/1997, 6/1999, 14/2002, 13/2003, 9/2005, 1/2006, 2/2010), nije samostalno pravo, već je spomenuto u preambuli same Konvencije. Ta činjenica nije spriječila Europski Sud da razvije praksu u kojoj je rekao da sva prava iz Konvencije trebaju biti gledana kroz ljudsko dostojanstvo (Bilten informacijskog centra za europsko pravo/ „EU- i“ Informacijski Centar za europsko pravo, 2011: 11-12). Sud odgovara na pitanje o mogućnosti patentiranja izuma koji se tiču proizvodnje živčanih prekursora na način da, prvo naglašava da to pretpostavlja da su matične stanice dobivene iz ljudskog embrija u stadiju blastociste i, drugo, da uklanjanje matičnih stanica uključuje destrukciju tog embrija. Zaključno, Sud smatra da je izum isključen od patentiranja gdje provedba procesa zahtijeva ili prethodno uništenje ljudskih embrija ili njihovo prethodno korištenje kao bazičnog materijala čak i kada u prijavi za patent opis tog procesa ne spominje korištenje ljudskih embrija. (Bilten informacijskog centra za europsko pravo/ „EU- i“ Informacijski Centar za europsko pravo, 2011: 11-12).

## 5 Etički aspekti iskorištavanja matičnih stanica

Matične stanice su znanstvenicima vrlo zanimljive te žele ispitati i iskoristiti njihov potencijal. Međutim, s druge strane brojne etičke dileme od strane javnosti i dijela znanstvene zajednice usporavaju taj proces (Bošković, 2002: 3). Etička pitanja i dvojbe oko statusa ljudskog embrija i njegova korištenja u istraživačke svrhe utječu na donošenje zakonodavnog okvira. Možemo otvoriti čitav niz etičkih pitanja. Imaju li znanstvenici pravo modificirati genetski niz, kako bi stvorili „savršenog čovjeka“? (Visković, 1995: 78 – 82) Smije li čovjek u sve zadirati? Treba li čovjek i smije li činiti sve što mu je tehnički izvedivo? Posebne dvojbe nastaju na području patentiranja. Je li opravdano omogućiti nositelju patenta isključivo pravo gospodarskog iskorištavanja izuma ako se izum odnosi na ljudske matične stanice ili ljudski genom? Znači li to komercijalizaciju dijelova ljudskog tijela, načelno zabranjenu međunarodnim konvencijama?

Genetska istraživanja uređena su i etičkim kodeksima usvojenima u okviru strukovnih udruga ili istraživačkih ustanova. Najšire primjenjiv kodeks te vrste u Republici Hrvatskoj je Kodeks medicinske etike i deontologije (Narodne novine, br. 55/2008, 139/2015). Kodeks sadrži dva članka koja se izravno primjenjuju na genetska istraživanja. Članak 6 Etičkog kodeksa propisuje opća pravila koja se moraju poštovati u provođenju biomedicinskih istraživanja, pri čemu je osnovno pravilo da se pri znanstvenom istraživanju liječnik mora pridržavati propisa Helsinške deklaracije i njezinih revizija. Važno je naglasiti da je dobrobit pojedinca stavljena ispred interesa znanosti i društva. Dakle, liječnici uključeni u istraživanja dužni su štititi život, zdravlje, privatnost i dostojanstvo ispitanika. Ovim odredbama obrađuje se i problematika pristanka obaviještene osobe. Članak također propisuje uvjete koji moraju biti ispunjeni za provedbu određenog istraživanja, a najvažniji od njih jest da je plan istraživanja odobrilo neovisno povjerenstvo, naročito u pogledu znanstvene i etičke prihvatljivosti istraživanja (Mutabžija & Kunda, 2007: 78-79).

Druga odredba vezana za područje genetskog istraživanja je čl. 7. koji nosi naziv „ljudski genom“. Navedeni članak u velikoj mjeri oslanja se na odredbe Konvencije o ljudskim pravima i biomedicini i Protokola o zabrani kloniranja ljudskih bića. Štoviše, sadrži odredbe istovjetne onima čl. 11 Konvencije koja je vezana za nediskriminaciju, čl. 12 o pretkazujućim genetskim testovima, čl. 13 o zahvatima na ljudskom genomu i čl. 1 Protokola o zabrani kloniranja ljudskih bića. Naposljetku,

u čl. 10 Etičkog kodeksa propisane su i disciplinske sankcije je za one liječnike koji krše odredbe Kodeksa.

Istraživanja na ljudskim embrionalnim matičnim stanicama moguće je zakonski regulirati na mnoge načine, od potpune zabrane istraživanja na linijama takvih stanica, do dozvole samo uvoza staničnih linija, dozvole stvaranja staničnih linija pa čak i dozvole stvaranja embrija u tu svrhu. Na razini Europske unije istraživanja na ljudskim embrionalnim matičnim stanicama nisu uređena izravno već ih svaka država samostalno uređuje. Upravo ta različitost u zakonodavnim okvirima ima različit utjecaj na količinu i vrstu istraživanja u pojedinim zemljama. Drugim riječima, zakoni u pojedinim zemljama, time što utječu na razvoj znanosti, utječu na mogućnost razvoja novih metoda liječenja. Biotehnoška direktiva Europske unije iako izravno ne zabranjuje istraživanja, ipak utječe na motivaciju znanstvenika koji često ovise o financijskoj koristi od patenata.

Imajući u vidu mnogobrojne etičke probleme koji su povezani s primjenom embrionalnih matičnih stanica u istraživanju, u javnom diskursu, kao i među znanstvenicima, često se ukazuje na adultne matične stanice i njihovu sposobnost pluripotentnosti, dakle diferencijacije u različite tipove stanica i tkiva. No i ovdje se javljaju etičke dvojbe, kao npr. kod upotrebe matičnih stanica iz pobačenih fetusa i tijela umrlih ljudi, koje mogu biti povezane s moralnim i socijalnim problemima. Upotreba humanih pobačenih fetusa u višestrukom je smislu dvojbeni. Iz etičke perspektive problematična je upotreba ljudskoga tijela kao materijala za istraživanje. U kliničkoj svakodnevici od odraslih se osoba pretpostavlja da prethodno valja dobiti njihovo odobrenje. Kod djece ili fetusa suglasnost daju roditelji ili žena koja nosi dijete, tj. koja ga pobačuje. Ovdje se postavljaju pitanja i etičke dvojbe o dopustivosti i posljedicama instrumentaliziranja ljudskog života.

Zabranjeno je patentiranje kultura ljudskih matičnih stanica čija primjena nužno uključuje uništenje ljudskih embrija. To je odluka koju je donijelo Prošireno žalbeno vijeće Europskog ureda za patente (EPO) u svojoj presudi od 25. studenog 2008. na žalbeni postupak vezan uz zahtjev za patentiranje WARF/Thomson matičnih stanica. Ta aplikacija je uključivala metodu dobivanja kultura embrionalnih matičnih stanica od primata, uključujući i ljudi (<http://hkld.hr/news.php?extend.611>).

Je li moguće stvoriti ljudske zametke za specifične istraživačke svrhe ili terapijske svrhe? Ako uzmemo u obzir da embrij ima status individualnosti, onda bi to trebalo biti zabranjeno jer je u suprotnosti sa zabranom "instrumentalne" uporabe ljudi. Opet s druge strane imamo i pitanje je li moralno i etično ne pomoći u liječenju tisuća ljudi kad im je moguće pomoći pomoću embrionalnih matičnih stanica? U ovom slučaju, ne može biti prigovora stvaranju i uporabi ljudskih zametaka, budući da potencijalne prednosti terapijskog kloniranja nadilaze bilo koje druge argumente. Odbijanje statusa embrija kao ljudske individualnosti ne bi trebalo dovesti do podcjenjivanja etičke vrijednosti samog ljudskog embrija. Ljudski embrij ne može i ne bi trebao postati laboratorijski „pokusni kunić“. Ako cijenimo ljudski život, onda bismo ga trebali cijeniti u svim njegovim manifestacijama i odbaciti zlouporabe ljudskih organa i tkiva. Međutim, bilo bi pogrešno reći da je uspostava i terapijska primjena embrija u skladu s načelom vrijednosti i poštovanja ljudskih organa i ljudskog dostojanstva, pod uvjetom da je svrha takvog korištenja etička i humana. Medicinska uporaba spada u ovu kategoriju. Terapijsko kloniranje korištenjem embrija u ranoj fazi razvoja (obično do 14 dana nakon oplodnje) je kompatibilno s načelom poštivanja ljudskog života. Europski sud za ljudska prava začetom je djetetu priznao ljudsko dostojanstvo i pravo na zaštitu, dok je Europski sud u Luksemburgu 2011. u predmetu *Oliver Brüstle v. Greenpeace* istaknuo da se svako ljudsko jajašce mora, čim je oplodeno, smatrati ljudskim zametkom i da je oplodnja ono čime počinje proces razvoja ljudskog bića. I hrvatski Ustav jamči pravo na život svakom ljudskom biću.

U Europskoj uniji značajno je uvažavanje zahtjeva javnog morala, koji su u značajnijoj mjeri inkorporirani u pravnoobvezujuće akte. Europska patentna konvencija (dalje: EPC) ([http://www.dziv.hr/files/File/zakonodavstvo/medjunaro\\_dni/EPC\\_2000\\_temp.pdf](http://www.dziv.hr/files/File/zakonodavstvo/medjunaro_dni/EPC_2000_temp.pdf)) kao temelj registracije patenata u EU inkorporirala je u svojim izmjenama odredbe o moralu izvorno proklamirane u Biodirektivi. Biodirektiva je izričito zabranila patentiranje postupaka koji su podrazumijevala uništenje embrija i rezultata takvih postupaka i bilo kakav drugi oblik eksploatacije ljudskih embrija (čl. 6. st. 2). S druge strane, korištenje embrionalnih matičnih stanica nije odbačeno. Financiranje istraživanja na embrionalnim matičnim stanicama nije bilo poduprto na razini Europske unije pa je takva novčana potpora prepuštena pojedinim državama članicama. Sama zabrana patentiranja procesa i produkata istraživanja na embrionalnim matičnim stanicama, prema Biodirektivi, moguća je samo ako pojedine države članice smatraju određeni patent suprotnim javnom poretku te države (čl. 6 st. 1). Zapravo, do izričite i nedvojbene zabrane patentiranja

produkata i procesa vezanih uz embrionalne matične stanice na razini čitave Europske unije došlo je tek u predmetu *Bristle v. Greenpeace*.

Naposljetku, možemo spomenuti i stav katoličke crkve koja se protivi manipuliranju embrionalnim matičnim stanicama. Možemo citirati biskupa Elia Sgreccia, predsjednika Papinske akademije za život (PAV): „*Ne smije se ubiti nijedna osoba kako bi se razvio neki lijek ili terapija. Nadalje, ne smije se eksperimentirati na ljudima kako bi se razvile nove terapije. Poznato je kakve su eksperimente obavljali nacisti u koncentracijskim logorima: svi smo to osudili i ne želimo da se slične stvari ponove. Dakle, motiv zlobog kojeg Katolička crkva kaže ne eksperimentima na embrionalnim matičnim stanicama, isti je kao i motiv zašto osuđujemo nacističke eksperimente u koncentracijskim logorima.*“ (<https://fizioterra.com/2011/12/03/maticne-stanice/>)

U umjetnoj oplodnji viškovi embrija nastaju ako se postupkom dobije više embrija nego što par želi implantirati. Trenutno je u Europi pohranjeno stotine tisuća takvih embrija koji će biti uništeni. Crkva se, također, protivi istraživanjima na njima. Crkva ističe da su embriji preostali nakon umjetne oplodnje već oštećeni kad su zamrznuti, da zamrzavanje embrija znači da zamrzavamo jedno ljudsko biće, što je samo po sebi delikt. Ako nakon toga embrije podvrgnemo istraživanjima, to nije terapija, nego dvostruki delikt.

Međutim, Crkva se ne protivi eksperimentima na matičnim stanicama odraslih. Na tvrdnju da mnogi znanstvenici smatraju da su bolesne osobe te koje trebaju biti jedini moralni autoritet u odlučivanju gdje treba povući granicu u znanstvenim istraživanjima, a ne Crkva biskup odgovara da vjeruje da bolesna osoba treba priželjkivati ozdravljenje, ali ne po cijenu smrti drugog ljudskog bića. Također smatra da bolesne osobe imaju povjerenje u znanstvenike i da vjeruju da će ozdravljenje omogućiti humana znanost, a ne znanost spremna na ubijanje embrija u cilju razvijanja terapija.

## 6 Zaključak

Napredak znanosti i tehnologije, genetike i genetičkog inženjeringa je neizbježan i nezaustavljiv. Pravna regulacija kasni za razvitkom društvenih odnosa što je ponajviše posljedica ekspanzije znanstveno-tehnoloških istraživanja i inovacija. Mogućnost izolacije i uzgoja matičnih stanica in vitro te pronalazak ljudskog genoma jedno je od najvećih ali i najkontroverznijih znanstvenih otkrića. Sve to doprinosi

razumijevanja nastanka i liječenja određenih bolesti poput multiple skleroze, dijabetesa, kardiovaskularnih bolesti, tumora mogao bi se liječiti, pa čak i spriječavanju razvoja bolesti, budući da će biti moguće utvrditi postoji li u određene osobe sklonost nekom oboljenju. Dakle, upotreba matičnih stanica u terapiji sve većeg broja bolesti današnjice je neupitna. Hoćemo li pritom koristiti matične stanice porijeklom iz embrija koji su ostali nakon umjetnih oplodnji, ili odrasle matične stanice, ili pak one iz pupkovine, nije samo pitanje istraživača i novih znanstvenih spoznaja, već i etičko, političko i zakonodavno pitanje, a uz to i pitanje koliko smo daleko spremni ići kako bismo pokušali iskorijeniti najteže bolesti današnjice.

Manipuliranje matičnim stanicama i kloniranje bi bilo opravdano ako bi se neizlječive bolesti liječile, te ako bi se na taj način osigurali organi za transplantacije. Kloniranje bi nas možda moglo uvesti u bolji svijet, ali bez kontrole taj bi svijet mogao postati poguban. Brojne etičke rasprave u svijetu posvećene su kloniranju. Postavlja se pitanje u kojoj je vezi klon sa jedinkom od koje je nastao?! Kome pripada klon?! Ekonomska dobit u vezi sa kloniranjem organizama također je tema koja prati ovaj biotehnološki postupak.

Sve to nam jasno ukazuje da medicina u svom ubrzanom razvitku ide ispred prava, pa se nužno nameće potreba konstantnog pravnog uređenja brojnih pitanja iz područja medicine (Jelačić, 1997: 236). Na taj način nastaju i tzv. pravne praznine pa značajni i prijeporni biomedicinski odnosi nisu obuhvaćeni pravnim normama, nego su kontrolirani moralom i znanstvenom i medicinskom deontologijom svakog pojedinog liječnika, pojedinog znanstvenika istraživača. Zakašnjela pravna intervencija na području biomedicine ima značajne negativne učinke. U cilju pravnog uređenja medicinske djelatnosti donose se novi propisi koje nameće medicinska praksa, brojna medicinska etička načela preuzimaju se i daje im se pravna snaga, pristupa se kodifikaciji prava pacijenata i sl.

### **Pravni izvori**

Direktiva 98/44/EZ Europskog Parlamenta i Vijeća o pravnoj zaštiti biotehnoloških izuma, OJ L 213, 30. 7. 1998.

Europska konvencija o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine: Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini, Narodne novine – Međunarodni ugovori, br. 13/2003.

- Europska konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnim sloboda, Narodne novine - Međunarodni ugovori, br. 18/1997, 6/1999, 14/2002, 13/2003, 9/2005, 1/2006, 2/2010.
- Kodeks medicinske etike i deontologije, Narodne novine, br. 55/2008, 139/2015.
- Pravilnik o postupku dodjele alogenih nesrodnih krvotvornih matičnih stanica i radu registra mogućih darivatelja koštane moždine, Narodne novine, br. 151/05.
- Zakon o potvrđivanju Konvencije o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine: Konvencije o ljudskim pravima i biomedicini, Dodatnog protokola uz Konvenciju o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine o zabrani kloniranja ljudskih bića i Dodatnog protokola uz Konvenciju o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine, u vezi presađivanja organa i tkiva ljudskog porijekla - Narodne novine-Međunarodni ugovori, br. 13/2003.
- Zakon o primjeni ljudskih tkiva i stanica, Narodne novine, br. 144/2012.
- Zakon o zdravstvenim mjerama za ostvarivanje prava na slobodno odlučivanje o rađanju djece, Narodne novine, br. 18/1978, 31/1986, 47/1989, 88/2009.
- Zakona o medicinski potpomognutoj oplodnji, Narodne novine, br. 86/2012.

### Internetni izvori

- Kukolj, M. (2012) Embrionalne matične stanice – tehnike uzgoja i njihova primjena, available at:
- Gajović, S. Embrionalne matične stanice, Drugi dio: Primjena embrionalnih matičnih stanica, Znanost, available at:  
<http://medicinar.mef.hr/nastava/embrilogija/embrionalne-maticne-stanice-2> (January 19, 2019).
- Mrsić, M. (2007) Matilne stanice krvi iz pupkovine, available at: <https://zaklada-ana-rukavina.hr/maticne-stanice-krvi-iz-pupkovine/> (January 23, 2019).  
[http://curia.europa.eu/jcms/jcms/j\\_6/](http://curia.europa.eu/jcms/jcms/j_6/)
- Brozović, J., Galiot, V. (2013) Pravni status embrija i istraživanje na embrionalnim matičnim stanicama u vrtlogu biotehnologije, bioetike i prava, available at:  
[http://www.dziv.hr/files/File/zakonodavstvo/medjunarodni/EPC\\_2000\\_temp.pdf](http://www.dziv.hr/files/File/zakonodavstvo/medjunarodni/EPC_2000_temp.pdf). (January 15, 2019).
- Kranjčec, M. (2014) Matične stanice, available at:  
<https://fizioterra.com/2011/12/03/maticne-stanice/> (January 17, 2019).  
<http://hkld.hr/news.php?extend.611> (January 20, 2019).

### Literatura

- Bilten informacijskog centra za europsko pravo/ „EU- i“*, 11, pp. 11-12 (Informacijski Centar za europsko pravo), available at:  
<http://euinfo.pravo.hr/userfiles/file/EUROPA%20Info%2011-B.pdf> (February 26, 2019),
- Bošković, Z. (2002) Kodeks medicinske etike i deontologije – etika profesije liječnik, *Informator*, 1(5046-5047), pp. 2.
- Čizmić, J. & Biočina, M. (2008) Pravna zaštita matičnih stanica s posebnim osvrtom na patentnu zaštitu, In: *17. posvetovanje Medicina in pravo, [Maribor, 28. in 29. marca 2008]* (Maribor: Zdravniško društvo ; Pravniško društvo)



- Gajović, S. (n.d.) Embrionalne matične stanice, Prvi dio: Od kuda se dobivaju, kako se uzgajaju i što sve od njih može nastati, *Znanost*, pp. 44 – 46.
- Jelačić, O. (1997) O nastavi iz sudske medicine na pravnim fakultetima, *Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu*, XIV, pp. 236.
- Kandić-Popović, Z. (1996) Pravna zaštita osnovnih ljudskih vrednosti i moderna biomedicina, *Pravni život*, 9, pp. 219.
- Mutabžija, J. & Kunda, I. (2008) Pravna ograničenja genetskih istraživanja na ljudima i komercijalizacije njihovih rezultata u hrvatskom pravu, *Hrvatska pravna revija*, 8(1), pp. 71 – 81.
- Salter, B. (2007) The Global Politics of Human Embryonic Stem Cell Science, *Global Governance*, 13(2), pp. 279.
- Šeparović, Z. (1998) *Granice rizika – Etičkopravni pristupi medicini* (Zagreb: Informator), pp. 5.
- Škorić, M. (2007) Pravna regulacija reproduktivnog i terapijskog kloniranja na međunarodnoj razini, *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*, 28(2), pp. 1258 - 1260.
- Tuch, B. E. (2006) Stem cells - a clinical update, *Australian Family Physician*, 35(9), pp. 719 – 721.
- Visković, N. (1995) Bioetika i biomedicinsko pravo, *Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu*, 32(1-2), pp. 78 - 82.



# MANAGEMENTSKI TRENDI V SODOBNI PRAKSI ZDRAVSTVENIH ZAVAROVANJ

SUZANA KRALJIĆ IN PETRA CAJNKO

Univerza v Mariboru, Pravna fakulteta, Maribor, Slovenija, e-pošta:  
suzana.kraljic@um.si, petra.cajnko@um.si

**Povzetek** V gospodarsko razvitem svetu so zdravstvena zavarovanja pomemben dejavnik. Zavarovalništvo kot dejavnost brez dobro organizirane distribucije zavarovalnih zastopnikov ter posrednikov in drugih dejavnikov ne more učinkovito funkcionirati. Pri tem sta ključna visoka stopnja profesionalne integritete in strokovno znanje. Zaradi velike tržne skoncentriranosti zavarovalništva in konkurence med nosilci zavarovalne dejavnosti se danes stopnjujejo zahteve po etičnem ravnanju distributerjev, na kar opozarjajo tudi v sodobni praksi zdravstvenih zavarovanj. Posebno pozornost je treba nameniti ustvarjanju zaupanja pri zavarovalcih do zavarovalnice, ki je glavni nosilec zavarovalne dejavnosti. Eden izmed temeljnih ciljev, v prispevku predstavljene raziskave, je bil zaznati vrzeli v znanju in poznavanju sodobnih praks zdravstvenih zavarovanj, predvsem z vidika najšibkejših členov – zavarovalcev kot potrošnikov. Raziskava se je ukvarjala s poznavanjem zdravstvenih zavarovanj ter njihovih prednosti in slabosti pri zavarovalcih. Poseben poudarek je bil namenjen poznavanju pojmov zdravstvenih zavarovanj v korist družbe ter iskanju odgovora na vprašanje, kako lahko poznavanje ponudbe zdravstvenih zavarovanj koristi posamezniku, ko se odloči za sklenitev posamezne oblike prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Za ta namen so bile raziskane različne možnosti in na podlagi anketnega vprašalnika empirično preverjeni managementski trendi, ki se pojavljajo v sodobni praksi zdravstvenih zavarovanj.

#### Ključne besede:

razvoj  
zavarovalništva,  
zavarovalna  
pogodba,  
zdravstveno  
zavarovanje,  
zavarovalniška  
pismenost,  
potrošniki.

#### Prvič izdano v:

KRALJIĆ, Suzana, CAJNKO, Petra. Managementski trendi v sodobni praksi zdravstvenih zavarovanj. *Podjetje in delo : revija za gospodarsko, delovno in socialno pravo*. [Tiskana izd.]. 2019, 45, [št.] 3/4, str. 506-536.



DOI <https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7.19>  
ISBN 978-961-286-335-7

# MANAGEMENT TRENDS IN MODERN PRACTICE OF HEALTH INSURANCES

SUZANA KRALJIĆ & PETRA CAJNKO

University of Maribor, Faculty of Law, Maribor, Slovenia, e-mail:  
suzana.kraljic@um.si, petra.cajnko@um.si

**Abstract** Health insurance in an economically developed world is an important factor. Insurance as an activity can not function effectively without a well-organized distribution of the insurance agents and brokers and also other factors. The management trend dictates that a high degree of professional integrity and the possession of expertise is essential. Due to the high degree of concentration of insurance on the market and the mutual competition of insurance business holders, pressure is now being put on the ethical behaviour of distributors, which is also underlined in the modern practice of health insurance. The specialty to be noted is the creation of trust among insurers towards the insurance company, which is the main carrier of the insurance business. This is why the survey is addressing the knowledge gaps in modern health insurance practices, especially from the point of view of the weakest members – policyholders as consumers. The research was concerned with the knowledge of the conditions in the insurance industry, which appear on a daily basis in the modern practice of all insurance, in particular health insurance with policyholders and the advantages and disadvantages of these. Special emphasis is given on the knowledge of the concepts of health insurance in favor of the society and on the giving of an answer to the question of how knowledge of management trends of health insurance can benefit the individual when deciding to conclude an individual voluntary health insurance. For this purpose various possibilities were explored and on the basis of the questionnaire have been empirically verified the management trends that appear in the modern practice of health insurance.

**Keywords:**

development of  
insurance,  
insurance  
contract,  
health insurance,  
health literacy,  
consumers.

**First published in:**  
KRALJIĆ, Suzana, CAJNKO, Petra. Managementski trendi v sodobni praksi zdravstvenih zavarovanj. *Podjetje in delo*  
: revija za gospodarsko, delovno in socialno pravo. [Tiskana izd.]. 2019, 45, [št.] 3/4, str. 506-536.

<https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7.19> DOI  
978-961-286-335-7 ISBN



## 1 Uvod

Zdravstvena zavarovanja so v sodobni družbi zelo pomemben dejavnik, saj zagotavljajo pomoč tako posameznikom kot tudi družbenim skupinam. Vsako sklenjeno zdravstveno zavarovanje ima posledice, zato je pri sklepanju zdravstvenih zavarovanj ključno, da zavarovalni distributer deluje v interesu družbe. Cilj nekaterih distributerjev zdravstvenih zavarovanj pri nas je še vedno samo čim večje število prodanih zavarovalnih produktov, zato v sodobni praksi zdravstvenih zavarovanj nastajajo nepravilnosti in vrzeli, pri čemer so oškodovani zavarovalci kot potrošniki, ki so v tem razmerju šibkejša stranka.

V članku so na podlagi izsledkov raziskave Analiza pasti v distribuciji zavarovalnih produktov (varstvo zavarovalcev)<sup>1</sup> prikazani vzroki nepravilnosti v slovenskem zavarovalništvu in podane potencialne rešitve. Pri raziskavi so sodelovali različni slovenski in tuji strokovnjaki s področja zavarovalništva, aktuarji in ekonomisti, tako da so vanjo zajeta mnenja, stališča in znanja najbolj priznanih strokovnjakov ter mnenja naključno izbranih zavarovalcev z lokalnega in širšega območja kot ciljne populacije anketne raziskave. Namen raziskave je bil analizirati managementske trende poznavanje zdravstvenih zavarovanj, da bi bilo na podlagi izsledkov mogoče zmanjšati, če ne odpraviti pasti, ki se pojavljajo zaradi nepoznavanja te problematike. Analizirane so bile prednosti in slabosti poznavanja sodobnih praks zdravstvenih zavarovanj.

Izhodišče raziskave so bile (1) predpostavka ekonomske racionalnosti, (2) predpostavka *ceteris paribus*<sup>2</sup> in (3) predpostavke s področij zavarovalništva, prava in zdravstvenih zavarovanj. V prvem, teoretičnem delu prispevka so uporabljene kvalitativne metode (teorija je povzeta iz slovenske in tuje literature in virov), v drugem, empiričnem, pa kvantitativne. V prispevku se dopolnjujeta deskriptivni in analitični pristop. Ključna podlaga raziskovanja so bile statistične metode, s katerimi smo zbirali in analizirali podatke, pridobljene v terenski raziskavi. V okviru glavne

---

<sup>1</sup> Raziskava je bila opravljena v sklopu programa Projektno delo z negospodarskim in neprofitnim sektorjem v lokalnem in regionalnem okolju – študentski inovativni projekti za družbeno korist 2016–2020. Program sta sofinancirala Republika Slovenija in Evropska unija iz Evropskega socialnega sklada. Pri študentskem inovativnem projektu za družbeno korist Analiza pasti v distribuciji zavarovalnih produktov (varstvo zavarovalcev) sta sodelovali izr. prof. dr. Suzana Kraljić kot pedagoška mentorica in dr. Petra Cajnko kot strokovna mentorica, posebna zahvala pa gre prof. dr. Šimetu Ivanjku, ki je z neprecenljivim znanjem o zavarovalništvu omogočil, usmerjal in podpiral delo pri projektu, ter študentom, ki so sodelovali pri študentskem projektu.

<sup>2</sup> Uporaba te predpostavke nam omogoča, da se pri preučevanju nekega problema osredotočamo na sam pojav, ne pa na vzporedne vplive, ki so lahko prisotni, niso pa predmet proučevanja v našem primeru.

empirične raziskave smo podatke zbirali z elektronskim in pisnim spraševanjem na opredeljenem vzorcu in jih analizirali s programoma SPSS 21.0 in Excel 2010 (osnovne analize). Glavna empirična raziskava je temeljila na merjenju v določenem časovnem intervalu in je bila presečna študija. Uporabljen je bil izdelan merski instrument, kar pomeni, da so bile metode zbiranja in obdelave podatkov vodilo raziskave.

## 2 Teoretični del

### 2.1 Osnovni pojmi

Beseda zavarovanje na splošno označuje<sup>3</sup> varnost, zaščito, zaupanje v nekaj, gotovost ipd.<sup>4</sup> V zavarovalništvu pa izraz zavarovanje opredeljuje konkretno obliko zavarovalne pogodbe oziroma zavarovalnega pogodbenega razmerja med zavarovalnico oziroma zavarovateljem na eni strani in skleniteljem zavarovanja na drugi. Z zavarovalno pogodbo se zavarovalec zaveže, da bo zavarovalnici plačal zavarovalno premijo ali prispevek, zavarovalnica pa se zaveže, da bo, če se zgodi dogodek, ki pomeni zavarovalni primer, zavarovancu ali nekomu tretjemu izplačala zavarovalnino ali odškodnino ali storila kaj drugega (921. člen Obligacijskega zakonika, OZ).<sup>5</sup> Na strani sklenitelja zavarovanja je poleg zavarovalca lahko tudi zavarovanec. Zavarovalec (sklenitelj zavarovanja) je oseba, ki sklene zavarovalno pogodbo in je s tem zavezana plačati premijo, zavarovanec pa ima lahko iz tega razmerja določene pravice.

Zavarovalna pogodba je pravna kategorija, pojem zavarovalništva pa primarno ekonomska kategorija.<sup>6</sup> Obstaja veliko definicij zavarovalništva. Najbolj znana med njimi ga obravnava z družbenoekonomskega vidika. Opredeljuje ga kot posebno gospodarsko dejavnost, ki se ukvarja z organiziranjem zaščite pred nastankom določenih nevarnosti, s čimer se zadovoljuje človekova ekonomska potreba po

---

<sup>3</sup> Sl. *zavarovanje*, srb. in hrv. *osiguranje*, fr. *assurance*, nem. *Versicherung*, angl. *insurance*, it. *assicurazione*, rus. *strahovanie*, šp. *seguro*, madž. *biztosítás*, niz. *verzekering*, polj. *ubezpieczenie*, češ. *pojištění*.

<sup>4</sup> Š. Ivanjko (2009), str. 21; P. Šulejić (2005), str. 11; D. Mrkšić, Z. Petrović, K. Ivančević (2006), str. 14–15.

<sup>5</sup> Ur. l. RS, št. 97/07 – UPB; 64/16 – odl. US; 20/18 – OROZ631.

<sup>6</sup> D. Mrkšić, Z. Petrović, K. Ivančević (2006), str. 15, 19.

varnosti ob nastanku (praviloma) škodnih dogodkov.<sup>7, 8</sup> Zavarovanje je opredeljeno tudi kot ustvarjanje gospodarske varnosti z izravnavanjem gospodarskih nevarnosti.<sup>9</sup>

Kljub navedenemu pa je mogoče reči, da je zavarovalništvo *terra ignota*, saj mu večina ljudi pozornost nameni šele v posebnih življenjskih okoliščinah, ko se pojavi vprašanje nadomestila škode, ki naj bi ga zavarovatelj plačal.<sup>10</sup> Ljudje so si vedno skušali zagotoviti varnost in zaščito. Svoje imetje so želeli zaščititi pred morebitnimi škodnimi dogodki iz narave ali človeških dejanj. Ker nastale škode (na primer v požaru uničene hiša, smrti osebe, ki je preživljala družino) pogosto niso bili sposobni pokriti sami, so na podlagi solidarnosti in vzajemnosti že zgodaj v zgodovini začeli združevati sredstva, namenjena za pokritje nastale škode.<sup>11</sup>

## 2.2 Od premoženjskih do zdravstvenih zavarovanj: osnovna zgodovinska izhodišča

Zametki zavarovalne dejavnosti na podlagi vzajemnosti so se razvili že pri najstarejših skupnostih (na primer družina, pleme), ki so posameznikom dajale varnost, saj so gradile na vzajemni pomoči svojim pripadnikom. Z razvojem živinoreje in poljedelstva se je vzajemna pomoč še dodatno okrepila. V skupnostih so oblikovali skupne sklade, kamor so posamezniki prispevali žito in živino. Ob nastopu lakote ali drugih težav so se stvari iz tega sklada razdelile med prizadete posameznike.<sup>12</sup> Načelo vzajemne pomoči so poznali tudi v Stari Kitajski in v Mezopotamiji. Prevozi blaga po kitajski Modri reki in trgovske karavane so bili izpostavljeni naravnim katastrofam in roparskim napadom. Načelo vzajemnosti je omogočalo, da je oškodovani posameznik (ladjar, član karavane) v primeru ropa ali uničenja blaga zaradi naravne katastrofe prejel nadomestilo nastale škode. To načelo je bilo vneseno tudi v Hamurabijev zakonik.<sup>13, 14</sup>

<sup>7</sup> Š. Ivanjko (2009), str. 23, 30; M. Džidić, M. Čurković (2017), str. 28.

<sup>8</sup> Poznamo še tehnično-pravne in mešane definicije zavarovanja (na primer teorija kompenzacije, teorija rizične skupnosti, teorija rizika) in pravne teorije (na primer teorija nadomestila škode, teorija prestacij). Več glej D. Mrkšić, Z. Petrović, K. Ivančević (2006), str. 21–23; Š. Ivanjko (2009), str. 30–31.

<sup>9</sup> M. Pavliha *et al.* (2007), str. 37.

<sup>10</sup> Š. Ivanjko (2009), str. 62–63.

<sup>11</sup> A. Polajnar Pavčnik (2004) v: M. Juhart, N. Plavšak, str. 802.

<sup>12</sup> M. Džidić, M. Čurković (2017), str. 37.

<sup>13</sup> Po Hamurabijevem zakoniku je moral ropari, če roparja niso ujeli, pod prisego zahtevati znesek njegove izgube. Potem mu je skupnost, na katere zemljišču in ozemlju je bilo dejanje ropa storjeno, nadomestila ukradeno blago. Če pa so bile ukradene osebe, potem je skupnost plača eno mino srebra njegovim sorodnikom (»23. *If the robber is not caught, then shall he who was robbed claim under oath the amount of his loss; then shall the community, and on whose ground and territory and in whose domain it was compensate him for the goods stolen.* 24. *If persons are stolen, then shall the community and pay one mina of silver to their relatives.*«).

<sup>14</sup> W. R. Vance (1908), str. 5.

V starem Rimu in Grčiji so poznali tako imenovane pogrebne skupnosti, v katere so člani vplačevali v času trajanja članstva. Ob smrti družinskega član je družina umrlega na podlagi vplačanih sredstev iz pogrebne blagajne prejela nadomestilo.<sup>15</sup> Pogrebne skupnosti v stari Grčiji (*thiasoi, orgeones, eranoi*) so nastale na verski osnovi, članstvo v njih pa je zagotavljalo plačilo pogreba in pomoč ovdovelim. Pri Rimljanih so te skupnosti (*collegia*) zagotavljale pomoč pri verskih obredih ter finančno pomagale družini umrlega s pogrebnino (*funeraticum*).<sup>16</sup>

V tretjem stoletju pred našim štetjem se je na grškem otoku Rodosu v pomorskem prometu uveljavilo pravilo, da so škodo na tovoru ali ladji, ki je nastala, ker je bilo treba del ali celoten tovor odvreči v morje, pokrili solidarno in sorazmerno vsi udeleženci, torej tako lastnik ladje kakor lastniki tovara.<sup>17</sup> Iz tega pravila se je v rimskem pravu razvil predpis *lex Rhodia de iactu*,<sup>18</sup> ki pa ni dopuščal pogodbe o zavarovanju. Rimljani so zaradi razvoja trgovine prevzeli grško pogodbo o pomorskem posojilu (*foenus nauticum*), s katerim so se ladjarji zavarovali pred pomorskimi tveganji.<sup>19</sup> Do vrnitve ladje in tovara v luko je bil riziko pomorske plovbe na posojilodajalcu. Za posojilo so se plačale visoke obresti. Če se je zgodila nesreča, pa je bil posojilojemalec oproščen vračila. Posojilo je tako vrnil samo, če je pomorski prevoz uspel. To zavarovanje je obsegalo pomorske nesreče (*tempestas marina*), silo (*vis*), brodolom (*naufragium*) in gusarske napade (*insidiae piratorum*). Ker so bile obresti pri pomorskem posojilu precej višje od obresti, predpisanih pri običajnem posojilu (*mutuum*), je papež Gregor IX. pomorsko posojilo leta 1234 z dekretom *Navigandi vel eunti ad nundinas* prepovedal.<sup>20, 21</sup>

<sup>15</sup> Š. Ivanjko (2009), str. 47.

<sup>16</sup> C. F. Trenergy, E. L. Gover, A. S. Pau (1926), str. 173–175; W. R. Vance (1908), str. 3; M. Džidić, M. Čurković (2017), str. 38.

<sup>17</sup> Danes se za ta pravni institut uporablja izraz generalna havarija.

<sup>18</sup> M. Džidić, M. Čurković (2017), str. 38.

<sup>19</sup> Z rimskim institutom *foenus nauticum* je povezan tudi kasnejši pomorski institut (angl. *bottomry* ali *bottomage*; nem. *Bodmerei* ali *Verbodmung*, fra. *prêt à la grosse aventure*), ki je zgodovinski pojem v pomorskem pravu. To je bila posojilna pogodba, po kateri je posojilodajalec dal posojilo lastniku ladje, ki si je sposodil denar in uporabil samo ladjo (dno ladje ali kobilico) kot zavarovanje. Če je bila ladja med potovanjem uničena, je posojilodajalec posojilo izgubil. Če se je ladja vrnila, pa je posojilodajalec prejel glavnico in obresti. Tako W. R. Vance (1908), str. 6.

<sup>20</sup> W. R. Vance (1908), str. 3; C. F. Trenergy (1929), str. 183; M. Džidić, M. Čurković (2017), str. 38–39; D. Mrkšić, Z. Petrović, K. Ivančević (2006), str. 18.

<sup>21</sup> Zavarovalna pogodba spada med aleatorne pogodbe. Zato so bile v preteklosti nekatere vrste zavarovalnih pogodb nezakonite, saj so jih šteli za pogodbe o igerah na srečo (angl. *gambling contract*). Tako na primer življenjska zavarovanja v nekaterih državah niso bila dovoljena, ker jih je katoliška cerkev obravnavala kot igranje iger na srečo z življenjem ljudi. Bistvo iger na srečo je ustvarjanje tveganja. Zavarovanje pa ne ustvarja tveganja, temveč prenese obstoječe tveganje na zavarovalnico (F. J. Outreville (1998), str. 150). Glej tudi sodbo VS RS III Ips 36/2009 z dne 2. marca 2009.



Najstarejša najdena zavarovalna pogodba izvira iz Genove v Italiji. Sklenjena je bila leta 1347, v obliki notarskega akta, nanašala pa se je na pomorsko zavarovanje.<sup>22</sup> Leta 1384 je bila v Pisi sklenjena prva znana zavarovalna polica, in sicer zavarovalna pogodba s fiksno premijo, zavarovanje pa je bilo potrjeno z izdajo listine, ki se je imenovala *polizza*.<sup>23</sup> Prvi zakonski viri zavarovalnega prava so Barcelonska ordonanca (leta 1435), Florentinska ordonanca (leta 1522) in Pomorska ordonanca Ludvika XIV. (leta 1681).<sup>24</sup> Tudi Dubrovniška republika je imela v razvoju pomorskega zavarovanja pomembno vlogo, saj je bil leta 1568 tam sprejet Ordo super assicuratoribus, ki velja za najstarejši zakon o zavarovanju.<sup>25</sup>

Leta 1591 je bilo s pogodbo o zagotavljanju medsebojne pomoči v primeru požarne nevarnosti (Hamburger Feuerkontrakt) med 101 lastnikom hiš ustanovljeno hamburško požarno zavarovanje. Vsak sodelujoči se je zavezal, da bo v primeru požara lastniku uničene hiše namenil 1 odstotek njene vrednosti. Požarna zavarovanja so se močno razmahnila po katastrofalnem londonskem požaru leta 1666. Leta 1667 je bila ustanovljena prva požarna zavarovalnica (Hamburger Feuerkasse), ki deluje še danes in velja za najstarejšo zavarovalnico na svetu.<sup>26</sup>

Leta 1700 je bila ustanovljena znamenita londonska zavarovalnica Lloyd's of London. Ime je dobila po londonski kavarni Edwarda Lloyda, kjer so se zbirali trgovci in sklepali pogodbe o pomorskem zavarovanju.<sup>27</sup> Organizirana je kot združenje posameznikov, ki so se prek zavarovalnice Lloyd zavezali prispevati določen delež v primeru nastanka škodnega dogodka.

Življenjska zavarovanja<sup>28</sup> so se razvila pozneje. Leta 1699 je bila v Londonu ustanovljena prva družba, ki je ponujala življenjska zavarovanja (Society for Life

---

<sup>22</sup> M. Džidić, M. Čurković (2017), str. 39; M. Pavliha *et al.* (2007), str. 41.

<sup>23</sup> Š. Ivanjko (2009), str. 48.

<sup>24</sup> A. Schug (2011), str. 393; D. Mrkšić, Z. Petrović, K. Ivančević (2006), str. 18; W. R. Vance (1908), str. 8, 10.

<sup>25</sup> I. Grabovac (1999), str. 23–26.

<sup>26</sup> Š. Ivanjko (2009), str. 49.

<sup>27</sup> M. Pavliha *et al.* (2007), str. 35; B. Ostojić, N. Lutovac, M. Matić (2016), str. 48.

<sup>28</sup> *Tontine*, kvazizavarovanje, je predhodnik današnjih življenjskih zavarovanj. Uvedel ga je Lorenzo Tontini, ki je kardinalu Mazarenu leta 1652 predlagal oblikovanje sistema za oživljanja francoskih financ. Oblikovala naj bi se društva za 10, 15 ali 20 let, v katerih bi člani plačevali določene zneske. Na dan doživetja bi se ta vložena sredstva razdelila med člane v obliki rente ali glavnice. Če nobeden od članov ne bi doživel določenega datuma, bi tako zbrana sredstva pripadla državi. Tontine so označili celo za skupinsko igro na srečo, zato so bile leta 1959 v Italiji v sistemu zasebnih zavarovanj prepovedane (M. Džidić, M. Čurković (2017), str. 40). Zajete so bile tudi v točki a drugega odstavka 2. člena Direktive 2002/83/ES Evropskega parlamenta in Sveta z dne 5. novembra 2002 o življenjskem zavarovanju (UL L 345, 19. 12. 2002, str. 1), ki se ne uporablja več ter v podtočki i točke b tretjega odstavka 2. člena Direktive 2009/138/ES Evropskega parlamenta in Sveta z dne 25. novembra 2009 o začetku opravljanja in opravljanju dejavnosti zavarovanja in pozavarovanja (Solventnost II) (prenovitev) (UL L 335, 17. 12.

Insurance of Widows and Orphans), za katera so vsi zavarovanci plačevali isto premijo. V leta 1762 ustanovljeni družbi Equitable Society for the Assurance of Life and Survivorship pa so uvedli različne premije, in sicer glede na zavarovančevo starost.<sup>29</sup> V 17. stoletju so pri določanju življenjskih rent začeli uporabljati matematične izračune. Prvi avtorji tovrstnih matematičnih lestvic so bili Nizozemci Jan De Witt (1625–1672), Johannes Hudde (1628–1704) in Christiaan Huygens (1629–1695). Vsi so bili študenti matematike pri profesorju Fransu van Schootnu (1615–1660).<sup>30</sup>

### 2.3 Zgodovina zdravstvenih zavarovanj v Sloveniji

Zametki zavarovalništva v Sloveniji segajo v leto 1452; takrat je bila ustanovljena Bratovščina Slovencev sv. Hieronima v Vidmu, ki jo je mogoče označiti za prvo obliko zavarovalnice, namenjene življenjskim zavarovanjem. Člani so plačali članarino, bratovščina pa jim je v primeru bolezni zagotovila pomoč in oskrbo vdove in sirot, pogrebno in zavarovanje za doto.<sup>31</sup>

Od 16. do 19. stoletja so se razvijala cehovska zdravstvena zavarovanja, ki so zagotavljala pomoč v primeru poškodbe, bolezni ali smrti. Leta 1579 je bil tako sprejet statut ljubljanskega krojaškega ceha, leta 1609 mizarska pravila, leta 1648 ključavničarska in leta 1676 barvarska. Leta 1858 je bila v Lešah pri Prevaljah ustanovljena prva bratovska skladnica. Te ustanove so skrbele za obvezno zdravstveno zavarovanje rudarjev, topilcev in železničarjev (taka primera sta še bratovska skladnica v Mežiški dolini, ustanovljena leta 1863, in na Ravnah na Koroškem, ustanovljena leta 1871).<sup>32</sup> To lahko označimo za začetke delavskega zavarovanja v Sloveniji.<sup>33</sup>

---

2009, str. 1). Obe direktivi tontine opredelujeta kot posle, s katerimi so združenja naročnikov ustanovljena z namenom, da skupaj kapitalizirajo svoje prispevke in nato sredstva, ki se tako naberejo, porazdelijo med preživele ali med upravičence pokojnih. Ta institut pozna tudi Zakon o zavarovalništvu (ZZavar-1, Ur. l. RS, št. 93/15); opredeljuje ga kot zavarovanje, pri katerem se skupina zavarovalcev dogovori, da bo skupno kapitalizirala svoje prispevke in razdelila tako kapitalizirano premoženje med tiste zavarovance, ki doživijo določeno starost, oziroma med dediče umrlih zavarovancev oziroma med upravičence, ki so jih določili umrli zavarovanci (22. točka drugega odstavka 7. člena ZZavar-1). Kljub zakonski ureditvi jih leta 2017 na slovenskem zavarovalnim trgu ni bilo, saj je njihov delež znašal 0 odstotkov (Slovensko zavarovalno združenje (2018)).

<sup>29</sup> M. Džidić, M. Čurković (2017), str. 41.

<sup>30</sup> J. E. Ciecka (2008), str. 59–63; P. Šulejčić (2005), str. 32.

<sup>31</sup> M. Pavliha *et al.* (2007), str. 42; T. Šker (2010), str. 5.

<sup>32</sup> D. Keber *et al.* (2003), str. 6; G. Strban (2005), str. 18; M. Toth (2003), str. 431.

<sup>33</sup> Z. Zupanič Slavec (2010), str. 173.

Leta 1888 je Avstro-Ogrska sprejela Zakon o obveznem bolniškem zavarovanju, s čimer je sledila Nemčiji. Uvedla je tudi najstarejši sistem zdravstvenega zavarovanja – Bismarckov model.<sup>34</sup> V njem so delavci prispevali dve tretjini zdravstvenega zavarovanja, kar ni smelo preseči 3 odstotkov njihove plače, tretjino pa je prispeval delodajalec. Obvezni prispevki so omogočali, da se je delavcem, ki so postali začasno ali trajno nesposobni za delo in za ustvarjanje dohodka, iz blagajne zagotovila pomoč.<sup>35</sup> Po uvedbi tega zakona na Slovenskem (leta 1889) je bila v Ljubljani ustanovljena prva okrajna bolniška blagajna, sledile pa so še številne druge. Bolniške blagajne so temeljile na načelu solidarnosti, ki je zaposlenim in njihovim družinam zagotavljalo določeno socialno varnost in zdravstveno oskrbo.<sup>36</sup>

V Kraljevini SHS oziroma Jugoslaviji v obdobju 1918–1945 se je sistem solidarnosti z uvedbo bolniškega in nezgodnega zavarovanja delavcev okrepil. Leta 1922 je bil namreč sprejet Zakon o zavarovanju delavcev, ki je predpisoval obvezno zavarovanje. Vanj so bila zajeta zavarovanja za bolezen, nezgode, onemoglost, starost in smrt. Ni pa bilo vključeno zavarovanje za primer brezposelnosti. Skleniti je bilo mogoče tudi individualna zavarovanja, ki so zavarovancem ponujala enake ali boljše možnosti socialnega zavarovanja.<sup>37</sup> Zakon je ločeno uredil tudi nezgodno zavarovanje.<sup>38</sup>

Leta 1946 je bil ustanovljen Zavarovalni zavod Slovenije, ki je deloval v sklopu jugoslovanskega Državnega zavarovalnega zavoda. Leta 1952 so bili na Slovenskem ustanovljeni okrajni zavodi za socialno zavarovanje, ki so združevali pokojninsko, invalidsko in zdravstveno zavarovanje. V skladu s socialističnim pojmovanjem je bilo na novo urejeno tudi zdravstveno zavarovanje.<sup>39</sup> Zdravstveno zavarovanje se je po drugi svetovni vojni financiralo iz enotnega socialnega zavarovanja (po načelu enakosti), ki je bilo enako za vse zaposlene, upokojene in družinske člane. Ta ureditev je bila uvedena leta 1946 z Zakonom o socialnem zavarovanju delavcev, nameščencev in uslužbencev. Leta 1950 so bili z Zakonom o socialnem zavarovanju delavcev in uslužbencev in njihovih družin v sistem vključeni še državni uslužbenci, vendar so jih pozneje spet izločili.<sup>40</sup> Zvezna ljudska skupščina je leta 1962 sprejela

---

<sup>34</sup> Imenovan je po nemškem kanclerju Ottu von Bismarcku, ki je nemškemu parlamentu predlagal uvedbo obveznega zdravstvenega zavarovanja za delavce (glej več G. Strban (2005), str. 21; R. Hess (2007), str. 40 in nasl.

<sup>35</sup> M. Toth (2003), str. 146.

<sup>36</sup> Z. Zupanič Slavec (2010), str. 173.

<sup>37</sup> F. Kresal (1998), str. 19; D. Keber *et al.* (2003), str. 63; G. Strban (2005), str. 22.

<sup>38</sup> Z. Zupanič Slavec (2010), str. 175; G. Strban (2005), str. 24–25.

<sup>39</sup> Z. Zupanič Slavec (2010), str. 177.

<sup>40</sup> D. Keber *et al.* (2003), str. 64.

Zakon o zdravstvenem zavarovanju, na podlagi katerega so se v zavarovanje vključile nekatere skupine, ki do takrat niso imele nobenih pravic na tej podlagi (na primer kmetje in družinski člani). Leta 1972 je bilo uvedeno univerzalno zdravstveno zavarovanje, ki je bilo financirano iz proračuna. To obdobje velja za dobo nacionalnega zdravstvenega zavarovanja. V obvezno zavarovanje se je vključilo skoraj celotno prebivalstvo.<sup>41</sup> Zaradi razširjenega uveljavljanja pravic na podlagi osnovnega zdravstvenega zavarovanja je bila leta 1978 uvedena participacija, tj. znesek, ki se je plačal ob prvem obisku zdravnika v obračunskem obdobju. Namen participacije je bilo preprečiti nepotrebno obiskovanje zdravnikov. Participacija je imela vzgojni namen, saj je pri uporabnikih krepila individualno odgovornost za lastno zdravje in spodbujala odgovoren odnos do uporabe zdravstvenih storitev.<sup>42</sup> V obdobju pred slovensko osamosvojitvijo so se zaradi gospodarske nestabilnosti in političnih sprememb krepile težave s financiranjem zdravstva. Leta 1990 je skrb za zdravstveno zavarovanje prevzela republiška uprava za zdravstveno zavarovanje, ki je delovala v sestavi Ministrstva za zdravje. Takšna ureditev se je ohranila do leta 1992, ko je bil v Republiki Sloveniji sprejet nov, slovenski zakon.<sup>43</sup>

### 3 Izhodišča zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji

Leto 1991 je na področju zdravstvenega zavarovanja pomenilo veliko prelomnico. Slovenija je postala samostojna država. Novim okoliščinam je bilo treba prilagoditi tudi zdravstveno zavarovanje. Tako sta bila 1. marca 1992 sprejeta ključna zakona – Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ)<sup>44</sup> ter Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej).<sup>45</sup> Nova zakonodaja je na področju zdravstvenega zavarovanja pomenila veliko reformo. Plačevanje participacije je bilo opuščeno, del izdatkov zdravstvenega zavarovanja pa se je po novem plačeval iz zasebnih sredstev.

Zdravstveno zavarovanje ureja ZZVZZ. V 12. členu določa, da je zdravstveno zavarovanje obvezno in prostovoljno. Nosilec obveznega zavarovanja je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), prostovoljno zdravstveno zavarovanje pa izvajajo zavarovalnice. Prostovoljno zdravstveno zavarovanje je lahko dopolnilno, nadomestno, dodatno in vzporedno zavarovanje (drugi odstavek 61. člena). Zdravstveno zavarovanje je obvezno za vse osebe, ki izpolnjujejo z zakonom

<sup>41</sup> M. Toth (2003), str. 450; D. Keber *et al.* (2003), str. 64.

<sup>42</sup> A. Jošt-Doma (1983), str. 5; M. Česen (2006), str. 31; G. Strban (2005), str. 210.

<sup>43</sup> D. Keber *et al.* (2003), str. 64; Z. Zupanič Slavec (2010), str. 178.

<sup>44</sup> Ur. l. RS, št. 9/92 in spremembe (zadnja 75/17 – ZIUPTD-A).

<sup>45</sup> Ur. l. RS, št. 23/05 – UPB in spremembe (zadnja 1/19 – odl. US).

predpisane pogoje. Zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju so zavarovanci, naštetih v prvem odstavku 15. člena in prvem odstavku 15.a člena (na primer osebe v delovnem razmerju, osebe, ki opravljajo samostojno dejavnost, lastniki zasebnih podjetij, družinski pomočniki), in po njih zavarovani družinski člani, ki so opredeljeni v 20. do 22. členu (na primer otroci, zakonec).

Obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije vseh stroškov zdravstvenih storitev v njihovi polni ceni, zato ZZVZZ omogoča sklenitev prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Prostovoljna zdravstvena zavarovanja uvrščamo v zavarovalno vrsto zdravstvenih zavarovanj in zavarovalno skupino premoženjskih zavarovanj (drugi odstavek 61. člena). Namenjena so pokritju stroškov zdravstvenih in z njimi povezanih storitev, oskrbe z zdravili in medicinskimi pripomočki ter izplačil dogovorjenih denarnih nadomestil v primeru bolezni, poškodbe ali posebnega zdravstvenega stanja (prvi odstavek 61. člena). Prostovoljna zdravstvena zavarovanja so dopolnilno, dodatno, vzajemno in nadomestno.

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje je prostovoljna oblika zdravstvenega zavarovanja, namenjena pokritju razlike med vrednostjo zdravstvenih storitev in delom te vrednosti, ki ga krije obvezno zdravstveno zavarovanje, oziroma pokritju dela te razlike, ko se doplačilo nanaša na pravico do zdravil z najvišjo priznano vrednostjo in medicinskih pripomočkov (prva alineja drugega odstavka 61. člena).<sup>46</sup> Stroški zdravstvenih storitev so lahko visoki, zato je sklenitev dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja posameznikom v korist, saj bi se lahko zgodilo, da doplačila za zdravstvene storitve sicer ne bi zmogli kriti sami.<sup>47</sup> Dopolnilno zdravstveno zavarovanje tako omogoča vzajemnost med bolnimi in zdravimi, stroški doplačil so preneseni na vse zavarovance. Vendar se je solidarnost med revnimi in bogatimi zaradi enotnih premij (niso vezane na višino dohodka) zmanjšala.<sup>48</sup> Dopolnilno zavarovanje je za posameznika skratka nujno, saj varuje pred visokimi stroški zdravljenja in drugih zdravstvenih storitev. Sklenjeno mora biti pred nastopom škodnega primera (bolezni, nezgode). Po sklenitvi namreč zavarovanec v trimesečnem vmesnem obdobju stroške zdravstvenih storitev pokriva sam. Obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje sta medsebojno povezani

---

<sup>46</sup> Dopolnilno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji ponujajo tri zavarovalnice: Vzajemna, Triglav Zdravje in Adriatic Slovenia.

<sup>47</sup> Primerjaj sodbo VSM I Cp 215/2013 z dne 22. maja 2013: »Zavarovalnica dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, ki ni krila razlike med stroški zdravstvenih storitev in kritjem po obveznem zdravstvenem zavarovanju, od zavarovalca ni upravičena zahtevati plačil premij za isto obdobje. Zavarovalna pogodba je dvostranska, za kakršne po 101. členu OZ velja pravilo sočasne izpolnitve.«

<sup>48</sup> Ministrstvo za zdravje (2012), str. 2.

razmerji. Oseba s prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem ima poleg obveznega, katerega nosilec je ZZZS, še pogodbeno razmerje z zavarovalnico, s katero sklene pogodbo o prostovoljnem dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju. Po mnenju sodne prakse v eni od zadev s tega področja je obvezno zavarovanje po ZZVZZ in splošnih pogojih zavarovalnice nujna predpostavka za sklenitev zavarovalne pogodbe. Splošni pogoji dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja so namreč določali, da pride do prenehanja zavarovalne pogodbe v trenutku, ko zavarovanec izgubi status na podlagi obveznega zdravstvenega zavarovanja.<sup>49</sup>

Iz dodatnega zdravstvenega zavarovanja se zavarovancu pokrijejo stroški zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter oskrbe z zdravili in medicinskimi pripomočki ter izplačajo denarni prejemki, ki niso sestavni del pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja; ta oblika zavarovanja ni niti dopolnilno niti nadomestno zdravstveno zavarovanje (3. točka drugega odstavka 61. člena ZZVZZ). Zato ga je mogoče opredeliti kot nadstandardno zdravstveno zavarovanje; zavarovancu zagotavlja višji standard pravic, kakor mu jih daje obvezno zdravstveno zavarovanje, saj krije stroške zdravstvenih storitev, ki z obveznim niso zajeti. Ponudba dodatnega zdravstvenega zavarovanja pri zavarovalnicah je zelo raznolika. Ena ključnih prednosti te oblike zavarovanja je zagotavljanje hitrejšega dostopa do zdravnika specialista, s čimer se je mogoče izogniti dolgim čakalnim vrstam. Med nadstandardnimi storitvami pogosto omenjajo še hitrejši dostop do operacije, pravico bivati v času bolnišnične oskrbe sam v sobi, pokritje stroškov za zdravila, predpisana z belim receptom. Možna so tudi izplačila denarnih nadomestil, kot je na primer nadomestilo za operacijo. Zavarovalnice v dodatna zavarovanja vključujejo različna nadomestila. Obseg kritja dodatnega zdravstvenega zavarovanja in iz njega izhajajočih pravic je torej odvisen od sklenjenega zavarovalnega paketa.<sup>50</sup>

Nadomestno zdravstveno zavarovanje je namenjeno osebam, ki po predpisih Republike Slovenije ne morejo biti obvezno zavarovane. Iz te oblike zavarovanja se največ v obsegu standarda obveznega zdravstvenega zavarovanja pokrijejo stroški zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter oskrbe z zdravili in medicinskimi pripomočki (2. točka drugega odstavka 61. člena ZZVZZ).

---

<sup>49</sup> Tako sodba VSL II C.p 2594/2017 z dne 14. aprila 2017.

<sup>50</sup> Zavarovalnica Triglav (2016).

Vzporedno zdravstveno zavarovanje krije stroške zdravstvenih in z njimi povezanih storitev ter oskrbe z zdravili in medicinskimi pripomočki, ki so sicer pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, vendar jih zavarovanci uveljavljajo po drugačnih postopkih in pod drugimi pogoji, kot jih predpisuje obvezno zdravstveno zavarovanje (4. točka drugega odstavka 61. člena ZZVZZ).

#### **4 Nepravilnosti: težave pri ločevanju med dopolnilnim in dodatnim zdravstvenim zavarovanjem**

Raziskava, ki smo jo opravili med potrošniki na vzorcu 100 anketiranih, je bila usmerjena na najbolj razširjeni obliki prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, dopolnilno in dodatno. Pri tem je bila posebna pozornost namenjena ločevanju med njima, kar je v vsakdanjem življenju večkrat problematično, saj ju pogosto enačijo. Zakonska definicija med njima jasno razmejuje (glej 1. in 3. točko drugega odstavka 61. člena ZZVZZ). Dopolnilno zdravstveno zavarovanje varuje pred stroški zdravstvenih storitev, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije v celoti,<sup>51</sup> dodatno zdravstveno zavarovanje pa krije stroške nadstandardnih zdravstvenih storitev (na primer hitrejši dostop do zdravnika specialista, operacije) oziroma storitev, ki bi jih morali sicer v celoti poravnati samoplačniško. Ker je osnovni namen dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja dopolnitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, naj bi ga sklenil vsakdo, ki ima v Sloveniji urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje, saj se s tem izogne plačilu nepotrebnih stroškov. Namen dodatnega zdravstvenega zavarovanja pa je na podlagi plačila zavarovalne premije omogočiti hiter dostop do zdravstvenih storitev oziroma višji standard zdravstvenih storitev.<sup>52</sup>

V raziskavi je bilo ugotovljeno, da imajo težave pri ločevanju tudi ponudniki zavarovanj (tako zavarovalnice kot njihovi zaposleni), ne samo potrošniki. Na spletni strani enega od ponudnikov sklenitve zavarovanja je na primer objavljena trditev, da sta dopolnilno in dodatno zdravstveno zavarovanje sopomenki, kar ni pravilno in potrošnika lahko zavede. V sklopu raziskave je bilo opravljeno tudi povpraševanje na dveh spletnih straneh slovenskih zavarovalnic. Zaposleni so na vprašanje »Kaj je dodatno zdravstveno zavarovanje« pojasnili, da je to dopolnilno zdravstveno

---

<sup>51</sup> Primer: z obveznim zavarovanjem je zagotovljeno plačilo zdravstvenih storitev najmanj 80 odstotkov vrednosti za storitve v zvezi z zagotavljanjem in zdravljenjem zmanjšane plodnosti in zdravljenjem zmanjšane plodnosti in umetno oploditvijo, sterilizacijo in umetno prekinitvijo nosečnosti (prva alineja 3. točke prvega odstavka 23. člena ZZVZZ).

<sup>52</sup> Delež dopolnilnih zdravstvenih zavarovanj je leta 2014 na slovenskem zavarovalnem trgu znašal 23,89 odstotka, medtem ko je bil delež dodatnih zavarovanj zgolj 2,74 odstotka (Slovensko zavarovalno združenje (2015), str. 51).

zavarovanje, in ponudili sklenitev takega zavarovanja, čeprav je bilo v ponudbi zavarovalnice na voljo tudi dodatno zdravstveno zavarovanje.

Zmeda je tudi pri informacijah na spletnih straneh slovenskih zavarovalnic. Nekatere v naslovu spletne strani ponujajo dodatno zdravstveno zavarovanje, čeprav iz vsebine ponudbe jasno izhaja, da gre za dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Internetni ponudnik zavarovanja med drugim navaja, da so pacienti, ki imajo sklenjeno tako obvezno kakor dodatno zdravstveno zavarovanje, oproščeni doplačil za zdravstvene storitve v okviru javnega zdravstva. V nadaljevanju je pojasnjeno, da **dodatno zdravstveno zavarovanje** krije razliko med celotno vrednostjo zdravstvene storitve in vrednostjo, ki se zagotovi iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ponudnik zakonsko opredeljene pojme torej uporablja neustrezno (kljub poskusu pojasnitve), kar je nedopustno, saj gre za dva različna svežnja zavarovalnih storitev v sklopu prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Nedosledna uporaba zakonskih pojmov pri potrošnikih ustvarja zmedo glede namena, pomena in uporabnosti dopolnilnega oziroma dodatnega zdravstvenega zavarovanja.<sup>53</sup>

Tovrstne težave je mogoče zaznati celo na internetnih straneh državnih institucij. Tako je v naslovu prispevka na eni izmed njih uporabljen izraz dodatno zavarovanje, v prispevku pa je pojasnjeno, da je namen tega ukrepa zavarovancem, ki zaradi nezadostnih lastnih sredstev ne zmorejo plačati premije dodatnega zdravstvenega zavarovanja, v celoti zagotoviti zdravstveno oskrbo, v povezavi s pravico do pokritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev. Ugotovimo lahko, da so nepravilnosti pri razmejevanju med dodatnim in dopolnilnim zdravstvenim zavarovanjem pri vseh deležnikih v zdravstvu.

V nadaljevanju raziskave, v empiričnem delu, so bili osnovni pojmi in povezave med njimi preverjeni na podlagi kvantitativne in kvalitativne raziskave.

---

<sup>53</sup> To tudi dejansko potrjuje praksa, saj je kar 55 odstotkov anketiranih, ki so odgovarjali na vprašanje o razlikovanju med dopolnilnim in dodatnim zdravstvenim zavarovanjem, prepričanih, da med njima ni razlike (glej Zavarovalnica Triglav (2018)). Primer dobre prakse z enostavno obrazložitvijo, namenjeno povprečnemu potrošniku, in hkrati poznavanja zakonskih in vsebinskih pojmov je zapis ene izmed slovenskih zavarovalnic: »Dopolnilno zdravstveno zavarovanje vas bo takrat obvarovalo pred doplačili stroškov zdravstvenih storitev, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije v celoti. Dodatno zdravstveno zavarovanje pa bo poskrbelo za hiter dostop do zdravnika specialista brez čakalnih vrst s celovito zdravstveno obravnavo.« Tako Zavarovalnica Triglav (2016).



## **5 Empirični del**

### **5.1 Empirična preveritev anketnega vprašalnika**

Poglobljenemu pregledu literature o poznavanju oblik zdravstvenih zavarovanj in njihovih medsebojnih povezav je sledila empirična raziskava v obliki presečne študije na vzorcu 100 anketiranih naključno izbranih posameznikov iz Slovenije. Na podlagi spoznanj iz literature in navedenih merskih lestvic sta bili opravljeni kvantitativna in kvalitativna raziskava.

Temeljni cilj empirične raziskave je bil z uporabo anketnega vprašalnika preveriti poznavanje pojmov s področja zdravstvenih zavarovanj in distribucije zavarovalnih produktov. Uporabili smo kvantitativno in kvalitativno raziskavo. Potek raziskave je sledil že predstavljenim teoretičnim izhodiščem, ki so bila tudi vsebinska podlaga za zasnovo anketnega vprašalnika. Merjenje je potekalo v časovnem intervalu julij–avgust 2018 in je presečna študija. S fizičnim spraševanjem in s spraševanjem prek e-pošte so bili na opredeljenem vzorcu zbrani podatki, ki so bili nato obdelani s programoma SPSS 21.0 in Excel 2010. Od anketirancev smo pridobili še opisne odgovore na nekatera vprašanja, kar je omogočilo sklepanje o ustreznosti podanega odgovora. Vsebinsko veljavnost merskega instrumenta – navezuje se na značilnosti, ki jih morajo imeti vse enote in instrumenti merjenja, da je rezultat merjenja izraz tega, kar raziskovalec želi dejansko meriti – smo potrdili na podlagi ugotovitev teorije in že znanih merskih instrumentov.<sup>54</sup>

### **5.2 Kvantitativna in kvalitativna analiza anketnih vprašalnikov**

V nadaljevanju so predstavljeni izsledki obeh opravljenih raziskav.

#### **5.2.1 Demografska vprašanja**

Na anketni vprašalnik je odgovorilo 100 anketirancev, med njimi 56 žensk in 44 moških, kar pomeni, da je bilo v anketi udeleženih 56 odstotkov žensk in 44 odstotkov moških, kar prikazuje tudi tabela 1, izdelana s programom SPSS.

---

<sup>54</sup> D. A. Aaker, V. Kumar, G. S. Day (2001).

**Tabela 1: Spol anketirancev**

Spol	sredina	št.	vsota	minimum	% vseh sodelujočih	% vsote
moški	44,000	1	44,0	44,0	50,0 %	44,0 %
ženska	56,000	1	56,0	56,0	50,0 %	56,0 %
skupno		2	100,0	44,0	100,0 %	100,0 %

*Vir: raziskava Analiza pasti v distribuciji zavarovalnih produktov*

Anketiranci so bili razvrščeni v štiri starostne kategorije: do 30 let, 31–40 let, 41–50 let ter 51 let in več. V starostni kategoriji do 30 let je sodelovalo največ, 46 odstotkov, na drugem mestu so bili anketiranci, stari 51 let in več, ki jih je bilo 23 odstotkov, medtem ko jih je bilo v starostni skupini 41–50 let 16 odstotkov, najmanj, 15 odstotkov, pa jih je bilo v starostni skupini 31–40 let.

**Tabela 2: Starost anketirancev**

Starost	sredina	št.	% vsote	vsota
31–40 let	15,000	1	15,0 %	15,0
41–50 let	16,000	1	16,0 %	16,0
51 let in več	23,000	1	23,0 %	23,0
do 30 let	46,000	1	46,0 %	46,0
skupno	25,000	4	100,0 %	100,0

*Vir: raziskava Analiza pasti v distribuciji zavarovalnih produktov*

Sodelujoči so se v anketi opredelili do svoje izobrazbe. Na razpolago je bilo pet stopenj izobrazbe: zaključeno poklicno izobrazbo (III, IV) je imelo 10 odstotkov anketirancev; zaključeno gimnazijo ali srednje poklicno tehniško izobraževanje (V) je imelo največ, 41 odstotkov anketirancev, visokošolski strokovni in univerzitetni program oziroma prvo bolonjsko stopnjo (VI/2) je opravilo 34 odstotkov, magistririj stroke oziroma drugo bolonjsko stopnjo (VII) 13 odstotkov, doktorat znanosti oziroma tretjo bolonjsko stopnjo (VIII/2) pa 2 odstotka anketirancev.

**Tabela 3: Stopnja izobrazbe anketirancev**

<b>Stopnja izobrazbe</b>	<b>sredina</b>	<b>št.</b>	<b>% vsote</b>
doktorat znanosti – tretja bolonjska stopnja (VIII/2)	2,000	1	2,0 %
magisterij stroke – druga bolonjska stopnja (VII)	13,000	1	13,0 %
visokošolski strokovni in univerzitetni program – prva bolonjska stopnja (VI/2)	34,000	1	34,0 %
gimnazija in srednje poklicno tehniško izobraževanje (V)	41,000	1	41,0 %
poklicna izobrazba (III, IV)	10,000	1	10,0 %
skupno		5	100,0 %

*Vir: raziskava Analiza pasti v distribuciji zavarovalnih produktov*

Pri zaposlitvenem statusu anketirancev je bilo na voljo šest možnosti: status dijaka oziroma študenta je imelo 30 odstotkov vseh anketiranih, status nezaposlenega 8 odstotkov, status zaposlenega 48 odstotkov, status samozaposlenega 5 odstotkov, status kmeta 1 anketirani in status upokojenca 8 anketirancev.

**Tabela 4: Zaposlitveni status anketirancev**

<b>Zaposlitveni status</b>	<b>sredina</b>	<b>št.</b>	<b>% vsote</b>
dijak/študent	30,000	1	30,0 %
nezaposlen	8,000	1	8,0 %
samozaposlen	5,000	1	5,0 %
kmet	1,000	1	1,0 %
upokojen	8,000	1	8,0 %
zaposlen	48,000	1	48,0 %
skupno		6	100,0 %

*Vir: raziskava Analiza pasti v distribuciji zavarovalnih produktov*

### 5.2.2 Zdravstvena zavarovanja in distribucija zavarovalnih produktov

Peto vprašanje v anketi je bilo razčlenjeno na 11 podvprašanj. Anketiranci so nanje odgovarjali z »da«, »ne« ali »ne vem«. Pri tem pa smo lahko preverili opažanja, ki smo jih zaznali pri anketirancih. Na tej podlagi je bila kvantitativna analiza podkrepjena še s kvalitativno. Na prvo podvprašanje, »Ali poznate razliko med zavarovalnim zastopnikom in zavarovalnim posrednikom«, je 64 anketirancev odgovorilo, da razliko poznajo, 27 se jih je opredelilo, da je ne poznajo, 9 pa jih je odgovorilo, da

ne vedo. Torej 64 odstotkov anketirancev pozna razliko med zavarovalnim zastopnikom in zavarovalnim posrednikom, 27 odstotkov jih razlike ne pozna, 9 odstotkov pa jih odgovora na vprašanje ni poznalo.

**Tabela 5: Ali poznate razliko med zavarovalnim zastopnikom in zavarovalnim posrednikom**

Vprašanje	sredina	št.	% vsote
da	64,000	1	64,0 %
ne	27,000	1	27,0 %
ne vem	9,000	1	9,0 %
Skupno	33,333	3	100,0 %

*Vir: raziskava Analiza pasti v distribuciji zavarovalnih produktov*

S podvprašanjem »Ali sklepate zavarovanja na lastno pobudo« je bilo ugotovljeno, da 75 odstotkov anketiranih sklepa zavarovanja na lastno pobudo, precej manjši delež, 24 odstotkov, jih ne, 1 anketiranec pa je odgovoril, da ne ve.

**Tabela 6: Ali sklepate zavarovanja na lastno pobudo**

Vprašanje	sredina	št.	% vsote
da	75,000	1	75,0 %
ne	24,000	1	24,0 %
ne vem	1,000	1	1,0 %
Skupno	33,333	3	100,0 %

*Vir: raziskava Analiza pasti v distribuciji zavarovalnih produktov*

Na tretje podvprašanje, »Ali menite, da zavarovalni zastopniki dovolj varujejo vaše interese«, je 37 anketirancev odgovorilo z »da«, 39 z »ne«, 24 pa z »ne vem«. Najvišji delež, 39 odstotkov, jih meni, da zavarovalni zastopniki njihovih interesov ne varujejo dovolj, 37 odstotkov jih meni, da dovolj varujejo njihove interese, 24 odstotkov pa jih ne ve.

**Tabela 7: Ali menite, da zavarovalni zastopniki dovolj varujejo vaše interese**

Vprašanje	sredina	št.	% vsote
da	37,000	1	37,0 %
ne	39,000	1	39,0 %
ne vem	24,000	1	24,0 %
Skupno	33,333	3	100,0 %

*Vir: raziskava Analiza pasti v distribuciji zavarovalnih produktov*

Na podvprašanje »Ali ločite, kakšna je temeljna naloga zavarovalnice in kakšna je temeljna naloga pozavarovalnice« je 29 anketirancev pritrdilo, 58 jih razlike med temeljnima nalogama zavarovalnice in pozavarovalnice ne pozna, 13 pa jih je odgovorilo, da ne vedo. Na nadaljnje konkretno vprašanje teh razlik ni znala opredeliti niti večina anketirancev, ki so dejali, da jih poznajo.

**Tabela 8: Ali ločite, kakšna je temeljna naloga zavarovalnice in kakšna je temeljna naloga pozavarovalnice**

Vprašanje	sredina	št.	% vsote
da	29,000	1	29,0%
ne	58,000	1	58,0%
ne vem	13,000	1	13,0%
Skupno	33,333	3	100,0%

*Vir: raziskava Analiza pasti v distribuciji zavarovalnih produktov*

Pri podvprašanju »Ali znate razložiti razliko med obveznimi in prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovanji« je 87 anketiranih menilo, da znajo razložiti razliko, 6 jih razlike ni znalo razložiti, 7 pa jih je odgovorilo, da ne vedo. Na konkretnije vprašanje s prošnjo, da naj naštejejo nekaj vrst kritja iz prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj, so odgovorili zelo redki.

**Tabela 9: Ali znate razložiti razliko med obveznimi in prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovanji**

Vprašanje	sredina	št.	% vsote
da	87,000	1	87,0 %
ne	6,000	1	6,0 %
ne vem	7,000	1	7,0 %
Skupno	33,333	3	100,0 %

*Vir: raziskava Analiza pasti v distribuciji zavarovalnih produktov*

S podvprašanjem »Ali imate sklenjeno prostovoljno zdravstveno zavarovanje« smo ugotovili, da ga večina, kar 55 odstotkov, nima, 40 odstotkov ga ima, 5 odstotkov vseh anketiranih pa jih ni vedelo.

**Tabela 10: Ali imate sklenjeno prostovoljno zdravstveno zavarovanje**

Vprašanje	sredina	št.	% vsote
da	40,000	1	40,0 %
ne	55,000	1	55,0 %
ne vem	5,000	1	5,0 %
Skupno	33,333	3	100,0 %

*Vir: raziskava Analiza pasti v distribuciji zavarovalnih produktov*

Na podvprašanje »Ali veste, kaj so splošni zavarovalni pogoji« je 56 odstotkov oziroma 56 anketiranih odgovorilo pritrdilno, medtem ko jih je 28 odgovorilo, da ne vedo, kaj so splošni zavarovalni pogoji, 16 pa je odgovorilo z »ne vem«.

**Tabela 11: Ali veste, kaj so splošni zavarovalni pogoji**

Vprašanje	sredina	št.	% vsote
da	56,000	1	56,0%
ne	28,000	1	28,0%
ne vem	16,000	1	16,0%
Skupno	33,333	3	100,0%

*Vir: raziskava Analiza pasti v distribuciji zavarovalnih produktov*

Na podvprašanje »Kadar sklepate prostovoljna zdravstvena zavarovanja, ali imate občutek, da vam zavarovalni zastopnik dovolj pojasni vsa zavarovalna kritja, zlasti pa izključitve oziroma – kaj je vključeno in kaj ne« je največ, 46 anketirancev, odgovorilo pritrdilno, medtem ko jih je 40 menilo, da zavarovalni zastopniki ne pojasnijo vseh kritij in izključitev, 14 pa jih je odgovorilo z »ne vem«. Pomembnost zagotavljanja visoke ravni strokovnosti in usposobljenosti zavarovalnih posrednikov, posrednikov dopolnilnih zavarovanj ter zaposlenih pri zavarovalnicah, ki so vključene v dejavnosti v zvezi s pripravo in prodajo zavarovalnih polic, narekuje tudi Direktiva (EU) 2016/97 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 20. januarja 2016 o distribuciji zavarovalnih produktov (prenovitev) (Direktiva 2016/97).<sup>55</sup> Strokovno znanje posrednikov in posrednikov dopolnilnih zavarovanj ter zaposlenih pri

<sup>55</sup> Direktiva (EU) 2016/97 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 20. januarja 2016 o distribuciji zavarovalnih produktov (prenovitev), UL L 26/19, 2. februar 2016.

zavarovalnicah in pozavarovalnicah mora ustrezati kompleksnosti teh dejavnosti. Za posrednike dopolnilnih zavarovanj bi morala veljati obveznost, da poznajo pogoje polic, ki jih distribuirajo,<sup>56</sup> in po potrebi tudi pravila o obravnavanju zahtevkov in pritožb. Zagotoviti bi bilo treba stalno usposabljanje in razvoj. Tako usposabljanje in razvoj bi lahko zajemala spodbujanje različnih možnosti za učenje, vključno s tečaji, e-učenjem in mentorstvom (28. in 29. uvodna izjava Direktive 2016/97). Enako pomembno je tudi, da imajo osebe v vodstveni strukturi zavarovalnega posrednika ali posrednika dopolnilnih zavarovanj, ki so vključene v distribucijo zavarovalnih produktov, ter zaposleni pri distributerju zavarovanj, ki so neposredno vključeni v distribucijo zavarovalnih produktov, ustrezno raven znanja in sposobnosti glede dejavnosti distribucije. Tako raven znanja in sposobnosti bi bilo treba zagotoviti z izpolnjevanjem posebnih zahtev glede znanja in strokovnosti, ki veljajo za te osebe (31. uvodna izjava Direktive 2016/97).

**Tabela 12: Kadar sklepate prostovoljna zdravstvena zavarovanja, ali imate občutek, da vam zavarovalni zastopnik dovolj pojasni vsa zavarovalna kritja, zlasti pa izključitve oziroma – kaj je vključeno in kaj ne**

Vprašanje	sredina	št.	% vsote
da	46,000	1	46,0 %
ne	40,000	1	40,0 %
ne vem	14,000	1	14,0 %
Skupno	33,333	3	100,0 %

*Vir: raziskava Analiza pasti v distribuciji zavarovalnih produktov*

Odgovori na podvprašanje »Ali ste na splošno zadovoljni z zdravstvenimi zavarovalnimi storitvami in možnostjo zdravstvenih zavarovanj v Sloveniji« so pokazali, da je večina anketirancev, 47 odstotkov, na splošno zadovoljnih, nekaj manj, 34 odstotkov, jih na splošno ni zadovoljnih, 19 odstotkov pa jih na vprašanje ni znalo odgovoriti.

<sup>56</sup> Po določbi prvega odstavka 1. člena Direktive 2016/97 pomeni distribucija zavarovalnih produktov dejavnosti svetovanja, predlaganja ali izvajanja drugih pripravljanih opravil pred sklenitvijo zavarovalnih pogodb, sklepanje takih pogodb ali pomoč pri njihovem vodenju in izvajanju, zlasti v primeru zahtevka, kakor tudi zagotavljanje informacij o zavarovalni pogodbi ali več pogodbah na podlagi meril, ki jih stranka izbere na spletnem mestu ali v drugih medijih, ter zagotavljanje lestvice zavarovalnih produktov, vključno s primerjavo cen in produktov, ali popust na ceno zavarovalne pogodbe, če lahko stranka na koncu postopka neposredno ali posredno sklene zavarovalno pogodbo, z uporabo spletnega mesta ali drugega medija.

**Tabela 13: Ali ste na splošno zadovoljni z zavarovalnimi zdravstvenimi storitvami in možnostjo zdravstvenih zavarovanj v Sloveniji**

Vprašanje	sredina	št.	% vsote
da	47,000	1	47,0 %
ne	34,000	1	34,0 %
ne vem	19,000	1	19,0 %
Skupno	33,333	3	100,0 %

*Vir: raziskava Analiza pasti v distribuciji zavarovalnih produktov*

Podvprašanje »Ali veste, kakšno vlogo ima Agencija za zavarovalni nadzor (AZN)« je razkrilo, da je kar polovica ne pozna, 19 odstotkov jih je odgovorilo, da ne vedo, 31 odstotkov pa jih ve, kakšno vlogo ima AZN. Ti podatki zbuja skrb in so hkrati za AZN spodbuda, da prepozna, da je aktivnosti za prepoznavnost njene vloge in pomena na področju zavarovalništva nujno povečati.

**Tabela 14: Ali veste, kakšno vlogo ima Agencija za zavarovalni nadzor**

Vprašanje	sredina	št.	% vsote
da	31,000	1	31,0%
ne	50,000	1	50,0%
ne vem	19,000	1	19,0%
Skupno	33,333	3	100,0%

*Vir: raziskava Analiza pasti v distribuciji zavarovalnih produktov*

Na zadnje podvprašanje, »Ko se v medijih pojavljajo zapisi o zdravstvenih zavarovanjih, ali to z zanimanjem preberete«, je večina oziroma 68 odstotkov anketiranih odgovorilo, da tega ne preberejo z zanimanjem, 2 odstotka jih je odgovorilo, da ne vedo, 30 odstotkov pa jih z zanimanjem prebere take zapise.

**Tabela 15: Ko se v medijih pojavljajo zapisi o zdravstvenih zavarovanjih, ali to z zanimanjem preberete**

Vprašanje	sredina	št.	% vsote
da	30,000	1	30,0 %
ne	68,000	1	68,0 %
ne vem	2,000	1	2,0 %
Skupno	33,333	3	100,0 %

*Vir: raziskava Analiza pasti v distribuciji zavarovalnih produktov*



Na šesto vprašanje so anketiranci odgovarjali z uporabo ocenjevalne lestvice in svoje strinjanje opredelili z ocenami od 1 do 5, pri čemer so si številke sledile tako: 1 – se ne strinjam, 2 – delno se ne strinjam, 3 – nevtralen, 4 – se delno strinjam, 5 – se popolnoma strinjam. Ocenjevalne lestvice sta sestavljala sklopa strokovnost in poznavanje terminologije. Pri sklopu strokovnost je pri prvi trditvi, »Splošno mnenje o zavarovalništvu je dobro«, večina anketirancev, 43 odstotkov, izbrala številko 3, torej nevtralni odnos. Kar 30 odstotkov se jih s trditvijo delno ne strinja, 10 odstotkov se jih ne strinja, 13 odstotkov se jih delno strinja, le 4 odstotki pa se popolnoma strinjajo.

**Tabela 16: Splošno mnenje o zavarovalništvu je dobro**

Strokovnost	sredina	št.	% vsote
1,0	10,000	1	10,0 %
2,0	30,000	1	30,0 %
3,0	43,000	1	43,0 %
4,0	13,000	1	13,0 %
5,0	4,000	1	4,0 %
Skupno	20,000	5	100,0 %

*Vir: raziskava Analiza pasti v distribuciji zavarovalnih produktov*

Pri drugi trditvi v sklopu strokovnost, »Vaše poznavanje zdravstvenih zavarovanj je dobro«, je večina anketirancev, 36 odstotkov, obkrožila številko 3, ki pomeni, da so do tega nevtralni in svojega znanja o zdravstvenih zavarovanjih ne morejo opredeliti natančneje. S trditvijo se jih 11 odstotkov ni strinjalo, torej njihovo poznavanje o zdravstvenih zavarovanjih ni dobro, 28 odstotkov pa se jih je izreklo, da se delno ne strinjajo, kar pomeni, da njihovo poznavanje zdravstvenih zavarovanj ni povsem ustrezno. Delno se jih je strinjalo 19 odstotkov, le 5 odstotkov pa popolnoma, kar pomeni, da zdravstvena zavarovanja dobro poznajo.

**Tabela 17: Vaše poznavanje zdravstvenih zavarovanj je dobro**

Strokovnost	sredina	št.	% vsote
1,0	11,000	1	11,0 %
2,0	28,000	1	28,0 %
3,0	36,000	1	36,0 %
4,0	19,000	1	19,0 %
5,0	6,000	1	6,0 %
Skupno	20,000	5	100,0 %

*Vir: raziskava Analiza pasti v distribuciji zavarovalnih produktov*

Glede zadnje trditve v sklopu strokovnost, »Poznavanje zdravstvenih zavarovanj v vašem življenju igra pomembno vlogo«, je 22 odstotkov anketiranih menilo, da poznavanje navedene terminologije v njihovem življenju ne igra pomembne vloge, 12 odstotkov pa se jih s trditvijo delno ni strinjalo. Kar 31 odstotkov jih je bilo do trditve nevtralnih, za 22 odstotkov ima poznavanje zdravstvenih zavarovanj v življenju precej pomembno vlogo, samo pri 13 anketiranih pa ima pomembno vlogo.

**Tabela 18:** Poznavanje zdravstvenih zavarovanj v vašem življenju igra pomembno vlogo

Strokovnost	sredina	št.	% vsote
1,0	22,000	1	22,0 %
2,0	12,000	1	12,0 %
3,0	31,000	1	31,0 %
4,0	22,000	1	22,0 %
5,0	13,000	1	13,0 %
Skupno	20,000	5	100,0 %

*Vir: raziskava Analiza pasti v distribuciji zavarovalnih produktov*

Naslednji sklop vprašanj se je navezoval na poznavanje terminologije. Do prve trditve, »Javnost je seznanjena, katera zdravstvena zavarovanja spadajo med obvezna zdravstvena zavarovanja in katera zdravstvena zavarovanja spadajo med prostovoljna zdravstvena zavarovanja«, je večina anketiranih, kar 32 odstotkov, nevtralnih. Nekaj manj, 30 odstotkov, jih je menilo, da se s trditvijo delno strinjajo, 12 odstotkov pa se jih delno ni strinjalo. Deleža teh, ki se s trditvijo popolnoma strinjajo in ne strinjajo, sta bila enaka, po 13 odstotkov.

**Tabela 19:** Javnost je seznanjena, katera zdravstvena zavarovanja spadajo med obvezna zdravstvena zavarovanja in katera zdravstvena zavarovanja spadajo med prostovoljna zdravstvena zavarovanja

Poznavanje terminologije	sredina	št.	% vsote
1,0	13,00	1	13,0 %
2,0	12,00	1	12,0 %
3,0	32,00	1	32,0 %
4,0	30,00	1	30,0 %
5,0	13,00	1	13,0 %
Skupno	20,00	5	100,0 %

*Vir: raziskava Analiza pasti v distribuciji zavarovalnih produktov*

Z naslednjo trditvijo v sklopu poznavanja terminologije, »Dopolnilno zdravstveno zavarovanje ima enak pomen kot dodatno zdravstveno zavarovanje«, se velika večina, kar 65 odstotkov anketiranih, ni strinjala, kar pomeni, da dopolnilno in dodatno zdravstveno zavarovanje po njihovem mnenju nimata enakega pomena. Delno se jih ni strinjalo 11 odstotkov, 12 odstotkov pa jih je bilo do trditve nevtralnih. Vendarle pa se jih je s trditvijo delno strinjalo 7 odstotkov in popolnoma strinjalo 5 odstotkov. Čeprav je delež anketiranih, ki menijo, da razliko poznajo, velik, jim je dodatno vprašanje, naj naštejejo, katere storitve spadajo k dopolnilnemu in katere k dodatnemu zdravstvenemu zavarovanju, povzročalo težave. Kot je bilo pojasnjeno v teoretičnem delu, je to eno problematičnih področij, saj je neločevanje med tema dvema vrstama prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja mogoče zaznati celo v zavarovalni stroki. Zato neločevanje pri potrošnikih ni presenetljivo; lahko je tudi posledica nedoslednega in neustreznega pojmovanja in razlikovanja v zavarovalni stroki. Ta bi morala v razmerju do potrošnikov delovati z ustrezno strokovnostjo, kar bi se zagotovilo z izobraževanji, uporabo ustrezne zavarovalne terminologije na internetnih portalih, ki ponujajo tovrstne zavarovalne produkte, ozaveščanjem javnosti prek medijev ...

**Tabela 20: Dopolnilno zdravstveno zavarovanje ima enak pomen kot dodatno zdravstveno zavarovanje**

Poznavanje terminologije	sredina	št.	% vsote
1,0	65,00	1	65,0%
2,0	11,00	1	11,0%
3,0	12,00	1	12,0%
4,0	7,00	1	7,0%
5,0	5,00	1	5,0%
Skupno	22,00	5	100,0%

*Vir: raziskava Analiza pasti v distribuciji zavarovalnih produktov*

### 5.3 Izsledki raziskave opisnih splošnih pojmov distribucije zavarovalnih produktov

V nadaljevanju so prikazani izsledki raziskave opisnih delov splošnih pojmov distribucije zavarovalnih produktov in zdravstvenih zavarovanj. Anketirani so v nadaljevanju odgovarjali na vprašanje, katera zavarovanja izmed naštetih imajo sklenjena. Na voljo je bilo devet odgovorov. Največji delež anketirancev, kar 98 odstotkov, ima sklenjeno obvezno zdravstveno zavarovanje, nekaj manj, 83 odstotkov, pa dopolnilno. Nekoliko manjši delež, 65 odstotkov, ima sklenjeno

zavarovanje avtomobila – kasko. Naslednje najpogostejše zavarovanje pri anketirancih je zavarovanje hiše, stanovanja, in sicer ga ima 54 odstotkov. Občutno manjši delež anketiranih, 36 odstotkov, ima sklenjeno nezgodno zavarovanje (sebe, partnerja ali otrok). Riziko življenjsko zavarovanje (za primer smrti) ima sklenjeno 21 odstotkov anketiranih, naložbeno življenjsko zavarovanje 13 odstotkov, zavarovanje odgovornosti pa 10 odstotkov anketiranih. Najmanjši delež, 3 odstotki, ima sklenjeno zavarovanje pravne zaščite. Kot prikazuje tudi tabela 21, je najpogostejše zavarovanje med anketiranci obvezno zdravstveno zavarovanje, najmanj pogosto pa zavarovanje pravne zaščite.

**Tabela 21: Katera zavarovanja izmed spodaj naštetih imate sklenjena**

	<b>sredina</b>	<b>št.</b>	<b>% vsote</b>
a) Obvezno zdravstveno zavarovanje	98,00	1	25,6 %
b) Dopolnilno zdravstveno zavarovanje	83,00	1	21,7 %
c) Zavarovanje hiše, stanovanja	54,00	1	14,1 %
d) Zavarovanje avtomobila – kasko	65,00	1	17,0 %
e) Nezgodno zavarovanje (sebe, partnerja ali otrok)	36,00	1	9,4 %
f) Riziko življenjsko zavarovanje (za primer smrti)	21,00	1	5,5 %
g) Naložbeno življenjsko zavarovanje	13,00	1	3,4 %
g) Zavarovanje odgovornosti	10,00	1	2,6 %
h) Zavarovanje pravne zaščite	3,00	1	0,8 %
Skupno	42,56	9	100,0 %

*Vir: raziskava Analiza pasti v distribuciji zavarovalnih produktov*

Anketni vprašalnik se je zaključil z dvema vprašanjema z odprtim tipom odgovorov, pri katerih je bila opravljena kvalitativna analiza. Pri vprašanju »Ali imate vi osebno slabe izkušnje z zavarovalnicami« smo dobili med drugim podatek, da 69 odstotkov vprašanih osebno še nikoli ni imelo tovrstnih slabih izkušenj. Samo 31 odstotkov pa jih je z gotovostjo zatrdilo, da so imeli osebno slabe izkušnje z zavarovalnicami. Ti so bili povprašani po konkretnem razlogu. Zanimivo je, da so negativno izkušnjo z zavarovalnico vsi povezali z izplačili odškodnin oziroma zavarovalnin. Dodatno je bilo ugotovljeno, da se je slaba volja pri izplačilu zavarovalnin oziroma odškodnin pojavila zaradi nepoznavanja splošnih pogojev, ker jih niso prebrali ali jim jih zavarovalni zastopnik oziroma posrednik ni dovolj kakovostno pojasnil. Anketirani so navedli, da zavarovalnice pogosto iščejo razloge, da bi se izognile izplačilu odškodnine oziroma zavarovalnine. Ugotovljeno je bilo, da je nezadovoljstvo anketiranih mnogokrat posledica njihovega nepoznavanja in nebranja zavarovalnih pogojev ter nerazumevanja zavarovalne police. Ne gre pa prezreti, da so anketirani

tudi kritično ocenili, da je bil prenos znanja zavarovalnih zastopnikov oziroma posrednikov na stranke večkrat nekakovosten (na primer prehitro podajanje informacije, prevelika ali premajhna količina informacij, uporaba strokovnega, nerazumljivega jezika, izogibanje konkretnim vprašanjem potrošnikov). Zato bi bilo treba izboljšati raven strokovne usposobljenosti zavarovalnih agentov oziroma posrednikov. To je osnova, da lahko zavarovalna inštitucija deluje kakovostno, uspešno in dolgoročno. Prav tako bi si bilo treba prizadevati za večjo splošno ozaveščenost potrošnikov, torej tako imenovano (zdravstveno) zavarovalno pismenost<sup>57</sup> (angl. *health insurance literacy*). Da bi jo lahko zagotovili, je treba izboljšati tudi zdravstveno pismenost<sup>58</sup> (angl. *health literacy*) in finančno pismenost (angl. *financial literacy*) potrošnikov. Večje ko je poznavanje zavarovalne, zdravstvene in finančne pismenosti, večja je verjetnost, da bo potrošnik sklenil zavarovanje, ki bo ustrezalo njegovim pričakovanjem in ki bo zajelo vse rizike, ki jih želi zavarovati. To bi bilo mogoče zagotoviti s predstavitvami oziroma predavanji za potrošnike, ki se zanimajo za sklenitev kakršnegakoli zavarovanja in bi bili tako seznanjeni z vsemi parametri posamezne vrste zavarovanja. Še enkrat je treba poudariti, da je nujno zagotoviti ustrezno stopnjo vseh treh oblik pismenosti – tudi na strani ponudnikov zdravstvenih zavarovanj, zavarovalnih posrednikov in zavarovalnih zastopnikov.

Zadnje vprašanje anketnega vprašalnika se je navezovalo na predloge zavarovalcev, kako bi zavarovalnica lahko izboljšala poznavanje zdravstvenih zavarovanj med slovenskimi potrošniki. Med vprašanimi jih 36 odstotkov ni imelo nobenega predloga, 64 odstotkov pa jih je podalo različne predloge, na primer izboljšano strokovnost zaposlenih v zavarovalnicah, zaradi česar bi bilo več časa za pojasnila drobnega tiska in zavarovalnih pogojev stranki, javne predstavitve vrst zdravstvenih zavarovanj, portal z vsemi informacijami o zavarovalništvu, tudi statističnimi podatki, večjo pozornost nameniti zavarovanju starejših, večji nadzor nad zavarovalnimi uslužbenci in posledično večje kazni za nekakovostno opravljanje dela, bolj berljive splošne pogoje, manjšo vsiljivost zavarovalnih posrednikov oziroma zastopnikov, uvajanje predmetov o zavarovalništvu že v srednje šole, kajti

---

<sup>57</sup> Zdravstvena pismenost je po eni od definicij opredeljena kot sposobnost iskanja in ocenjevanja informacij o zdravstvenih načrtih, tako da je mogoče izbrati najboljši načrt glede na finančne in zdravstvene okoliščine ter uporabljati ta načrt; Z. A. Parragh, D. Okrent (2015), str. 2. Več o zavarovalni (ne)pismenosti potrošnikov glej tudi G. Loewenstein *et al.* (2013), str. 851 in nasl.

<sup>58</sup> Regionalna pisarna WHO za Evropo je leta 2013 oblikovala razširjeno definicijo zdravstvene pismenosti. Zdravstvena pismenost tako zajema pismenost in obseg znanja ljudi, motivacijo in sposobnosti za dostop, razumevanje, ocenjevanje in uporabo informacij o zdravju, da bi lahko v vsakdanjem življenju presodili in sprejeli odločitve, povezane z zdravstveno nego, preprečevanjem bolezni in promocijo zdravja z namenom ohranitve ali izboljšanjem kakovosti življenja v vseh življenjskih obdobjih (WHO Regional Office for Europe (2013)). Več o zdravstveni pismenosti glej S. Kraljić (2017) v: S. Kraljić *et al.*, str. 127–139.

zavarovanje je osnovna dobrina posameznika, ki jo mora imeti vsak, vsaj obvezno zdravstveno zavarovanje.

Zavarovalništvo je v medijih pogosto prikazano negativno. Na podlagi rezultatov analize je mogoče ugotoviti, da sta krivca za slab ugled nepoznavanje tematike pri potrošnikih ter nestrokovnost (neetičnost?) zavarovalnih uslužbencev, kar pri potrošnikih povzroča zmedo in nezaupanje do zavarovalne stroke. Zagotoviti je treba, da bodo zavarovalni posredniki in zavarovalnice, ki laičnim strankam svetujejo o zavarovalnih produktih ali jih prodajajo, imeli ustrezno raven znanja in usposobljenosti glede produktov v ponudbi. Tako znanje in usposobljenost sta še posebej pomembna zaradi vse večje kompleksnosti in stalnih inovacij pri oblikovanju zavarovalnih produktov. Zaposleni naj imajo dovolj časa in primerne vire, da strankam lahko zagotovijo vse relevantne informacije o produktih, ki jih ponujajo (33. uvodna izjava Direktive (EU) 2016/97). Zavarovalnice pa naj zagotovijo tudi razumljive opise svojih zavarovalnih produktov.<sup>59</sup>

Svetovna zdravstvena organizacija poudarja, da je povečanje zavarovalne pismenosti za družbo ključnega pomena, saj lahko pripelje do zmanjšanja stroškov v zdravstvu, do izboljšanja kakovosti oskrbe in izboljšanja zadovoljstva pacientov. Povečalo bi se tudi zaupanje tako v zavarovalništvo kakor v zdravstveni sistem. Takšna situacija v korist vseh je najboljše izhodišče za uspeh<sup>60</sup> in zadovoljstvo vseh udeležениh.

## 6 Sklep

Namen raziskave Analiza pasti v distribuciji zavarovalnih produktov (varstvo zavarovalcev) je bil ugotoviti, kakšno je znanje o distribuciji zavarovanih produktov in zdravstvenih zavarovanj, predvsem z vidika zavarovalcev kot potrošnikov. Zaradi tega je bila uporabljena anketa z vprašanji, s katerimi smo poskušali pridobiti mnenje anketiranih o zdravstvenem zavarovanju o zavarovalništvu na splošno, preveriti smo želeli njihovo poznavanje zavarovalništva in zavarovalnih pojmov, zanimale pa so nas tudi njihove izkušnje z zavarovalništvom in predlogi za izboljšanje stanja zaupanja v zavarovalništvo.

---

<sup>59</sup> WHO Regional Office for Europe (2013), str. 32.

<sup>60</sup> *Ibidem*, str. 71.

Opravljena raziskava in analiza opozarjata na nepravilnosti in vrzeli, ki se pojavljajo v sklopu zdravstvenih zavarovanj in na splošno v distribuciji zavarovanj. Ugotovljeno je bilo, da je večini zavarovalcem tematika tuja, čeprav so izhodiščno predvidevali, da jo poznajo. Na podlagi dodatnih vprašanj se je zelo hitro ugotovilo, da stopnja nepoznavanje precejšnja. Namen raziskave, analize in članka je opozoriti na nepravilnosti pri distribuciji zavarovalnih produktov, s katerimi se srečujejo potrošniki. Vzrok za te nepravilnosti je slaba strokovna usposobljenost tako na strani ponudnikov zdravstvenih produktov kot na strani potrošnikov. Slednji so v teh razmerjih šibkejša stranka in se zanesejo na strokovno znanje, ki naj bi ga imeli ponudniki zavarovanj. Kar 40 odstotkov v raziskavi sodelujočih potrošnikov je poudarilo, da od zavarovalnega zastopnika ob sklenitvi zavarovanja niso dobili vseh potrebnih informacij. Če dodamo, da jih je na isto vprašanje še 14 odstotkov odgovorilo z »ne vem« (tabela 12), je mogoče sklepati, da neustrezno izvedena pojasnilna dolžnost ob sklepanju zavarovanja in potrošnikova pomanjkljiva zavarovalna pismenost (sploh ne ve, ali je prejel vse informacije ali ne) vplivata tudi na zaupanje v zavarovalno stroko. Jasno nezadovoljstvo je namreč izrazilo 33 odstotkov anketiranih, in če prištejemo še 19 odstotkov tistih, ki so odgovorili z »ne vem«, lahko ugotovimo, da je samo 47 odstotkov anketiranih zadovoljnih z zavarovalnimi zdravstvenimi storitvami in možnostjo zdravstvenih zavarovanj v Sloveniji (tabela 13). Tak zaključek podpirajo tudi ugotovitve o splošnem mnenju o zavarovalništvu (tabela 16), saj je samo 17 odstotkov anketiranih odgovorilo, da imajo delno in popolnoma dobro mnenje o zavarovalništvu, kar 40 odstotkov jih je delno ali popolnoma zanikalo, da bi imeli dobro mnenje, 43 odstotkov pa se jih je vzdržalo, kar lahko kaže na to, da je zavarovalna pismenost nizka, saj niso mogli oceniti, ali je njihovo splošno mnenje o zavarovalništvu dobro ali slabo. Ugotovimo lahko, da so ugotovitve na podlagi podatkov iz tabel 13 in 16 med seboj usklajene in zaradi tega dober znak, da je obstoječe stanje potrošnikov kakor tudi distributerjev treba izboljšati in ga ustrezno nadgraditi s poznavanjem področja zavarovalništva oziroma konkretno zavarovalnih produktov.

## **Literatura**

- Aaker, David A., Kumar, V., Day, George S. (2001). *Essentials of Marketing Research*. Second Edition. New York: John Wiley & Sons.
- Ciecka, James E. (2008). The First Mathematically Correct Life Annuity Valuation Formula. *Journal of Legal Economics* 15(1), str. 59–63.
- Česen, Marjan (2006). *Reforma zdravstva v Sloveniji*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje.

- Džidić, Miroslav, Ćurković, Marijan (2017). Pravo osiguranja. Pravni fakultet Sveučilišta u Mostaru.
- Grabovac, Ivo (1999). Dubrovački Ordo super assecuratoribus iz 1568. godine – najstariji zakon o (pomorskom) osiguranju na svijetu. Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu, god. 36, št. 1-2, str. 23–26.
- Hess, Reiner (2007). Das Recht der privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen incl. Vertragsarztrecht. V: F. Wenzel (Hrsg.), Handbuch des Fachanwalts – Medizinrecht. Köln: Luchterhand.
- Ivanjko, Šime (2009). Zavarovalno pravo. Maribor: Zavarovalno poslovni inštitut.
- Jošt-Doma, Anka (1983). Participacija v zdravstvu. Naša skupnost, št. 4, str. 5.
- Juhart, Miha, Plavšak, Nina (2004). Obligacijski zakonik (OZ) (posebni del) s komentarjem. Ljubljana: GV Založba.
- Keber, Dušan *et al.* (2003). Zdravstvena reforma: pravičnost, dostopnost, kakovost, učinkovitost – osnutek. Ljubljana: Vlada Republike Slovenije, Ministrstvo za zdravje.
- Kraljić, Suzana (2017). Zdravstvena pismenost kot ključni element za varnost pacientov in zdravstvenih delavcev. V: S. Kraljić (ur.), J. Reberšek Gorišek (ur.), V. Rijavec (ur.), Varnost pacienta in zdravstvenih delavcev: (konferenčni zbornik), 26. posvet Medicina, pravo in družba. Maribor: Univerzitetna založba Univerze, str. 127–139.
- Kresal, France (1998). Zgodovina socialne in gospodarske politike v Sloveniji. Ljubljana: Cankarjeva založba.
- Loewenstein, George *et al.* (2013). Consumers' misunderstanding of health insurance. Journal of Health Economics 32, str. 850–862.
- Ministrstvo za zdravje (2012). Informacija o bistvenih elementih novega Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-1). Dostopno na: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/zakonodaja/nadgradnja/ZZVZZ\\_2012.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/zakonodaja/nadgradnja/ZZVZZ_2012.pdf) (24. januar 2019).
- Mrkšić, Dragan, Petrović, Zdravko, Ivančević, Katarina (2006). Pravo osiguranja. IV. izmenjeno i dopunjeno izdanje. Novi Sad: Privredna akademija.
- Ostojić, Bojana, Lutovac, Nataša, Matić, Marko (2016). Savremeno tržište osiguranja. Pravo – teorija i praksa, br. 1-3, str. 47–62.
- Outreville, Francois J. (1998). Theory and Practice of Insurance. Dordrecht/Boston/London: Kluwer Academic Publishers.
- Parragh, Zsafia A., Okrent, Deanna (2015). Health Literacy and Health Insurance Literacy: Do Consumers Know What They Are Buying? Alliance for Health Reform. Dostopno na: [http://www.allhealthpolicy.org/wp-content/uploads/2017/01/Health-Literacy-Toolkit\\_163.pdf](http://www.allhealthpolicy.org/wp-content/uploads/2017/01/Health-Literacy-Toolkit_163.pdf) (21. 1. 2019).
- Pavliha, Marko *et al.* (2007). Zavarovalno pravo. Druga, spremenjena in dopolnjena izdaja. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
- Schug, Albert (2011). Der Versicherungsgedanke und seine historischen Grundlagen. Göttingen: V&R UniPress.
- Slovensko zavarovalno združenje (2015). Statistični zavarovalniški bilten 2015. Dostopno na: <https://www.zav-zdruzenje.si/wp-content/uploads/2017/10/Statisti%C4%8Dni-zavarovalni%C5%A1ki-bilten-2015.pdf> (24. 1. 2019).
- Slovensko zavarovalno združenje (2018). Statistični zavarovalniški bilten 2018. Dostopno na: <http://szb.zav-zdruzenje.si/#Bilten> (24. 1. 2019).
- Strban, Grega (2005). Temelji obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ljubljana: Cankarjeva založba.
- Šker, Tristan (2010). Osnove zavarovalništva. Ljubljana: Zavod IRC.



- Štiblar, Franjo, Šramel, Filip (2008). Zavarovalništvo Slovenije v 21. stoletju. Ljubljana: Slovensko zavarovalno združenje.
- Šulejić, Predrag (2005). Pravo osiguranja. Beograd: Centar za publikacije.
- Toth, Martin (2003). Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
- Trener, Charles Farley, Gover Ethel Louise, Pau, Agnes Stoddart (1926). The Origin and Early History of Insurance: Including the Contract of Bottomry. London: P. S. King & Son.
- Vance, W. R. (1908). The Early History of Insurance Law. Columbia Law Review, Vol. 8, No. 1, str. 1–17.
- WHO Regional Office for Europe (2013). Health Literacy – The Solid Facts. Dostopno na: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf) (17. 1. 2019).
- Zavarovalnica Triglav (2016). Dopolnilno ali dodatno zdravstveno zavarovanje? Oboje. Dostopno na: <https://vsebovredn.triglav.si/zdravje/dopolnilno-ali-dodatno-zdravstveno-zavarovanje-oboje> (24. 1. 2019).
- Zavarovalnica Triglav (2018). Dostopno na: <https://vsebovredn.triglav.si/zdravje/dodatno-zdravstveno-zavarovanje-ali-dopolnilno> (24. 1. 2019).
- Zupanič Slavec, Zvonka (2010). 120 let zdravstvenega zavarovanja pri Slovencih (1889–2009). Zdravniški vestnik, št. 2, str. 173–18.



# KAZNENA ODGOVORNOST MEDICINSKIH SESTARA

IVAN VUKUŠIĆ

Sveučilište u Splitu, Pravni fakultet, Split, Hrvatska, e-mail: ivan.vukusic@pravst.hr

**Sažetak** U radu se analizira niz doktrinarnih pitanja koja se odnose na status medicinske sestre s aspekta strukovnih zakona i s aspekta kaznene odgovornosti. Posebno je apostrofirana suradnja medicinskih sestara u timu i kaznenopravni elementi koji imaju utjecaja na uzročnost obzirom da utvrđivanje uzročnosti u ovim slučajevima zna stvarati velike probleme. Obzirom da postoje tri vrste kažnjivih radnji za koje medicinske sestre mogu odgovarati, u radu se analizira kaznena, prekršajna i stegovna odgovornost te njihov međusobni odnos. Navedena problematika se razmatra i s aspekta prakse Europskog suda za ljudska prava.

**Ključne riječi:**

zdravstveni radnici,  
tim,  
kaznena  
odgovornost,  
Europski sud za  
ljudska prava.

**Prvi put objavljeno u:**

VUKUŠIĆ, Ivan. Kaznena odgovornost medicinskih sestara V: KURTOVIĆ MIŠIĆ, Anita (ur.), ČIZMIĆ, JOZO (ur.), RIJAVEC, Vesna (ur.), KRALJIĆ, Suzana (ur.), MUJOVIĆ, Hajrija (ur.), ZIBAR, Lada (ur.), KOROŠEC, Damjan (ur.), LJUTIĆ, Dragan (ur.), VUKUŠIĆ, Ivan (ur.) *Zbornik radova s međunarodnog kongresa* : 1. Kongres KOKOZA i 3. Hrvatski kongres medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem, 22. - 24. marec 2019, Rabac, Republika Hrvatska. 1. izd. Pravni fakultet u Splitu: DES, 2019. Str. 193-214.

# CRIMINAL RESPONSIBILITY OF MEDICAL NURSES

IVAN VUKUŠIĆ

University of Split, Faculty of Law, Split, Croatia, e-mail: ivan.vukusic@pravst.hr

**Abstract** The paper analyzes a number of doctrinal issues related to the status of nurses in terms of professional law and criminal liability. Especially apostolic collaboration of medical nurses in the team and criminal law elements that have a causal effect since the determination of causality in these cases can create major problems. Given that there are three types of punishable acts, the paper analyzes the criminal, misdemeanor and disciplinary responsibility and their mutual relationship. The above mentioned issues are also considered from the aspect of the practice of the European Court of Human Rights.

**Ključne besede:**

health workers,  
team,  
criminal  
responsibility,  
European Court of  
Human Rights.

**First published in:**

VUKUŠIĆ, Ivan. Kaznena odgovornost medicinskih sestara V: KURTOVIĆ MIŠIĆ, Anita (ur.), ČIZMIĆ, JOZO (ur.), RIJAVEC, Vesna (ur.), KRALJIĆ, Suzana (ur.), MUJOVIĆ, Hajrija (ur.), ZIBAR, Lada (ur.), KOROŠEC, Damjan (ur.), LJUTIĆ, Dragan (ur.), VUKUŠIĆ, Ivan (ur.) *Zbornik radova s međunarodnog kongresa* : 1. Kongres KOKOZA i 3. Hrvatski kongres medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem, 22. - 24. marec 2019, Rabac, Republika Hrvatska. 1. izd. Pravni fakultet u Splitu: DES, 2019. Str. 193-214.

<https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7.20> DOI  
978-961-286-335-7 ISBN



## 1 Uvod

Niz doktrinarnih pitanja se pojavljuje kod odgovornosti pojedinih članova tima, zajedničke odgovornosti više zdravstvenih radnika, odgovornosti nadređenog za propuštanje dužnog nadzora, odgovornosti podređenog za provođenje upute, utvrđivanje uzročnosti do odgovornosti za instrumente i lijekove (Mišić Radanović, 2017: 149). Tipični rizici mogu nastati zbog nedovoljne kvalifikacije i iskustva pojedinih članova tima, zbog nedovoljne komunikacije i suradnje među njima, zbog neusklađenosti poduzetih mjera i nedostataka u razgraničenju nadležnosti članova tima. Zdravstveni tim čini više osoba, zdravstvenih radnika, zavisno od činjenice koje je djelatnosti, odnosno poslove pojedinih djelatnosti potrebno poduzeti radi pružanja i davanja konkretne zdravstvene usluge. Stoga sastav tima ovisi o vrsti zdravstvenih postupaka koje je potrebno poduzeti prema pacijentu (Klarić & Cvitković, 2016: 217). Danas je vidljivo kako su bolnice ustanove koje zapošljavaju veliki broj stručnjaka vrlo različitih profila te vođa tima nema utjecaja na izbor ljudi, a još manje na kvalitetu njihova znanja i sposobnosti (Flis, 2017: 25; Mišić Radanović, 2017: 149). Građanski aspekt ove odgovornosti polazi od činjenice da zdravstveni radnik koji za vrijeme svoje odsutnosti odredi zamjenika, odgovara samo za njegov izbor i upute koje mu je dao (*culpa in eligendo et instruendo*) (Mišić Radanović, 2017: 150).

Sa gledišta Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Narodne novine, br. 100/18, liječničku grešku čini zdravstveni radnik koji pri pružanju zdravstvene zaštite ne postupi prema pravilima zdravstvene struke i njezinim moralnim i etičkim načelima. Bitna razlika između ova dva tipa odgovornosti je u standardu dužne pažnje koji zdravstveni radnik treba povrijediti da bi uslijedila odgovornost, te cilju koji se želi postići ovim tipovima odgovornosti. Uz ove dvije svakako treba spomenuti i disciplinsku odgovornost, koju sankcioniraju stručne udruge, a najteža sankcija je obično gubitak licence. Odgovornost zdravstvenog radnika je osobna i subjektivna, jer što vrijedi za druga područja, vrijedi i za medicinske djelatnike, a svatko odgovara za svoj čin i u granicama svoje krivnje. Odgovornost liječnika pokriva odgovornost za vlastito ponašanje, odgovornost za sredstva liječenja (instrumente i lijekove - *product liability*), te odgovornost za postupke drugih (članove liječničkog tima - *vicarious liability*) (Malenica & Barišić, 2015: 49-55). Te granice su postavljene u ljudskoj prirodi (*ultra posse nemo tenetur*), pa se ni zdravstveni radnik ne čini odgovornim za nemoguće.

## 2 Pojam medicinske sestre

Prije analiziranja problematike odgovornosti medicinskih sestara, potrebno je najprije definirati pojam medicinske sestre. Definicija medicinske sestre je dana u Zakonu o sestrinstvu, Narodne novine, br. 121/03, 117/08, 57/11. Odredbe Zakona o sestrinstvu koje se odnose na medicinske sestre opće njege/medicinske tehničare opće njege (u daljnjem tekstu: medicinske sestre) na odgovarajući način primjenjuju se i na osobe sa zanimanjem: medicinska sestra/tehničar opće njege, medicinska sestra-medicinski tehničar, medicinska sestra općeg smjera, medicinska sestra – tehničar općeg smjera, medicinska sestra-medicinski tehničar specijalist (uz dodatak naziva specijalizacije), viša medicinska sestra, viša medicinska sestra bolničkog smjera, viša medicinska sestra dispanzersko-patronažnog smjera, prvostupnica sestrinstva, stručna prvostupnica sestrinstva, sveučilišna prvostupnica sestrinstva, prvostupnica sestrinstva specijalist (uz dodatak naziva specijalizacije), magistra sestrinstva, diplomirana medicinska sestra te doktor znanosti sestrinstva.

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti propisano je da se zdravstvenim radnicima smatraju osobe koje imaju obrazovanje zdravstvenog usmjerenja i koje neposredno, kao svoje zanimanje, pružaju zdravstvenu zaštitu stanovništvu, pri tom obvezno poštujući moralna i etička načela zdravstvene struke. Pojmom zdravstveni radnici su obuhvaćeni doktori medicine, doktori dentalne medicine i drugi zdravstveni radnici kao i medicinske sestre, tehničari, laboranti odnosno osobe koje obavljaju poslove iz djelokruga osoba u vezi s zdravstvenim tretmanom pacijenta, a koji poslovi nisu liječnički. Kao počinitelji kaznenih djela se mogu pojaviti i zdravstveni suradnici kao osobe koje nisu završile obrazovanje zdravstvenog usmjerenja, a rade u zdravstvenim ustanovama i sudjeluju u dijelu zdravstvene zaštite.

Prava i obveze medicinskih sestara su propisane Zakonom o sestrinstvu a sastoje se od provedbe postupaka iz područja zaštite zdravlja i prevencije bolesti, vođenja sestriinske dokumentacije kojom se evidentiraju svi provedeni postupci tijekom 24 sata (Bojić, Mojsović&Markotić), pravovremenog izvješćivanja liječnika o stanju bolesnika, posebice o promjeni zdravstvenog stanja. Medicinska sestra s temeljnom naobrazbom iz članka 7. Zakona o sestrinstvu sudjeluje u planiranju, pripremanju i provođenju i/ili u izvođenju medicinsko-tehničkih zahvata zdravih i bolesnih pojedinaca svih životnih dobi, potiče i/ili pomaže bolesniku u zadovoljavanju osnovnih životnih aktivnosti poštujući njegovo ljudsko dostojanstvo i kulturološke različitosti, odgovorna je za evidentiranje svih provedenih postupaka i aktivnosti

provođenja zdravstvene/sestrinske njege tijekom 24 sata. Kompetencije medicinske sestre sa završenom specijalističkom izobrazbom te poslijediplomskim sveučilišnim studijem određen je popisom izlaznih kompetencija/ishodima učenja sukladno propisima o specijalističkom usavršavanju medicinskih sestara, odnosno propisima o visokim učilištima, koje se nadovezuju na temeljne sestrinske kompetencije. Medicinska sestra ne smije provoditi postupke koji nisu u području njezine djelatnosti, a mogu izravno ili neizravno naštetiti bolesniku. Kontrolu kvalitete zdravstvene njege provodi za to posebno educirana medicinska sestra kao član tima koji imenuje poslodavac u suradnji s ministarstvom nadležnim za zdravstvo i Hrvatskom komorom medicinskih sestara. Kontrola kvalitete rada medicinskih sestara naročito obuhvaća: plan zdravstvene njege, provođenje postupaka zdravstvene njege, rezultate zdravstvene njege i utjecaj zdravstvene njege na zdravstveni status bolesnika.

Da bi se osigurala kvaliteta rada medicinskih sestara, Pravilnik o pravima i odgovornostima medicinskih sestara propisuje prava medicinske sestre koja proizlaze iz sestrinskog zvanja i naročito su slijedeća:

- pravo na standard stručnog rada
- pravo na stručno usavršavanje
- pravo na stručnu pomoć i stručne savjete drugih medicinskih sestara
- pravo na odgovarajuću nagradu za rad
- pravo na zaštitu u obavljanju poziva
- pravo na materijalno obeštećenje u slučaju tjelesnih ili duševnih povreda ili smrti zadobivenih tijekom profesionalne aktivnosti
- pravo na etičko ponašanje poslodavaca
- pravo na priziv savjesti ako time ne dovodi u opasnost život pacijenta
- pravo odbiti daljnju uslugu pacijentu koji se svjesno ponaša nedolično, uvredljivo ili prijeteci osim ako pacijentu prijeti opasnost za život kada mu je medicinska sestra dužna pomoći
- pravo na etičko ponašanje kolega
- pravo na znanstveno istraživački rad
- pravo na zaštitu od ugrožavanja ugleda i dostojanstva medicinske sestre

### 3 Hrvatska komora medicinskih sestara

Da bi zaštitile i unaprijedile svoju profesiju, osnovana je Hrvatska komora medicinskih sestara. Komora medicinskih sestara propisuje javne ovlasti koje su od iznimnog značaja za rad u timu. Posebno treba istaknuti neke javne ovlasti kao što su suradnja s obrazovnim ustanovama i stručnim sestrinskim društvima u provođenju trajnog stručnog usavršavanja te vrednovanja i provjere stručnosti medicinskih sestara; predlaganje ministru nadležnom za zdravstvo sadržaj sestrinske dokumentacije; utvrđivanje načina i uvjeta pod kojima se obavlja stručni nadzor nad radom medicinskih sestara; utvrđivanje najniže cijene zdravstvene njege za medicinske sestre izvan osnovne mreže zdravstvene djelatnosti; utvrđivanje cijene zdravstvene njege iz opsega privatnog zdravstvenog osiguranja; utvrđivanje povrede radnih dužnosti medicinskih sestara. Komora surađuje s državnim tijelima i tijelima lokalne i područne (regionalne) samouprave, sindikatima u koja se udružuju medicinske sestre te stručnim sestrinskim udrugama u rješavanju problema u struci medicinskih sestara. Komora odlučuje o suradnji s drugim komorama zdravstvenih radnika u Republici Hrvatskoj kao i sa komorama medicinskih sestara drugih država.

### 4 Usavršavanje

Medicinske sestre su svjesne svoje odgovornosti i standarda koji se očekuje od njihova rada. Potreba trajnog stručnog usavršavanja nije nepoznata niti jednoj medicinskoj sestri. Samom odlukom o izboru profesije, medicinske sestre su se opredijelile za to da će cijeli svoj radni vijek učiti i usvajati nova znanja i vještine te ih prenositi na druge. Svjedoci smo eksplozivnog rasta pristupu informacija putem interneta. Potrebno je prihvatiti *online* izvore znanja (Fruk Marinković, 2014: 33). Međutim, veoma je važno posjedovati vještine potrebne za evaluaciju kvalitete informacija na internetu. Za uspješnu realizaciju navedenog, vodeću ulogu imaju sestre edukatori koje moraju prakticirati i zahtijevati standarde informacijske pismenosti, a obveza je svih medicinskih sestara da isto uključe u svoju svakodnevnu praksu (Fruk Marinković, 2014: 34).

Uzimajući u obzir kompleksne poslove u timu i činjenicu da Hrvatska komora utvrđuje povrede radnih dužnosti medicinskih sestara koje se sastoje od disciplinskih povreda i disciplinskih mjera, medicinske sestre se moraju kontinuirano usavršavati. Dodatno usavršavanje medicinskih sestara, pored osnovnog obrazovanja, propisano je i u Zakonu o sestrinstvu. Dodatno usavršavanje medicinskih sestara provodi se u



slučaju kada opseg i složenost poslova i očekivanih rezultata zahtijevaju dodatnu edukaciju, odnosno specijalizaciju iz određenoga područja zdravstvene zaštite. Medicinske sestre imaju pravo i obvezu stručnog usavršavanja stalnim obnavljanjem stečenih znanja i usvajanjem novih znanja i vještina, u skladu s najnovijim dostignućima i saznanjima iz područja sestrinstva. Također, Vijeće hrvatske komore medicinskih sestara je 20. veljače 2004. godine donijelo Pravilnik o sadržaju, rokovima i postupku trajnog/stručnog usavršavanja i provjere stručnosti medicinskih sestara. Ovim Pravilnikom utvrđuje se sadržaj, rokovi i postupak trajnog/stručnog usavršavanja i provjere stručnosti medicinskih sestara u smislu članka 12. Zakona o sestrinstvu koji govori o pravu i obvezi trajnog stručnog usavršavanja. Medicinske sestre dužne su stalno obnavljati stečena znanja i usvajati nova znanja u skladu s najnovijim dostignućima i saznanjima iz područja sestrinstva. Prema ovom Pravilniku, medicinske sestre su obvezne trajno/stručno se usavršavati i provjeravati stručnost radi stjecanja uvjeta za produženje odobrenja za samostalan rad. U svrhu trajnog/stručnog usavršavanja medicinskih sestara, Komora je obvezna vrednovati trajno/stručno usavršavanje medicinskih sestara.

Medicinska sestra mora održavati svoje znanje i vještine u toku sa suvremenim znanjima kroz svoj cijeli radni vijek. Trebala bi redovito sudjelovati u obrazovnim aktivnostima koje razvijaju njene sposobnosti i vještine za rad. Medicinska sestra mora jasno odrediti granice svoje stručne kompetencije te tako raditi i prihvatiti odgovornost za aktivnosti za koje je osposobljena. Ako je neki postupak iznad stupnja kompetencije medicinske sestre ili izvan djelokruga njegovog rada, mora zatražiti pomoć i nadzor od kompetentnih stručnjaka, a ne smije provoditi takav postupak, ako bi mogla izravno ili neizravno naštetiti bolesniku. Medicinska sestra mora raditi s ostalim članovima tima na razvoju zdravstvene njege koji pridonosi sigurnom, terapijskom i etičkom radu. U okolnostima u kojima ne može ukloniti posljedice koje bi mogle ugroziti standarde struke, medicinska sestra mora o tome izvijestiti pretpostavljenu osobu pismenim izviješćem. Glavna medicinska sestra i voditelj tima zdravstvene njege imaju posebnu odgovornost prema pacijentima i kolegicama. Ako bi bile suočene s profesionalnom nedoumicom, uvijek im na prvom mjestu mora biti interes i sigurnost pacijenata. Ukoliko se očito kršenje ovog Kodeksa nikako ne može razriješiti na kolegijalan i neformalan način, medicinska sestra dužna je izvijestiti Hrvatsku komoru medicinskih sestara, koja će poduzeti potrebne mjere. Medicinska sestra odnosit će se prema drugim medicinskim sestrama onako kako bi ona željela da se one odnose prema njoj. Ako druga medicinska sestra zatraži od nje stručni savjet i pomoć, pružit će joj pomoć

nesebično i prema svom najboljem znanju. Informatizacija je nazočna u gotovo svim segmentima sestrištva, npr. vođenje dokumentacije u elektroničkom obliku, unos i razmjena podataka elektroničkim putem, pretraživanje medicinskih baza podataka u cilju trajnog usavršavanja, itd. Brzi porast količine i kvalitete znanja u području zdravstvene skrbi zahtijeva kontinuiranu edukaciju za medicinske sestre. Medicinske sestre, trajno se educirajući, sudjeluju u prijenosu informacija pacijentima, njihovim skrbnicima i obiteljima te na taj način utječu na promjenu njihovih postupaka i stavova. Značajna skupina koju sestre educiraju jesu mlađi kolege i kolegice – studenti sestrištva.

## 5 Rad u timu

Etički kodeks medicinskih sestara propisuje da su medicinske sestre dužne čuvati profesionalnu tajnu, surađivati s ostalim članovima tima, održavati svoje stručno znanje i sposobnosti, biti osoba od povjerenja, djelovati tako da prepozna rizik kod pacijenata i svede ga na najnižu moguću razinu. Medicinska sestra osobno je odgovorna za svoj rad. To znači da odgovara za svoje postupke i propuste, bez obzira na savjete ili upute drugih stručnjaka. Medicinska sestra mora se držati zakona. Ona mora prepoznati i poštovati ulogu pacijenata kao partnera u zdravstvenoj njezi te njegov doprinos toj njezi. Rad u timu je posebno apostrofirano u Etičkom kodeksu medicinskih sestara. Medicinska sestra mora surađivati sa svim članovima tima te cijeniti vještine i doprinose kolegica. Prema njima se mora ponašati pravedno i bez diskriminacija. Medicinska sestra mora ostvariti djelotvornu komunikaciju i dijeliti svoje znanje i vještine s ostalim članovima tima, što je i potrebno za dobrobit pacijenata. Sestrinska dokumentacija je sredstvo komunikacije unutar tima. Medicinska sestra je odgovorna da sestrinska dokumentacija bude precizan prikaz liječenja, planiranja i provođenja zdravstvene njege. Svaki provedeni postupak i drugi podaci koji se upisuju u sestrinsku dokumentaciju moraju biti upisani u najkraćem mogućem vremenu nakon što je proveden postupak ili se dogodio određen slučaj. Sestrinska dokumentacija treba omogućiti jasan uvid u planiranu njegu, donesene odluke, ostvarenu njegu i omogućiti druge potrebne informacije.

## 5.1 Rad u timu i uzročnost

Uzročnost je pojam objektivne prirode i prethodi krivnji te ako nema uzročne veze neće se utvrđivati ni krivnja. Utvrđivanje uzročnosti je složeno pitanje dokaznog postupka. Dokazivanje uzročnosti se može pojaviti kao velika poteškoća i kod jednostavnih slučajeva na prvi pogled. Ako su medicinske radnje i poduzete *lege artis*, to ne znači da će ishod uvijek biti povoljan. Moguće je pronaći i nepremostive poteškoće kod odgovornosti tima i u na prvi pogled jednostavnim slučajevima. Slijedom navedenoga, postoje različiti standardi dokazivanja, od pretežne i visoke vjerojatnosti do vjerojatnosti na granici sigurnosti (Mišić Radanović, 2017: 157). Ponašanje člana tima smatra se uzrokom ako bez njega ne bi došlo do posljedice, tj. ako je ono nužni uvjet a uzročnost neće biti isključena u sljedećim slučajevima: ako je istodobno s radnjom člana tima djelovao i neki drugi uzrok, ako su naknadno djelovali neki drugi uzroci, ako je naknadno djelovala neka treća osoba. Jako je problematično utvrditi direktnu kauzalnu vezu u slučajevima tzv. kumulativnog kauzaliteta kada je posljedica prouzročena s više istodobnih radnji od kojih je svaka za sebe dovoljna da dovede do posljedice, a što je od ključne važnosti kod pitanja odgovornosti medicinskih sestara koje rade u timu. U sudskoj se praksi zbog toga često koristi vjerojatni ili hipotetički kauzalitet prema kojemu se dokazuje je li greška člana tima generalno podobna da prouzroči štetu zdravlju pacijenta (Mišić Radanović, 2017: 159). Međutim, prije utvrđivanja uzročnosti, potrebno je vidjeti ovlaštenja koja zdravstveni radnik ima te na koje je poslove ovlašten ali i dužan obavljati u procesu pružanja zdravstvene zaštite. Ako uzmemo u obzir presudu Općinskog suda u Našicama K-175/06-140 od 29. siječnja 2013. gdje je ustanovljeno, kako je napisano pravilo da kirurg obavještava anesteziologa kada i koliko lijekova misli aplicirati i da je njihova suradnja tijekom operacije nužna i neophodna (operativni plan), slijedom navedenoga, za očekivati je da odnos medicinskih sestara u timu treba biti sukladan operativnom planu (Martinović, 2012: 75-104).

Ne postoji kaznena odgovornost više zdravstvenih radnika te solidarna odštetna odgovornost ako je prekinuta uzročna veza, i to u slučajevima ako nakon pogreške jednog zdravstvenog radnika uslijedi greška drugog zdravstvenog radnika. Sud tada ima dužnost utvrditi je li uzročna veza prekinuta zbog nove pogreške, pa se prema njemačkoj i našoj sudskoj praksi, uzročna veza prekida zbog nove pogreške. Odnosno, ako je nakon pogreške jednog liječnika uslijedila "normalna pogreška" drugog liječnika, uzročna veza se ne prekida, a što znači da je prvi liječnik odgovoran odnosno suodgovoran za nastalu štetu (Mišić Radanović, 2017: 160).

Ako se radi o subordinaciji među članovima tima, otvara se pitanje odgovornosti za provedbu pogrešne upute. Tu je potrebno analizirati odgovornost liječnika ali i drugih zdravstvenih radnika koji obavljaju poslove prema uputi i pod nadzorom pojedinca koji samostalno obavljaju poslove zdravstvene zaštite. Obzirom da svatko odgovara za svoju radnju i u granicama svoje krivnje, postupanje prema uputi ne isključuje odgovornost u slučaju kad je uputa bila očigledno nepodobna ili pogrešna.

Potrebno je utvrditi djelokrug poslova sestara koje su zadužene za sve radnje te odgovoriti na pitanje kada započinje odgovornost pojedinog člana tima. U tom smjeru bi od pomoći bile tzv. *check* liste prema kojima svaka zdravstvena profesija postupa radi potvrde ili provjere da je doista obavljena svaka potrebna radnja.

Središnje pitanje odgovornosti liječnika u uvjetima timskog rada predstavlja utvrđivanje uzročnosti. Pritom postojanje radnje/propusta treba dokazati s apsolutnom sigurnošću dok se postojanje uzročne veze između radnje/propusta i štetne posljedice treba dokazati minimalno s visokim stupnjem vjerojatnosti (tzv. vjerojatnost koja graniči sa sigurnošću), jer je u medicini gotovo nemoguć dokaz apsolutne sigurnosti. Stoga bi u području medicine trebalo prihvatiti teoriju adekvatnosti. Ona znači da bi od više mogućih uzroka koji mogu biti u bližoj ili daljnjoj vezi s nastalom štetnom posljedicom, pravno relevantan bio samo onaj koji je adekvatan i tipičan (Kurtović Mišić&Krstulović Dragičević, 2014: 111-112; Horvatić, Derenčinović&Cvitanović, 2017: 22-23). Tipičan je samo onaj uzrok koji redovno dovodi do određene štetne posljedice i za koji životno iskustvo pokazuje da uzrokuje određene štetne posljedice. Uostalom to odgovara već ustanovljenim protokolima u medicini (Mujović Zornić, 2009: 330).

## 6 Temelj kaznene odgovornosti

Zakon o zdravstvenoj zaštiti obvezao je svakog građanina na pružanje prve pomoći stradalnoj ili bolesnoj osobi u skladu sa svojim znanjem te joj omogućiti pristup do hitne medicinske pomoći. Ta se obveza, ponajprije odnosi na zdravstvene djelatnike, jer koji više zna je dužan više i učiniti. Zakonom o zdravstvenoj zaštiti svakome je zajamčena jednakost u cjelokupnom postupku ostvarivanja zdravstvene zaštite, zdravstvena usluga standardizirane kvalitete i jednakog sadržaja, te prva pomoć i hitna medicinska pomoć kada joj je potrebna.

Sam pojam opasnost spada među najosporavanije i najmanje rasvijetljene pojmove općeg dijela kaznenog prava, a ovdje je teškoća još i veća jer obilježje djela nije bilo kakva, nego samo izravna opasnost.

Prema načelu supsidijarnosti, zakonodavac smije neko ponašanje predvidjeti kao kazneno djelo jedino ako se odgovarajuća zaštita tog pravnog dobra ne može ostvariti blažim sredstvom. Ako se zaštita može postići drugim sredstvima, tada je nužna de miniminalizacija (Kurtović Mišić, 2015: 193). Postupci kod kojih se invazivno zadire u ljudsko zdravlje mogu imati najteže posljedice po ljudski život. Naime, napretkom medicine dolazi i do porasta liječničkih grešaka ponajprije u sofisticiranim zahvatima i dijagnostici. Odgovornost zdravstvenih radnika je osobna i subjektivna jer svatko odgovara za svoj čin i u granicama svoje krivnje. Stoga ne postoji odgovornost samo za prouzročenje jer bi se tada radilo o objektivnoj odgovornosti. Razmjerno djelokrugu dužnosti, važi pravilo, što veći djelokrug dužnosti, veća je i odgovornost. Justinijanovo pravilo, *ultra posse nemo obligatur* vrijedi i danas, jer se ne može odgovarati za nemoguće, neočekivano, odnosno ono što je izvan sposobnosti zdravstvenih radnika. Hitne intervencije povećavaju stupanj odgovornosti, pa odgovornost zdravstvenih radnika za postupanje u hitnim slučajevima se procjenjuje na poseban način (Kurtović Mišić, 2015: 196). Da bi postojala odgovornost zdravstvenog radnika za kazneno djelo, potrebno je da postoji radnja kojom je ostvareno biće, koja je protupravna i skrivljena.

## 7 Nepružanje medicinske pomoći

Zbog etičkih, vjerskih ili moralnih razloga zdravstveni radnik može odbiti provođenje dijagnostike, liječenja i rehabilitacije pacijenta ako to nije protivno pravilima struke te ako se time ne uzrokuju trajne posljedice za zdravlje ili se ne ugrožava život pacijenta. O svojoj odluci zdravstveni radnik mora pravodobno izvjestiti pacijenta ali i odgovornu ili nadređenu osobu sukladno Zakonu o sestrinstvu čl. 3. st. 4. Prema brojnosti i strukturi, najzastupljenija kaznena djela u sudskoj praksi koja čine zdravstveni radnici su nesavjesno liječenje te nepružanje medicinske pomoći u hitnim stanjima. Medicinska pogreška je situacija koju bi pravilnim postupkom bilo moguće spriječiti. Neželjeni ishod ili komplikacija je neizbježan ishod medicinskog postupka različit od pogreške odnosno negativna posljedica liječenja koju unatoč predvidivosti nije bilo moguće spriječiti (Kurtović Mišić, 2015: 209). Medicinska pogreška može nastati i kad se radnja ne izvrši. Medicinari pod tim podrazumijevaju pojam krive procjene, što bi s druge strane bilo

odmah povezano s greškom u dijagnostici. Osim pogrešaka u dijagnozi, razlikuju se i pogreške u terapiji, pogreške kod invazivnih zahvata te pogreške kod neinvazivnih zahvata. Teret dokaza leži na optužbi koja mora dokazati uzročnu vezu između liječnikove radnje ili propusta i nastale štete odnosno optužba mora dokazati da pogoršano stanje oštećenikova zdravlja nije posljedica prirodnog, sudbinskog tijeka bolesti, nego liječničke pogreške. Teško je definirati i komplikaciju, pa prema tome i jasnu granicu između pogreške i komplikacije.

Važnost razlikovanja komplikacije i pogreške leži u činjenici da svaku štetnu posljedicu kod bolesnika nastalu djelovanjem (nedjelovanjem) liječnika valja podvesti pod zakonsku odredbu, kako obzirom na Kazneni zakon, Narodne novine, br. 125/11, 144/12, 56/15, 61/15, 101/17, 118/18 ( dalje u tekstu: KZ) tako i obzirom na Zakonom o obveznim odnosima, Narodne novine, br. 35/05, 41/08, 125/11, 78/15, 29/18 (dalje u tekstu: ZOO). Pogreška predstavlja osnovni čimbenik za utvrđivanje liječničke odgovornosti, ali niti KZ niti ZOO ne koriste termin pogreška. Postojanje pogreške, bez sumnje, može se utvrditi uz pomoć liječnika-vještaka.

Za kvalitetno provođenje medicinskog vještačenje neophodno je da vještak poznaje osnove medicinskog prava, te da je svjestan postojanja dva temeljna problema. Prvi problem odnosi se na terminološke pojmove. Pravnoj struci su kao mjerilo potrebni pojmovi koji imaju svoje granice, dok je osobina medicinske struke da je bez oštrih granica, jer svuda postoje „tečni“ prijelazi. Ono što zbunjuje zdravstvene radnike kao pravne laike je činjenica da sadržajni pojmovi pravnih propisa često nisu identični onima kojima se služe osobe bez pravne edukacije. Drugi je problem pitanje sadržajnog pojma pogreške, odnosno kako pravna struka shvaća pogrešku. Pravna struka apsolutno prihvaća činjenicu da je pogreška neraskidivo povezana sa medicinskom strukom, pa zbog toga u nekim slučajevima i okolnostima za postojanje pogreške ne postoji pravna odgovornost. Upravo iz tog razloga pravna struka razlikuje pogrešku od krivnje i tretira ih i kao dva različita elementa. Naime, jedno je pitanje je li došlo do određenog odstupanja od medicinskog standarda (pogreška), a drugo je pitanje je li liječnik za to kriv pa onda i odgovoran.

Imajući u vidu da kazneno pravo pogrešku i krivnju tretiraju kao dva odvojena elementa, očito je da za učinjenu pogrešku automatski ne slijedi kaznena odgovornost počinitelja. Za utvrđivanje odgovornosti za pogrešku bitnu ulogu imaju "sve okolnosti konkretnog slučaja" jer krivnja tj. odgovornost ne proizlazi

neminovno iz stručne pogreške. Utvrđivanje pogreške i okolnosti u kojima je došlo do pogreške tj. utvrđivanje postojanja odgovornosti obavlja se vještačenjem u tijeku sudskog postupka.

Uzročno posljedična veza odnosno kauzalni neksus dokazuje se u sudskom postupku uz pomoć stručnjaka – vještaka.

Kod kaznenog djela nepružanja medicinske pomoći u hitnim stanjima (čl. 183. KZ-a), najznačajnije je pitanje: kada nastaje obveza zdravstvenih radnika da ukažu medicinsku pomoć? Treba napomenuti da ovo kazneno djelo u praktičnoj primjeni ne može zadavati takve teškoće pri utvrđivanju kao nesavjesno liječenje (čl. 181. KZ-a). Iz navedenog proizlazi da osobni komoditet zdravstvenih radnika predstavlja povredu liječničke etike i morala, a to jest upravo način na koji bismo mogli definirati, odnosno razjasniti obvezu zdravstvenih radnika pri pružanju pomoći. Umjesto pružanja neodgodive pomoći, novi KZ navodi da se radi o pružanju pomoći bez odgađanja što znači ovog časa, na ovom mjestu. Dakle, naglašena je urgentnost potrebe pružanja pomoći (Malenica & Barišić, 2015: 49-55). Radnja zdravstvenog radnika u danoj situaciji nameće se kao hitna, neizostavna, neizbježna, čije propuštanje može dovesti do ugrožavanja pacijentovog života. To znači obvezu zdravstvenih radnika da pruže medicinsku pomoć svakoj osobi, a ne samo onoj osobi koja je stjecajem okolnosti upućena određenom liječniku.

Pristanak pacijenta isključuje protupravnost medicinske intervencije pod uvjetom da je pravno valjan i da su izvedeni oni zahvati za koje je, nakon obavijesti o njima dat pristanak. U tom slučaju ne odgovara se za štetu zbog liječenja koje nije pokriveno odgovarajućim pristankom pacijenta, već jedino ako liječenje ne bi bilo izvedeno *lege artis*, odnosno ako bi bila učinjena greška zdravstvenog radnika.

Kazneno djelo gdje se kao počinitelji mogu pojaviti medicinske sestre je nesavjesno liječenje gdje se zbog postupanja ili nepostupanja prouzroči pogoršanje bolesti ili narušenje zdravlja neke osobe. Potrebno je imati na umu da se nesavjesno postupanje kakvo se traži za postojanje kaznenog djela iz čl. 181. st.1. KZ-a i njegove kvalificirane oblike ocjenjuje prema svakom konkretnom slučaju, konkretnim okolnostima, vodeći kod toga posebno računa o medicinskoj izobrazbi odgovorne osobe, iskustvu, psihofizičkom stanju – umor i sl., organizaciji rada, sredstvima i osposobljenostima (Pavlović, 2012: 366). Svaki zahvat kojeg naprave liječnici a koji podrazumijeva prodor u tijelo pacijenta, te naposljetku rezultira pogoršanjem stanja

pacijenta, pa čak i ako je u pitanju obično cijepljenje, u njemačkom se pravu smatra kaznenim djelom (<https://www.dw.com/hr/lije%C4%8Dni%C4%8Dke-pogre%C5%A1ke-kako-to-rje%C5%A1avaju-nijemci/a-5997516-2>). Ali, ono ne podrazumijeva i automatsko zakonsko procesuiranje. Naime, prije početka liječenja, liječnik mora pacijenta informirati o terapiji i njenim posljedicama. Zato je nužna suglasnost između liječnika i pacijenta, što također mora biti dokumentirano. Osnovno je obilježje kaznenog djela nesavjesnog liječenja obavljanje zdravstvene djelatnosti protivno odredbama struke. Valja imati na umu, da iako je potrebno da dođe do povređivanja da bi ovo djelo nastalo, ono u svom biću sadrži i ugrožavanje. U posljedici se mora realizirati upravo ona opasnost koja je nastala zbog povrede pravila struke što neće biti slučaj ako bi do iste posljedice za pacijenta došlo i da je liječnik postupao u skladu s pravilima struke. Bitno je u svakom slučaju u kojem se pojavi sumnja da bi do nepovoljnog ishoda došlo bez obzira na ponašanje okrivljene osobe (tzv. propisno alternativno ponašanje), pribaviti podatak kolika je mogućnost preživljavanja predviđena za tog pacijenta da je ponašanje medicinske sestre bilo *lege artis*. Nesavjesno liječenje je materijalno kazneno djelo – kazneno djelo povređivanja što znači da do odgovornosti zdravstvenih radnika dolazi samo ako je došlo do posljedice. Posljedica može biti pogoršanje bolesti ili narušenje zdravlja druge osobe, odnosno nastup smrti. Ovo kazneno djelo je moguće počinuti s namjerom ili iz nehaja. To je moguće ako se ne primjene mjere za zaštitu bolesnika ili ne postupa prema pravilima svoje struke ili obavlja zdravstvenu djelatnost u prostoru u kojem nema propisano odobrenje za rad ili uopće nesavjesno postupa.

Posljedica nesavjesnog liječenja je pogoršanje bolesti ili narušenje zdravlja pacijenta odnosno druge osobe. Pretpostavka pogoršanja bolesti je da je osoba već bolesna čija se bolest tijekom liječenja pogoršala u odnosu na početno bolesno stanje. Pogoršanje obuhvaća i produljenje vremena potrebnog za ozdravljenje kao i slabi uspjeh liječenja. Narušenje zdravlja pretpostavlja zdravu osobu koja je podvrgnuta nekoj liječničkoj intervenciji (npr. cijepljenje, dobrovoljno davanje krvi ili organa za transplantaciju). Djelo je dovršeno nepoduzimanjem dužne radnje pružanja pomoći, s time da je pomoć potrebno pružiti odmah da bi ona bila učinkovita (Kurtović Mišić, 2015: 208). Neprimjenjivanje mjera za zaštitu bolesnika prema pravilima struke se odnosi na situaciju kada se izravno ne poduzimaju određene stručne djelatnosti u svim fazama liječenja. Obavljanje medicinske djelatnosti podrazumijeva ne samo liječenje u užem smislu nego poduzimanje i drugih zdravstvenih mjera. Tu spadaju i mjere preventivne prirode kao što je zanemarivanje sterilizacije medicinskih instrumenata. Naravno da treba uzeti u obzir



lokalne prilike, uvjete u bolnici, opremu, konkretan slučaj (specifične zdravstvene probleme pacijenta, postupanje u hitnji i sl.). Američka sudska praksa je kod određivanja standarda dužne pažnje napustila tzv. locality rule prema kojemu je standard ovisio o geografskom području na kojemu je liječnik dijelovao (država, grad) (Kurtović Mišić, 2015: 208). Pravilo je napušteno budući se smatra da u globalnom i informatiziranom društvu svi liječnici bez obzira gdje rade trebaju imati isti stupanj znanja i sposobnosti. Ovakvo ponašanje predstavlja izraz nemara, površnosti, brzopletosti i sl. Liječnik mora imati i upotrijebiti znanja i sposobnosti koja imaju liječnici njegova profila u sličnim okolnostima. Poseban problem su nedostatak znanja ili sposobnosti. Nemarnost je određena kriterijem standarda pažnje običnog čovjeka, ali kada osoba poduzima radnju koja zahtjeva posebno znanje ili sposobnosti, odgovara za nemarnost ako je, zato što nema znanja ili sposobnosti, pogriješila, premda je učinila najbolje što je mogla i znala (Kurtović Mišić, 2009: 128). Ovim djelom obuhvaćen je svaki nesavjesni postupak, činjenjem ili nečinjenjem, kojim se ne poštuju općeusvojena pravila medicinske prakse. Radi se o postupcima koji očito odstupaju od prihvaćenih i prokušanih standarda profesije (uključujući i alternativno priznate postupke) (Roksandić Vidlička, 2010: 93-146). Počinitelj svjesno ne poštuje ili zanemaruje te standarde ili se upušta u poduzimanje određenih radnji, iako zna da njihovo provođenje nije dovoljno stručno. Djelo postoji ako je postojao značajan i neopravdan rizik da će po pacijenta uslijed liječničkog zahvata ili propusta nastupiti štetna posljedica te ako je liječnik trebao predvidjeti takav rizik, a to što ga nije predvidio predstavlja značajno odstupanje od standarda dužne pažnje (Kurtović Mišić, 2009: 128).

Pri utvrđivanju krivnje potrebno je uzeti u obzir činjenicu da su predviđanja mjera uspjeha liječenja i štetne posljedice ograničena, posebice kod netipičnih slučajeva, nemogućnosti sagledavanja reakcija organizma, čak i za najbolje stručnjake (npr. alergijska reakcija na određeni lijek). Svakako se medicinska sestra ne može osloboditi odgovornosti činjenicom da su loše obrazovane, da nemaju dovoljno iskustva ili da nisu mogle pratiti napredak u svojoj struci.

Poseban problem je utvrđivanje krivnje kod čestih slučajeva timskog liječenja pri čemu treba primjeniti načelo krivnje u granicama djelokruga uloge pojedinca u timu. Kako se u tom slučaju radi o više medicinskih sestara koje su nesavjesno postupale, odgovarale bi kao tzv. paralelni počinitelji jer se u tom slučaju radi o samostalnoj odgovornosti.

Narušenje zdravlja pretpostavlja zdravu osobu koja je podvrgnuta nekoj liječničkoj intervenciji. Pretpostavka za pogoršanje bolesti je već bolesna osoba čija se bolest tijekom liječenja pogoršala u odnosu na početno bolesno stanje. Za postojanje kaznenog djela nesavjesnog liječenja uvijek se mora utvrditi uzročna veza između radnje počinjenja i navedenih posljedica što je vrlo složeno pitanje u dokaznom postupku, jer intervencija lege artis ne jamči uvijek povoljan ishod pa nastupanje posljedica ne predstavlja samo po sebi kazneno djelo nesavjesnog liječenja (Kurtović Mišić, 2009: 129). Zakonodavac nije išao za pojednostavljenjem izričaja budući da ovakav prošireni izričaj olakšava vještačenje i služi preciziranju „nepostupanja po pravilima struke“. Posljedice navedene u stavku 1. kaznenog djela nesavjesnog liječenja moraju se prouzročiti iz nehaja i to drugoj osobi. I do sada je pogoršanje bolesti i narušavanje zdravlja predstavljalo težu posljedicu pa je valjalo tumačiti da su ove posljedice, da bi se za njih odgovaralo, morale biti obuhvaćene nehajem počinitelja. Nesavjesno liječenje pokriva i slučajeve samovoljnog liječenja, budući da je postupanje bez pristanka pacijenta u suprotnosti s pravilima struke. Stoga je zakonodavac odlučio da više nije potrebno inkriminirati samovoljno liječenje kao posebno kazneno djelo (Turković, 2013: 240). Za temeljni oblik kaznenog djela nesavjesnog liječenja je propisano da se može izreći kazna zatvora do jedne godine. To znači da je, sukladno važećim odredbama, može izreći i rad za opće dobro kao i uvjetna osuda kao supstituti kazni.

Drugo kazneno djelo gdje se kao počinitelji mogu javiti medicinske sestre je nepružanje pomoći kao pravo kazneno djelo nečinjenjem pa posljedica nije njegovo obilježje. Razlikuje se opasnost koju je počinitelj zatekao od one koju je sam prouzročio pa je u drugom slučaju propisana stroža kazna. Slično je i u austrijskom KZ-u par 94 i 95, dok švicarski KZ za oba oblika nepružanja pomoći propisuje istu kaznu zatvora do tri godine. Dok je u prvom stavku opravdano dužnost pružanja pomoći vezati uz životnu opasnost, u slučaju kad je počinitelj sam prouzročio opasnost, važno ga je obvezati da ukloni takvu opasnost bez obzira kakva ona bila (Turković, 2013: 177).

Kazneno djelo nepružanja pomoći u hitnim stanjima čl. 183. KZ-a je pak kazneno djelo zakonski regulirano garantno djelo nečinjenja ([https://www.pravo.unizg.hr/\\_download/repository/6\\_Izv.st\\_Elementi\\_pojma\\_kd%3B\\_radnja\\_%28necinjenje%29%3B\\_bice\\_%28uzrocnost%29.ppt](https://www.pravo.unizg.hr/_download/repository/6_Izv.st_Elementi_pojma_kd%3B_radnja_%28necinjenje%29%3B_bice_%28uzrocnost%29.ppt)). Djelo je delictum proprium. Inkriminira se nepružanje medicinske pomoći samo u hitnim stanjima. Hitnim se stanjima sukladno čl. 18. Zakona o liječništvu, Narodne novine,

br. 121/03, 117/08 i čl. 22. Zakona o dentalnoj medicini, Narodne novine, br. 121/03, 117/08, 120/09, smatraju ona stanja kod kojih bi zbog nepružanja zdravstvene pomoći mogle nastati trajne štetne posljedice po zdravlje ili po život bolesnika. U hitnim stanjima zdravstveni radnik nije dužan pružiti pomoć osobi koja mu prijete ili je prema njemu, odnosno drugim zdravstvenim radnicima fizički agresivna, osim ako mu je osigurana zaštita policije ili neki drugi oblik zaštite.

## 8 Disciplinska odgovornost

Disciplinska djela su povrede pravila ponašanja u svezi određenog odnosa u kojem se građani nalaze. Prema tome, počinitelji ove vrste kažnjive radnje su fizičke osobe koje i pristupaju takvim odnosima. Stegovna djela mogu biti predviđena svim pravnim aktima, zakonom, te pravilnicima, odlukama ili statutima. Postojanje povrede discipline utvrđuju posebna tijela – stegovni sud ili komisije, a posebne kazne mogu se ticati samo onog posebnog odnosa iz kojega proizlazi stegovna odgovornost. Moguće je da ista radnja bude stegovno i kazneno djelo. Kaznena i stegovna odgovornost ne isključuju se već postoje paralelno. Tu postoji tzv. usporedna ili višestruka odgovornost za isto protupravno ponašanje. Znači, netko tko je kažnjen za kazneno djelo može i prije i poslije toga biti kažnjen i stegovno za isto ponašanje. Prethodno utvrđena odgovornost za kazneno djelo ne isključuje kažnjivost za stegovno djelo kao lakšu vrstu kažnjive radnje. Disciplinsko zakonodavstvo počiva na načelu subjektivne odgovornosti ili načelu isključive odgovornosti na osnovi krivnje. Pri tom krivnju treba utvrditi u svakom postupku za pojedino djelo (Juras, 2014: 628). Protupravnost kao element disciplinske povrede, obuhvaća zahtjev da je za njezino postojanje uvjet da se radi o radnji koja je u protivnosti s pozitivnim propisima kojima je određen način izvršenja liječničke djelatnosti. Ako u radnji medicinske sestre nema elemenata protupravnosti, onda ne postoji niti njena disciplinska odgovornost (Juras, 2014: 629). Djelo može biti počinjeno činjenjem, npr. primjenom pogrešnog antibiotika kao posljedicom pogrešne dijagnoze ali i nečinjenjem npr. nesterilizacijom kirurških instrumenata. Radnja se sastoji u primjeni nepodobnog sredstva ili načina liječenja. Nepodobno je ono sredstvo čija primjena nije u skladu s osnovnom zadaćom zdravstvenih radnika, a to je poštivanje ljudskog života (Juras, 2014: 635). Disciplinske kazne se izvršavaju kad odluka postane konačna odnosno kad protiv odluke nadležnog tijela u disciplinskom postupku više nije moguće izjaviti žalbu kao redovni pravni lijek. Disciplinska odgovornost je šira od kaznene ili prekršajne odgovornosti, a odluka u

disciplinskom postupku ne ovisi o odluci u kaznenom ili prekršajnom predmetu povodom istog životnog događaja.

Disciplinska odgovornost medicinskih sestara propisana je odredbama Zakona o sestrinstvu, Narodne novine, br. 121/03, 117/08, 57/11. Medicinska sestra čini težu povredu radne dužnosti ako zbog nemara ili neznanja nepravilnim postupanjem nanese štetu zdravlju bolesnika, promijeni način i sadržaj od liječnika ordinirane terapije, namjerno prouzroči materijalnu štetu. Kao i u slučajevima odgovornosti ostalih zdravstvenih radnika, i medicinske sestre mogu odgovarati za lakše i teže povrede radnih dužnosti koje su određene Zakonom o sestrinstvu. Međutim, tu je zakonodavac propisao i jednu specifičnost, odnosno tzv. ekskulpaciju od odgovornosti (Babić, 2015: 226) prema kojoj medicinska sestra neće biti odgovorna za neprovođenje postupaka zdravstvene njege u slučaju kada unatoč primjeni najboljeg znanja i vještina, poslodavac nije osigurao ordinirane lijekove, sredstva, minimalno potreban pribor ili tehničku opremu u skladu s minimalnim standardima za provođenje uspješne sestrinske njege sukladno čl. 21. Zakona o sestrinstvu. Ovakvi izuzeci od odgovornosti propisani su još Zakonom o primaljstvu, Narodne novine, br. 120/08, 145/10, Zakonom o fizioterapeutskoj djelatnosti, Narodne novine, br. 120/08, te Zakonom o djelatnostima u zdravstvu, Narodne novine, br. 87/09, dok ostali stukovni zakoni ovakve iznimke ne poznaju.

Pravilnikom o pravima i odgovornostima medicinskih sestara su propisane kazne i mjere u čl. 56. Disciplinske mjere koje je moguće izreći medicinskoj sestri koja je proglašena odgovornom, ovise o tome radi li se o težoj disciplinskoj povredi ili o lakšoj.

Teže povrede su one povrede koje imaju teže značenje s obzirom na važnost, prirodu povrijeđenog dobra, visinu materijalne štete ili težinu druge posljedice te s obzirom na okolnosti pod kojima je radnja izvršena ili propuštena. Lakše povrede su one povrede koje imaju lakše značenje s obzirom na važnost, prirodu povrijeđenog dobra, visinu materijalne štete ili težinu druge posljedice te obzirom na okolnosti pod kojima je radnja izvršena odnosno propuštena. Disciplinske povrede za koje medicinska sestra može disciplinski odgovarati pred disciplinskim tijelima Hrvatske komore medicinskih sestara propisane su Pravilnikom o pravima i odgovornostima medicinskih sestara Hrvatske komore medicinskih sestara i obuhvaćaju slijedeća ponašanja: povredu odredbi o sestrinstvu, povredu odredbi Etičkog kodeksa medicinskih sestara, nestručno obavljanje sestrinske djelatnosti,

ponašanje prema pacijentu, drugoj medicinskoj sestri ili trećoj osobi koje ima za posljedicu narušavanje ugleda sestrinskog zvanja, neispunjavanje Statutom ili drugim općim aktom članskih obveza prema Komori, počinjenje kaznenog djela koje je čini nedostojnom za obavljanje sestrinske djelatnosti.

Za teže povrede medicinskoj sestri se mogu izreći slijedeće mjere i kazne:

1. ukor,
2. javni ukor,
3. novčana kazna,
4. privremeno oduzimanje odobrenja za samostalan rad od mjesec dana do godine dana,
5. trajno oduzimanje odobrenja za samostalan rad.

Sukladno točki 4. i 5., odobrenje za samostalni rad može se privremeno ili trajno ograničiti i s obzirom na opseg i vrstu poslova kojima se medicinska sestra smije baviti. Protiv medicinske sestre koja je pravomoćnom sudskom odlukom proglašena krivom za počinjenje kaznenog djela koje je u svezi obavljanja sestrinske djelatnosti, može se, s obzirom na važnost i prirodu ugroženog dobra ili druge posljedice te s obzirom na okolnosti pod kojima je radnja izvršena odnosno propuštena, donijeti odluka kojom se ista proglašava nedostojnom za obavljanje sestrinske djelatnosti.

Za lakše disciplinske povrede, medicinskoj sestri se mogu izreći slijedeće mjere i kazne:

1. opomena,
2. novčana kazna.

Uz svaku disciplinsku mjeru, osim uz mjeru trajnog oduzimanja odobrenja za samostalan rad (licence), medicinskoj sestri moguće je izreći i mjeru dodatne izobrazbe (Babić, 2015: 227). Također, mjeru privremenog oduzimanja odobrenja za samostalan rad (licence), moguće je izreći i s rokom kušnje u trajanju od najmanje šest mjeseci do najviše dvije godine. Iako iznos novčane kazne nije određen Zakonom o sestrinstvu, Pravilnikom o pravima i odgovornostima medicinskih sestara Hrvatske komore medicinskih sestara propisano je da taj iznos ne može biti niži od 1.000,00 kn niti viši od 5.000,00 kn. Sud Komore prvog i drugog stupnja ovlašten je provoditi disciplinski postupak protiv medicinskih sestara. Sudovi sude

u vijećima sastavljenima od predsjednika i dva člana no kao član vijeća ne sudjeluje pravnik već su svi članovi vijeća predstavnici struke.

Disciplinskim mjerama i novčanom kaznom zdravstvenim se radnicima izriče stručni prijekor zbog neodgovarajućeg postupanja učinjenog za vrijeme obavljanja zdravstvene djelatnosti. Dakle, kao profesionalcima im se prigovara što svoj posao nisu obavili stručno niti etički besprijeorno. Za razliku od redovnih sudova gdje suci sude i provode postupak na temelju općih propisa koji jednako vrijede za sve građane, disciplinski postupci kojom se utvrđuje disciplinska odgovornost zdravstvenih radnika, posebna su vrsta postupaka čiji je rezultat, slijedom toga, i posebna vrsta odgovornosti. Takva posebna vrsta odgovornosti pretpostavlja, odnosno trebala bi pretpostavljati s jedne strane, pažnju struke koja je pripremna reagirati svaki put kad je u pitanju neprofesionalno postupanje, a s druge strane, preventivno jamstvo svim osobama kojima se pruža zdravstvena zaštita da će zdravstveni radnici postupati prema svojem najboljem znanju i u skladu s pravilima i etikom vlastite profesije (Babić, 2015: 235).

## 9 Prekršajna odgovornost

Prekršaji su lakši oblik odgovornosti u odnosu na kaznena djela, ali u pravilu teži oblik od disciplinskih djela. Oni se mogu propisivati u pravnim propisima nižeg pravnog ranga od zakona. Obzirom da medicinske sestre mogu počinuti i prekršaje kao lakše oblike kažnjivih radnji ovdje treba istaknuti Zakon o sestrinstvu. Zakon o sestrinstvu propisuje da se novčanom kaznom u iznosu od 3.000,00 do 10.000,00 kuna će se kazniti za prekršaj medicinska sestra ako:

1. ne ispuni obvezu čuvanja profesionalne tajne (članak 3. stavak 3.),
2. provodi zdravstvenu njegu kao voditelj ili član tima, a nije upisana u registar (članak 14. stavak 1. i 2.),
3. obavlja samostalan rad bez odobrenja za samostalan rad (članak 15. stavak 1.),
4. u slučaju nemogućnosti provedbe ordiniranog postupka odmah pisano ne izvijesti nadređenu osobu (članak 21. stavak 2.),
5. onemogućiti ili ometa provođenje stručnog nadzora (članak 26. stavak 2.),
6. ne otkloni nedostatke utvrđene stručnim nadzorom.

Bliskost kaznenog djela i prekršajnog prava očituje se u tome što se istom radnjom mogu ostvariti obilježja kaznenog djela i prekršaja. Obzirom da se prekršajima na lakši način povređuju ista pravna dobra koja su zaštićena i kaznenim pravom, počinitelj može istom radnjom ostvariti obilježja kaznenog djela i prekršaja. U ovom slučaju se postavilo pitanje može li istodobno postojati višestruka odgovornost počinitelja za više vrsta kažnjivih radnji, odnosno hoće li počinitelj biti kažnjen i za kazneno djelo i za prekršaj (Kurtović Mišić&Krstulović Dragičević, 2014: 33-34). Prema ranijem zakonodavstvu, počinitelj osuđen za kazneno djelo, nije se mogao osuditi i za prekršaj, ali nije bila isključena mogućnost da bude najprije kažnjen za prekršaj a onda i za kazneno djelo (Novoselec, 2016: 41-42). Kazneni zakon, Narodne novine, br. 110/97, 27/98, 50/00, 129/00, 51/01, 111/03, 190/03, 105/04, 84/05, 71/06, 110/07, 152/08, 57/11, 143/12, je takvu mogućnost odobrio jer je u čl. 63. st. 2 propisao da se kazna zatvora i novčana kazna uračunavaju u kaznu za kazneno djelo ako opis tog djela odgovara prekršaju zbog kojeg je izrečena kazna. To je vrijedilo i za zaštitne mjere izrečene za prekršaj koje su se uračunavale u sigurnosne mjere izrečene za kazneno djelo. U presudama se takva mogućnost koristila sve dok Europski sud za ljudska prava nije donio presudu br. 55759/07 od 23. srpnja 2009. u predmetu Maresti protiv Hrvatske (Novoselec, 2016: 41-42). Stajalište Europskog suda za ljudska prava dovelo je do korekcije dotadašnje prakse. Sudovi su u nekim slučajevima donosili odbijajuće presude za kaznena djela obrazlažući to već postojećom presudom za prekršaj s istim činjeničnim stanjem. U Kaznenom zakonu iz 2011. ispuštena je odredba čl. 63. st.2. KZ/97 a odustalo se i od nekih kaznenih djela koja su se najčešće isprepletala s prekršajima. Da bi se onemogućilo vođenje kaznenog i prekršajnog postupka zbog istog djela, novelom iz 22. ožujka 2013. izmjenjen je čl. 10. Prekršajnog zakona, Narodne novine, br. 107/07, 39/13, 157/13, 110/15, 70/17, 118/18, tako da započeti kazneni postupak isključuje prekršajni. Izmenama Prekršajnog zakona iz 2013. izbjegnuto je istodobno uzastopno vođenje prekršajnog i kaznenog postupka, jer ako je protiv počinitelja započeo kazneni postupak zbog kaznenog djela kojim je obuhvaćen i prekršaj, ne može se za taj prekršaj pokrenuti prekršajni postupak, a ako je postupak pokrenut, ne može se dalje voditi (Kurtović Mišić&Krstulović Dragičević, 2014: 33-34). Dakle, provođenje prekršajnog postupka je supsidijarno u odnosu na kazneni postupak, jer će se prekršajni postupak voditi samo ako se neće voditi kazneni postupak. Time se nastojalo izbjeći dvostruko kažnjavanje za jedno ponašanje te ostvariti načelo ne bis in idem. U nekim su slučajevima sudovi opravdali dvostruku osudu s obrazloženjem da iako se radi o istom događaju ne postoji identitet kaznenog djela i prekršaja jer se ta kažnjiva djela temelje na različitim obilježjima.

Ideja presude Maresti je da državi sa svojim sredstvima i ovlastima ne bi trebalo biti dopušteno da opetovano pokušava osuditi pojedinca zbog navodnog djela, izlažući ga time neugodnosti, trošku i patnji i prisiljavajući ga da osjeća stalnu tjeskobu i nesigurnost, kao ni da se povećava mogućnost da, iako je osoba nevinna, ipak bude osuđena. Drugi interes od ključnog značaja bio je očuvati pravomoćnost presuda.

U predmetu A. i B. protiv Norveške (zahtjev br. 24130/11 i 29758/11), počiniteljima je izrečena porezna kazna koja je po svim aspektima bila kaznenopravne naravi u smislu čl. 4. Protokola br. 7. to koje stajalište je usvojeno bez daljne rasprave. Načelo *ne bis in idem* nije bilo izričit dio ESLJP-a na samom početku. Poznato je da je to načelo ugrađeno u EKLJP putem Protokola br.7., koji je bio otvoren za potpisivanje 22.studenoga 1984. godine, a stupio je na snagu 1. studenoga 1988. godine. Među ostalim pravima, čl. 4. sadrži jamstvo načela *ne bis in idem*, s ciljem, prema objašnjenjima protokola koje je sastavilo Vijeće Europe, izražavanje načela prema kojemu se nikome ne može suditi u kaznenom postupku za djelo za koje je već pravomoćno oslobođen ili osuđen. Što se tiče uvjeta koje je potrebno ispuniti kako bi se dvostruki kazneni i upravni postupci smatrali dovoljno povezani u naravi i vremenu i time sukladni kriteriju *bis* iz čl. 4. Protokola br.7. materijalni čimbenici za određivanje postoji li dovoljno bliska veza u naravi uključuju:

- jesu li se različitim postupcima nastojale ostvariti komplementarne svrhe te time obuhvatiti, ne samo in abstracto, već i in concreto, različiti aspekti spornog društveno nedozvoljenog ponašanja;
- je li dualitet dotičnih postupaka predvidljiva posljedica kako u pravu tako i u praksi, istog osporavanog ponašanja (*idem*);
- jesu li mjerodavni postupci vođeni na način kako bi se što više izbjeglo dupliciranje u prikupljanju i ocjeni dokaza, ponajprije primjerenom suradnjom između različitih nadležnih tijela kako bi se činjenice utvrđene u jednom postupku koristile i u drugom postupku;
- i, iznad svega, je li kazna izrečena u postupku koji je prvi postao pravomoćno okončan uzeta u obzir u postupku koji je kasnije pravomoćno okončan, čime se spriječava da dotični pojedinac ne bi u konačnici snosio prekomjeren teret, s tim da će potonji rizik postojati u



najmanjoj mjeri ukoliko postoji mehanizam kojim se osigurava da ukupan iznos svih sankcija bude razmjeran.

Daljnji kriterij, a da bi paralelno kažnjavanje u upravnom i kaznenom postupku prema praksi ESLJP bilo dopušteno, je ako nacionalni zakonodavac odluči regulirati društveno nepoželjno ponašanje u integriranom dvojnog postupku. Drugo, vođenje dvostrukog postupka, uz mogućnost različitih kumuliranih kazni, treba biti predvidljivo za podnositelja zahtjeva koji je morao znati od samog početka da je kazneno gonjenje kao i određivanje porezne kazne bilo moguće ili čak vjerojatno, prema činjeničnom stanju predmeta. I kao treće, potrebno je da kazna izrečena u kaznenom postupku bude uzeta u obzir upravnu kaznu. Analizirajući ove daljnje kriterije, postavlja se pitanje je li ova presuda suprotna presudi Maresti te je li ESLJP postao nedosljedan. Ovo je važno i aktualno pitanje jer je moguće da jedna te ista radnja koju je poduzela medicinska sestra se može supsumirati pod zakonski opis i kaznenog djela i prekršaja, a što je vidljivo iz zakonskih odredbi koje reguliraju kaznena djela i prekršaje.

## 10 Zaključak

Iz izloženog teksta proizlazi da je jako teško utvrditi uzročnost u slučaju djelovanja zdravstvenih radnika. Kao prvo, potrebno je vidjeti tko se sve ubraja u pojam medicinskih sestara koji je određen Zakonom o sestrinstvu. Da bi medicinske sestre mogle uredno ispunjavati svoje zadaće, potrebno je regulirati njihova prava i obveze različitim dokumentima. Uz nadu da se navedena prava uistinu i provode u praksu, u radu su navedena različita prava koja medicinske sestre imaju. Naravno da ova prava od strane poslodavca moraju biti adekvatno ispunjena da bi se kao ekvivalent medicinskim sestrama mogle nametnuti obveze, jer u pravu vrijedi načelo *ultra posse nemo tenetur*. Ako su svi uvjeti za odgovornost ispunjeni, tada je potrebno analizirati i uzročnost, a najprihvatljiviji način u medicinskom pravu je upravo kroz teoriju adekvatnosti, odnosno, pravno relevantan bi bio samo onaj uzrok koji je adekvatan i tipičan. Tipičan je samo onaj uzrok koji redovno dovodi do određene štetne posljedice i za kojeg životno iskustvo pokazuje da uzrokuje određene štetne posljedice. Postoji niz kaznenih djela, prekršaja i stegovnih djela koje medicinske sestre u timu mogu počinuti, međutim, tu je potrebno uzeti u obzir činjenicu kako se kaznena i prekršajna odgovornost isključuju sukladno važećim zakonima u RH, dok kaznena i disciplinska odgovornost mogu kumulativno postojati. To bi značilo da će u pravilu prednost imati kaznena odgovornost za kazneno djelo nesavjesnog liječenja

te za nepružanje medicinske pomoći u hitnim stanjima. Uzimajući u obzir presudu Maresti protiv Hrvatske i utjecaj koji je ona imala na zakonodavstvo RH te presudu A. i B. protiv Norveške, jasno je da ESLJP proturječi sam sebi, ali do promjene zakonodavstva u RH, potrebno je postupati sukladno presudi Maresti jer iz presude A. i B. protiv Norveške proizlazi da ESLJP prepušta nadležnost nacionalnim državama da pravično reguliraju pitanje podudaranja kaznenih djela i prekršaja.

## Literatura

- Babić, T. (2015). Osnove disciplinske odgovornosti zdravstvenih radnika, Zbornik radova "Medicinsko pravo u sustavu zdravstvene djelatnosti, Plitvice.
- Boić, V., Mojsović, N., Markotić, I., Pravni i ekonomski aspekti vođenja Sestrinske dokumentacije, *Hrvatsko sestrinstvo ususret Europskoj uniji*. (poster).
- Flis, V. (2006). Medicinska napaka (Medical Error), *Medicina in pravo, Sodobne dileme*, Maribor.
- Fruk Marinković, M. (2014). Kontinuirana odgovornost za profesionalnost i informacijsku pismenost medicinskih sestara, *Acta Med Croatica*, 68; 1.
- Horvatić, Ž., Derenčinović, D., Cvitanović, L. (2017). Kazneno pravo – opći dio II, Zagreb.
- Juras, D. (2014). Disciplinska odgovornost liječnika, Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu, 51; 3.
- Klarić, A., Cvitković, M. (2016). Vrste i načini odgovornosti unutar tima, Zbornik radova "2. Hrvatski simpozij medicinskog prava", Vodice.
- Kurtović Mišić, A. (2009). Kaznena djela protiv zdravlja ljudi, Zbornik radova: Aktualnosti zdravstvenog zakonodavstva i pravne prakse, Novalja.
- Kurtović Mišić, A., Krstulović Dragičević, A. (2014). Kazneno pravo (Temeljni pojmovi i instituti), Split.
- Malenica, I. - Barišić, F. (2015). Nepružanje liječničke pomoći, *Hrana u zdravlju i bolesti*, Specijalno izdanje, downloaded at: <https://hrcak.srce.hr/157104>
- Martinović, I. (2012). Problem uzročnosti u kaznenom pravu, *Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu*, 19; 1.
- Mišić Radanović, N. (2017). Odgovornost liječnika u slučaju timskog rada, Zbornik radova „1. Hrvatski kongres medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem“, Osijek.
- Mujović-Zornić, H. (2009). Solidarna odgovornost za štetu nastalu pogrešnim lečenjem, aktualnosti građanskog i trgovačkog zakonodavstva i pravne prakse, Mostar.
- Novoselec, P. (2016). Opći dio kaznenog prava, Osijek.
- Pavlović, Š. (2012). Komentar Kaznenog zakona, Rijeka.
- Roksandić Vidlička, S. (2010). Aktualna pitanja pojedinih kaznenih djela protiv zdravlja ljudi u svjetlu donošenja nacrtu izmjena hrvatskog Kaznenog zakona, *Godišnjak Akademije pravnih znanosti*, 1; 1. [orcid.org/0000-0002-0330-8540](https://orcid.org/0000-0002-0330-8540)
- Turković, K. (ur.) (2013). Komentar Kaznenog zakona, Narodne novine.

# KOMORE U ZDRAVSTVU S POSEBNIM OSVRTOM NA (JAVNE) OVLAŠTI U ZDRAVSTVU

MIRKO KLARIĆ

Sveučilište u Splitu, Pravni fakultet, Split, Hrvatska, e-mail: mirko.klaric@pravst.hr

**Sažetak** Predmet ovog rada je analiza uloge koju imaju komore u zdravstvu na području srednje i jugoistočne Europe, s posebnom analizom uloge koje imaju u provođenje javnih ovlasti u zdravstvu, koje posredno utječu na javne zdravstvene politike. Polazeći od europskih iskustava, zdravstvene komore u Republici Hrvatskoj, ali i u drugim državama srednje i jugoistočne Europe, zahvaljujući političko-upravnoj tradiciji karakterističnoj za njihovu organizaciju i funkcioniranje, imaju poseban pravni položaj u okviru sustava javnog zdravstva. U ovom radu se želi analizirati uloga staleških strukovnih udruga u zdravstvu i njihove specifičnosti i javne ovlasti, zatim odnos između javnog i privatnog u zdravstvenom sustavu kroz analizu pravne uloge staleških strukovnih udruženja kao građanskih interesnih udruženja i njihovu zaštitu javnog interesa na području javnog zdravstva

## Ključne riječi:

komore u  
zdravstvu,  
strukovna  
interesna  
udruženja,  
javne ovlasti,  
javni interes.

## Prvi put objavljeno u:

KLARIĆ, Mirko. Komore u zdravstvu s posebnim osvrtom na (javne) ovlasti u zdravstvu. V: KURTOVIĆ MIŠIĆ, Anita (ur.), ČIZMIĆ, Jozo (ur.), RIJAVEC, Vesna (ur.), KRALJIĆ, Suzana (ur.), MUJOVIĆ, Hajrija (ur.), ZIBAR, Lada (ur.), KOROŠEC, Damjan (ur.), LJUTIĆ, Dragan (ur.), VUKUŠIĆ, Ivan (ur.) *Zbornik radova s međunarodnog kongresa: 1. Kongres KOKOZA i 3. Hrvatski kongres medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem*, 22. - 24. marec 2019, Rabac, Republika Hrvatska. 1. izd. Pravni fakultet u Splitu: DES, 2019.



DOI <https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7.21>  
ISBN 978-961-286-335-7

# CHAMBERS IN HEALTHCARE SYSTEM WITH SPECIAL EMPHASIS ON PUBLIC AUTHORITIES IN HEALTH CARE

MIRKO KLARIĆ

University of Split, Faculty of Law, Split, Croatia, e-mail: mirko.klaric@pravst.hr

**Abstract** Topic of this paper is analysis of the role of medical chambers in health care system in Central and Eastern Europe, with analysis of the function which they have in managing of public tasks in health care and with their influence on public health policies. According to the European experiences, medical chambers in Republic of Croatia and in the other countries of Central and Eastern Europe have special legal status in legal health care framework. In this paper author want to explore status of professional associations in health care system, their specific characteristics and public authorities, relations between public and private in health care system true analysis of legal position of professional medical associations in health care.

**Ključne besede:**  
medical chambers,  
professional  
associations,  
public authorities,  
public interest.

## First published in:

KLARIĆ, Mirko. Komore u zdravstvu s posebnim osvrtom na (javne) ovlasti u zdravstvu. V: KURTOVIĆ MIŠIĆ, Anita (ur.), ČIZMIĆ, Jozo (ur.), RIJAVEC, Vesna (ur.), KRALJIĆ, Suzana (ur.), MUJOVIĆ, Hajrija (ur.), ZIBAR, Lada (ur.), KOROŠEĆ, Damjan (ur.), LJUTIĆ, Dragan (ur.), VUKUŠIĆ, Ivan (ur.) *Zbornik radova s međunarodnog kongresa: 1. Kongres KOKOZA i 3. Hrvatski kongres medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem*, 22. - 24. marec 2019, Rabac, Republika Hrvatska. 1. izd. Pravni fakultet u Splitu: DES, 2019.

<https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7.21> DOI  
978-961-286-335-7 ISBN



## 1 Uvod

Komore u zdravstvu predstavljaju poseban oblik staleških strukovnih udruženja koja su specifična posebno za srednju i jugoistočnu Europu. Ova posebnost za sve zemlje srednje Europe vjerojatno izvire iz specifičnosti društveno-povijesnih prilika navedenih zemalja, čiji se zdravstveni sustav razvijao pod utjecajem njemačkog političko-upravnog područja, pa te zemlje slijede tu svojevrsnu pravnu i institucionalnu tradiciju.

Naravno, to ne znači da u drugim zemljama Europe staleške strukovne udruge ne postoje. Ali, nigdje značaj i uloga takvih strukovnih udruga nije toliko značajna kao u zemljama koje su bile pod utjecajem njemačke upravne tradicije, bilo da se radi o pokrajinama koje su danas sastavni dio SR Njemačke, ili pak o državama srednje i jugoistočne Europe, koje su nekad bile dio Austro-ugarskog carstva, ili pd njegovim utjecajem.

Specifičnosti ovih staleških strukovnih udruženja očituju se u tome što ove komore imaju dvije specifične komponente.

Prva komponenta je klasično strukovno udruživanje, slično sindikalnom, kojem je cilj zaštita i promicanje prava zdravstvenih djelatnika koje okupljaju.

Druga komponenta su javne ovlasti kojima ova staleško-strukovna udruženja raspolažu, a koja su podijeljena od strane tijela jave vlasti, koja uređuju ustrojstvo i funkcioniranje javnog zdravstvenog sustava.<sup>1</sup> Ove javne ovlasti odnose se izravno na licenciranje zdravstvenih radnika, koji pružaju javnu zdravstvenu uslugu, bilo da se radi o izvornom generiranju ovlasti za pružanje javnih zdravstvenih usluga, bilo o obnavljanju i produžavanju ove licence. Njihova uloga postaje još važnija, ukoliko se u obzir uzme regulativa Europske unije koja uređuje pitanje tzv. reguliranih profesija. Upravo ova nova regulativa o uređenim profesijama, koja pojedinim strukama osigurava bolju vidljivost na jedinstvenom Europskom tržištu, baca novo svjetlo na ulogu koju imaju tzv. regulirane zdravstvene profesije, jer je za njihovo

---

<sup>1</sup> Postoje različita shvaćanja države, od univerzalističkog, prema kojem država pruža sveobuhvatne javne usluge, do minimalističkog, prema kojem se zagovara koncept „minimalističke države“, koja će zadržati minimum kompetencija klasične države. U tom smislu država koristi različite modele kojima uređuje pružanje određenih usluga za čiju regulaciju postoji javni interes. Usp. Lozina, D.: *Pravna država kao uvjet socijalne države*, u Cvitan, O.: *Ustavne promjene Republike Hrvatske i Europska unija*, zbornik radova sa znanstvenog skupa Ustavne promjene Republike Hrvatske i Europska unija, Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu, Split, 2010., str. 166.

obavljanje potrebno, sukladno propisima, licencirati obavljanje pojedinih zdravstvenih zanimanja, što se na području srednje i jugoistočne europa prepušta komorama u zdravstvu, kao staleškim strukovnim udruženjima, koja bi trebala autonomno urediti funkcioniranje svake zdravstvene profesije.<sup>2</sup>

Drugi element koji je zanimljiv za analizu je nastanak i razvoj komora u zdravstvu, kao staleških strukovnih udruženja. Naime, komore u zdravstvu, koje danas doživljavaju intenzivan razvoj i društvenu afirmaciju, izvorno započinju kao udruženja liječnika, kojima je cilj i svrha zaštita njihova statusnog i materijalnog položaja.<sup>3</sup>

U tom smislu, komore u zdravstvu su dugo vremena u prvom redu podrazumijevale staleška strukovna udruženja liječnika. S vremenom, kako zdravstvo kao društvena djelatnost postaje sve kompleksnije i zahtijeva multidisciplinarni pristup, koji uključuje razvoj i angažman različitih zdravstvenih profesija, koje doprinose procesu dijagnostike, liječenja i cjelovite potpore pacijentima u procesu liječenja, javlja se svijest o potrebi da se i druge specifične profesije, u okviru javnog zdravstvenog sustava, promoviraju kroz model staleškog strukovnog udruživanja. Upravo zbog današnje složenosti organizacije sustava javnog zdravstva, uloga različitih komora u zdravstvu postaje sve značajnija.<sup>4</sup> Iako im je početni uzor za organizaciju bila organizacije liječničkih komora, danas se slobodno može reći kako po svojoj

---

<sup>2</sup> Socijalna država kakva je u Europi kroz najveći dio 20.-og stoljeća razvijana danas je u krizi, te se preispituje njezin položaj i uloga u društvu. Najskuplji dio te socijalne države je sustav javnog zdravstva, pa se, kao takav, i on nalazi na svojevrsnoj prekretnici, koja bi trebala redefinirati položaj i ulogu različitih dionika u pružanju zdravstvene zaštite, uključujući i liječničke komore. O krizi socijalne države i mjerama za njezino rješavanje više u Koprić, I.: *Križa socijalne države i menadžerske reforme javne uprave*, u Koprić, I.(ur.): *Javna uprava. Nastavni materijali*, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 2005., str. 137.-159.

<sup>3</sup> O položaju i ulozi različitih medicinskih profesija, koje odražavaju razvoj njihova položaja i uloge u Europi kroz 19. i 20. stoljeće najbolje se može pratiti kroz pravnu regulativu koja ih je uređivala u Hrvatskoj do prve polovice 20.-og stoljeća. Više u Sremac, Đ –Žuža, B.: *Hrvatsko zdravstveno zakonodavstvo 1830.-1941.*, Školska knjiga, Zagreb 2002.

<sup>4</sup> Ovdje valja napomenuti kako suvremeni razvoj društva i javne uprave općenito, dovodi do snažnog razvoja javnih službi, od kojih je sustav javnog zdravstva jedan, po utjecaju na javnu potrošnju i udio u ukupnim javnim rashodima, vjerojatno i najznačajniji dio. Općenito se sustav javnog zdravstva kao javna služba svrstava u tzv. društvene službe, u koje se ubrajaju i obrazovanje, kultura, socijalna skrb i zaštita. Njihov rast i širenje obilježili su najveći dio 20.-og stoljeća, a zamah im se izgubio početkom ekonomske krize sredinom 1970-tih. U okviru Ekonomske komisije dolazi do oblikovanja novog koncepta koji bi trebao zamijeniti tradicionalni koncept javnih službi: koncept službi od općeg interesa. U okviru ovog koncepta, oblikuju se neekonomske službe od općeg interesa: obrazovanje, kultura, socijalna zaštita i skrb, zdravstvo. Iako same države članice Europske Unije imaju širok prostor za donošenje autonomnih odluka u njihovu reguliranju, smatra se da predstavljaju temelj za stvaranje europskog socijalnog modela. Zbog toga se u novije vrijeme mogu uočiti trendovi u pogledu uspostave načela zajedničke europske politike socijalnih i zdravstvenih službi. Usp. Koprić, I. – Marčetić, G. – Musa, A. – Đulabić, V. – Lalić Novak, G.: *Upravna znanost. Javna uprava u suvremenom europskom kontekstu*, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 2014., str. 7. – 8.

brojnosti i raznolikosti organizacijskih oblika predstavljaju svojevrsan izazov u analizi njihove uloge na funkcioniranje sustava javnog zdravstva.

Predmet ovog rada biti će analiza uloge zdravstvenih komora, kao strukovnih staleških udruga, u provođenju javnih ovlasti koje su im podijelila tijela javne vlasti u okviru organizacije i funkcioniranja sustava javnog zdravstva.

## 2 Staleške strukovne udruge u zdravstvu i njihove specifičnosti

Staleške strukovne udruge u zdravstvu predstavljaju specifičan oblik interesnog udruženja koje imaju u svojoj osnovi dvije dimenzije: prva je zaštita staleških i drugih strukovnih prava koja iz njih proizilaze, a drugo su javne ovlasti koje su od strane javno-pravnih tijela prenesene u njihovu stručnu nadležnost.<sup>5</sup>

Prva dimenzija je na određeni način u svojevrsnom kolizijskom odnosu sa drugim interesnim udruženjima, ali samo u onom dijelu koji se odnosi na reguliranje radno-pravnog odnosa. U tom smislu, kolizija postoji samo naizgled. Naime, staleška strukovna udruženja u prvom redu uređuju i bave se pitanjima statusne prirode, dok su radno-pravna pitanja u prvom redu uređena s propisima koji imaju drugu pravnu osnovu, i o čijoj zaštiti brigu vode tijela kao što su sindikati, radnička vijeća i sl. Staleška strukovna udruženja u prvom redu promiču pitanja koja su vezana uz pravni položaj određene specifične profesije i njezinu ulogu u društvu. Upravo zbog toga, staleške udruge imaju svojevrsan ambivalentan odnos. Dok s jedne strane propisi radnog prava uređuju pravni položaj radnika i njegov odnos sa poslodavcem, s druge strane djelatnost i aktivnosti staleških strukovnih udruge uređuju specifičnost položaja pojedinih medicinskih profesija u okviru zdravstvenog sustava. Stoga staleške strukovne udruge su u pravilu osnovane kako bi promicale određenu profesionalnu djelatnost, te radile na njezinu poboljšanju.<sup>6</sup>

Druga dimenzija odnosi se na autonomiju u obnašanju i provođenju javnih ovlasti kojima raspolažu staleške strukovne udruge, a koje su im povjerene od strane tijela javne vlasti. Radi se u pravilu o udrugama koje predstavljaju autonomna udruženja zajednice profesionalaca, koja su uređena zakonom koji regulira neku profesiju, a

<sup>5</sup> Usp. Klarić, A. – Cvitković, M. – Matijašić Žugaj, P.: *Komore u zdravstvu*, Zbornik radova, „Aktualna problematika u zdravstvu, Varaždin, 2015., str. 162. – 182.

<sup>6</sup> O načinu na koji se u konkretnim slučajevima ostvaruju prava u okviru reguliranih profesija više u Gjurašin, M. – Haller, H. – Rumeck Črne, R.: *Zaštita interesa liječnika i bolesnika u Hrvatskoj liječničkoj komori. O radu Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor*, Liječničke novine, godina IX., 2009., br. 77.

kojima se želi promovirati njezina neovisnost. Ove regulirane profesije, kako po hrvatskim, tako i po europskim propisima, jačanjem javno-pravnog statusa komora kao neovisnih staleških strukovnih udruga kojima su povjerene javne ovlasti glede pristupa u određenu profesiju, kao i licenciranja i obnove dozvola za njezino obavljanje, s jedne strane ostvaruju neovisnost u odnosu na upravno-političke institucije nadležne za njihovo obavljanje, a s druge strane promicanjem svijesti o potrebi izgradnje standarda kvalitete u njihovu obavljanju, autonomno rade na stalnom dograđivanju minimalnih uvjeta koji trebaju pratiti određene međunarodne standarde.<sup>7</sup> U tom smislu, one ostvaruju značajan utjecaj na ustrojstvo i funkcioniranje zdravstvenog sustava u cjelini.<sup>8</sup>

U zdravstvu, koje obiluje reguliranim profesijama, komore imaju važnu i nezaobilaznu ulogu. Važnost te uloge proizlazi iz činjenice kako je udruživanje pojedinih zdravstvenih profesija u strukovne komore dio tradicije na prostorima zemalja bivše Habsburške monarhije, kojoj je bio temeljni cilj da se kroz ekskluzivnost tog članstva osigura kvaliteta pružanja određene zdravstvene usluge.<sup>9</sup> Na taj neizravan način, država je osigurala provođenje minimalnih standarda kvalitete određene zdravstvene usluge, te prebacila na članove udruženja obvezu da te standarde kvalitete postave i dalje primjenjuju. Tradicija staleškog strukovnog udruživanja dugo se protezala kroz organizaciju obavljanja zdravstvene djelatnosti, još iz vremena Austro-ugarske, da bi svoj nastavak imala i u odgovarajućoj strukovnoj organizaciji Kraljevine SHS, a zatim i Kraljevine Jugoslavije. U vrijeme socijalističke Jugoslavije dolazi do diskontinuiteta, koji je kasnije prekinut osnivanjem Hrvatske liječničke komore,<sup>10</sup> Razvojem pojedinih zdravstvenih profesija, dolazi i do povećanja broja komora u zdravstvu, koje se time specijaliziraju svaka za svoju posebnu medicinsku profesiju. Ipak, i dalje zadržavaju dualitet

---

<sup>7</sup> Ovdje dolazi do susreta i prožimanja etičke i pravne dimenzije u reguliranju medicinskih profesija. Pravo i bioetika pripadaju različitim znanstvenim disciplinama, ali bez njihovog susreta i nadopunjavanja nije moguće graditi odgovarajuća pravila i standarde, kojima će se, kroz obvezatnost njihova poštivanja, dati i pravna dimenzija. O tome više u Čizmić, J.: *Bioetika i medicinsko pravo*, Medicina, Vol. 44, No. 2, 2008., str. 171.-185.

<sup>8</sup> Valja napomenuti kako je ustrojavanje medicinskih komora u okviru reforme zdravstvenog sustava važan dio moderniziranja i reforme zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj. O navedenim reformama više u Mastilica, M.: *Health Reforms in Croatia from the User Perspective* Bartlett, W. – Božikov, J. – Rechell, B.: *Health Reforms in South East Europe*, Palgrave Macmillan, 2012., str 31. – 48.

<sup>9</sup> Usp. *Hrvatska liječnička komora – Spomenica: 1903. – 1995. – 2005.*, Hrvatska liječnička komora, svibanj, 2005., str. 12.

<sup>10</sup> Godine 1923. Liječnička komora osniva za područje Hrvatske, Slavonije i Međimurja, sa sjedištem u Zagrebu, da bi od 1939. godine djelovala kao Liječnička komora Banovine Hrvatske. Hrvatska liječnička komora ima diskontinuitet u svom radu, jer 1941. godine djelovala kao Liječnička komora Nezavisne Države Hrvatske, da bi 1945. godine promijenila svoj naziv u Liječnička komora Federativne Države Hrvatske, ali je iste godine ukinuta. Obnovljena je tek 1995. godine. Usp. Čizmić, J.- Cvitković, M.- Klarić, A.: *Zdravstveno strukovno staleško pravo*, University of Maribor Press, Maribor, 2017., str. 334.



komponenti u svojoj organizaciji: s jedne strane promicanje i značaj medicinske profesije koja je u žarištu njihova interesa i autonomno obnašanje javnih ovlasti povjerenih od strane tijela javne vlasti.<sup>11</sup>

### 3 Javne ovlasti staleških strukovnih udruga u zdravstvu

Javne ovlasti komora kao staleških strukovnih udruga po svojoj je pravnoj prirodi ne razlikuju od javnih ovlasti drugih tijela ili institucija. U tom smislu ona je odraz klasične političke vlasti kojom raspolažu tijela javne vlasti.<sup>12</sup> Za njih su, kao i za sve druge javne ovlasti, karakteristična slijedeća obilježja: autoritativnost, jednostranost, autonomija u obavljanju i samostalnost u provođenju.<sup>13</sup> Autoritativnost je jedno od temeljnih obilježja javne službe, koje nam otkriva samu prirodu javnih ovlasti.<sup>14</sup> Autoritativnost u postupanju znači da komora samostalno primjenjuje propise na svoje članove, neovisno o tome da li je sami član pokrenuo određeni postupak ili je postupak iniciran ne neki drugi način, samostalno ili od strane nekog drugog člana. Time komora snagom autoriteta podijeljenog od tijela javne vlasti, može nametnuti određena rješenja, ograničenja ili sankcije svojim članovima, neovisno o tome što oni na koje se te odluke odnose misle.<sup>15</sup> Autoritativnost se ogleda i u tome što se time mogu ograničiti ili čak ukinuti prava na obavljanje pojedine medicinske profesije, a tu odluku samostalno donosi strukovna medicinska komora temeljem ovlasti kojima raspolaže. Jednostranost kao obilježje javne ovlasti očituje se u okolnosti da se odluka generira i kreira od strane samo jednog subjekta u odnosu, i da je taj odnos po svojoj prirodi jednosmjernan, a objekt tog odnosa su prava na obavljanje pojedine medicinske profesije i mogućnost ograničavanja, pa i ukidanja tog prava. U tom odnosu koji može biti pokrenut od člana komore, tijela komore, ali i subjekata koji djeluju van komora, subjekt na kojeg se odluka odnosi je uvijek u subordiniranom položaju, jer komora temeljem podijeljenih javnih ovlasti odlučuje o njegovim pravima, obvezama i pravnim interesima koji su vezani uz obavljanje

---

<sup>11</sup> Valja naglasiti kako se posebnost strukovnih komora u zdravstvu ogleda kroz ekskluzivnost u reguliranju pojedinih medicinskih profesija i mogućnosti njihova obavljanja, poseban pravni položaj različit od položaja nadležnog resornog tijela koje se bavi regulacijom sustava zdravstven zaštite, javne ovlasti kojima tijela komore raspolažu u odnosu na svoje članove, te obvezatnost članstva u komori koje ujedno jamči i ekskluzivnost u obavljanju pojedine profesije.

<sup>12</sup> O tome više u Weber, M.: *Vlast i politika*, Jesenski i Turk, Zagreb, 2013., str. 64. – 69.

<sup>13</sup> U tom smislu, komore predstavljaju sastavni dio državne vlasti, koja putem njih ostvaruje neke osnovne zadaće poput reguliranja osnovnih društvenih procesa te preuzimanja odgovornosti za minimum materijalne i socijalne sigurnosti svojih građana. Usp. Pusić, E.: *Nauka o upravi*, Školska knjiga, Zagreb, 2003., str. 108.

<sup>14</sup> Usp. Krijan, P.: *Javne ovlasti kao poseban oblik javne vlasti*, Informator, 4613, Zagreb, 1998., str. 9. – 10.

<sup>15</sup> Ovdje valja napomenuti kako je autoritarnost obilježje koje je derivirano iz instituta političke vlasti, prema kojem subjekt koji raspolaže moću, kao temeljnim konstitutivnim obilježjem političke vlasti, može nametnuti svoju volju drugom subjektu neovisno o tome što taj drugi subjekt o tome misli.

određene medicinske profesije. Jednodnosmjernost odnosa u provođenju javnih ovlasti osigurava ekskluzivnost obavljanja pojedine medicinske profesije, koja se i dodatno regulira sustavom licenciranja, koje provode upravo komore.<sup>16</sup> Time se javna ovlast kojom raspoložu komore može smatrati sastavnim i neodvojivim dijelom javne službe, koja uređuje obavljanje pojedinih medicinskih profesija i njihov položaj i ulogu u okviru zdravstvenog sustava.<sup>17</sup>

Autonomija u obavljanju javnih ovlasti zapravo znači kako javne ovlasti koje su povjerene komorama u zdravstvu su povjerene na način da komore samostalno odlučuju o praktičnim implikacijama primjene na statusni položaj njihovih članova, kao i na način na koji će se to odraziti na obavljanje njihove profesije.<sup>18</sup> U tom smislu, komore samostalno provode postupke, utvrđuju činjenično stanje neovisno o drugim tijelima koja također mogu voditi postupak o istom slučaju, ali s drugog pravnog naslova, i temeljem tako samostalno utvrđenog činjeničnog stanja donose odluke. Ove odluke same po sebi su također samostalne i neovisne o drugim tijelima, te su u pravilu eventualno vezane sličnim ili istovjetnim odlukama koje su se u sličnim ili istovrsnim slučajevima donosile. Autonomija u obavljanju dovodi do stvaranja samostalne prakse u administrativnom postupanju komora, koja omogućuje kreiranje specifičnih pravnih i upravnih instituta karakterističnih za obavljanje određene medicinske profesije. Ovi instituti ovise o prirodi pojedine medicinske profesije, načinu njezina obavljanja, etičkim standardima koji se postavljaju za njezino obavljanje, pretpostavkama odgovornosti u slučaju pogreške ili komplikacijama tijekom njezina obavljanja i sl.<sup>19</sup>

Samostalnost u provođenju javnih ovlasti predstavlja dodatno, daljnje obilježje, koje je važno za razumijevanje rada komora u zdravstvu kao staleških strukovnih udruženja. Samostalnost znači da nema prethodne ili naknadne kontrole ili pak odobrenja u provođenju javnih ovlasti podijeljenih od tijela javne vlasti. Ovo znači da tijela javne vlasti na komore u cijelosti prenose javne ovlasti, kao i odgovornost za njihovo obavljanje. Time im povjeravaju da samostalno i suvereno odlučuju o

---

<sup>16</sup> O načinu na koji javne ovlasti proizvode učinke u odnosu u kojem tijelo javne vlasti djeluje s pozicije autoriteta vlasti više u Popović, S.: *Upravno pravo – opšti deo*, Savremena administracija, Beograd, 1982., str. 7.

<sup>17</sup> O tome da se javne ovlasti smatraju sastavnim dijelom javne službe vidi više u Krbeč, I.: *Upravno pravo, II knjiga – Organizacija javne uprave*, Tisak i naklada jugoslavenske štampe d. d., Zagreb, 1932., str. 13. – 14.

<sup>18</sup> Usp. Bäsler, F.-Fuchs, C.-Scriba, P. C.: *Förderung der Versorgungsforschung durch die Bundesärztekammer*, Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, Vol. 40, br. 2, 2006., ISSN: 1436-9990, str. 130.-136.

<sup>19</sup> O etičkim i drugim normativnim standardima kojih bi se trebalo pridržavati u obavljanju neke medicinske profesije vidi više u Maio, G.: *Mittelpunkt Mensch: Lehrbuch der Ethik in der Medizin. Mit einer Einführung in die Ethik der Pflege: ein Lehrbuch*, Schattauer, Freiburg, 2017.

pravima, obvezama i pravnim interesima njihovih članova, i da sukladno tome donose odluke koje se mogu preispitivati u okviru njihovih stranačkih tijela. Jedino ukoliko netko od članova smatra da mu je povrijeđeno kakvo pravo ili pravni interes, može reagirati upravnom tužbom za zaštitu svojih prava, ali i tada upravna tijela nadležna za poslove zdravstva ostaju po strani, jer se pitanjem pravne zaštite bave za to nadležna pravosudna tijela. Time se nastoji osigurati neovisnost i samostalnost medicinskih profesija, koja se ostvaruje kroz zajamčena prava i pravni položaj komora koji im je osiguran od strane tijela javne vlasti. Time tijela javne vlasti u pogledu obavljanja pojedinih medicinskih profesija osiguravaju samo logističku i materijalnu potporu za njihovo obavljanje, dok se unutarnja regulacija njihova obavljanja, kao i odgovornost za propuste prebacuje na komore kao staleška strukovna uređenja, kao i na njihove članove. Upravo oni trebaju generirati načela i standarde za obavljanje pojedinih medicinskih profesija kroz njihovu strukovnu regulaciju, a na komorama je da tako proklamirana načela i stavove, ugrađene u obvezujuće dokumente koje one autonomno donose, u svojoj praksi i postupanju prema svojim članovima dosljedno i provode. Time se uklapaju u širi okvir sustavne regulacije vezane uz obavljanja zdravstvene djelatnosti na razini cijelog društva.<sup>20</sup>

#### **4 Pregled strukovnih medicinskih komora koje danas djeluju u Hrvatskoj**

##### **4.1 Hrvatska liječnička komora**

Hrvatska liječnička komora predstavlja krovnu asocijaciju hrvatskih liječnika, čije je ustrojstvo uređeno Zakonom o liječništvu. Ova institucija ima dugu tradiciju djelovanja na hrvatskim prostorima, o čemu je više izneseno u prvom dijelu teksta. Ovdje će analiza biti posebno usmjerena na položaj i ulogu koju Hrvatska liječnička komora ima danas. Kao prvo, treba naglasiti da Hrvatska liječnička komora ima specifičnu pravnu poziciju, jer kao staleška udruga raspolaže s javno-pravnim ovlastima, kojima uređuje položaj liječničke profesije u Hrvatskoj. Naravno, pored ovih javno-pravnih ovlasti, Komora predstavlja stalešku udrugu koja štiti i promiče ugled liječničke profesije u Hrvatskoj, ali i kroz suradnju s drugim sličnim relevantnim liječničkim udrugama u zemlji, Europi i u svijetu. O takvoj ulozi Komore mogu se naći i odredbe Zakona o liječništvu, prema kojoj Komora u okviru

---

<sup>20</sup> U tom smislu pozicija liječnika u obavljanju javne zdravstvene službe ne ovisi samo o njegovoj predanosti u njezinu obavljanju, nego i drugim faktorima. O tome više u Loewit, G.: *Der ohnmächtige Arzt. Hinter den Kulissen des Gesundheitssystems*, Haymon Taschenbuch, Innsbruck – Wien, 2010.

svojih djelatnosti predstavlja liječnike u Republici Hrvatskoj i inozemstvu.<sup>21</sup> O važnosti i ulozi Komore u obavljanju liječničke profesije govori i okolnost da su se liječnici koji rade na poslovima neposredne zdravstvene zaštite obvezni učlaniti u Hrvatsku liječničku komoru.<sup>22</sup> Javne ovlasti Komore su: vođenje Imenika liječnika u Republici Hrvatskoj, davanje obnavljanje i oduzimanje odobrenja za samostalan rad, obavljanje stručnog nadzora nad radom liječnika, određivanje najniže cijene rada privatnih liječnika i odobravanje pojedinačnih cijena liječničkih usluga privatnih liječnika.

Ostali poslovi komore su unaprijeđenje i čuvanje društvenog položaja i ugleda liječničkog zvanja, donošenje Kodeksa medicinske etike i deontologije te praćenje i nadziranje njegova provođenja uz sankcioniranje njegova kršenja, u suradnji s medicinskim fakultetima te stručnim medicinskim društvima organizira, nadzire i vrednuje trajno stručno usavršavanje liječnika, davanje mišljenja u postupku osnivanja, preseljenja i prestanka rada privatnih zdravstvenih ustanova i privatnih praksi, zastupanje liječnika kod sklapanja ugovora sa Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje te društvima za osiguranje u cilju vrednovanja liječničkog rada u postupku formiranja cijena zdravstvenih usluga, predlaganje osnovne mreže zdravstvene djelatnosti, davanje prijedloga i stručnih mišljenja kod pripreme propisa koji imaju utjecaj na razvoj medicinske struke, zdravstvene zaštite i liječničkog zvanja. Osim toga Hrvatska liječnička komora obavlja i druge poslove i zadaće u skladu sa ovim zakonom, kao i drugim propisima.

Najvažnija javno-pravna ovlast kojom Hrvatska liječnička komora raspolaže je mogućnost davanja odobrenja za samostalan rad liječnika. Odobrenje za samostalan rad naziva se i licencom, a vremenski je ograničeno. Liječnika je dužan permanentno raditi na ispunjavanju uvjeta koje propisuje Komora kako bi mogao licencu produžiti, a Komora je dužna permanentno provjeravati ispunjavanje pretpostavki za produženje licence svakog liječnika. Liječnik je obavezan samostalno obavljati liječničku praksu sukladno sadržaju odobrenja licence. A sadržaj odobrenja definira sadržaj medicinske djelatnosti kojom se liječnik može baviti. Tako liječnik koji je položio stručni ispit, kao i liječnik specijalizant mogu samostalno pružati zdravstvenu zaštitu isključivo iz područja opće medicine. Pored ovog odobrenja,

---

<sup>21</sup> U tom smislu čl. 35. st. 2. Zakona o liječništvu definira poziciju Komore i njezine nedvojbene obveze prema liječnicima koji su njezini članovi.

<sup>22</sup> Postoje i iznimke od obveze učlanjenja: ukoliko liječnici ne rade na poslovima neposredne zdravstvene zaštite, ukoliko obavljaju liječničku djelatnost izvan Republike Hrvatske, ukoliko su nezaposleni i ukoliko su u mirovini.

liječniku koji je usavršio određenu specijalizaciju ili subspecijalizaciju daje se posebno odobrenje za samostalan rad na području usavršene specijalizacije ili subspecijalizacije. Iznimno je dopušteno obavljati djelatnost iz područja neke specijalizacije ili subspecijalizacije kada se za to ostvare tri izvanredna uvjeta:

- u društveno kriznim situacijama ili u izvanrednim okolnostima, kada je nemoguće osigurati redovitu zdravstvenu zaštitu,
- u hitnim slučajevima, kada bi izostanak liječničke intervencije doveo do trajne ugroze po zdravlje, u što bi se mogle uključiti po život opasne komplikacije ili pak one sa smrtnom posljedicom,
- u okolnostima kad deficitarna zdravstvena služba ne može osigurati pružanje redovite zdravstvene službe.

Komora kao neovisna asocijacija koja za cilj ima promicanje i zaštitu prava svojih članova ima autonomnu organizacijsku strukturu i svoje članove. Kao tijela Komore predviđeni su Skupština, Vijeće, Izvršni odbor, Predsjednik, Nadzorni odbor, Sud i druga tijela utvrđena Statutom Komore. Podrobniji ustroj Komore uređen je njezinim Statutom.

## **4.2 Hrvatska komora medicinskih sestara**

Hrvatska komora medicinskih sestara je krovna staleška udruga koja okuplja medicinske sestre u Republici Hrvatskoj. Ona je strukovna samostalna organizacija sa svojstvom pravne osobe i javnim ovlastima. Uređena je temeljem Zakona o sestrinstvu.<sup>23</sup> I za ovu strukovnu komoru predviđena je obvezatnost udruživanja. Hrvatska komora medicinskih sestara također ima podijeljene javne ovlasti. Kao javne ovlasti ona vodi registar svojih članova, daje, obnavlja i oduzima odobrenja za samostalni rad, obavlja stručni nadzor nad radom medicinskih sestara, a sukladno posebnim aktima koje Komora samostalno donosi. Pored poslova koji predstavljaju javne ovlasti Komore, ona obavlja i čitav niz drugih poslova, od donošenja etičkog kodeksa, do obavljanja drugih poslova kojima aktivno sudjeluje u uređenju hrvatskog zdravstvenog sustava.<sup>24</sup> I medicinske sestre, jednako kao i liječnici, dužne su se stalno

---

<sup>23</sup> Narodne novine br. 121/2003.

<sup>24</sup> Komora tako surađuje s ministarstvom nadležnim za zdravstvo na svim područjima od interesa za medicinske sestre te daje stručna mišljenja kod pripreme propisa od utjecaja na struku medicinskih sestara, donosi sadržaj protokola za plan i provođenje zdravstvene njege po načelima Međunarodne klasifikacije sestriinske prakse, predlaže ministru nadležnom za zdravstvo standarde i normative za djelatnost medicinskih sestara, utvrđuje potrebu, sadržaj i duljinu trajanja programa dodatnog usavršavanja medicinskih sestara, donosi opći akt kojim se utvrđuju sadržaj,

stručno usavršavati i stjecati najnovija znanja s područja u skladu s najnovijim dostignućima i saznanjima s područja medicine. U tom smislu, i za njih se organiziraju stručni seminari, tečajevi i stručni skupovi, a način njihove organizacije kao i vrednovanje propisuje Hrvatska komora medicinskih sestara posebnim propisima.

### 4.3 Hrvatska komora primalja

Hrvatska komora primalja je krovna staleška udruga koja okuplja primalje koje rade u okviru sustava zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj. Onovana je temeljem odredbi Zakona o primaljstvu.<sup>25</sup> Ima svojstvo pravne osobe i podijeljene su joj javne ovlasti vezane uz reguliranje obavljanja djelatnosti primalja u Republici Hrvatskoj. Primalje se obvezno udružuju u Komoru, bez posebnog zakonskog preciziranja na koga se ta obvezatnost udruživanja odnosi. Komora ima sljedeće javne ovlasti: vodi registar svojih članova, daje, obnavlja i oduzima odobrenja za samostalan rad, obavlja stručni nadzor nad radom primalja. Pored javnih ovlasti, Komora kao i druge komore obavlja čitav niz drugih poslova propisanih Zakonom o primaljstvu.<sup>26</sup>

### 4.4 Hrvatska komora dentalne medicine

Hrvatska komora dentalne medicine okuplja doktore dentalne medicine koji djelatnost dentalne zdravstvene zaštite obavljaju na području Republike Hrvatske. Njezino ustrojstvo uređeno je Zakonom o dentalnoj medicini.<sup>27</sup> Doktori dentalne medicine obavezni su se učlaniti u Komoru, koja predstavlja samostalnu i neovisnu

---

rokovi i postupak trajnog stručnog usavršavanja i provjere stručnosti medicinskih sestara, predlaže ministru nadležnom za zdravstvo sadržaj seestrinske liste, propisuje način i uvjete pod kojima se obavlja stručni nadzor nad radom medicinskih sestara, utvrđuje najniže cijene zdravstvene njege za medicinske sestre izvan osnovne mreže zdravstvene djelatnosti, utvrđuje cijene zdravstvene njege iz opsega privatnog zdravstvenog osiguranja, obavlja stručni nadzor nad radom medicinskih sestara, utvrđuje povrede radnih dužnosti medicinskih sestara, utvrđuje disciplinske mjere za lakše i teže povrede radne dužnosti medicinskih sestara, provodi disciplinski postupak i izriče disciplinske mjere za povrede dužnosti medicinskih sestara, surađuje sa zdravstvenom inspekcijom ministarstva nadležnog za zdravstvo, zastupa interese medicinskih sestara, brine za pravnu pomoć svojim članovima, brine o drugim interesima svojih članova, koordinira odnose među članovima te aktivno sudjeluje u rješavanju eventualno nastalih sporova, surađuje sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom i drugim međunarodnim organizacijama od interesa za sestrinstvo.

<sup>25</sup> Narodne novine br. 120/08, 145/10.

<sup>26</sup> Neke od važnijih su donošenje etičkog kodeksa primalja, suradnja s ministarstvom nadležnim za zdravstvo na područjima vezanim za interese primalja, predlaganje ministarstvu standarda i normativa za zdravstvo, utvrđuje potrebu, sadržaj i duljinu trajanja programa dodatnog usavršavanja primalja, donošenje propisa kojim se utvrđuju sadržaj, rokovi i postupak trajnoga stručnog usavršavanja i provjere stručnosti primalja, utvrđuje disciplinske mjere za lakše i teže povrede radne dužnosti primalja, provodi disciplinski postupak i izriče disciplinske mjere za povrede dužnosti primalja i dr.

<sup>27</sup> Narodne novine br. 121/03, 117/08, 120/09.

strukovnu organizaciju, koja ima svojstvo pravne osobe, te podijeljene javne ovlasti. I dentalni tehničari i dentalni asistenti dužni su se učlaniti u odgovarajući strukovni razred, koji djeluje pri Komori. Tijela Komore su Skupština, Upravno vijeće, Izvršni odbor, Upravni odbor strukovnog razreda dentalnih tehničara i Upravni odbor Strukovnog razreda dentalnih asistenata. Pored ovih tijela, mogu biti osnovana i druga, sukladno statutu Komore. Komora je ovlaštena obavljati slijedeće javne ovlasti: vodi registar doktora dentalne medicine u Republici Hrvatskoj, vodi registar dentalnih tehničara i dentalnih asistenata, daje, obnavlja i oduzima odobrenja za samostalni rad doktora dentalne medicine, daje, obnavlja i oduzima odobrenja za samostalan rad dentalnih tehničara i dozvola za rad dentalnih asistenata, obavlja stručni nadzor nad radom doktora dentalne medicine, obavlja stručni nadzor nad radom dentalnih tehničara i dentalnih asistenata, određuje najnižu cijenu rada doktora dentalne medicine izvan mreže javne zdravstvene službe, određuje najnižu cijenu rada dentalnog tehničara. Pored ovih poslova koji se obavljaju kao javne ovlasti, Komora obavlja i niz drugih poslova, kojima je cilj osigurati kvalitetan sustav dentalne medicine na području Republike Hrvatske.<sup>28</sup>

#### **4.5 Hrvatska ljekarnička komora**

Hrvatska ljekarnička komora je samostalna i neovisna strukovna organizacija koja ima svojstvo pravne osobe. Ona okuplja magistre farmacije u Republici Hrvatskoj i u inozemstvu, a obvezu učlanjivanja imaju oni magistri farmacije koji se bave obavljanjem ljekarničke djelatnosti na poslovima zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj. Njeno ustrojstvo i djelovanje uređeno je Zakonom o ljekarništvu.<sup>29</sup> Kao javne ovlasti Komora obavlja slijedeće poslove: vodi registar magistara farmacije koji obavljaju ljekarničku djelatnost u Republici Hrvatskoj, daje, obnavlja i oduzima

---

<sup>28</sup> Tako primjerice komora vodi registar svojih članova, dentalnih ordinacija, grupnih praksi, zdravstvenih ustanova i drugih pravnih osoba, donosi Kodeks dentalne etike i deontologije te Kodeks etike i deontologije dentalnih tehničara i dentalnih asistenata, prati i nadzire provođenje pravila etike i deontologije, pruža zaštitu građanima u ostvarivanju prava s obzirom na kvalitetu, sadržaj i vrstu usluge dentalne medicine, kao i usluge dentalnog tehničara i dentalnog asistenta, daje mišljenje u postupku osnivanja, preseljenja i prestanka rada dentalnih ordinacija, dentalnih laboratorija, grupne prakse, zdravstvenih ustanova i drugih pravnih osoba, predlaže ministru nadležnom za zdravstvo mrežu javne zdravstvene službe za dentalnu medicinu i djelatnost dentalnih tehničara, propisuje način oglašavanja doktora dentalne medicine i dentalnih tehničara, utvrđuje najniže cijene usluga doktora dentalne medicine izvan mreže javne zdravstvene službe, utvrđuje cijene dentalnih usluga koje su obuhvaćene dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem, zastupa interese svojih članova kod sklapanja ugovora sa osiguravajućim društvima, sudjeluje pri uređivanju standarda i normativa dentalnih usluga i usluga dentalne tehnike i dentalnih asistenata, daje stručna mišljenja kod pripreme propisa od utjecaja za razvoj dentalne struke, struke dentalnih tehničara i dentalnih asistenata, osigurava dodatno usavršavanje i dodatnu izobrazbu svojih članova, čuva i unaprjeđuje društveni položaj i dignitet dentalnog zvanja i zvanja dentalnog tehničara i dentalnog asistenta, izdaje glasilo Komore i stručne publikacije te obavlja i druge poslove predviđene zakonom i drugim aktima.

<sup>29</sup> Narodne novine br. 121/03, 142/06, 35/08, 117/08.

odobrenja za samostalan rad, vodi registar ljekarni, ljekarničkih depoa, galenskih laboratorija i laboratorija za provjeru kakvoće galenskih pripravaka i identifikaciju ljekovitih tvari, donosi popis kozmetičkih i drugih sredstava za zaštitu zdravlja koji se mogu izdavati u ljekarnama, obavlja stručni nadzor nad radom ljekarničkih radnika. Pored ovih poslova koji se obavljaju temeljem podijeljenih javnih ovlasti, Komora obavlja i druge poslove koji su utvrđeni Zakonom o ljekarništvu.<sup>30</sup>

#### 4.6 Hrvatska komora medicinskih biokemičara

Hrvatska komora medicinskih biokemičara je strukovna udruga koja okuplja medicinske biokemičare u Republici Hrvatskoj. Ova komora uređena je Zakonom o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti<sup>31</sup>. U Komoru se obvezno učlanjuju medicinski biokemičari, koji obavljanjem medicinsko-biokemijske djelatnosti rade na području Republike Hrvatske na neposrednim poslovima zdravstvene zaštite. Obveza učlanjenja za ostale medicinske biokemičare ne postoji. Poslovi koje Komora obavlja kao javne ovlasti su vođenje registra medicinskih biokemičara u Republici Hrvatskoj, davanje, obnavljanje i oduzimanje licence za samostalan rad, obavljanje stručnog nadzora nad radom medicinskih biokemičara, određivanje najniže cijene rada medicinskih biokemičara koji obavljaju privatnu praksu, odobrava pojedinačne cijene medicinsko-biokemijskih usluga onim medicinskim biokemičarima koji obavljaju privatnu praksu.<sup>32</sup>

---

<sup>30</sup> Komora donosi Kodeks ljekarničke etike i deontologije, donosi Pravila dobre ljekarničke prakse, prati i nadzire provođenje pravila ljekarničke etike i deontologije i dobre prakse u ljekarničkoj djelatnosti i poduzima mjere u slučaju njihova kršenja, daje stručna mišljenja i sudjeluje kod pripreme propisa iz ljekarničke djelatnosti, daje prijedlog plana potrebnih kadrova ministru nadležnom za zdravstvo, sudjeluje pri utvrđivanju standarda i normativa ljekarničkih udruga, pruža zaštitu građanima u ostvarivanju prava s obzirom na kakvoću, sadržaj i vrstu ljekarničke usluge koja im se pruža, organizira dodatno usavršavanje za proširenje djelatnosti unutar struke s obzirom na nove metode ljekarništa, organizira trajno stručno usavršavanje za magistre farmacije i provodi provjeru stručnosti, zastupa interese svojih članova kod sklapanja ugovora s HZZO-om i drugim osiguravateljima, propisuje način oglašavanja i način isticanja naziva privatne prakse, utvrđuje način oblikovanja maloprodajnih cijena lijekova drugih sredstava koja nisu predmet ugovaranja sa HZZO-om, daje suglasnost za oblikovanje cijena lijekova i drugih sredstava iz dobrovoljnog osiguranja koje određuje ugovorom društvo za osiguranje, brine za pravnu pomoć svojim članovima, brine se o materijalnim i drugim interesima svojih članova, koordinira odnose među članovima, daje prethodna mišljenja na neke akte HZZO-a te obavlja i druge poslove koji se predviđeni zakonom i statutom.

<sup>31</sup> Narodne novine br. 121/03, 117/08.

<sup>32</sup> Komora obavlja i druge poslove poput donošenja etičkog kodeksa medicinskih biokemičara i medicinske deontologije, prati i nadzire provođenje pravila etike i deontologije u medicinsko-biokemijskoj djelatnosti i poduzima odgovarajuće mjere u slučaju njihova kršenja, daje stručna mišljenja kod pripreme propisa od utjecaja na razvoj zdravstvene struke, daje prijedlog plana potrebnih kadrova ministru nadležnom za zdravstvo, sudjeluje pri utvrđivanju standarda i normativa medicinsko-biokemijskih usluga, pruža zaštitu građanima u ostvarivanju prava s obzirom na kakvoću, sadržaj i vrstu medicinsko-biokemijske usluge koja im se pruža, surađuje sa zdravstvenom inspekcijom Ministarstva zdravstva, daje mišljenje o kvaliteti dijagnostičkih tekstova, reagensa, pribora i opreme, organizira dodatno usavršavanje svojih članova, propisuje uvjete stručnog usavršavanja medicinskih biokemičara, prati i analizira problematiku vezanu uz obavljanje djelatnosti, zastupa interese svojih članova kod zaključivanja ugovora s HZZO-om, brine se za materijalne interese svojih članova, koordinira odnose među članovima, te obavlja i razne druge poslove predviđene zakonom.



#### 4.7 Hrvatska komora zdravstvenih radnika

Hrvatska komora zdravstvenih radnika je samostalna staleška strukovna udruga. Njezino ustrojstvo je regulirano Zakonom o djelatnostima u zdravstvu.<sup>33</sup> Komora predstavlja interese magistara sanitarnog inženjerstva, diplomiranih sanitarnih inženjera, sveučilišnih prvostupnika sanitarnog inženjerstva, stručnih prvostupnika sanitarnog inženjerstva, sanitarnih tehničara, stručnih prvostupnika radiološke tehnologije, stručnih prvostupnika radne terapije, stručnih prvostupnika medicinsko-laboratorijske dijagnostike, inženjera medicinske radiologije, viših radnih terapeuta, viših fizikalnih terapeuta – smjer radne terapije, inženjera medicinsko-laboratorijske dijagnostike, zdravstveno-laboratorijskih tehničara, zdravstveno-laboratorijskih tehničara sa završenim tečajem iz citodijagnostike-citoskrinere, zdravstveno-laboratorijskih tehničara sa završenim tečajem iz transfuzijske medicine, stručnih prvostupnika medicinsko-laboratorijske dijagnostike sa završenim tečajem citodijagnostike-citotehnologije ili sa završenim tečajem iz transfuzijske medicine. Komora obavlja slijedeće poslove kao javne ovlasti: vodi registar svojih članova, izdaje obnavlja i oduzima odobrenje za samostalni rad, obavlja stručni nadzor nad radom svojih članova. Pored poslova koji predstavljaju javne ovlasti, Komora obavlja i druge poslove.<sup>34</sup>

#### 4.8 Hrvatska komora fizioterapeuta

Hrvatska komora fizioterapeuta je medicinska strukovna udruga, koja je uređena Zakonom o fizioterapeutskoj djelatnosti. Ona je uređena kao neovisna i samostalna strukovna udruga, koja ima svojstvo pravne osobnosti i raspolaže s javnim ovlastima. Članstvo fizioterapeuta kao i drugih osoba koje sudjeluju u pružanju fizikalne terapije (fizioterapeutske tehničari, radni terapeuti i maseri-kupeljadi) u komori je obvezno. Javne ovlasti Komore su vođenje registra članstva, izdavanje, obavljanje i oduzimanje odobrenja za samostalni rad, ovlast obavljanja stručnog nadzora nad radom fizioterapeuta i drugih osoba koje provode fizioterapiju. Pored poslova koje

<sup>33</sup> Narodne novine br. 87/2009.

<sup>34</sup> Donosi etički kodeks, čuva i unaprjeđuje položaj i ugled zvanja svojih članova, surađuje s ministarstvom nadležnim za poslove zdravstva, predlaže ministarstvu standarde i normative za obavljanje djelatnosti svojih članova, donosi opći akt kojim se uređuje sadržaj, rokovi i postupak trajnog stručnog usavršavanja i provjere stručnosti nad djelatnostima članova Komore, predlaže ministru sadržaj dokumentacije za djelatnosti članova Komore, u suradnji sa visokim učilištima organizira i nadzire trajno stručno usavršavanje svojih članova, utvrđuje najniže cijene rada zdravstvenih radnika, utvrđuje povrede radnih dužnosti, provodi disciplinski postupak i izriče disciplinske mjere, surađuje sa zdravstvenom inspekcijom Ministarstva, brine sa za pravnu pomoć svojim članovima, brine se o interesima članova i koordinira njihovu suradnju, surađuje sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom i drugim međunarodnim organizacijama, a po potrebi obavlja i druge poslove predviđene zakonom i drugim propisima.

obavlja kao javne ovlasti, obavlja i niz drugih poslova koji su vezani uz reguliranje obavljanja fizioterapeutske djelatnosti.<sup>35</sup> Ovi poslovi u cijelosti određuju okvir obavljanja fizioterapeutske djelatnosti.

## 5 Harmonizacija javnog i privatnog – interesna strukovna udruženja i zaštita javnog interesa

Interesna staleška strukovna udruženja nisu samo karakteristična za komore u zdravstvu, nego su prisutna i u drugim profesijama.<sup>36</sup> Ova su udruženja rezultat specifičnosti tih profesija, ali i njihove posebne pravne regulacije. U tom smislu propisi Europske Unije poznaju tzv. regulirane profesije, koje ne uključuju samo profesije s područja zdravstva, nego također i druge profesije koje su po svojim stručnim standardima slično regulirane u Europi.<sup>37</sup> Pored njih, svaka država, a

---

<sup>35</sup> Komora tako donosi Kodeks fizioterapeutske etike i deontologije, surađuje s ministarstvom nadležnim za zdravstvo, daje stručna mišljenja i sudjeluje kod pripreme propisa iz fizioterapeutske djelatnosti, donosi sadržaj fizioterapeutskih smjernica za plan i provođenje fizioterapeutske skrbi, predlaže ministru nadležnom za zdravstvo standarde i normative za djelatnost fizioterapeuta, utvrđuje potrebu, sadržaj i duljinu trajanja programa dodatnog usavršavanja fizioterapeuta, donosi opći akt kojim se utvrđuju sadržaji, rokovi i postupak trajnoga stručnog usavršavanja i provjere stručnosti fizioterapeuta, fizioterapeutskih tehničara, radnih terapeuta i masera-kupeljara, organizira trajno stručno usavršavanje za fizioterapeute, fizioterapeutske tehničare, radne terapeute i masere-kupeljare i provodi provjeru stručnosti, propisuje način oglašavanja i način isticanja naziva privatne prakse, utvrđuje najniže cijene za pojedine poslove iz fizioterapeutske djelatnosti izvan osnovne mreže zdravstvene djelatnosti, utvrđuje cijene za pojedine poslove iz fizioterapeutske djelatnosti iz opsega dobrovoljnoga zdravstvenog osiguranja, obavlja stručni nadzor nad radom fizioterapeuta, fizioterapeutskih tehničara, radnih terapeuta i masera-kupeljara koji sudjeluju u pružanju usluga u fizikalnoj terapiji, utvrđuje povrede radnih dužnosti fizioterapeuta, fizioterapeutskih tehničara, radnih terapeuta i masera-kupeljara, utvrđuje disciplinske mjere za lakše i teže povrede radne dužnosti fizioterapeuta, fizioterapeutskih tehničara, radnih terapeuta i masera-kupeljara koji sudjeluju u pružanju usluga u fizioterapeutoj skrbi, provodi disciplinski postupak i izriče disciplinske mjere za povrede dužnosti fizioterapeuta, fizioterapeutskih tehničara, radnih terapeuta i masera-kupeljara koji sudjeluju u pružanju usluga u fizioterapeutoj skrbi, surađuje sa zdravstvenom inspekcijom ministarstva nadležnog za zdravstvo, koordinira odnose među članovima te aktivno sudjeluje u rješavanju eventualno nastalih sporova, surađuje sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom, Svjetskom konfederacijom za fizioterapiju i drugim međunarodnim organizacijama od interesa za fizioterapiju, te obavlja druge poslove koji su predviđeni zakonom, drugim propisom ili Statutom Komore.

<sup>36</sup> Kao primjer može se navesti organizacija odvjetnika u odvjetničke komore, kao njihova strukovna udruženja, što je karakteristično ne samo za Hrvatsku, nego i šire. Usp. Lauda, R.: *130 Jahre Aufgaben der Rechtsanwaltskammern*, BRAK-Mitteilungen 2008, str. 195–201.

<sup>37</sup> Kod reguliranih profesija važno je napomenuti kako se radi o onom obliku profesija koje su regulirane posebnim zakonom, a koje uključuju specifična znanja i vještine koje se dodatno stječu nakon formalnog obrazovanja, te su nužan preduvjet za ostvarivanje prava na obavljanje određene djelatnosti. Ovo u pravilu uključuje i polaganje posebnih ispita pred ovlaštenim tijelima, čime se ostvaruje dozvola ili licenca koja služi kao ulaznica za obavljanje određene profesionalne djelatnosti. U Zakonu o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija (Narodne novine br. 82/2015) taksativno se navode one profesije koje su predmet njegove regulacije. To su sljedeće profesije: doktor medicine, doktor medicine specijalista, doktor dentalne medicine, doktor dentalne medicine specijalista, medicinske sestre odgovorne za djelatnost opće njege, primalja, magistra farmacije, doktora veterinarske medicine i arhitekta. Pored ovih profesija, Vlada RH je donijela popis reguliranih profesija, pa se primjerice na tom popisu kao regulirana profesija nalazi odvjetništvo, koja je pak regulirana odredbama Zakona o odvjetništvu (Narodne novine br. 09/1994, 117/2008, 50/2009, 18/2018). Tako je propisano da odvjetnik iz druge države koji je umatičnoj državi-članici stekao pravo obavljanja odvjetničkog poziva, može, sukladno zakonskim uvjetima, u Republici Hrvatskoj obavljati odvjetničke radnje, odvjetnički poziv pod nazivom zanimanja iz svoje matične države, te odvjetnički poziv pod nazivom odvjetnika.

sukladno Direktivi o priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija<sup>38</sup>, uređuje listu reguliranih profesija u Republici Hrvatskoj, a ulogu koordinatora preuzelo je Ministarstvo rada i mirovinskog sustava.<sup>39</sup> Ovom Direktivom se utvrđuju pravila za pristup i obavljanje profesije, na temelju kojih države članice koje pristup reguliranim profesijama i njihovo obavljanje na svom državnom području uvjetuju posjedovanjem određenih stručnih kvalifikacija, priznaju stručne kvalifikacije stečene u drugim državama članicama, koje nositelju omogućuju obavljanje iste profesije kao u matičnoj državi članici.

Na temelju ove Direktive, uređuje se mogućnost priznavanja kvalifikacija državljana Europske Unije, ukoliko oni žele obavljati određenu reguliranu profesionalnu djelatnost u jednoj državi članici, a reguliranu su profesiju stekli u drugoj državi članici. Priznavanjem stručnih kvalifikacija, temeljem odredbi ove Direktive, država članica domaćin omogućava pristup profesiji za koju je osoba osposobljena u matičnoj državi članici, kao i obavljanje te profesije pod jednakim uvjetima koji vrijede za njene državljane. Nadalje, u Direktivi stoji da ako se za pristup reguliranoj profesiji ili njezino obavljanje u državi članici domaćinu zahtijevaju posebne stručne kvalifikacije, nadležno tijelo te države članice je pod istim uvjetima koji se primjenjuju na njezine državljane dužno dozvoliti pristup toj profesiji i njezino obavljanje podnositeljima zahtjeva koji imaju potvrdu kompetencije ili dokaz o formalnoj osposobljenosti koji zahtijeva druga država članica za pristup toj profesiji i njezinom obavljanju na njezinom državnom području. Potvrde o stručnosti ili dokaz o formalnoj osposobljenosti moraju ispunjavati sljedeće uvjete: biti izdane od strane nadležnog tijela u državi članici određeno u skladu sa zakonskim i drugim propisima te države članice; potvrđivati stupanj stručne kvalifikacije koji je najmanje istovjetan stupnju koji je za jedan stupanj niži od onog koji se zahtijeva u državi članici domaćinu.

Iz ovoga se može jasno vidjeti kako je europsko zakonodavstvo usmjereno ka izgradnji jedinstvenog pravnog okvira, koji usmjeren ka harmoniziranju uvjeta pod kojima se obavljaju regulirane profesije, te olakšavanju mogućnosti njihova priznavanja na prostoru Europske Unije.

---

<sup>38</sup> Direktiva o priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija, 2005/36/EZ.

<sup>39</sup> <http://www.mrms.hr/popis-reguliranih-profesija-u-republici-hrvatskoj/>. Preuzeto 20. 02. 2019.

## 6 Zaključak

Predmet ovog rada je analiza uloge koju imaju komore u zdravstvu kao staleške strukovne udruge, koje zastupaju interese svojih članova. Analizirane su određene specifičnosti komora, a posebice njihov pravni položaj, koji im omogućava autonomiju u obavljanju njihovih profesionalnih djelatnosti. Ova se autonomija očituje u okolnosti da komore, putem svojih autonomnih tijela kojima su podijeljene javne vlasti, samostalno i autonomno odlučuju o pravima, obvezama i pravnim interesima svojih članova.

Time na sebe preuzimaju i značajan teret odgovornosti za standarde pružanja zadovoljavajuće zdravstvene skrbi kao i etičko postupanje medicinskog osoblja. Iako su se prvotno razvile liječničke komore, kao udruženja koja reguliraju obavljanje medicinske profesije, kasnije i druge medicinske profesije dobivaju svoje odgovarajuće komore, koje trebaju regulirati njihovo obavljanje. Time se, kroz autonomiju i samostalnost komora, željelo ojačati njihov stručni položaj kao i etički kredibilitet. S druge pak strane, komore dobivaju i posebnu odgovornost u reguliranju medicinskih profesija koje su predmet njihova interesa.

Komore imaju dvostruku ulogu: s jedne strane propisuju i utvrđuju uvjete pod kojima neka osoba može dobiti pristup za samostalno obavljanje određene medicinske profesije, a s druge strane, kad osoba napokon bude licencirana za obavljanje neke medicinske profesije, propisuju uvjete pod kojima se navedena dopusnica treba obavljati, te utvrđuju da li su ti uvjeti zadovoljeni. U tom su djelovanju komore samostalne, i postupaju u okvirima ovlasti danih od strane tijela javne vlasti.

S druge strane komore predstavljaju i interesne udruge koje okupljaju pojedine medicinske profesije, i bore se za njihove interese i bolju vidljivost u društvu. One promiču važnost i ulogu koje pojedine medicinske profesije imaju u okviru sustava zdravstvene zaštite. Stoga se njihova uloga u okviru sustava zdravstvene zaštite treba promatrati dvojako. S jedne strane predstavljaju neovisna strukovna regulatorna tijela u regulaciji pojedinih medicinskih profesija, a s druge strane predstavljaju strukovne udruge koje promiču i štite položaj pojedinih medicinskih profesija u okviru sustava zdravstvene zaštite. U prvoj su ulozi bliske onoj koju imaju neovisna regulatorna tijela u reguliranju pojedinih regulatornih djelatnosti, dok su u drugoj sličnije udruagama građana koji se bore i promiču određene interese u nekoj

društvenoj zajednici. Razlika je u tome što se komore ciljano uvode u sustav zdravstvene zaštite od strane tijela javne vlasti, sistemskim zakonima koji reguliraju neku medicinsku profesiju, kako bi se osigurala stručna neovisnost, te postavili i obranili etički standardi u obavljanju neke medicinske profesije. Time su i same predmet posebne zakonske regulacije, kojoj je za cilj osigurati formalne institucionalne kanale za sadržajnu dvosmjernu komunikaciju zdravstvenih vlasti s jedne strane i zdravstvenih profesionalaca s druge u okviru sustava zdravstvene zaštite. Kao takve, posebno su prisutne u zemljama čiji se je zdravstveni sustav razvijao pod utjecajem njemačkog i austrijskog modela javnog zdravstva.

## Literatura

- Bäsler, F.-Fuchs, C.-Scriba, P. C.: *Förderung der Versorgungsforschung durch die Bundesärztekammer*, Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, Vol. 40, br. 2, 2006., ISSN: 1436-9990.
- Čizmić, J.: *Bioetika i medicinsko pravo*, Medicina, Vol. 44, No. 2, 2008., str. 171.-185.
- Čizmić, J.- Cvitković, M.- Klarić, A.: *Zdravstveno strukovno staleško pravo*, University of Maribor Press, Maribor, 2017.
- Thomas Gerst: *Ärztliche Standesorganisation und Standespolitik in Deutschland 1945. – 1955.*, Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Franz Steiner Verlag, Stuttgart, 2004.
- Gjurašin, M. – Haller, H. – Rumeck Črne, R.: *Zaštita interesa liječnika i bolesnika u Hrvatskoj liječničkoj komori. O radu Povjerenstva za stručna pitanja i stručni nadzor*, Liječničke novine, godina IX., 2009., br. 77.
- Hrvatska liječnička komora – Spomenica: 1903. – 1995. – 2005.*, Hrvatska liječnička komora, svibanj, 2005., str. 12.
- Klarić, A. – Cvitković, M. – Matijašić Žugaj, P.: *Komore u zdravstvu*, Zbornik radova, „Aktualna problematika u zdravstvu, Varaždin, 2015., str. 162. – 182
- Koprić, I.: *Križa socijalne države i menadžerske reforme javne uprave*, u Koprić, I.(ur.): *Javna uprava. Nastavni materijali*, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 2005., str. 137.-159.
- Koprić, I. – Marčetić, G. – Musa, A. – Đulabić, V. – Lalić Novak, G.: *Upravna znanost. Javna uprava u suvremenom europskom kontekstu*, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 2014., str. 7. – 8.
- Krbek, I.: *Upravno pravo, II knjiga – Organizacija javne uprave*, Tisak i naklada jugoslavenske štampe d. d., Zagreb, 1932.
- Križan, P.: *Javne ovlasti kao poseban oblik javne vlasti*, Informator, 4613, Zagreb, 1998.
- Lauda, R.: *130 Jahre Aufgaben der Rechtsanwaltskammern*, BRAK-Mitteilungen 2008.
- Loewit, G.: *Der ohnmächtige Arzt. Hinter den Kulissen des Gesundheitssystems*, Haymon Taschenbuch, Innsbruck – Wien, 2010.
- Lozina, D.: *Pravna država kao uvjet socijalne države*, u Cvitan, O.: *Ustavne promjene Republike Hrvatske i Europska unija*, zbornik radova sa znanstvenog skupa Ustavne promjene Republike Hrvatske i Europska unija, Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu, Split, 2010., str. 166.
- Maio, G.: *Mittelpunkt Mensch: Lehrbuch der Ethik in der Medizin. Mit einer Einführung in die Ethik der Pflege: ein Lehrbuch*, Schattauer, Freiburg, 2017.

- Mastilica, M.: Health Reforms in Croatia from the User Perspective Bartlett, W. – Božikov, J. – Rechell, B.: *Health Reforms in South East Europe*, Palgrave Macmillan, 2012., str 31. – 48.
- Popović, S.: Upravno pravo – opšti deo, Savremena administracija, Beograd, 1982.
- Pusić, E.: *Nauka o upravi*, Školska knjiga, Zagreb, 2003.
- Sremac, Đ –Žuža, B.: Hrvatsko zdravstveno zakonodavstvo 1830.-1941., Školska knjiga, Zagreb 2002.
- Weber, M.: *Vlast i politika*, Jesenski i Turk, Zagreb, 2013., str. 64. – 69.

### Internet izvori

- <http://www.mrms.hr/popis-reguliranih-profesija-u-republici-hrvatskoj/>.  
Preuzeto 20. 02. 2019.
- Geschichte der Bundesärztkammer, <http://www.bundesaezrtekammer.de/presse/baek-in-kuerze/aufgaben-satzung-geschichte/geschichte-der-bundesaezrtekammer/>.  
Preuzeto 15. 02. 2018.

### Propisi

- Direktiva o priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija, 2005/36/EZ.
- Zakon o dentalnoj medicini, Narodne novine br. 121/03, 117/08, 120/09.
- Zakon o djelatnostima u zdravstvu, Narodne novine br. 87/2009.
- Zakon o fizioterapeutskoj djelatnosti, Narodne novine br. 120/08.
- Zakon o liječništvu, Narodne novine br. 121/03, 117/08.
- Zakon o ljekarništvu, Narodne novine br. 121/03, 142/06, 35/08, 117/08.
- Zakon o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti, Narodne novine br. 121/03, 117/08.
- Zakon o odvjetništvu, Narodne novine br. 09/1994, 117/2008, 50/2009, 18/2018.
- Zakon o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija, Narodne novine br. 82/2015.
- Zakon o primaljstvu Narodne novine br. 120/08, 145/10.
- Zakon o sestrinstvu, Narodne novine br. 121/2003.

# ODGOVORNOST BEZ KRIVNJE U KIRURGIJI

## DE LEGE LATA I DE LEGE FERENDA

HRVOJE KAČER I BLANKA KAČER

Sveučilište u Splitu, Pravni fakultet, Split, Hrvatska, e-mail:  
hrvoje.kacer@pravst.hr, blanka.kacer@pravst.hr

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

### Ključne riječi:

šteta,  
objektivna  
odgovornost,  
pacijent,  
liječnik,  
zaštita slabije  
strane.

### Prvi put objavljeno u:

KAČER Hrvoje & KAČER, Blanka. Odgovornost bez krivnje u kirurgiji de lege lata i de lege ferenda. V: KURTOVIĆ MIŠIĆ, Anita (ur.), ČIZMIĆ, Jozo (ur.), RIJAVEC, Vesna (ur.), KRALJIĆ, Suzana (ur.), MUJOVIĆ, Hajrija (ur.), ZIBAR, Lada (ur.), KOROŠEC, Damjan (ur.), LJUTIĆ, Dragan (ur.), VUKUŠIĆ, Ivan (ur.) *Zbornik radova s međunarodnog kongresa: 1. Kongres KOKOZA i 3. Hrvatski kongres medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem*, 22. - 24. marec 2019, Rabac, Republika Hrvatska. 1. izd. Pravni fakultet u Splitu: DES, 2019

## LIABILITY WITHOUT FAULT IN SURGERY *DE LEGE LATA AND DE LEGE FERENDA*

HRVOJE KAČER I BLANKA KAČER

University of Split, Faculty of Law, Split, Croatia, e-mail:  
hrvoje.kacer@pravst.hr, blanka.kacer@pravst.hr

**Abstract** In this paper, the authors dealt with objective liability, that is, liability without fault in one part of medical activity, specifically in surgery. Thus, they emphasized that the situation in which there is a great lack of special legal norms, norms that have been made especially for medicine or parts of it, is at the same time both worrying and causes justified fear. For the time being, there are very few court decisions which grant compensation under the rules of objective liability, but the cause of such a situation is in circumstances that are reduced to some procedural and material rules in which we find both advantages and disadvantages. The only proper solution is to issue special legal norms as soon as possible, which should be formulated with significant participation by science as well as by interested parties, not considering *a priori* physicians as stronger and patients as weaker parties.

**Ključne besede:**

damage,  
objective liability,  
patient,  
doctor,  
protection of the  
weaker party.

**First published in:**

KAČER Hrvoje & KAČER, Blanka. Odgovornost bez krivnje u kirurgiji de lege lata i de lege ferenda. V: KURTOVIĆ MIŠIĆ, Anita (ur.), ČIZMIĆ, Jozo (ur.), RIJAVEC, Vesna (ur.), KRALJIĆ, Suzana (ur.), MUJOVIĆ, Hajrija (ur.), ZIBAR, Lada (ur.), KOROŠEC, Damjan (ur.), LJUTIĆ, Dragan (ur.), VUKUŠIĆ, Ivan (ur.) *Zbornik radova s međunarodnog kongresa: 1. Kongres KOKOZA i 3. Hrvatski kongres medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem*, 22. - 24. marec 2019, Rabac, Republika Hrvatska. 1. izd. Pravni fakultet u Splitu: DES, 2019

<https://doi.org/10.18690/978-961-286-335-7> DOI  
978-961-286-335-7 ISBN





## 1 Uvod

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

Općenito kod odgovornosti bez krivnje ili objektivne odgovornosti postoji jedna naglašena suprotstavljenost ili barem različitost između Zakona o obveznim odnosima<sup>1</sup> koji je *sedes materiae* glede odgovornosti uopće i klasičnih medicinskih<sup>2</sup> zakona. Naime, potpuno je svima jasno da i Zakon o obveznim odnosima spada u medicinske propise, ali je isto tako svima jasno da nitko od onih koji su pripremali tekst toga zakona<sup>3</sup> nije kod rasprave o materiji štete i odgovornosti za štetu u svojem fokusu imao medicinu. Bez obzira na najbolje namjere svih uključenih, potpuno je jasno da je Zakon o obveznim odnosima iznimno širok, to je hrvatski supstitut građanskom zakoniku kojega, nažalost, (za razliku od praktično svih razvijenih država) ne samo da nemamo, nego nema ni političke odluke da se pristupi radu na tom zakoniku. Dakle, s jedne strane imamo jedan, ma kako kvalitetan, ipak vrlo širok pravni okvir sadržan u Zakonu o obveznim odnosima, dok u čitavom nizu drugih zakona iz tzv. medicinskog paketa o šteti i odštetnoj odgovornosti nema ni riječi.

U ovom radu je analizirana objektivna odgovornost kao jedna od dvije vrste građanskopravne odgovornosti, i to ne općenito u medicini nego baš u kirurgiji kao važnom dijelu medicine uopće. Istraživanje objektivne odgovornosti ili odgovornosti bez krivnje po naravi stvari uključuje i (barem na razini usporedbe) subjektivnu odgovornost ili odgovornost po osnovu krivnje<sup>4</sup>. Ono što je novota,

---

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

<sup>2</sup> Kod oba pojma se zna na što se misli, ali to ipak nisu sinonimi. Naime, smatra se (velika većina tako smatra) da je pojam zdravstveno pravo ipak širi od pojma medicinskog prava. Prijepori nastaju kada tu razliku treba precizirati, posebno kada treba navesti što to spada u zdravstveno pravo, a ne spada u medicinsko, kao i ima li nečega što spada u medicinsko pravo, a ne spada u zdravstveno pravo. Svakako, u ovom tekstu, po naravi stvari, ta razlika nije bitna pa ćemo koristiti bilo jedan, bilo drugi pojam. Vidjeti više o tome u: Jozo Čizmić, Aktualno stanje na području medicinskog prava, u: Zbornik radova s međunarodnog kongresa „1. Hrvatski kongres medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem“, Osijek, 2017., str. 98.-99.

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

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

iako predstavlja sadašnjost, ali i blisku budućnost, je odgovornost na planu uporabe robota u kirurgiji i općenito medicini, što je još jedna velika novota, koja imperativno zahtijeva posebnu, specijalnu normativu. Koristili smo sigurno najpoznatiji sudsku odluku o objektivnoj odgovornosti<sup>5</sup>, ali i druge odluke koje, iako *in concreto* presuđuju u korist subjektivne odgovornosti, potvrđuju da je po pozitivnim propisima u Republici Hrvatskoj moguća objektivna odgovornost bez da se i jedna riječ u bilo kojem zakonu promijeni.

## 2 Ključni pojmovi – kirurgija i objektivna odgovornost

### 2.1 Kirurgija

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

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

---

Kačer, Građanskopravna odgovornost za štete nastale zbog liječničke greške – II dio, Pravo i porezi broj 8/2007., str. 14.- 24.

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

<sup>6</sup> Prema: wikipedia, uvid 14.02.2019., 20:17h.

Prema jednom drugom izvoru<sup>7</sup>, kirurgija (lat. *chirurgia* < grč. *χειρουργία*: ručna obradba; vidarsko umijeće), je grana medicinske znanosti i umijeća koja se bavi proučavanjem i liječenjem bolesti i ozljeda primjenom operacijskih (kirurških) zahvata, a ne obuhvaća samo *krvave* zahvate (operacije), nego i *nekrvave* (namještanje iščašenja i prijeloma, postavljanje zavoja i dr.).

Kirurška je djelatnost stara vjerojatno koliko i ljudski rod, ima joj tragova već u kameno doba. U VI. st. pr. Kr. Indijci su izvodili niz operacija mokraćnih kamenaca i očne mrežice. U antičkoj Grčkoj mnogi su se liječnici bavili kirurgijom i uvodili nove zahvate (npr. Hipokrat svojim namještanjem iščašenih udova), a rimski medicinski pisac Celzo opisao je velik broj operacija i tehniku njihova izvođenja. U srednjem vijeku kirurgija je nazadovala, pa su se njome bavili brijači i ranarnici; liječnici su kirurški rad smatrali nedostojnim, a i Crkva je tada branila prolijevanje krvi. Ni Arapi nisu unaprijedili kirurgiju, jer im je vjera branila uporabu noža (mjesto nožem, služili su se užarenim željezom). Tek u XVI. st., zaslugom francuskog kirurga A. Paréa, kirurgija je postala ravnopravnom medicinskom strukom. Potkraj XIX. i na poč. XX. st. pojedina su se područja kirurške djelatnosti počela odvajati od „opće kirurgije“, pa se kao zasebne specijalnosti dalje razvijaju ginekologija, oftalmologija, otorinolaringologija, ortopedija, stomatologija, urologija i neurokirurgija. Još neka uža područja kirurgije postala su u novije doba posebne specijalnosti ili podspecijalnosti. Tako se *abdominalna kirurgija* usredotočila na liječenje bolesti organa trbušne šupljine, osobito probavnoga sustava. *Angiokirurgija* se bavi kirurškim liječenjem bolesti krvnih (arterija, vena, kapilara) i limfnih žila, napredovala je osobito uvođenjem mikroskopa za zahvate na sitnim krvnim žilama te mogućnošću nadomještanja većih defekata ili pak zaobilaženja bolesnog odsječka neke žile cijevima od dakrona, teflona i drugih materijala.

*Dječja kirurgija* bavi se liječenjem bolesti u dječjoj dobi i nije samo „kirurgija odrasle dobi u malome“, već obuhvaća i neke specifičnosti kakvih u odraslih osoba nema, npr. kirurgija novorođenčadi (*neonatalna kirurgija*) i kirurgija još nerođene djece (*antenatalna kirurgija*). Kirurškim liječenjem srčanih bolesti i mana bavi se *kardiokirurgija*, a bolestima i manama čeljusti i lica *maksilofacijalna kirurgija*. *Mikrokirurgija* se, uz pomoć operacijskoga mikroskopa i vrlo finih instrumenata, bavi zahvatima što omogućuju npr. šivanje krvnih žila promjera manjeg od 0,5 mm ili šivanje živčanih vlaknaca, a obogatila je i postupke *plastične kirurgije*. Posebna je

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

neurokirurška disciplina *psihokirurgija*, no njezinim se postupcima danas pristupa vrlo kritički. *Ratna kirurgija* već se zarana izdvojila kao specifična disciplina jer proučava mehanizme nastanka, patologiju i liječenje ratnih ozljeda, a napose organizaciju zbrinjavanja ranjenika. Kirurškim liječenjem bolesti organa prsne šupljine bavi se *torakokirurgija*, a zbog naglog porasta mirnodopskih ozljeda (osobito u industriji, prometu i sportu) oblikovala se još jedna kirurška grana, *traumatologija*.

Kirurgija je dio medicinske znanosti i umijeća, bavi se istraživanjem i liječenjem bolesti primjenom operacijskih (kirurških) zahvata.<sup>8</sup> Koliko je kirurgija važan dio medicine, govori i podatak da su Hipokratovi spisi sabrani u djelu pod nazivom „Corpus Hippocraticus“, koje se sastoji od 59 dijelova, od kojih je 8 o kirurgiji.<sup>9</sup> Prateći brojne kriterije, neminovan je zaključak da je kirurgija iznimno važan dio medicine, dio koji postaje sve važniji, a nekako upravo proporcionalno s rastom važnosti kirurzi postaju (što je paradoksalno) sve izloženiji rizicima svih vrsta, a posebno onih pravnih - medicinskim rječnikom kazano, daleko smo od epidemije i to tako da smo već u pandemiji i to je sigurno jedan do važnih razloga odlaska kirurga u inozemstvo.<sup>10</sup>

## 2.2 Odgovornost bez krivnje

Jednako kao što je Rudolf Ludwig Virchow značio prekretnicu<sup>11</sup> između razdoblja neodgovornosti medicinskih djelatnika (u prvom redu liječnika, ali ne i samo liječnika), tako je nova prekretnica nastala kada je došlo i do toga da se (i) u medicini može odgovarati i bez ikakve krivnje, dakle objektivno ili kazualno. To je velika promjena koja je, u pravilu, ušla u moderne pravne sustave na područjima velikih rizika, dakle opasnih stvari i opasnih djelatnosti (tu možemo navesti brodove, željeznice, automobile, kamione i sl.). Jasno je da se odgovornost bez krivnje protivi nekim temeljnim načelima pravednosti i poštenja, ali slično možemo kazati i za neodgovornost osnivača i zakonskih zastupnika za dugove pravnih osoba. U oba slučaja razumni kompromis između onoga što npr. zahtijevaju poštenje i pravda i napretka našao se tako da je vaga prevagnula na stranu napretka i dobili smo po

---

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

<sup>9</sup> [http://www.povijest\\_medicine.pdf](http://www.povijest_medicine.pdf).

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

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

kriteriju pravde i poštenja dosta čudne modele<sup>12</sup>, ali ipak modele koji omogućavaju napredak.

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

Prilično je čudno što zakonodavac uopće nije definirao dvije ključne stvari – opasnu stvar i opasnu djelatnost. Naime, u temeljnom, početnom članku 1063. Zakona stoji da se šteta nastala u vezi s opasnom stvari, odnosno opasnom djelatnosti smatra da potječe od te stvari, odnosno djelatnosti, osim ako se dokaže da one nisu bile uzrok štete. Dakle, za razliku od odgovornosti s krivnjom kod koje treba dokazati tzv. kauzalni neksus ili uzročno – posljedičnu svezu, kod objektivne odgovornosti postoji vrlo velika razlika. Radi se o tome da se u članku 1063. Zakona nalazi (za objektivnu odgovornost) **predmnjeva uzročnosti**, što znači da je nema potrebe dokazivati. Po ovom sustavu objektivne odgovornosti odgovoran je vlasnik opasne stvari, odnosno onaj tko obavlja opasnu djelatnost. Naravno, ako je vlasniku opasna stvar protupravno oduzeta (ukradena), za štetu koja od nje potječe ne odgovara vlasnik, nego onaj koji mu je oduzeo opasnu stvar, ako vlasnik nije za to odgovoran, a bio bi da npr. ostavi stvar bez nadzora, s dostupnim ključevima i sl. Vlasnik neće odgovarati ni ako je stvar povjerio da se njome služi ili osoba koja je inače dužna da je nadgleda a nije kod njega na radu (jer da je kod njega na radu ipak bi vlasnik odgovarao). Ako je kojim slučajem šteta proizašla iz neke skrivene mane ili skrivenog svojstva stvari na koje joj nije skrenuo pozornost, ipak će odgovarati vlasnik, ali ne sam nego uz tu osobu i tako je dodatno zaštićena oštećena osoba. Ravnoteža se, za slučaj štete uzrokovane skrivenim manama postiže tako da se osobi koja je kao odgovorna platila, a nije vlasnik, priznaje pravo na regres. Posebno je značajno kako je zakonodavac propisao slučajeve u kojima je moguće oslobođenje od odgovornosti.

---

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

Iako je to izrijekom propisano samo za vlasnika, tada kada je to po naravi stvari moguće, iste odredbe se mogu koristiti i za onoga tko obavlja opasnu djelatnost. Prvi slučaj je ako vlasnik dokaže da šteta potječe od nekog nepredvidivog uzroka koji se nalazio izvan stvari, a koji se nije mogao spriječiti, izbjeći ili otkloniti. Očito se radi o slučaju koji je poznat u pravu kao viša sila ili *vis maior*. Drugi slučaj je ako vlasnik dokaže da je šteta nastala isključivo radnjom oštećenika ili treće osobe, koju on nije mogao predvidjeti i čije posljedice nije mogao ni izbjeći, ni otkloniti. Treći slučaj je ako je oštećenik djelomično ili potpuno pridonio nastanku štete. Ukoliko je pak šteti treća osoba doprinijela (uz vlasnika opasne stvari), ona odgovara oštećeniku solidarno s vlasnikom stvari, a dužna je snositi naknadu razmjerno težini svoje krivnje.

### 3 Razvitak odgovornosti bez krivnje

Kako smo već naveli, ovaj razvitak kako općenito, tako i u medicini, ima svoja jasna pravila, ali i redoslijed. Na području medicine je prvo razdoblje neodgovornosti, nakon kojega dolazi do razdoblja odgovornosti, pri čemu je trend, objektivno, zabrinjavajući. Naime, od vremena u kojemu je bilo vrlo teško pronaći vještaka medicinske struke koji bi vještačio u medicinskim predmetima (to je trajalo dosta dugo, a budući da, po naravi stvari, praktički nije moguće presuditi bez stručnog znanja sudskog vještaka, predmeti su bili u svojevrsnoj blokadi), došlo se do vremena svojevrsne hysterije javnosti (koja nije bez učinka na sudove). Nakon toga se, unutar sustava odgovornosti, počinje, pored odgovornosti po kriteriju krivnje, odgovarati i bez krivnje i to je potpuno nova faza.<sup>13</sup> Naime, sudska praksa je već prilično bogata glede objektivne odgovornosti općenito, te posebno glede značenja pojmova opasna stvar i opasna djelatnost. Međutim, jedno je zauzeti stav da je npr. nož opasna stvar (što je notorno), a sasvim nešto drugo to primijeniti na kirurgiju u kojoj je nož (u najširem smislu toga pojma) *condicio sine qua non* funkcioniranja uopće. Tu svakako treba spomenuti da je Komisija (tadašnje) EZ u jednom trenutku predložila da sve profesionalne djelatnosti (što uključuje, naravno, i medicinske) budu glede

---

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

odgovornosti uređene tako da se uvijek odgovara bez krivnje, što je (dodali bi srećom) ipak odbijeno, odnosno nije prihvaćeno.<sup>14</sup>

Radi toga što ne postoje posebne, specijalne pravne norme o objektivnoj odgovornosti u medicini (a još manje različitosti unutar medicine, pri čemu je više nego realno da i to postoji, pri čemu bi, stvarno, po naravi stvari, **baš kirurgija zasluživala poseban status**) nego se primjenjuju tzv. opća pravila iz Zakona o obveznim odnosima sudovi su još prilično neodlučni i u pravilu se odlučuju za odgovornost na temelju krivnje. Ovo dovodimo u svezu s činjenicom da se po našem Zakonu o obveznim odnosima krivnja (najblaži oblik) predmnjeva, a po procesnim propisima sud nije vezan pravnom kvalifikacijom tužitelja (što znači da tužitelj koji tvrdi da postoji objektivna odgovornost i traži npr. 100.000,00 K<sub>n</sub> po tom osnovu nije radi toga ograničen u tome da mu sud usvoji zahtjev, ali da smatra da se radilo o odgovornosti po osnovu krivnje). Na neki način, dakle, imamo potvrđenu objektivnu odgovornost u medicini, ali u praksi se ista u velikoj mjeri izbjegava. Za sada je to bez posljedica na oštećenike, ali pitanje je do kada će to biti tako. Dodatno, nikako se ne smije zaboraviti da oštećenici nisu jedini o kojima treba voditi računa, jer ravnopravnu zaštitu da bi mogli mirno raditi i biti od koristi svim pacijentima zaslužuju i davatelji medicinske usluge, u ovom slučaju kirurzi. Konačno, treba znati i da postoje trendovi prema kojima bi se odustalo od predmnjevanje krivnje, ali i od utvrđivanja koje se bazira na konkretnoj osobi o kojoj se u tom slučaju radi i prešlo na standarde kao što je prosječan liječnik, prosječno pažljiv liječnik i sl.<sup>15</sup>

#### 4 **Pravna vrela, posebno i uključujući odluku Ustavnog suda Republike Hrvatske U-III-1062/2005 od 15. studenog 2007. god.**<sup>16</sup>

Kao i glede bilo kojeg drugog pravnog pitanja, temeljno pravno vrelo je i ovdje svakako Ustav Republike Hrvatske.<sup>17</sup> Pored Ustava, *sedes materiae* je na zakonskoj razini Zakon o obveznim odnosima, a svakako i bilo koja druga pravna norma, zakonske ili podzakonske razine koja se bavi tom pravnom problematikom (štete općenito i štete u medicini). Pri tome je vrlo važna praksa Ustavnog suda Republike

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

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

<sup>16</sup> Citira se tekst (dijela) obrazloženja.

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

Hrvatske, a posebno odluka koju u nastavku citiramo. To je samo potvrda činjenice da je sudska praksa pravno vrelo *sui generis*, što jednako vrijedi i za pravnu znanost, s jedinom razlikom što pravna znanost djeluje samo snagom argumenta, a sudska praksa i argumentom snage.

*Obrazloženje:*

.....

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

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

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

*Ustavna tužba nije osnovana.*

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

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



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

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

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

Odredba članka 14. stavka 1. Ustava sadrži ustavno jamstvo zabrane diskriminacije u ostvarenju nekog konkretnog prava po bilo kojoj osnovi. Iako se podnositelj pozvao na članak 14. stavak 1., podnositelj u ustavnoj tužbi nije obrazložio povredu navedenog ustavnog jamstva. Ustavni sud u provedenom ustavnosudskom postupku nije našao činjenice ili okolnosti koje bi upućivale na to da je u postupku koji je prethodio ustavnosudskom podnositelj bio diskriminiran u ostvarenju nekog ustavnog prava po bilo kojem svojstvu, zbog čega pozivanje podnositelja na povredu ovog ustavnog prava, Ustavni sud ocjenjuje neosnovanim.

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

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

*Objektivna odgovornost predviđena je generalno za sve štete od stvari i djelatnosti s povećanom opasnosti za okolinu, a na sudu je da u svakom konkretnom slučaju ocijeni je li stvar odnosno djelatnost u svezi s kojom je šteta nastala, doista stvar odnosno djelatnost s povećanom opasnosti za okolinu. Iz navedenih razloga Ustavni sud nije prihvatio navode podnositelja da u konkretnom slučaju nije osigurana jednakost pred zakonom, zajamčena člankom 14. stavkom 2. Ustava.*

## 5 U kojoj mjeri je kirurgija prikladna za objektivnu odgovornost

Notorno je da se medicina razvija gotovo nevjerojatnom brzinom i ono što je još do nedavno djelovalo kao daleka budućnost, sada je već sadašnjost. Često se kao veliko čudo spominje prva transplantacija srca i famozni dr. Barnard<sup>18</sup>, ali nije manje čudo ni mnogo toga drugog u medicini, da izdvojimo samo printanje organa, što stvarno djeluje nevjerojatno. Nevjerojatna je i robotika koja postaje pravo svjetsko čudo i u bitnoj uporabi je već i u Republici Hrvatskoj, makar još uvijek ne kao u vrlo razvijenim državama.

Pravni dio toga razvitka je, pored ostaloga, i objektivna odgovornost. Iz odluke Ustavnog suda koju smo u ovom radu citirali razvidno je kao prvo da se priznaje (i to ne kao teorija, nego kao sudska praksa) objektivna odgovornost u medicini. Kao drugo, vidi se da Ustavni sud Republike Hrvatske kao opasnu djelatnost smatra

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

uporabu galvanskih struja, što sigurno ne spada u vrh sofisticiranih medicinskih uređaja koji se rabe u hrvatskim bolnicama. Jednostavnom analogijom lako dolazimo do zaključka da gotovo svaki uređaj može biti opasna stvar, a uporaba istog opasna djelatnost.<sup>19</sup> U jednoj od rijetkih sudskih odluka s vrlo jasnim opredjeljenjem (glede odgovornosti), navedeno je kako opekotine uzrokovane elektrokauterom koji se upotrebljavao tijekom operacije nije moguće cijeniti kao slučaj objektivne odgovornosti, što znači da niti je elektrokauter opasana stvar niti je uporaba istog opasna djelatnost<sup>20</sup>, što kao generalni stav djeluje dosta čudno.

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

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

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

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

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

medicinskim djelatnostima, a pored ostaloga i kirurzima.<sup>22</sup> *In favorem* njihove zaštite, odnosno posebne potrebe za tom zaštitom, svakako ide i činjenica da se najveći broj sudskih postupaka pokreće baš radi navodnih propusta kirurga, ali i činjenica da se roboti najčešće koriste baš u kirurgiji. Naime, ne bi voljeli biti glasnik loših vijesti, ali loše iskustvo nas uči da nismo daleko od vremena u kojemu će političari i „političari“ tvrditi da je problem nedostatnog broja liječnika lako rješiv uporabom robota. Naravno da to nije i ne može i ne smije biti točno, **živog čovjeka (liječnika posebno) i njegovu stručnu i toplu riječ i djelo nikada nitko neće moći zamijeniti.**

Dakle, kirurgija je više nego prikladna za primjenu objektivne odgovornosti i samo jedna dosta čudna sudska praksa koja (makar ne negira postojanje objektivne odgovornosti na području medicine) favorizira subjektivnu odgovornost (dakle odgovornost s krivnjom) za sada spašava kirurgiju od teških posljedica koje prijete. Do kada će vrijediti pravilo (propisano Zakonom o obveznim odnosima) predmnjevanog najblažeg oblika krivnje neizvjesno je, ali se realno može dogoditi jako brzo. Isto tako se može dogoditi i da se u ključni procesni zakon (Zakon o parničnom postupku<sup>23</sup>) unese promjena i da pravna kvalifikacija tužitelja postane pravno relevantna, što sada nije slučaj. Bilo da se obje promjene dogode, bilo da se dogodi samo jedna, praksa bi se očito (na štetu liječnika, znači i kirurga) značajno promijenila.

---

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

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

## 6 Zaključak

Već prilično dugo je notorno da je najveća ugroza hrvatskog zdravstvenog sustava odljev kadrova, u prvom redu liječnika i medicinskih sestara, pri čemu je potpuno jasno da je visina primanja samo jedan od razloga (i to nikako ne glavni<sup>24</sup>) zbog kojih se mnogi odlučuju na odlazak u inozemstvo na rad.<sup>25</sup>

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

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

---

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

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

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

## Literatura

### Knjige, članci

- Ivica Crnić, Odštetno pravo, Faber & Zgombić Plus d.o.o., Zagreb, 2004.
- Ivica Crnić, Zakon o obveznim odnosima, sedmo, izmijenjeno i dopunjeno izdanje, Organizator, PRAVO 90, Zagreb, 2018.
- Jozo Čizmić, Aktualno stanje na području medicinskog prava, u: Zbornik radova s međunarodnog kongresa „1. Hrvatski kongres medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem“, Osijek, 2017.
- Blanka Ivančić-Kačer, Some proprietary and obligatory legal aspects of printing human organs as a phenomenon of new age, Pravni život, časopis za pravnu teoriju i praksu, Pravo i vrijeme, br. 9., Tom I, Beograd, 2016.
- Hrvoje Kačer - Blanka Ivančić-Kačer, Građanskopravna odgovornost za štete nastale zbog liječničke greške – I dio, Pravo i porezi broj 7/2007.
- Hrvoje Kačer - Blanka Ivančić-Kačer, Građanskopravna odgovornost za štete nastale zbog liječničke greške – II dio, Pravo i porezi broj 8/2007.
- Hrvoje Kačer - Ante Perkušić, u: Zlatko Ćesić, Vilim Gorenc, Hrvoje Kačer, Hrvoje Momčinović, Drago Pavić, Ante Perkušić, Andrea Pešutić, Zvonimir Slakoper, Ante Vidović, Branko Vukmir, Komentar ZOO, RRIF plus d.o.o., Zagreb, 2005.
- Hrvoje Kačer, Odgovornost za štetu javnih bilježnika, odvjetnika i stečajnih upravitelja, u: Jakša Barbić - Ivica Crnić - Marijan Ćurković - Ivo Grbin - Hrvoje Kačer - Hrvoje Momčinović - Đuro Sessa, Odgovornost za štetu – zbornik radova, Inženjerski biro, Zagreb, 2006.
- Hrvoje Kačer, Tko je advokat pacijenta u jedinicama intenzivne medicine, u: Zbornik radova s međunarodnog kongresa „1. Hrvatski kongres medicinskog prava s međunarodnim sudjelovanjem“, Osijek, 2017.
- Hrvoje Kačer, Jedna novija odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske o objektivnoj odgovornosti u medicini, Hrvatska pravna revija, broj 4 /2008.
- Medicinski leksikon, Leksikografski zavod „Miroslav Krleža“, Zagreb, 1992.

### Sudska praksa

- Presuda Gž-325/15 od 17. prosinca 2014. god., odluka je potvrđena od revizijskog suda odlukom Rev-x 192/17-2 od 05. rujna 2018. god. (iz arhive suda).
- Županijski sud u Splitu, Gžnš-201/12 od 20. rujna 2012. god (iz arhive suda).

### Internetski izvori

- <http://www.wikipedia.hr>.
- <http://www.enciklopedija.hr>.
- [http://www.povijest\\_medicine.pdf](http://www.povijest_medicine.pdf).

### Propisi

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

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

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





# **ZAKON O PACIENTOVIH PRAVICAH**

**Uradni list RS, št. 15/08 in 55/17**



## I. SPLOŠNE DOLOČBE

### 1. člen

#### **(predmet in namen zakona)**

(1) Ta zakon določa pravice, ki jih ima pacient oziroma pacientka (v nadaljnjem besedilu: pacient) kot uporabnik oziroma uporabnica (v nadaljnjem besedilu: uporabnik) zdravstvenih storitev pri vseh izvajalcih oziroma izvajalkah (v nadaljnjem besedilu: izvajalci) zdravstvene dejavnosti, postopke uveljavljanja teh pravic, kadar so te kršene, in s temi pravicami povezane dolžnosti.

(2) Namen tega zakona je omogočiti enakopravno, primerno, kakovostno in varno zdravstveno obravnavo, ki temelji na zaupanju in spoštovanju med pacientom in zdravnikom oziroma zdravnico (v nadaljnjem besedilu: zdravnik) ali drugim zdravstvenim delavcem oziroma delavko (v nadaljnjem besedilu: zdravstveni delavec) ter zdravstvenim sodelavcem oziroma sodelavko (v nadaljnjem besedilu: zdravstveni sodelavec).

(3) Pravice iz zdravstvenega zavarovanja in način njihovega uveljavljanja določa poseben zakon.

(4) S tem zakonom se v pravni red Republike Slovenije prenaša Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu (UL L št. 88 z dne 4. 4. 2011, str. 45) v delu, ki se nanaša na obravnavo kršitev pacientovih pravic, pravice do varstva osebnih podatkov in pravice do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo.

### 2. člen

#### **(pomen izrazov)**

Posamezni izrazi, uporabljeni v tem zakonu, imajo naslednji pomen:

1. Bližnje osebe so druge osebe zunaj kroga ožjih družinskih članov, ki so s pacientom v zaupnem razmerju in to lastnost vsaj verjetno izkažejo.

2. Čakalna doba je v dneh izraženo obdobje od uvrstitve na čakalni seznam do dejanske izvedbe zdravstvene storitve. Šteje se, da čakalna doba obstaja, če navedeno obdobje znaša več kot en dan.

3. Čakalni čas je v minutah izraženo čakanje v čakalnici pred ambulanto, in sicer od s terminom dogovorjenega časa začetka izvedbe zdravstvene storitve do njenega dejanskega začetka.

4. Čakalni seznam je elektronska zbirka podatkov zaporedno vpisanih pacientov, ki čakajo na izvedbo določene zdravstvene storitve pri izbranem izvajalcu zdravstvene dejavnosti oziroma zdravstvenem delavcu.

5. Drugo mnenje je mnenje enega ali več drugih zdravnikov o oceni nekega zdravstvenega stanja oziroma predvidenem postopku zdravstvene obravnave pacienta, ki potrdi, ovrže ali spremeni oceno določenega zdravstvenega stanja oziroma predviden postopek zdravstvene obravnave pacienta, ki jo izvaja lečeči zdravnik.

5.a eNaročanje je oblika elektronskega naročanja in zbirka podatkov, ki je opredeljena z zakonom, ki ureja zbirke podatkov v zdravstvu.

6. Izvajalec zdravstvene dejavnosti je javni zdravstveni zavod in druga pravna ali fizična oseba, ki opravlja zdravstveno dejavnost v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost.

7. Javni zdravstveni zavod je zdravstveni dom, lekarna, bolnišnica in druga oblika zdravstvene organizacije v skladu z zakonom, ki urejata zdravstveno in lekarniško dejavnost.

7.a Kontrolni pregled je pregled, ki je namenjen preverjanju učinkov začetega zdravljenja, morebitnemu načrtovanju dodatnih preiskav in končanju zdravstvene obravnave, ki se je začela na podlagi prvega pregleda in ni vezan na posamezno koledarsko leto.

8. Konzilij je posvet dveh ali več zdravnikov, pri istem ali drugem izvajalcu zdravstvene dejavnosti, glede diagnoze in drugih vidikov zdravljenja oziroma zdravstvene obravnave posameznega pacienta.

8.a Lečeči zdravnik je zdravnik, ki pacienta obravnava.

9. Mediacija je oblika alternativnega reševanja sporov s pomočjo ene ali dveh neodvisnih in nepristranskih strokovnih oseb, ki ne moreta izdati zavezujoče odločbe, ampak s svojim delovanjem v neformalnem postopku udeležencem pomagata doseči sporazum, ki spor razrešuje oziroma na novo ureja medsebojna razmerja.

10. Medicinski poseg je vsako ravnanje, ki ima preventivni, diagnostični, terapevtski ali rehabilitacijski namen in ki ga opravi zdravnik, drug zdravstveni delavec ali zdravstveni sodelavec.

11. Mreža izvajalcev javne zdravstvene službe so vsi javni in zasebni izvajalci zdravstvene dejavnosti, ki na podlagi akta o ustanovitvi ali koncesije in pogodbe z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije opravljajo zdravstvene programe v breme javnih sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja.

11.a Najdaljša dopustna čakalna doba je doba, v kateri mora biti opravljena neka zdravstvena storitev, da se z vidika objektivne medicinske presoje zdravstvenih potreb pacienta ne poslabša njegovo zdravstveno stanje ali kakovost življenja.

11.b Napotna listina je dokument, s katerim izbrani osebni ali napotni zdravnik prenaša svoja pooblastila na druge zdravstvene delavce na isti ali višji ravni zdravstvene dejavnosti v skladu s predpisi, ki urejajo zdravstveno zavarovanje.

11.c Naročilna knjiga je elektronska evidenca zaporedno naročenih pacientov.

12. Nujna medicinska pomoč je neodložljivo ravnanje, ki je potrebno za ohranitev življenjsko pomembnih funkcij ali za preprečitev nepopravljivega in hudega poslabšanja zdravstvenega stanja.

12.a Nujna zobozdravstvena pomoč vključuje zdravstvene storitve, ki jih zobozdravnik, drug zdravstveni delavec ali zdravstveni sodelavec izvaja zaradi poškodb, močnejših krvavitev, infekcij in hudih stalnih bolečin v področju ustne votline in zob za preprečitev nepopravljivega in hudega poslabšanja zdravstvenega stanja.

12.b Nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene in zobozdravstvene storitve vključujejo zdravstvene storitve, kot jih opredeljujejo predpisi s področja zdravstvenega zavarovanja.

12.c Okvirni termin je termin, določen na mesec natančno, razen za operativne postopke, za katere je določen na tri mesece natančno.

12.č Ordinacijski čas je čas, ki je namenjen zdravstveni obravnavi pacienta.

13. Ogrožene skupine so tiste družbene skupine, ki jim je pri zdravstveni obravnavi zaradi zdravstvenih ali socialnih razlogov namenjena dodatna pozornost in skrb.

14. Otrok je oseba, ki še ni dopolnila 18 let, razen če je že prej pridobila popolno poslovno sposobnost.

15. Ožji družinski člani so zakonec, zunajzakonski partner, starši, otroci, stari starši, vnuki ter bratje in sestre.

16. Pacient je bolnik ali drug uporabnik zdravstvenih storitev v odnosu do zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev oziroma izvajalcev zdravstvene dejavnosti ne glede na svoje zdravstveno stanje.

16.a Prenaročitev je določitev novega termina ali okvirnega termina pacientu, ki je že uvrščen na čakalni seznam.

16.b Prvi pregled je pregled, ki je namenjen opredelitvi novonastalega zdravstvenega stanja oziroma akutnega poslabšanja kroničnega zdravstvenega stanja in načrtovanju potrebnih preiskav in zdravljenja, vključno z morebitnim zdravljenjem, opravljenim neposredno po tem pregledu. Kot prvi pregled se šteje tudi samostojno opravljena diagnostika.

17. Razumen čas je čas, ki ne presega obdobja, sprejemljivega z vidika objektivne medicinske presoje kliničnih potreb pacienta glede na njegovo zdravstveno stanje, anamnezo, verjeten razvoj bolezni, stopnje bolečin ali naravo prizadetosti v trenutku uveljavljanja pravice.

18. Resna zdravstvena škoda je hudo poslabšanje fizičnega ali duševnega zdravja pacienta, ki ogroža pričakovane ugodne izide zdravljenja.

19. Sposobnost odločanja o sebi je sposobnost pacienta, da samostojno uveljavlja pravice iz tega zakona, še zlasti odloča o izvedbi medicinskega posega oziroma zdravstvene obravnave. Pacient je sposoben odločanja o sebi, če je glede na starost, zrelost, zdravstveno stanje ali druge osebne okoliščine sposoben razumeti pomen in posledice uveljavljanja pravic iz tega zakona, še zlasti privolitve, zavrnitve ali preklica zavrnitve medicinskega posega oziroma zdravstvene obravnave.

20. Strokovni standard je priporočilo, ki ga sprejme pristojni strokovni organ posamezne zdravstvene stroke za doseganje optimalne stopnje urejenosti na določenem področju.

20.a Termin je čas, izražen z datumom, uro in minuto, predviden za izvedbo zdravstvene storitve. V primeru operativnih postopkov se termin določi na dan natančno.

20.b Triaža napotne listine je pregled napotne listine na podlagi strokovnih smernic z vidika primerne in razumljive vsebine napotne listine, obstoja medicinske indikacije in ustrezne določitve stopnje nujnosti, ki jo opravi izvajalec zdravstvene dejavnosti.

21. Zdravstvena dejavnost je dejavnost, ki jo določa poseben zakon.

22. Zdravstvena obravnava so medicinski in drugi posegi za preprečevanje bolezni in krepitev zdravja, diagnostiko, terapijo, rehabilitacijo in zdravstveno nego ter druge storitve oziroma postopki, ki jih izvajalci zdravstvene dejavnosti opravijo pri obravnavi pacienta.

23. Zdravstvene storitve so storitve, ki jih v okviru dejavnosti izvajalcev zdravstvene dejavnosti za paciente opravljajo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci.

24. Zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci so vsi, ki opravljajo zdravstvene ali lekarniške storitve, kot to določata zakona, ki urejata zdravstveno in lekarniško dejavnost.

### **3. člen (načela)**

Pri uresničevanju pravic pacientov po tem zakonu se upoštevajo zlasti naslednja načela:

- spoštovanje vsakogar kot človeka in spoštovanje njegovih moralnih, kulturnih, verskih, filozofskih in drugih osebnih prepričanj,
- spoštovanje telesne in duševne celovitosti ter varnosti,
- varstvo največje zdravstvene koristi za pacienta, zlasti otroka,
- spoštovanje zasebnosti,
- spoštovanje samostojnosti pri odločanju o zdravljenju,
- spoštovanje osebnosti in dostojanstva tako, da nihče ni socialno zaznamovan zaradi svojega zdravstvenega stanja in vzrokov, posledic ter okoliščin tega stanja ali zdravstvene obravnave, ki jo je bil zaradi tega deležen.

### **4. člen (uresničevanje in omejevanje pacientovih pravic)**

(1) Določbe tega zakona ne posegajo v pacientove pravice, določene z drugimi zakoni in mednarodnimi pogodbami, ki zavezujejo Republiko Slovenijo.

(2) Pacientove pravice, ki jih določa ta zakon, se pri vseh izvajalcih zdravstvene dejavnosti uveljavljajo v okviru sodobne medicinske doktrine, strokovnih standardov in normativov ter razvitosti zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji.

(3) Pacientove pravice, ki jih določa ta zakon in so hkrati vezane na sistem zdravstvenega zavarovanja, se uresničujejo v okviru predpisov s področja zdravstvenega zavarovanja.

(4) Pacientove pravice so lahko omejene z zakoni s področja zagotavljanja javne varnosti in javnega zdravja ter kadar bi bile ogrožene pravice drugih oseb.



## II. PACIENTOVE PRAVICE

### 5. člen

(seznam pacientovih pravic)

Pacientove pravice, ki jih ureja ta zakon, so:

- pravica do dostopa do zdravstvene obravnave in zagotavljanja preventivnih storitev,
- pravica do enakopravnega dostopa in obravnave pri zdravstveni obravnavi,
- pravica do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvene dejavnosti,
- pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave,
- pravica do spoštovanja pacientovega časa,
- pravica do obveščeniosti in sodelovanja,
- pravica do samostojnega odločanja o zdravljenju,
- pravica do upoštevanja vnaprej izražene volje,
- pravica do preprečevanja in lajšanja trpljenja,
- pravica do drugega mnenja,
- pravica do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo,
- pravica do varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov,
- pravica do obravnave kršitev pacientovih pravic,
- pravica do brezplačne pomoči pri uresničevanju pacientovih pravic.

### **1. Pravica do dostopa do zdravstvene obravnave in zagotavljanja preventivnih storitev**

### 6. člen

**(zdravstvena obravnava in preventivne storitve)**

(1) Pacient ima v skladu s predpisi s področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja pravico do dostopa do zdravstvene obravnave.

(2) Pacient ima pravico do nujne medicinske pomoči, ki je ni mogoče kakor koli pogojevati, še zlasti ne s plačilom ali napotnico.

(3) Pacient ima v skladu s posebnimi predpisi s področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja pravico do ustreznih preventivnih zdravstvenih storitev za ohranitev njegovega zdravja in preprečitev bolezni.

## **2. Pravica do enakopravnega dostopa in obravnave pri zdravstveni obravnavi**

### **7. člen (prepoved diskriminacije)**

Pacient ima pravico do enake obravnave pri zdravstveni obravnavi ne glede na spol, narodnost, raso ali etnično poreklo, vero ali prepričanje, invalidnost, starost, spolno usmerjenost ali drugo osebno okoliščino.

### **8. člen (varstvo otrok in drugih ogroženih skupin)**

(1) Otrokom in drugim ogroženim skupinam so pri zdravstveni obravnavi poleg pravic, ki jih določa ta zakon, zagotovljene še posebne pravice, ki so opredeljene kot aktivna skrb države in jih določajo drugi predpisi.

(2) Pravice pacientov s težavami v duševnem zdravju in način njihovega uveljavljanja ureja tudi poseben zakon.

(3) Zdravstvena obravnava otrok poteka ustrezno njihovi starosti in zdravstvenemu stanju:

- v otroških oddelkih, razen če to iz objektivnih razlogov ni mogoče,
- brez nepotrebnih medicinskih posegov in dejanj, ki bi lahko povzročili telesno ali čustveno stisko otrok,
- tako, da se zagotavlja zadovoljevanje čustvenih in telesnih potreb otrok in
- tako, da se zagotavlja možnosti za sprostitvev, igro in izobraževanje otrok.

(4) Otroci imajo v času stacionarne in druge zdravstvene obravnave pravico do stalnega spremljanja enega od staršev ali druge osebe, ki skrbi za otroka, razen če so podani razlogi, zaradi katerih to ne bi bilo v otrokovo korist.

(5) V primeru stacionarne zdravstvene obravnave otrok se pravica iz prejšnjega odstavka zagotavlja tudi v obliki nastanitve enega od staršev ali druge osebe, ki skrbi za otroka, v skladu s predpisi s področja zdravstvenega zavarovanja.

(6) Če pravica do nastanitve enega od staršev ali druge osebe, ki skrbi za otroka, ni pravica iz zdravstvenega zavarovanja, izvajalci zdravstvene dejavnosti zagotovijo odplačno nastanitev na zahtevo enega od staršev ali druge osebe, ki skrbi za otroka. Pri tem lahko izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe zaračuna le materialne stroške nastanitve, katerih višino predpiše minister oziroma ministrica (v nadaljnjem besedilu: minister), pristojen za zdravje.

(7) Če izvajalec zdravstvene dejavnosti zaradi omejenih prostorskih zmogljivosti ne more zagotoviti pravice iz prejšnjega odstavka, se prednost pri nastanitvi enega od staršev ali druge osebe, ki skrbi za otroka, presoja glede na starost otroka, krajevno oddaljenost od bivališča otroka oziroma staršev ali druge osebe, ki skrbi za otroka, obstoj posebnih potreb otroka in njegovo zdravstveno stanje.

### **3. Pravica do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvene dejavnosti**

#### **9. člen (prosta izbira)**

(1) Pacient ima pravico, da prosto izbere zdravnika in izvajalca zdravstvene dejavnosti, ki mu bo zaupal svoje zdravljenje.

(2) Ne glede na določbo prejšnjega odstavka ima pacient v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe pravico, da prosto izbere zdravnika in izvajalca zdravstvene dejavnosti v skladu s predpisi s področja zdravstvenega zavarovanja.

#### **10. člen (izjema od proste izbire)**

Zdravnik in izvajalec zdravstvene dejavnosti, ki ga je pacient izbral, lahko pod pogojem, da ne gre za nujno medicinsko pomoč, pacientovo izbiro zavrne le v posebej utemeljenih primerih, ko bi bilo zdravljenje predvidoma manj uspešno oziroma nemogoče ali kadar tako določa zakon. Pacientu mora predlagati izbiro drugega zdravnika in izvajalca zdravstvene dejavnosti ter razloge za zavrnitev pojasniti v pisni obliki v osmih dneh od izražene pacientove izbire.

#### **4. Pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave**

##### **11. člen**

##### **(primerna, kakovostna in varna zdravstvena obravnava)**

(1) Pacient ima pravico do primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave v skladu z medicinsko doktrino.

(2) Primerna zdravstvena obravnava je tista, ki je skladna s pacientovimi potrebami ter zmožnostmi zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji in temelji na enostavnih, preglednih in prijaznih administrativnih postopkih ter vzpostavlja s pacientom odnos sodelovanja in zaupanja.

(3) Kakovostna zdravstvena obravnava je tista, ki dosledno dosega izide zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami, ob upoštevanju temeljnih načel kakovosti, kot so uspešnost, varnost, pravočasnost, kontinuiteta, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenje na pacienta.

(4) Varna zdravstvena obravnava je tista, ki preprečuje škodo za pacienta v zvezi s samim zdravljenjem in v zvezi z okoliščinami fizične varnosti bivanja ali zadrževanja pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti.

##### **12. člen**

##### **(upravičenost do medicinskega posega oziroma zdravstvene obravnave)**

Pacient je do medicinskega posega oziroma zdravstvene obravnave, ki se opravlja na račun javnih sredstev, upravičen, če je ta po pravilih medicinske stroke potrebna in se glede na sodobno medicinsko doktrino upravičeno pričakuje, da bo pacientu koristna in so pričakovane koristi za pacienta večje od tveganj ter obremenitev.

##### **13. člen**

##### **(zagotavljanje verske duhovne oskrbe)**

Pri stacionarni obravnavi mora izvajalec zdravstvene dejavnosti zagotoviti pogoje za uresničevanje pravice pacienta do ustrezne verske duhovne oskrbe v skladu z zakonom, ki ureja versko svobodo.

## **5. Pravica do spoštovanja pacientovega časa**

### **14. člen**

#### **(spoštovanje pacientovega časa)**

- (1) Pacient ima pravico, da se njegov čas spoštuje.
- (2) Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe poskrbi za najkrajši možni čakalni čas in čakalno dobo v okviru razumnega časa. Delo organizira tako, da se pacientu zagotovi čim hitrejša zdravstvena obravnava. Izvajalec zdravstvene dejavnosti pacienta obravnava v skladu z vrstnim redom na čakalnem seznamu oziroma v naročilni knjigi in vrstnega reda ne sme spreminjati, razen če ta zakon ne določa drugače.
- (3) Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe pacientu nujno medicinsko pomoč, nujno zobozdravstveno pomoč ali nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene in zobozdravstvene storitve omogoči takoj.
- (4) Če izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe zdravstvene storitve ne more opraviti takoj in ne gre za nujno medicinsko pomoč, nujno zobozdravstveno pomoč, nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene in zobozdravstvene storitve ali za zdravstvene storitve, za katere se ne vodi čakalni seznam, se pacienta uvrsti na čakalni seznam.
- (5) Najdaljša dopustna čakalna doba v Republiki Sloveniji je spoštovana, če je čakalna doba za neko zdravstveno storitev pri najmanj enem izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe v okviru najdaljših dopustnih čakalnih dob.

### **14.a člen**

#### **(čakalni čas)**

- (1) Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe zagotovi, da je delo organizirano tako, da je čakalni čas čim krajši oziroma ne presega 30 minut.

(2) Omejitev iz prejšnjega odstavka ne velja, kadar posamezen zdravstveni delavec ali zdravstveni sodelavec, ki izvaja zdravstvene storitve pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe:

- v tem času izvaja nujno medicinsko pomoč ali
- zaključuje zdravstveno storitev predhodno obravnavanega pacienta, ki jo je treba izvesti brez nepotrebnega odlašanja ali prekinitve.

O dejstvih iz prejšnjega stavka zdravstveni delavec ali zdravstveni sodelavec sproti obvešča paciente v čakalnici.

(3) Omejitev glede čakalnega časa ne velja za paciente, ki niso naročeni v primeru naročanja v naročilno knjigo in za paciente, ki zamudijo na termin. Pacienta, ki ni naročen, in pacienta, ki zamudi na termin, se obravnava le v prostem terminu, razen če gre za nujno medicinsko pomoč.

#### **14.b člen**

##### **(stopnja nujnosti in uvrščanje na čakalni seznam)**

(1) Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe pacienta uvrsti na čakalni seznam za zdravstveno storitev, pri čemer upošteva stopnjo nujnosti, kadar:

- ne gre za nujno medicinsko pomoč, nujno zobozdravstveno pomoč ali nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene in zobozdravstvene storitve in
- zdravstvene storitve ni mogoče opraviti takoj.

(2) Stopnja nujnosti se določi v skladu z največjo zdravstveno koristjo pacienta, pri čemer se upošteva razumen čas.

(3) Stopnjo nujnosti določi zdravnik, ki pacienta napoti na zdravstveno storitev, na podlagi uveljavljenih sodobnih medicinskih smernic, svoje strokovne presoje in ob upoštevanju prejšnjega odstavka. Stopnja nujnosti se označi na napotni listini.

(4) Stopnje nujnosti so:

- nujno,
- zelo hitro,
- hitro,
- redno.

(5) Najdaljšo dopustno čakalno dobo za posamezno vrsto zdravstvene storitve glede na stopnjo nujnosti zdravstvene storitve določi minister, pristojen za zdravje.

(6) Izvajalec zdravstvene dejavnosti lahko opravi triažo napotne listine, in sicer v treh dneh po njenem prejemu. Če se stopnja nujnosti, navedena na napotni listini, in stopnja nujnosti, ki se ugotovi ob triaži, razlikujeta, velja stopnja nujnosti, ki se ugotovi ob triaži, o čemer pooblaščenca oseba za čakalni seznam obvesti izdajatelja napotne listine in pacienta. Če se ob triaži ugotovi, da ni medicinske indikacije, se napotna listina v treh dneh vrne njenemu izdajatelju in se o tem obvesti pacienta.

(7) Pri kontrolnem pregledu se ob uvrščanju na čakalni seznam upošteva le medicinska indikacija, stopnja nujnosti pa se ne določa.

(8) Pacienta se uvrsti na čakalni seznam v petih dneh po predložitvi napotne listine oziroma v dveh dnevih po opravljeni triaži, o uvrstitvi in posledicah zaradi neopravičene odsotnosti od termina pa se ga obvesti v treh dneh od uvrstitve na čakalni seznam.

## **15. člen** **(čakalni seznam)**

(1) Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe vodi elektronski čakalni seznam za vse zdravstvene storitve, pri katerih obstaja čakalna doba, in sicer po skupinah zdravstvenih storitev v posamezni enoti. Izvajalec iz prejšnjega stavka vodi čakalni seznam pacientov, ki želijo, da se storitev opravi zunaj mreže javne zdravstvene dejavnosti, ločeno.

(2) Čakalni seznam se ne vodi za zdravstvene storitve pri izbranem osebnem zdravniku splošne oziroma družinske medicine, izbranem osebnem ginekologu in izbranem osebnem pediatru ter za preventivne preglede. Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe za storitve iz prejšnjega stavka in za zdravstvene storitve, pri katerih ni čakalnih dob, vodi naročilno knjigo, v katero vpisuje naslednje podatke:

- zaporedno številko vpisa pacienta,
- pacientovo osebno ime,
- pacientove kontaktne podatke (e-naslov ali telefonsko številko),
- razlog obravnave,
- termin,
- navedbo o izvedbi zdravstvene storitve.

(3) Na čakalnem seznamu se vodijo naslednji podatki:

1. zaporedna številka uvrstitve pacienta,
2. datum in ura uvrstitve pacienta ter datum obvestila,
3. način uvrstitve na čakalni seznam,
4. pacientovo osebno ime,
5. pacienti naslov in kontaktni podatki (e-naslov ali telefonska številka),
6. številka zavarovane osebe pri nosilcu obveznega zdravstvenega zavarovanja oziroma, če ta ni znana, EMŠO,
7. številka napotne listine,
8. datum prejema napotne listine,
9. stopnja nujnosti (z napotne listine in morebitna spremenjena),
10. šifra zdravstvene storitve,
11. zdravstveni delavec, ki je opravil triažo napotne listine (osebno ime in šifra),
12. datum triaže napotne listine,
13. obstoj medicinske indikacije za uvrstitev pacienta na točno določen termin, ki se upošteva poleg določene stopnje nujnosti (skupaj z navedbo in opisom razloga, osebnim imenom in šifro zdravstvenega delavca, ki je to medicinsko indikacijo podal),
14. želja pacienta glede izbire točno določenega izvajalca zdravstvene dejavnosti, zdravstvenega delavca ali zdravstvenega sodelavca (osebno ime in šifra zdravstvenega delavca ali zdravstvenega sodelavca),



15. želja pacienta glede izbire nadomestnega termina (vključno s podatkom o prvotno ponujenem terminu),
16. predvideni termin in okvirni termin izvedbe zdravstvene storitve,
17. podatek o odpovedi od termina (datum odpovedi pred terminom, število dni do termina, razlog za odpoved, datum odsotnosti, datum opravičila po terminu, razlog za odpoved, opravičenost odpovedi, morebitna začasna prepoved uvrstitve na čakalni seznam),
18. podatki o prenaročitvi pacienta iz razlogov izvajalca zdravstvene dejavnosti (datum prvotnega termina, razlog za prenaročitev, nov termin),
19. datum in ura izvedene zdravstvene storitve,
20. osebno ime in šifra zdravstvenega delavca ali zdravstvenega sodelavca, ki je zdravstveno storitev izvedel,
21. podatek o utemeljenosti napotitve oziroma naročanja na zdravstveno storitev,
22. podatek o črtanju s čakalnega seznama (razlog in datum),
23. osebno ime in šifra pooblaščenice osebe za čakalni seznam, ki je pacienta uvrstila na čakalni seznam, spremenila vrstni red uvrstitve na čakalni seznam oziroma ga črtala s čakalnega seznama.

(4) Čakalni seznam, ki se vodi pri izbranem osebnem zobozdravniku, ne vsebuje podatkov iz 7., 8., 9., 11., 12., 13., 20. in 22. točke prejšnjega odstavka.

(5) Pacient je za isto zdravstveno storitev lahko uvrščen na čakalni seznam največ pri enem izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe, in sicer največ na en termin oziroma okvirni termin. Omejitev glede števila terminov oziroma okvirnih terminov ne velja za kontrolni pregled.

(6) Namen obdelave podatkov v čakalnem seznamu je zagotoviti:

- obveščенost o čakalni dobi in vrstnem redu,
- spoštovanje vrstnega reda in enakopravno obravnavo pacientov,
- preglednost dostopa do zdravstvenih storitev.

(7) Podatki s čakalnega seznama, vključno s podatki o sledljivosti obdelave podatkov, se hranijo pet let od izvedbe zdravstvene storitve oziroma črtanja s čakalnega seznama. Sledljivost sprememb vsakega podatka, vključno s spremembami vrstnega reda in drugih prejšnjih podatkov, se izvaja tako, da je omogočen vpogled v podatek,

kdo in kdaj je spremenil posamezen podatek, in obrazložitev okoliščin, ki narekujejo spreminjanje podatkov.

(8) Pacient, ki je uvrščen na čakalni seznam, ima pravico izvedeti razloge za čakalno dobo in njeno dolžino ter pravico do vpogleda, kopije ali izpisa podatkov s čakalnega seznama za vse uvrščene paciente, pri čemer se lahko seznanijo le s podatki iz 1., 2., 3., 8., 9., 10., 12., 13. (razen podatka o zdravstvenem delavcu), 16. in 18. točke tretjega odstavka tega člena. Za seznanitev po tem odstavku se smiselno uporabljajo prvi, drugi, četrti, šesti, sedmi in deseti odstavek 41. člena tega zakona. Izvajalec zdravstvene dejavnosti seznanitev pacientu omogoči takoj, vendar najpozneje pet dni po prejemu zahteve. Pacient lahko za posamezno zdravstveno storitev pri istem izvajalcu zdravstvene dejavnosti vloži zahtevo iz tega odstavka največ enkrat mesečno. Določba tega odstavka ne posega v pacientovo pravico do seznanitve z lastnimi osebnimi podatki.

(9) Pacient, ki je vpisan v naročilno knjigo, ima pravico do seznanitve z naročilno knjigo na smiselno enak način, kot to določa prejšnji odstavek za čakalni seznam.

(10) Kadar se za posamezno zdravstveno storitev vodi čakalni seznam, se pacientu, ki ni uvrščen na čakalni seznam, ne sme opraviti zdravstvena oziroma zobozdravstvena storitev, razen če gre za nujno medicinsko pomoč, nujno zobozdravstveno pomoč ali nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene in zobozdravstvene storitve.

(11) Način poročanja izvajalcev zdravstvene dejavnosti, obseg in način javne objave statističnih podatkov o čakalnih dobah in številu čakajočih, ki jih za posamezno zdravstveno storitev po posameznih stopnjah nujnosti objavlja Nacionalni inštitut za javno zdravje (v nadaljnjem besedilu: NIJZ), določi minister, pristojen za zdravje.

(12) Podatke iz prejšnjega odstavka pridobiva za potrebe nadzora in financiranja programov tudi Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

### **15.a člen** **(naročanje na zdravstveno storitev)**

(1) Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe zagotavlja celostno skrb za pacienta tako, da se pacientu ne nalagajo dodatne obremenitve, kadar bi te izvajalec zdravstvene dejavnosti opravil hitreje in preprosteje od pacienta. Izvajalec zdravstvene dejavnosti pacienta, ki ga v okviru posamezne zdravstvene obravnave napotuje na več zdravstvenih storitev, naroči na vse zdravstvene storitve, vključno z morebitno diagnostiko.

(2) Izvajalec zdravstvene dejavnosti zagotovi naslednje oblike naročanja:

- elektronsko,
- po pošti,
- po telefonu in
- osebno v ordinaciji.

(3) Podrobnejši način naročanja na zdravstveno storitev določi minister, pristojen za zdravje.

### **15.b člen** **(upravljanje čakalnega seznama)**

(1) Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe določi enega ali več zdravstvenih delavcev ali zdravstvenih sodelavcev za upravljanje čakalnega seznama (v nadaljnjem besedilu: pooblaščenca oseba za čakalni seznam).

(2) Pacient ali v njegovem imenu njegov ožji družinski član lahko brez navajanja razlogov odpove termin najpozneje deset dni pred izvedbo zdravstvene storitve, in sicer le enkrat v okviru iste napotitve in le v okviru napotitve s stopnjo nujnosti hitro ali redno. Poznejša odpoved termina je dopustna le iz pacientovih objektivnih razlogov, ki jih določi minister, pristojen za zdravje, pri čemer pacient razlog za odpoved sporoči pisno. V primeru odpovedi iz objektivnih razlogov ne veljajo omejitve glede odpovedi termina le enkrat v okviru iste napotitve in napotitve v okviru stopnje nujnosti hitro ali redno. Po preteku 30 dni od termina odpoved ni mogoča niti v primeru pacientovih objektivnih razlogov.

(3) Če pacient ne pride na termin in termina ne odpove v skladu s prejšnjim odstavkom (neopravičena odsotnost), se ga črta s čakalnega seznama in napotna listina preneha veljati. Če je pacient neopravičeno odsoten na enem izmed terminov v okviru iste napotitve, se zdravstvena obravnava v okviru te napotitve konča. Pacient se lahko na čakalni seznam za to zdravstveno storitev pri tem izvajalcu zdravstvene dejavnosti znova uvrsti šele po poteku treh mesecev od termina, na katerem je bil neopravičeno odsoten. Rok iz prejšnjega stavka ne velja, če izvajalec zdravstvene dejavnosti presodi, da taka omejitev neposredno ogroža pacientovo zdravstveno stanje ali zdravstveno obravnavo. Določbe prejšnjega, tega in šestega odstavka tega člena glede termina se smiselno uporabljajo tudi za okvirni termin.

(4) Izvajalec zdravstvene dejavnosti zaradi izvedbe zdravstvene storitve in upravljanja čakalnega seznama vzpostavi stik s pacientom, ki je uvrščen na čakalni seznam, če je pacient sporočil kontaktne podatke (e-naslov ali telefonsko številko) ali če jih izvajalec že ima.

(5) Povratne informacije in obvestila pred izvedbo zdravstvene storitve, ki se pacientu pošiljajo prek elektronskih komunikacij v nešifrirani obliki, ne vsebujejo konkretnih podatkov o pacientovem zdravstvenem stanju ali vrsti zdravstvene storitve.

(6) Izvajalec zdravstvene dejavnosti redno spremlja in analizira podatke o čakalnih dobah, išče vzroke zanje in preverja spremembe čakalnega seznama z uporabo sledljivosti, o vsem tem poroča organu upravljanja, ministrstvu, pristojnemu za zdravje, in nosilcu obveznega zdravstvenega zavarovanja ter izvaja ukrepe za njihovo zmanjšanje oziroma odpravo. Izvajalec zdravstvene dejavnosti termine načrtuje v skladu z analizami čakalnih dob v okviru posamezne stopnje nujnosti ter deležem prvih in kontrolnih pregledov. Vsebino in način poročanja podrobneje določi minister, pristojen za zdravje.

## 15.c člen (črtanje s čakalnega seznama)

(1) Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe pacienta črta s čakalnega seznama v naslednjih primerih in rokih:

- smrt pacienta: po pridobitvi take informacije ob ažurnem pridobivanju podatkov iz centralnega registra podatkov o pacientih,
- želja pacienta po črtanju s čakalnega seznama: v 24 urah od izražene želje,
- pacientova zavrnitev izvedbe zdravstvene storitve: v 24 urah od zavrnitve,
- zdravstveno stanje pacienta ne omogoča izvedbe zdravstvene storitve, zaradi katere je uvrščen na čakalni seznam: v 24 urah od ugotovitve lečččega zdravnika o takem stanju,
- neopravičena odsotnost od termina: v 24 urah od termina,
- druga ali katera koli naslednja uvrstitev na čakalni seznam za isto zdravstveno storitev (peti odstavek 15. člena tega zakona): v 24 urah od ugotovitve o naknadni uvrstitvi.

(2) V primeru črtanja iz razlogov, navedenih v prejšnjem odstavku, se napotna listina vrne izdajatelju napotne listine (stornira) z navedbo razlogov. Razlog za črtanje se navede tudi na čakalnem seznamu.

(3) O črtanju s čakalnega seznama iz razloga iz druge, tretje, četrte, pete ali šeste alineje prvega odstavka tega člena se obvesti tudi pacienta, in sicer v treh dneh od črtanja.

(4) Pooblaščen oseba za čakalni seznam v treh dneh po opravljeni zdravstveni storitvi na čakalnem seznamu označi, kdaj je bila zdravstvena storitev opravljena.

(5) Kadar se po opravljeni zdravstveni storitvi ugotovi, da je bila napotitev neutemeljena ali na napotni listini nepravilno določena stopnja nujnosti, se izdajatelju napotne listine zagotovi povratna informacija s presojo utemeljenosti napotne listine oziroma utemeljenosti prvotno določene stopnje nujnosti.

### **15.č člen** **(obvezne objave in podrobnejše določbe glede spoštovanja pacientovega časa)**

(1) Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe na svojih spletnih straneh, na vidnem mestu v čakalnici na primarni ravni in v specialistični ambulantni dejavnosti, v specialistični bolnišnični dejavnosti pa ob vhodu na oddelek ali na običajnem oglasnem mestu bolnišnice objavi:

- oblike naročanja, morebitne časovne omejitve v sklopu posamezne oblike naročanja in kontaktne podatke izvajalca zdravstvene dejavnosti,
- najkrajše čakalne dobe po posamezni stopnji nujnosti za vse zdravstvene storitve, ki jih izvaja,
- podatke o pooblaščenih osebi za čakalni seznam (osebno ime in kontaktne podatke),
- podatek o evidentiranem številu zavarovanih oseb, če gre za izbranega osebnega zdravnika.

(2) Minister, pristojen za zdravje, podrobneje določi zahteve glede določitve organizacije ordinacijskega časa, dostopa do informacij o zdravstvenih delavcih in zdravstvenih sodelavcih, prenaročanja v primeru odpovedi termina iz razloga na strani izvajalca zdravstvene dejavnosti ter upravljanja čakalnega seznama in uvrščanja na čakalni seznam pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe.

### **16. člen** **(izmenjava podatkov)**

(1) Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe podatke iz tretjega odstavka 15. člena tega zakona in podatek o pooblaščenih osebi za čakalni seznam stalno zagotavlja NIJZ.

(2) Ne glede na zakon, ki ureja varstvo osebnih podatkov, lahko izvajalci zdravstvene dejavnosti in NIJZ brez predhodnega dovoljenja državnega nadzornega organa za varstvo osebnih podatkov povezujejo podatke iz tretjega odstavka 15. člena tega zakona z zbirko eNapotnica in eNaročilo, pri čemer lahko pri povezovanju podatkov

s čakalnih seznamov izvajalcev zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe iz tretjega odstavka 15. člena tega zakona in zbirke eNapotnica in eNaročilo uporabijo isti povezovalni znak na način, da se za pridobitev osebnega podatka uporabi samo ta znak.

(3) Izmenjava oziroma povezovanje podatkov iz prvega in drugega odstavka tega člena se izvaja za namen iz šestega odstavka 15. člena tega zakona, za namen upravljanja zbirke eNapotnica in eNaročilo in za namen obveščanja pacientov o možnosti izvedbe zdravstvene storitve pri drugem izvajalcu s strani NIJZ ali izvajalca.

(4) Izvajalec zdravstvene dejavnosti v svojem informacijskem sistemu zagotavlja ažurne in resnične podatke o prostih terminih oziroma okvirnih terminih in številu uvrščenih na čakalni seznam ter druge podatke, ki jih posreduje v zbirko eNapotnica in eNaročilo.

(5) Izvajalec zdravstvene dejavnosti podatke iz prvega in četrtega odstavka tega člena zagotavlja v skladu s tehničnimi navodili NIJZ, pri čemer zagotavlja samodejno povezovanje in izmenjavo podatkov prek svojega informacijskega sistema.

## **17. člen** **(dostop do podatkov)**

NIJZ za namen zagotavljanja obveščenosti pacientov na spletnih straneh zagotovi neprekinjen in prost dostop do:

- seznama vseh izvajalcev zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe za območje Republike Slovenije po posameznih zdravstvenih storitvah,
- podatkov izvajalcev iz prejšnje alineje o terminih oziroma okvirnih terminih po posameznih zdravstvenih storitvah,
- seznama zdravstvenih storitev.

## **18. člen** **(strokovno mnenje oziroma izvid po specialistični obravnavi)**

(1) Kadar je bil pacient napoten na specialistično zdravstveno storitev zaradi morebitne nadaljnje zdravstvene obravnave, pisno strokovno mnenje oziroma izvid (v nadaljnjem besedilu: izvid) po tej storitvi poleg diagnostičnih podatkov vsebuje tudi predlog o nadaljnji zdravstveni obravnavi.

(2) Pacient prejme izvid takoj oziroma najpozneje v sedmih dneh po opravljeni zdravstveni storitvi, razen če je strokovno utemeljeno, da je rok za izdajo izvida daljši oziroma krajši. V nujnih primerih, tudi v primerih suma na maligno obolenje oziroma tekom zdravljenja malignega obolenja, se izvid pacientu izda takoj.

## **6. Pravica do obveščенosti in sodelovanja**

### **19. člen** **(način sporazumevanja)**

Pacient ima pravico, da zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci z njim govorijo ali drugače komunicirajo v slovenskem jeziku ali v jeziku narodne skupnosti na območjih lokalnih skupnosti, kjer je poleg slovenskega jezika uradni jezik tudi italijanski oziroma madžarski jezik.

### **20. člen** **(obveščенost pacienta in pojasnilna dolžnost)**

(1) Pacient ima pravico, da je zaradi uresničevanja pravice do samostojnega odločanja o zdravljenju in pravice do sodelovanja v procesu zdravljenja obveščen o:

- svojem zdravstvenem stanju in verjetnem razvoju ter posledicah bolezni ali poškodbe,
- cilju, vrsti, načinu izvedbe, verjetnosti uspeha ter pričakovanih koristih in izidu predlaganega medicinskega posega oziroma predlaganega zdravljenja,
- možnih tveganjih, stranskih učinkih, negativnih posledicah in drugih neprijetnostih predlaganega medicinskega posega oziroma predlaganega zdravljenja, vključno s posledicami njegove opustitve,



- morebitnih drugih možnosti zdravljenja,
- postopkih in načinov zdravljenja, ki v Republiki Sloveniji niso dosegljivi ali niso pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

(2) Pojasnila iz prejšnjega odstavka mora zdravnik, odgovoren za zdravljenje, pojasniti pacientu v neposrednem stiku, obzirno, na pacientu razumljiv način oziroma skladno z individualnimi sposobnostmi sprejemanja informacij, v celoti in pravočasno. Za operativni ali drug medicinski poseg, povezan z večjim tveganjem ali večjo obremenitvijo, pacientu da razumljiva ustna in pisna pojasnila zdravnik, ki bo opravil medicinski poseg, če to ni možno, pa drug zdravnik, ki je usposobljen za tak medicinski poseg.

(3) Pacient ima pravico do sprotnega in podrobnega obveščanja o poteku zdravljenja ter po koncu medicinskega posega oziroma zdravljenja pravico do obveščeniosti o rezultatu zdravljenja oziroma morebitnih zapletih.

(4) Pacient, ki ni sposoben odločanja o sebi, uresničuje pravice po tem členu v skladu z zmožnostmi, ki jih dopušča njegova sposobnost razumevanja.

## **21. člen** **(sodelovanje pacienta)**

Pacient ima pravico, da po pridobitvi pojasnil iz prejšnjega člena dejavno sodeluje pri izbiri načina zdravljenja.

## **22. člen** **(izjeme od pravice do obveščeniosti pacienta)**

(1) Pacientu se sme le izjemoma zamolčati podatke o njegovem zdravstvenem stanju, če zdravnik glede na okoliščine oceni, da bi mu takšno obvestilo povzročilo resno zdravstveno škodo, razen kadar pacient, ki je sposoben odločanja v svojo najboljšo zdravstveno korist, izrecno zahteva, da je o svojem zdravstvenem stanju popolnoma obveščen. Razloge za zamolčanje podatkov se ločeno dokumentira v zdravstveni dokumentaciji.

(2) Zdravnik mora spoštovati pacientovo zahtevo, da se mu podatki o njegovem zdravstvenem stanju ne sporočijo, razen če bi drugim grozila resna zdravstvena škoda. Zahtevo pacienta se ločeno dokumentira v zdravstveni dokumentaciji.

### **23. člen**

#### **(seznanitev pacienta o tem, kdo sodeluje pri njegovem zdravljenju)**

(1) Pacient ima pravico vedeti, kdo ga zdravi in kdo sodeluje pri njegovem zdravljenju.

(2) V ordinaciji, ambulanti ali na drugem mestu, kjer se opravlja zdravstvena obravnava, je v čakalnici ali na drugem vidnem mestu objavljeno osebno ime in strokovni ter morebitni znanstveni naziv zdravstvenega delavca oziroma zdravstvenega sodelavca ter njegova časovna dostopnost.

(3) Zdravstveni delavec oziroma zdravstveni sodelavec, ki ima neposreden stik s pacientom, ima na vidnem mestu oznako z navedbo osebnega imena in strokovnega ter morebitnega znanstvenega naziva ter se pacientu osebno predstavi.

(4) V prostorih iz drugega odstavka tega člena mora biti na vidnem mestu objavljen naziv pravne ali fizične osebe, s katero ima izvajalec zdravstvene dejavnosti sklenjeno pogodbo za izvajanje laboratorijskih in drugih storitev.

### **24. člen**

#### **(splošne informacije in informacije ob odpustu)**

(1) Izvajalci zdravstvene dejavnosti morajo pacientu na njemu razumljiv način pojasniti organizacijske vidike zdravljenja. Pacienta morajo seznaniti tudi s posebnostmi dostopa do storitev, kot so čakalne dobe, čakalni časi in čakalni sezname ter plačljivostjo storitev iz programa obveznega zdravstvenega zavarovanja.

(2) Pri vsakem izvajalcu zdravstvene dejavnosti morajo biti pacientu na voljo pisne informacije o vsebini tega zakona in splošne informacije o izvajalcu in zdravstvenih storitvah, ki jih nudi. Ob sprejemu v stacionarno obravnavo mora biti pacient seznanjen s hišnim redom, ureditvijo nastanitve in bivanja.

(3) Ob odpustu iz bolnišnice ali drugega zavoda ima pacient pravico do pisnega poročila o diagnozi, zdravljenju in zdravstveni negi ter do navodil za nadaljnje zdravljenje in ravnanje do prvega obiska pri osebnem zdravniku, vključno s potrebnimi zdravili ali medicinskimi pripomočki.

## **25. člen** **(seznanitev s stroški)**

(1) Če zdravstveno storitev pacient delno ali v celoti plača sam, mu izvajalec zdravstvene dejavnosti predhodno predloži pisno informacijo o predvidenih stroških zdravstvenih storitev. Po opravljeni zdravstveni storitvi pacient prejme račun za opravljene zdravstvene storitve ter uporabljena zdravila in medicinske pripomočke.

(2) Če pacient zdravstvene storitve ne plača sam, ga izvajalec zdravstvene dejavnosti po opravljeni zdravstveni storitvi seznaniti z obračunom, specificiranim po posameznih zdravstvenih storitvah, uporabljenih zdravilih in medicinskih pripomočkih.

(3) Na zahtevo pacienta je izvajalec zdravstvene dejavnosti dolžan pacientu račun obrazložiti.

## **7. Pravica do samostojnega odločanja o zdravljenju**

### **7.1 Pravica do privolitve v zdravstveno obravnavo**

## **26. člen** **(privolitev)**

(1) Pacient ima pravico do samostojnega odločanja o zdravljenju, pod pogoji, ki jih določa zakon.

(2) Pacientu, ki je sposoben odločanja o sebi, brez njegove poprejšnje svobodne in zavestne privolitve na podlagi prejetih pojasnil iz 20. člena tega zakona ni dovoljeno opraviti medicinskega posega oziroma zdravstvene obravnave, razen v primerih, ki jih določa zakon.

(3) Pod pogoji iz prejšnjega odstavka in na način ter pod drugimi pogoji, ki jih določa zakon, je privolitev pacienta potrebna tudi v primeru:

- sodelovanja v učnem procesu, zlasti ob prisotnosti drugih oseb med izvajanjem zdravstvene obravnave zaradi zdravstvenega izobraževanja, ki ga ureja 43. člen tega zakona,
- uporabe zdravstvenih podatkov za namene, ki ne predstavljajo zdravljenja, ki jo ureja 44. člen tega zakona,
- seznanjanja tretjih oseb z zdravstveno dokumentacijo, ki ga ureja 44. člen tega zakona,
- sporočanja informacij o zdravstvenem stanju tretjim osebam, ki ga ureja 45. člen tega zakona,
- sodelovanja v medicinskih raziskavah,
- preiskav na njemu odvzetem biološkem materialu, pri čemer se te lahko opravijo samo za potrebe njegovega zdravljenja, razen če morebitno drugo rabo biološkega materiala ureja poseben zakon,
- razpolaganja s telesom ali deli telesa po njegovi smrti za potrebe medicinskega izobraževanja in znanstvenih raziskav, za katerega se smiselno uporabljajo določbe zakona, ki ureja odvzem in presaditev delov človeškega telesa zaradi zdravljenja,
- darovanja organov, tkiv ali celic v času življenja in po smrti, ki ga ureja poseben zakon.

(4) Pacient lahko da privolitev ustno, z dejanjem oziroma ravnanjem, iz katerega je mogoče zanesljivo sklepati, da pomeni privolitev, ali pisno, kadar tako določa zakon. Privolitev se lahko da tudi za več medicinskih posegov skupaj, če predstavljajo funkcionalno celoto v okviru postopka zdravljenja.

(5) Za operativni ali drug medicinski poseg, povezan z večjim tveganjem ali večjo obremenitvijo, mora biti pacientova privolitev dokumentirana na obrazcu iz 27. člena tega zakona.

(6) Kadar pacient ne more dati pisne privolitve, lahko da privolitev tudi ustno v prisotnosti dveh polnoletnih prič, kar je treba dokumentirati na obrazcu iz 27. člena tega zakona, skupaj z navedbo razloga nezmožnosti.

(7) Če pacient v medicinski poseg privoli, pisne privolitve pa noče dati, je treba to dejstvo in morebitne razloge dokumentirati na obrazcu iz 27. člena tega zakona in potrditi s podpisom dveh polnoletnih prič.

## **27. člen** **(privolitveni obrazec)**

(1) Privolitev iz petega odstavka prejšnjega člena se dokumentira na privolitvenem obrazcu, ki vsebuje:

- osnovne podatke o izvajalcu zdravstvene dejavnosti,
- opis medicinskega posega oziroma zdravstvene obravnave z navedbo poglavitnih možnih zapletov in pričakovanih koristi ter povzetek drugih pojasnil iz 20. člena tega zakona,
- osebno ime in podpis zdravnika, ki opravi pojasnilno dolžnost, oziroma zdravnika, ki medicinski poseg oziroma zdravstveno obravnavo izvede,
- privolitveno in zavrnitveno izjavo ter izjavo o prejemu in razumevanju pojasnil iz 20. člena tega zakona ter izjavo o preklicu iz 31. člena tega zakona,
- osebno ime in ZZZS številko zavarovane osebe ali drug osebni podatek, ki identificira pacienta,
- osebno ime in drug podatek, ki omogoča identifikacijo prič, oseb, ki dajejo soglasje, in oseb, ki dajejo privolitev namesto pacienta, ki ni sposoben odločanja o sebi,
- osebna imena, kontaktne podatke in razmerje do pacienta tistih oseb, ki jih pacient določi v okviru privolitve iz tretje in četrte alineje tretjega odstavka prejšnjega člena in način ter obseg uresničevanja pravice,
- čas in datum danih izjav,
- navedbo razlogov in okoliščin iz šestega in sedmega odstavka prejšnjega člena,
- podpis pacienta, razen v primerih, ki jih določa ta zakon, in podpise drugih oseb, kadar je to potrebno,
- sestavine, ki so potrebne glede na naravo in okoliščine privolitve oziroma zavrnitve, ali jih določa drug zakon.

(2) Natančnejšo vsebino in obliko privolitvenega obrazca predpiše minister, pristojen za zdravje.

(3) Fotokopijo izpolnjenega in podpisanega privolitvenega obrazca se izroči tudi pacientu.

## **7.2 Zdravstvena obravnava brez privolitve**

### **28. člen**

#### **(nujna medicinska pomoč)**

Če pacient ni sposoben odločanja o sebi ali ni zmožen izraziti svoje volje, se lahko opravi nujna medicinska pomoč brez njegove privolitve.

### **29. člen**

#### **(medicinski poseg oziroma zdravstvena obravnava brez privolitve pacienta)**

Medicinski poseg oziroma zdravstvena obravnava, ki ni poseg oziroma obravnava iz prejšnjega člena in hkrati ni operativni ali drug medicinski poseg, povezan z večjim tveganjem ali večjo obremenitvijo, se pacientu lahko opravi brez njegove privolitve pod naslednjimi pogoji:

- pacient ni sposoben odločanja o sebi,
- zdravnik ni vedel in ni mogel vedeti, da je pacient, pacientov zdravstveni pooblaščenec oziroma pooblaščenka (v nadaljnjem besedilu: pacientov zdravstveni pooblaščenec), pacientov zakoniti zastopnik oziroma zastopnica (v nadaljnjem besedilu: zakoniti zastopnik) ali druga oseba, ki po zakonu lahko da privolitev, posegu nasprotoval,
- privolitve oseb iz prejšnje alineje v razumnem času ni bilo mogoče pridobiti in
- medicinski poseg oziroma zdravstvena obravnava pacientu v največjo zdravstveno korist.

### **7.3 Pravica do zavrnitve zdravstvene obravnave**

#### **30. člen (zavrnitev)**

(1) Pacient, ki je sposoben odločanja o sebi, ima pravico zavrniti predlagani medicinski poseg oziroma zdravstveno obravnavo, razen kadar bi to ogrozilo življenje ali huje ogrozilo zdravje drugih.

(2) Če zdravnik, ki pacienta zdravi, oceni, da je pacientova odločitev v nasprotju z njegovo najboljšo zdravstveno koristjo in bi zavrnitev lahko ogrozila njegovo življenje ali povzročila nepopravljivo in hudo poslabšanje njegovega zdravstvenega stanja, mora poskusiti pacienta o tem prepričati, po potrebi pa za pomoč zaprositi pacientove ožje družinske člane oziroma predlagati pacientu pridobitev drugega mnenja.

(3) Zavrnitev medicinskega posega oziroma zdravstvene obravnave ne sme imeti posledic v odnosu zdravstvenih delavcev oziroma zdravstvenih sodelavcev do pacienta.

(4) Za operativne ali druge medicinske posege, povezane z večjim tveganjem ali večjo obremenitvijo, se zavrnitev dokumentira na obrazcu iz 27. člena tega zakona.

#### **31. člen (preklic privolitve ali zavrnitve)**

(1) Pacient ima pravico kadar koli preklicati privolitev v medicinski poseg oziroma zdravstveno obravnavo pod pogoji iz prvega odstavka prejšnjega člena.

(2) Pacient ima pravico kadar koli preklicati zavrnitev medicinskega posega oziroma zdravstvene obravnave pod pogoji iz 26. člena tega zakona.

## 7.4 Posebni varovalni ukrep

### 31.a člen (posebni varovalni ukrep)

(1) Za zagotavljanje kakovostne in varne zdravstvene obravnave se lahko izvaja ukrep telesnega oviranja s pasovi (v nadaljnjem besedilu: posebni varovalni ukrep).

(2) Posebni varovalni ukrep je nujen ukrep, ki se uporabi zaradi omogočanja zdravljenja pacienta ali zaradi odprave ali obvladovanja nevarnega vedenja pacienta:

- kadar je ogroženo njegovo življenje ali življenje drugih, huje ogroženo njegovo zdravje ali zdravje drugih ali s svojim ravnanjem povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim in
- ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugim, blažjim ukrepom.

(3) Posebni varovalni ukrep uvede lečeči zdravnik, ki v zdravstveno dokumentacijo pacienta vpiše podatke o razlogu, namenu, trajanju in spremljanju izvajanja ukrepa. Pacienta, zoper katerega je uveden posebni varovalni ukrep, se nadzoruje, spremlja njegove vitalne funkcije in obravnava ves čas trajanja ukrepa v skladu s sodobno medicinsko doktrino.

(4) Posebni varovalni ukrep lahko traja le toliko časa, kolikor je nujno potrebno glede na razlog njegove uvedbe, vendar ne več kot štiri ure.

(5) Trajanje posebnega varovalnega ukrepa lahko v časovnem intervalu iz prejšnjega odstavka lečeči zdravnik podaljša po seznanitvi z zdravstvenim stanjem pacienta, vendar le, če za to še vedno obstajajo razlogi iz drugega odstavka tega člena, kar se vpiše v zdravstveno dokumentacijo pacienta. Ne glede na prejšnji stavek zdravnik pacienta osebno pregleda po 12 urah od uvedbe ukrepa.

(6) Izjemoma lahko posebni varovalni ukrep uvede drug zdravstveni delavec, vendar o tem nemudoma obvesti lečečega zdravnika. Če lečeči zdravnik ukrepa ne uvede, se izvajanje ukrepa takoj opusti in se o tem napravi pisni zaznamek v pacientovo zdravstveno dokumentacijo.



(7) Lečeči zdravnik o uvedbi in izvedbi posebnega varovalnega ukrepa v 12 urah pisno obvesti pacientovega ožjega družinskega člana oziroma bližnjo osebo, če pacient nima ožjih družinskih članov, in zastopnika pacientovih pravic, razen če pacient, ki ima po uvedenem ukrepu sposobnost odločanja o sebi, temu obvestilu izrecno nasprotuje. Zastopnika pacientovih pravic se obvesti le, kadar si ga je pacient izbral, kadar pacient nima ožjega družinskega člana oziroma ne določi bližnje osebe ali kadar se ožji družinski član ali bližnja oseba obvestilom iz tega odstavka pisno odpove.

(8) Izvajalci zdravstvene dejavnosti za namen spremljanja uporabe posebnega varovalnega ukrepa vodijo evidenco, ki vsebuje naslednje podatke:

- naziv izvajalca zdravstvene dejavnosti,
- osebno ime in EMŠO pacienta, pri katerem je bil uporabljen posebni varovalni ukrep,
- razlog uvedbe posebnega varovalnega ukrepa,
- čas trajanja posebnega varovalnega ukrepa (datum in ura uvedbe in prenehanja izvajanja ukrepa),
- osebno ime in šifra zdravstvenega delavca, ki je uvedel posebni varovalni ukrep,
- osebno ime ožjega družinskega člana oziroma bližnje osebe in njeno razmerje do pacienta ter osebno ime zastopnika pacientovih pravic, ki je bil obveščen o uvedbi posebnega varovalnega ukrepa.

(9) Izvajalec zdravstvene dejavnosti predloži ministru, pristojnemu za zdravje, in ministru, pristojnemu za socialo, v anonimizirani obliki letno poročilo o uporabi posebnega varovalnega ukrepa do 15. marca tekočega leta za preteklo koledarsko leto.

## 8. Pravica do upoštevanja vnaprej izražene volje

### 32. člen

#### (pacientov zdravstveni pooblaščenec)

(1) Pacient, ki je sposoben odločanja o sebi in je dopolnil 18 let starosti, lahko določi osebo, ki bo v primeru in za čas njegove nesposobnosti odločanja o sebi odločala o njegovi zdravstveni obravnavi in drugih pravicah iz tega zakona (v nadaljnjem besedilu: pacientov zdravstveni pooblaščenec).

(2) Pacientov zdravstveni pooblaščenec je lahko oseba, ki je sposobna odločanja o sebi in je dopolnila 18 let starosti. Pacientov zdravstveni pooblaščenec ima pravico do seznanitve s pacientovo zdravstveno dokumentacijo in njegovim zdravstvenim stanjem ter pojasnili, ki so pomembna za odločanje o zdravstveni obravnavi.

(3) Pacient zdravstvenega pooblaščenca določi s pisnim pooblastilom, na katerem mora biti pacientov podpis overjen. V pooblastilu lahko pacient določi navodila in usmeritve glede njegove zdravstvene obravnave ter morebitne omejitve pravice do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo in njegovim zdravstvenim stanjem.

(4) Pooblastilo iz prejšnjega odstavka lahko pacient kadar koli prekliče s pisno izjavo, pacientov zdravstveni pooblaščenec pa se mu lahko ob vsakem času odpove s pisno izjavo, razen kadar bi odpoved lahko povzročila resno zdravstveno škodo za pacienta.

(5) Osebno ime, rojstni in kontaktni podatki pacientovega zdravstvenega pooblaščenca so izvajalcu zdravstvene dejavnosti dostopni prek centralnega registra podatkov o pacientih, ki ga določa zakon, ki ureja zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva. Postopek zapisa in izbrisa podatkov, hrambo in postopek seznanitve s pooblastilom predpiše minister, pristojen za zdravje.

### **33. člen**

#### **(izključitev oseb, ki so po zakonu upravičene do odločanja o zdravstveni obravnavi)**

(1) Pacient, ki je sposoben odločanja o sebi in je dopolnil 18 let starosti, lahko s pisno izjavo izključi ali omeji osebe, ki so upravičene do odločanja o njegovi zdravstveni obravnavi po tem zakonu, za primere ko ni sposoben odločanja o sebi.

(2) Izjava iz prejšnjega odstavka je izvajalcu zdravstvene dejavnosti dostopna prek centralnega registra podatkov o pacientih, ki ga določa zakon, ki ureja zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva.

### **34. člen**

#### **(upoštevanje vnaprej izražene volje)**

(1) Pacient, ki je sposoben odločanja o sebi in je dopolnil 18 let starosti, ima pravico, da se upošteva njegova volja o tem, kakšne zdravstvene obravnave ne dovoljuje, če bi se znašel v položaju, ko ne bi bil sposoben dati veljavne privolitve, če:

- bi trpel za hudo boleznijo, ki bi glede na dosežke medicinske znanosti v kratkem času vodila v smrt tudi ob ustreznem medicinskem posegu oziroma zdravstveni obravnavi in tako zdravljenje ne daje upanja na ozdravitev oziroma izboljšanja zdravja ali lajšanje trpljenja, ampak samo podaljšuje preživetje,
- bi mu medicinski poseg oziroma zdravstvena obravnava podaljšala življenje v položaju, ko bo bolezen ali poškodba povzročila tako hudo invalidnost, da bo dokončno izgubil telesno ali duševno sposobnost, da bi skrbel zase.

(2) Volja iz prve alineje prejšnjega odstavka je za zdravnika zavezujoča, volja iz druge alineje prejšnjega odstavka pa mora biti upoštevana kot smernica pri odločanju o zdravljenju.

(3) Vnaprej izraženo voljo je treba upoštevati, ko nastopi položaj, ki ga predvideva opredelitev in če hkrati ne obstoji utemeljen dvom, da bi pacient voljo v teh okoliščinah preklical.

(4) Vnaprej izražena volja mora biti dokumentirana na obrazcu iz 27. člena tega zakona.

(5) Izbrani osebni zdravnik in zastopnik pacientovih pravic pacienta pred izjavljanjem vnaprej izražene volje natančno poučita o pomenu in posledicah njegove odločitve. Ugotovitev identitete pacienta, ugotovitve glede izpolnjevanja pogojev iz prvega odstavka tega člena, osnovna pojasnila ter podpisi pacienta, izbranega osebnega zdravnika in zastopnika pacientovih pravic so sestavni del obrazca iz 27. člena tega zakona.

(6) Pisno izjavo iz prvega odstavka tega člena lahko pacient kadar koli s pisno izjavo spremeni ali prekliče.

(7) Podatek o tem, da je pacient dal izjavo po tem členu, je zdravniku dostopen prek centralnega registra podatkov o pacientih, ki ga določa zakon, ki ureja zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva. Postopek zapisa in izbrisa podatkov, hrambo in postopek seznanitve z izjavo predpiše minister, pristojen za zdravje.

## **9. Poseben način uveljavljanja pravic pacientov, ki niso sposobni odločanja o sebi**

### **35. člen (otroci)**

(1) Kadar otrok ni sposoben privolitve v medicinski poseg oziroma zdravstveno obravnavo, se ta sme opraviti le, če ga dovolijo njegovi starši ali skrbnik oziroma skrbnica (v nadaljnjem besedilu: skrbnik). Enako velja za posebne vrste privolitve iz tretjega odstavka 26. člena tega zakona, če zakon ne določa drugače.

(2) Šteje se, da otrok do 15. leta starosti ni sposoben privolitve, razen če zdravnik glede na otrokovo zrelost oceni, da je za to sposoben, pri čemer se glede okoliščin, ki govorijo o sposobnosti odločanja o sebi, praviloma posvetuje s starši oziroma skrbnikom. Šteje se, da je otrok, ki je dopolnil 15. let starosti, sposoben privolitve, razen če zdravnik glede na otrokovo zrelost oceni, da za to ni sposoben, pri čemer se glede okoliščin, ki govorijo o sposobnosti odločanja o sebi, praviloma posvetuje s starši oziroma skrbnikom.

(3) O privolitvi iz tega člena odločata starša praviloma sporazumno.

(4) Za operativni ali drug medicinski poseg, povezan z večjim tveganjem ali večjo obremenitvijo, oziroma medicinski poseg, ki utegne imeti pomembne posledice za otroka, se zahteva privolitev obeh staršev, razen kadar:

- eden od staršev ni znan ali je neznanega bivališča,
- je enemu od staršev odvzeta roditeljska pravica,
- eden od staršev zaradi začasne zadržanosti mnenja ne more dati pravočasno brez nevarnosti za nastanek resne zdravstvene škode za otroka,
- eden od staršev ne izpolnjuje pogojev, ki se zahtevajo za pacientovo sposobnost odločanja o sebi.

(5) Za privolitev po prejšnjem odstavku se uporabljajo določbe 27. člena tega zakona, ki veljajo za privolitev.

(6) Kadar se starša o operativnem ali drugem medicinskem posegu, povezanem z večjim tveganjem ali večjo obremenitvijo, oziroma medicinskem posegu, ki utegne imeti pomembne posledice za otroka, ne moreta odločiti sporazumno, lahko predlagata, da jima pri tem pomaga ali odloči organ, ki je za to pristojen po predpisih, ki urejajo družinska razmerja.

(7) Za druge medicinske posege oziroma zdravstveno obravnavo, ki ne predstavlja posegov oziroma oskrbe iz prejšnjega odstavka, lahko da privolitev tisti od staršev, ki je takrat, ko se privolitev daje, prisoten. Če sta prisotna oba in ne soglašata, zdravnik pridobi soglasje konzilija v največjo možno korist otroka, če to ni mogoče, pa od drugega zdravnika, ki dotlej ni bil in pozneje ne bo vključen v pacientovo zdravljenje. Odločitev na obrazcu iz 27. člena tega zakona podpišejo eden od staršev, ki soglašata z medicinskim posegom oziroma zdravstveno obravnavo, in člani konzilija oziroma zdravnik, ki je dal soglasje.

(8) Otrok ima pravico, da se kadar o njegovi zdravstveni obravnavi odločajo druge osebe, kolikor je najbolj mogoče upošteva njegovo mnenje, če ga je sposoben izraziti in če razume njegov pomen ter posledice.

(9) Na način, kot je določen v prejšnjih odstavkih, uveljavlja otrok tudi druge pravice iz 5. člena tega zakona, če ta zakon ne določa drugače.

**36. člen**  
**(omejitev odločanja staršev oziroma skrbnika)**

Nujna medicinska pomoč se lahko opravi tudi, kadar jo starši ali skrbnik zavrnejo.

**37. člen**  
**(pacienti s težavami v duševnem zdravju)**

(1) Kadar pacient zaradi težav v duševnem zdravju ali drugega vzroka, ki vpliva na zmožnost razsojanja, ni sposoben privolitve v medicinski poseg, se ta sme opraviti le, če ga dovoli zakoniti zastopnik.

(2) Če pacient iz prejšnjega odstavka nima zakonitega zastopnika, izvajalec zdravstvene dejavnosti obvesti pristojni organ za začetek postopka za postavitve zakonitega zastopnika.

(3) Če zdravnik ugotovi, da zakoniti zastopnik ne odloča v najboljšo zdravstveno korist pacienta, o tem obvesti organ, ki je postavil zakonitega zastopnika, za zagotovitev ustreznega zastopanja.

(4) Dokler pacientu iz prvega odstavka tega člena ni postavljen zakoniti zastopnik, lahko privolitev v medicinski poseg oziroma zdravstveno obravnavo dajo osebe, ki so sposobne odločanja o sebi in so dopolnile 18 let starosti, in sicer v naslednjem izključujočem vrstnem redu:

- pacientov zakonec, zunajzakonski partner ali partner iz istospolne skupnosti,
- pacientovi otroci ali posvojenci,
- pacientovi starši oziroma posvojitelji,
- pacientovi bratje ali sestre,
- pacientovi stari starši,
- pacientovi vnuki.

(5) Če osebe iz posamezne alineje prejšnjega odstavka ne dosežejo soglasja o izvedbi medicinskega posega oziroma zdravstvene obravnave, odloči o tem zdravnik, ki ga zdravi, pri čemer upošteva podana mnenja in pacientovo največjo zdravstveno korist.

(6) Določbe prejšnjih odstavkov se smiselno uporabljajo tudi za privolitve iz tretjega odstavka 26. člena tega zakona.

(7) Na način, kot je določeno v tem členu, uveljavlja pacient iz prvega odstavka tega člena tudi druge pravice iz 5. člena tega zakona, če zakon ne določa drugače.

(8) Zakoniti zastopnik in druge osebe iz četrtega odstavka tega člena ne morejo zavrniti nujne medicinske pomoči pacientu s težavami v duševnem zdravju.

### **38. člen**

#### **(začasna nesposobnost odločanja o sebi)**

(1) Kadar pacient začasno ni sposoben odločanja o sebi, se uporabljajo določbe prvega, četrtega, petega in šestega odstavka prejšnjega člena.

(2) Na način, kot je določen v tem členu, uveljavlja pacient, ki je začasno nesposoben odločanja o sebi, tudi druge pravice iz 5. člena tega zakona, če zakon ne določa drugače.

(3) Zakoniti zastopnik in druge osebe iz četrtega odstavka prejšnjega člena ne morejo zavrniti nujne medicinske pomoči pacientu, ki začasno ni sposoben odločanja o sebi.

## **10. Pravica do preprečevanja in lajšanja trpljenja**

### **39. člen**

#### **(preprečevanje in lajšanje trpljenja)**

(1) Pacient ima pravico, da se brez odlašanja ukrene vse potrebno za odpravo ali največjo možno ublažitev bolečin in drugega trpljenja, povezanega z njegovo boleznijo.

(2) Pacient ima pravico, da se pri njegovi zdravstveni obravnavi po strokovnih standardih preprečijo nepotrebne bolečine in drugo trpljenje, povezano z medicinskim posegom.

(3) Pacient v končni fazi bolezni in pacient z neozdravljivo boleznijo, ki povzroča hudo trpljenje, ima pravico do paliativne obravnave.

## **11. Pravica do drugega mnenja**

### **40. člen**

#### **(pravica do drugega mnenja)**

(1) Drugo mnenje lahko na zahtevo pacienta poda zdravnik na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti.

(2) Drugo mnenje poda zdravnik, ki ima po pridobitvi licence najmanj pet let delovnih izkušenj s področja, za katero se zahteva drugo mnenje.

(3) Zahteva za pridobitev drugega mnenja za pacienta ne sme imeti negativnih posledic pri nadaljnji zdravstveni obravnavi pri lečečem zdravniku. Ne glede na vsebino drugega mnenja ohranja lečeči zdravnik neodvisnost in odgovornost pri sprejemanju strokovnih odločitev.

(4) Zdravnik poda drugo mnenje na podlagi predložene zdravstvene dokumentacije, lahko pa opravi tudi pregled pacienta ali opravi oziroma predlaga dodatne zdravstvene storitve.

(5) Zdravstveno dokumentacijo, ki je podlaga za drugo mnenje, lahko zdravniku, ki bo podal drugo mnenje, posreduje na zahtevo pacienta lečeči zdravnik ali pacient sam.

(6) Uveljavljanje pravice do drugega mnenja v mreži javne zdravstvene službe določa zakon, ki ureja zdravstveno varstvo in zdravstveno zavarovanje.



## 12. Pravica do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo

### 41. člen

#### (način seznanitve z zdravstveno dokumentacijo)

(1) Pacient ima ob prisotnosti zdravnika ali drugega zdravstvenega delavca oziroma zdravstvenega sodelavca pravico do neoviranega vpogleda in prepisa zdravstvene dokumentacije, ki se nanaša nanj. Fotokopiranje ali drugo reprodukcijo zdravstvene dokumentacije mora zagotoviti izvajalec zdravstvene dejavnosti. Verodostojno reprodukcijo slikovne dokumentacije, ki se ne hrani v elektronski obliki, je izvajalec zdravstvene dejavnosti dolžan zagotoviti, če razpolaga s tehničnimi sredstvi, ki to omogočajo.

(2) Pacientu oziroma njegovemu pooblaščenцу ali drugi osebi, ki ima pravico do seznanitve, se omogoči seznanitev pod pogojem, da je zagotovljena njihova identifikacija in izkazana pravna podlaga.

(3) Izvajalec zdravstvene dejavnosti mora pravico iz prvega odstavka tega člena pacientu omogočiti takoj ali najpozneje pet delovnih dni po prejemu zahteve. Pacient lahko pri istem izvajalcu zdravstvene dejavnosti vloži zahtevo največ dvakrat mesečno.

(4) Izvajalec zdravstvene dejavnosti lahko za izvajanje pravic iz prvega odstavka tega člena zaračuna materialne stroške preslikave oziroma druge reprodukcije in posredovanja v skladu s predpisi s področja varstva osebnih podatkov.

(5) Poleg pravic iz prejšnjih odstavkov tega člena ima pacient pravico zahtevati:

- da se dodajo njegove pripombe k zapisom v zdravstveni dokumentaciji,
- osnovna ustna pojasnila o vsebini zdravstvene dokumentacije, razen kadar pacient prejme izčrpna pojasnila na podlagi 20. člena tega zakona,
- izčrpna ustna pojasnila o vsebini zdravstvene dokumentacije, če glede posameznih delov dokumentacije ni prejel pojasnil na podlagi 20. člena tega zakona.

Izvajalec zdravstvene dejavnosti mu mora omogočiti uresničitev pravice iz prve in druge alineje tega odstavka v roku iz tretjega odstavka tega člena, uresničitev pravice iz tretje alineje tega odstavka pa v 15 dneh od prejema zahteve.

(6) Osebe, ki so po zakonu ali po pooblastilu pacienta upravičene do odločanja o pacientovi zdravstveni obravnavi, imajo pravico do seznanitve s pacientovo zdravstveno dokumentacijo pod pogoji in na način, določen v prejšnjih odstavkih tega člena, le kadar imajo pravico odločanja o konkretni zdravstveni obravnavi pacienta in v obsegu, ki je potreben za odločanje.

(7) Za uresničevanje pravice po tem členu lahko pacient, ki je sposoben odločanja o sebi, pisno pooblasti katero koli osebo, ki izpolnjuje pogoje iz drugega odstavka 32. člena tega zakona.

(8) Pri uresničevanju pravice po tem členu je treba upoštevati tudi določbe prvega odstavka 22. člena tega zakona.

(9) Pacient ima na podlagi smiselne uporabne določb prejšnjih odstavkov tega člena pravico do samostojnega dostopa do svojega elektronskega zdravstvenega zapisa in podatkov v informacijskem sistemu kartice zdravstvenega zavarovanja, če zdravstveni sistem to omogoča.

(10) Pacient in druge upravičene osebe imajo ob kršitvi določbe tega člena pravico vložiti pritožbo pri Informacijskem pooblaščenču. Za postopek pred Informacijskim pooblaščenčem se poleg določb zakona, ki ureja splošni upravni postopek, smiselno uporabljajo tudi določbe 10., 11. in 12. člena Zakona o Informacijskem pooblaščenču (Uradni list RS, št. 113/05 in 51/07 – ZUstS-A). Izvajalec zdravstvene dejavnosti se v tem postopku šteje kot prvostopenjski organ. Določbe tega odstavka se uporabljajo tudi za postopek po petem odstavku 42. člena in sedmem odstavku 45. člena tega zakona.

## 42. člen

### (seznanitev z zdravstveno dokumentacijo po pacientovi smrti)

(1) Po pacientovi smrti imajo pravico do seznanitve z njegovo zdravstveno dokumentacijo osebe, ki so za obdelavo podatkov pooblašcene z zakonom, in osebe, za katere je pacient predhodno dal izrecno privolitev v pisni obliki.

(2) Po pacientovi smrti imajo pravico do seznanitve z njegovo zdravstveno dokumentacijo pacientov zakonec, zunajzakonski partner, partner iz istospolne skupnosti, otroci in posvojenci, kadar teh oseb ni, pa pacientovi starši. Osebam iz prejšnjega stavka se omogoči le dostop do tistih podatkov, ki so potrebni za doseg zakonitega namena seznanitve. Osebe iz prvega stavka, ki se želijo seznaniti z zdravstveno dokumentacijo, ki je nastala v času, ko umrli pacient ni bil sposoben odločanja o sebi in se je to stanje brez prekinitev nadaljevalo do njegove smrti, morajo za seznanitev izkazati pravni interes. Z zdravstveno dokumentacijo umrlega pacienta se lahko seznanijo tudi druge osebe, ki za to izkažejo pravni interes z ustrežno listino, pri čemer se jim omogoči le dostop do tistih podatkov, ki so potrebni za uveljavljanje njihovega pravnega interesa.

(3) Zahteva za seznanitev oseb iz prejšnjega odstavka se delno ali v celoti zavrne, če tako določa zakon ali če je pacient seznanitev pred smrtjo pisno ali ustno v navzočnosti dveh prič izrecno prepovedal.

(4) Ne glede na izrecno prepoved umrlega pacienta imajo pravico do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo v delu, ki se nanaša na razloge, ki utegnejo bistveno vplivati na njihovo zdravje, pacientovi starši, pacientovi potomci do katerega koli kolena, pacientov zakonec, zunajzakonski partner ali partner iz istospolne skupnosti, bratje in sestre ali druge osebe, ki so bile z umrlim pacientom v posebnem razmerju in to z gotovostjo izkažejo. Seznanitev se izvede prek pacientovega izbranega osebnega zdravnika ali zdravnika, ki je bil kako drugače udeležen v postopku zdravljenja, če tega ni, pa zdravnika določi izvajalec zdravstvene dejavnosti, ki razpolaga s pacientovo zdravstveno dokumentacijo.

(5) O zahtevi za seznanitev odloči izvajalec zdravstvene dejavnosti v 15 dneh od prejema obrazložene zahteve. Če je zahteva delno ali v celoti zavrtnjena, imajo osebe iz prvega, drugega in četrtega odstavka tega člena pravico vložiti pritožbo pri Informacijskem pooblaščenču.

(6) Pacient ima pravico določiti osebe, ki se po njegovi smrti lahko seznanijo z njegovo zdravstveno dokumentacijo, in osebe, katerim seznanitev z njegovo zdravstveno dokumentacijo prepoveduje. Pravica iz tega odstavka se uresničuje na način in pod pogoji, ki jih določa 45. člen tega zakona. Prepoved oziroma določitev oseb se lahko evidentira tudi v centralnem registru podatkov o pacientih, ki ga določa zakon, ki ureja zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva.

### **13. Pravica do varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov**

#### **43. člen**

#### **(zasebnost pri opravljanju zdravstvene storitve)**

(1) Izvajalci zdravstvene dejavnosti morajo pri vsakokratni zdravstveni obravnavi spoštovati pacientovo zasebnost, zlasti njegova moralna, kulturna, verska, filozofska in druga osebna prepričanja, ob upoštevanju medicinske doktrine.

(2) Pacientu se omogoči, da so pri medicinskem posegu oziroma zdravstveni obravnavi navzoči le:

- zdravstveni delavci oziroma zdravstveni sodelavci, ki opravljajo medicinski poseg oziroma zdravstveno obravnavo,
- osebe, za katere želi, da so navzoče, če je to glede na naravo medicinskega posega oziroma zdravstvene obravnave izvedljivo,
- osebe, ki imajo v konkretnem primeru pravico do privolitve v medicinski poseg oziroma zdravstveno obravnavo, če pacient ni sposoben odločanja o sebi in če je to glede na naravo medicinskega posega oziroma zdravstvene obravnave izvedljivo,
- druge osebe, če tako določa zakon.

(3) Osebe, katerih navzočnost je potrebna za potrebe zdravstvenega izobraževanja, so lahko navzoče le s predhodno privolitvijo pacienta. Privolitev lahko dajo tudi osebe, ki imajo v konkretnem primeru pravico do privolitve v medicinski poseg oziroma zdravstveno obravnavo, če pacient ni sposoben odločanja o sebi.

- (4) Določitev oseb iz druge alineje drugega odstavka tega člena in privolitev iz prejšnjega odstavka mora biti dana v obliki, ki se zahteva za privolitev v konkreten medicinski poseg oziroma zdravstveno obravnavo.
- (5) Pacient ima pravico zahtevati izvedbo drugih primernih in razumnih ukrepov za varstvo njegove zasebnosti pri zdravstveni obravnavi.

#### **44. člen** **(varstvo osebnih podatkov)**

- (1) Pacient ima pravico do zaupnosti osebnih podatkov, vključno s podatki o obisku pri zdravniku in drugih podrobnostih o svojem zdravljenju.
- (2) S pacientovimi zdravstvenimi in drugimi osebnimi podatki morajo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci ravnati v skladu z načelom zaupnosti in predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov.
- (3) Uporaba in druga obdelava pacientovih zdravstvenih in drugih osebnih podatkov je za potrebe zdravljenja dopustna tudi na podlagi pacientove privolitve ali privolitve oseb, ki imajo pravico do privolitve v medicinski poseg ali zdravstveno obravnavo, če pacient ni sposoben odločanja o sebi.
- (4) Uporaba in druga obdelava pacientovih zdravstvenih in drugih osebnih podatkov izven postopkov zdravstvene obravnave je dovoljena le z njegovo privolitvijo ali privolitvijo oseb, ki imajo pravico do privolitve v medicinski poseg ali zdravstveno obravnavo, če pacient ni sposoben odločanja o sebi. Po pacientovi smrti lahko dajo privolitev njegovi ožji družinski člani, razen če je pacient to pisno prepovedal.
- (5) Ne glede na določbo prejšnjega odstavka lahko uporabo pacientovih zdravstvenih in drugih osebnih podatkov izven postopkov zdravstvene obravnave določa zakon.
- (6) Privolitev za uporabo in drugo obdelavo osebnih podatkov po tretjem in četrtem odstavku tega člena ni potrebna:
- če za namene epidemioloških in drugih raziskav, izobraževanja, medicinskih objav ali druge namene pacientova istovetnost ni ugotovljiva,

- če za namene spremljanja kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave pacientova istovetnost ni ugotovljiva,
- kadar prijavo zdravstvenega stanja zahteva zakon,
- kadar se zaradi potreb zdravljenja podatki posredujejo drugemu izvajalcu zdravstvene dejavnosti,
- kadar to določa drug zakon.

(7) Osebni podatki, ki se obdelujejo v skladu s tretjim, četrtim in petim odstavkom tega člena, morajo biti ustrezni in po obsegu primerni glede na namene, za katere se zbirajo in nadalje obdelujejo.

(8) Pacient ima pravico določiti osebe, ki se lahko seznanijo z njegovo zdravstveno dokumentacijo, in osebe, katerim seznanitev z njegovo zdravstveno dokumentacijo prepoveduje, če to ni v nasprotju z zakonom. Pravica iz tega odstavka se uresničuje na način in pod pogoji, ki jih določa 45. člen tega zakona.

#### **45. člen**

##### **(varovanje poklicne skrivnosti)**

(1) Zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci ter osebe, ki so jim zaradi narave njihovega dela podatki dosegljivi, so dolžni kot poklicno skrivnost varovati vse, kar pri opravljanju svojega poklica ali dela zvedo o pacientu, zlasti informacije o njegovem zdravstvenem stanju, njegovih osebnih, družinskih in socialnih razmerah ter informacije v zvezi z ugotavljanjem, zdravljenjem in spremljanjem bolezni ali poškodb (v nadaljnjem besedilu: informacije o zdravstvenem stanju).

(2) Dolžnosti varovanja informacij o zdravstvenem stanju pacienta lahko zdravstvenega delavca oziroma zdravstvenega sodelavca ali drugo osebo, ki so ji ti podatki dosegljivi zaradi narave njihovega dela, razreši:

- pacient,
- starši oziroma skrbnik za otroka pred dopolnjenim 15. letom starosti,
- starši oziroma skrbnik za otroka po dopolnjenem 15. letu starosti, če so informacije potrebne za izvrševanje roditeljske pravice oziroma skrbništva, otrok pa sporočanja ni prepovedal,

- oseba, ki je imela pravico do privolitve v medicinski poseg oziroma zdravstveno obravnavo, če pacient ni bil sposoben odločanja o sebi, vendar samo glede informacij o zdravstvenem stanju, ki so vezane na medicinski poseg oziroma zdravstveno obravnavo, v katero je privolila,
- sodišče,
- druge osebe, kadar tako določa zakon.

(3) Zdravnik lahko sporoči informacije o zdravstvenem stanju pacienta, če je to nujno potrebno za varovanje življenja ali preprečitev hudega poslabšanja zdravja drugih oseb. Zdravnik mora naznaniti sum storitve kaznivega dejanja zoper življenje in telo, kaznivega dejanja zoper spolno nedotakljivost ter kaznivega dejanja zoper zakonsko zvezo, družino in mladino, pri katerih je bil kot oškodovanec udeležen otrok.

(4) Pacient ima z dopolnjenim 15. letom starosti pravico pisno na obrazcu iz 27. člena tega zakona ali ustno ob navzočnosti dveh polnoletnih prič določiti, komu, kdaj in katere informacije o njegovem zdravstvenem stanju sme, mora ali ne sme zdravnik ali druga oseba, ki jo zdravnik pooblasti, sporočiti, razen če zakon določa drugače. Enako velja za sporočanje informacij o zdravstvenem stanju, ki se nanašajo na medicinski poseg oziroma zdravstveno obravnavo, v katero je pacient do 15. leta starosti lahko samostojno privolil. Izjava se lahko da za posamezen medicinski poseg oziroma zdravstveno obravnavo ali za vse bodoče medicinske posege oziroma bodočo zdravstveno obravnavo pri posameznem izvajalcu zdravstvene dejavnosti.

(5) Če pacient ne izkoristi pravice po prejšnjem odstavku ali tega zaradi svojega zdravstvenega stanja ne more storiti, se informacije o njegovem zdravstvenem stanju lahko sporočijo osebam iz drugega odstavka tega člena, njegovim ožjim družinskim članom, bližnjim osebam ter osebam, ki so bile v zvezi s konkretnim medicinskim posegom oziroma zdravstveno obravnavo upravičene dati privolitve, če pacient ni bil sposoben odločanja o sebi.

(6) V primeru iz 22. člena tega zakona osebe iz prejšnjih odstavkov tega člena nimajo pravice pridobiti več informacij, kot bi jih pridobil pacient, razen če je pacient določil drugače.

(7) O zahtevi za seznanitev na podlagi drugega in petega odstavka tega člena odloči izvajalec zdravstvene dejavnosti v petih dneh od prejema zahteve. Če se zahteva delno ali v celoti zavrne, imajo upravičene osebe pravico vložiti pritožbo pri Informacijskem pooblaščenca, če gre za informacije, ki izvirajo iz zdravstvene dokumentacije.

(8) Drugi, tretji, četrti, peti in sedmi odstavek tega člena se uporabljajo tudi za posredovanje zdravstvene dokumentacije.

(9) Izvajalec zdravstvene dejavnosti ob smrti pacienta ne glede na njegovo prepoved sporočanja informacij o zdravstvenem stanju na primeren način obvesti ožje družinske člane o njegovi smrti in njenem vzroku. Če izvajalec zdravstvene dejavnosti za te osebe ne ve, o smrti pacienta obvesti pristojni organ.

#### **46. člen** **(nedovoljena obdelava osebnih podatkov)**

Izvajalci zdravstvene dejavnosti morajo vsak ugotovljen ali sporočen primer nedovoljenega sporočanja ali druge nedovoljene obdelave osebnih podatkov o pacientu, ne glede na voljo pacienta, posebej raziskati in ugotoviti morebitno odgovornost zdravstvenih delavcev, zdravstvenih sodelavcev ali drugih oseb ter primer pisno dokumentirati. O tem morajo obvestiti pacienta, pristojnega zastopnika pacientovih pravic in Informacijskega pooblaščenca.

### **14. Pravica do obravnave kršitev pacientovih pravic**

#### **47. člen** **(vrste postopkov za varstvo pacientovih pravic)**

(1) Pacient, ki meni, da so mu bile kršene pravice, določene s tem zakonom, ima pravico do obravnave kršitev v naslednjih postopkih, ki jih ureja ta zakon:

- prva obravnava kršitve pacientovih pravic pred pristojno osebo izvajalca zdravstvene dejavnosti na podlagi pacientove pisne ali ustne zahteve (v nadaljnjem besedilu: postopek z zahtevo za prvo obravnavo kršitve),
- druga obravnava kršitve pacientovih pravic v postopku pred Komisijo Republike Slovenije za varstvo pacientovih pravic na podlagi pacientove



pisne ali ustne zahteve (v nadaljnjem besedilu: postopek z zahtevo za drugo obravnavo kršitve).

(2) Določbe tega zakona, ki urejajo postopke za varstvo pacientovih pravic, ne posegajo v predpise, ki urejajo nadzor za zagotovitev strokovnosti dela zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev ter izvajalcev zdravstvene dejavnosti.

(3) Za kršitve pravic iz zdravstvenega zavarovanja se uporabljajo določbe predpisov s področja zdravstvenega zavarovanja.

#### **48. člen** **(splošna postopkovna načela)**

(1) Postopki za varstvo pacientovih pravic morajo zagotavljati:

- obveščenost in podporo pacientu,
- preprosto, pregledno, hitro in učinkovito reševanje,
- brezplačno svetovanje in pomoč zastopnika pacientovih pravic,
- nepristranskost in poštenost obravnave,
- ustrezno sprotno dokumentiranje postopkovnih dejanj udeležencev,
- reševanje in končanje postopka tam, kjer je nastal povod zanj,
- praviloma ustno obravnavanje,
- izključitev javnosti,
- možnosti za mirno reševanje sporov.

(2) Glede vprašanja procesne sposobnosti v postopkih za varstvo pacientovih pravic se za paciente, ki niso sposobni odločanja o sebi, smiselno uporabljajo določbe tega zakona, ki urejajo poseben način uveljavljanja pravic pacientov, ki so nesposobni odločanja o sebi. Kadar o uvedbi postopkov odločajo otrokovi starši, sporazumna odločitev ni potrebna.

(3) Uvedbo postopkov lahko zahtevajo tudi ožji družinski člani ali bližnje osebe, če pacient s tem soglaša. Po pacientovi smrti lahko uvedbo postopkov zahtevajo pacientovi ožji družinski člani.

(4) Pacienti iz drugega odstavka tega člena imajo pravico, da se v postopkih obravnave kršitve njihovih pravic v največji možni meri zagotovi njihovo sodelovanje in upošteva njihovo mnenje, če so ga sposobni izraziti in če razumejo njegov pomen ter posledice.

(5) Uveljavljanje kršitev pacientovih pravic po tem zakonu ni pogoj za uresničevanje pravice do morebitnega sodnega varstva.

(6) Kadar pacient med zdravstveno obravnavo utrpi hudo telesno poškodbo ali smrt in je zaradi tega začel sodni postopek, sodišče zadevo obravnava prednostno. V primeru kazenskega postopka, ki se nanaša na zadevo iz prejšnjega stavka, organi, ki sodelujejo v predkazenskem oziroma kazenskem postopku, postopajo posebej hitro.

(7) Ministrstvo, pristojno za zdravje, z namenom ugotavljanja, preprečevanja in odpravljanja morebitnih strokovnih napak ali sistemskih pomanjkljivosti ter spremljanja sodnih postopkov, ki so pričeti zaradi smrti ali hude telesne poškodbe, ki jo pacient utrpi med zdravstveno obravnavo, od izvajalca zdravstvene dejavnosti oziroma drugih sodelujočih v sodnem postopku pridobi podatke in vodi evidenco, ki vsebuje naslednje podatke:

- naziv izvajalca zdravstvene dejavnosti, zoper katerega je pričel postopek,
- osebno ime vlagatelja, ki je pričel postopek,
- datum začetka postopka,
- razlog za uvedbo postopka (pravna podlaga) in očitane kršitve, vključno s tožbo oziroma kazensko ovadbo,
- evidenčna številka postopka,
- datum in način rešitve postopka ter sodno odločbo.

## **15. Pravica do brezplačne pomoči pri uresničevanju pacientovih pravic**

### **49. člen**

#### **(pristojnosti zastopnika pacientovih pravic)**

(1) Pri uresničevanju pravic po tem zakonu pacientu svetuje, pomaga ali ga zastopa zastopnik pacientovih pravic (v nadaljnjem besedilu: zastopnik) zlasti tako, da:

- pacientu na primeren način svetuje o vsebini pravic, načinih in možnostih njihovega uveljavljanja v času pred ali med zdravljenjem in kadar so te kršene,
- daje konkretne usmeritve za uveljavljanje pravic in predlaga možne rešitve,
- pacientu nudi pomoč pri vlaganju pravnih sredstev po tem zakonu,
- za pacienta opravlja potrebne poizvedbe v zvezi z domnevnimi kršitvami pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti,
- pri izvajalcih zdravstvenih storitev neformalno posreduje z namenom hitrega odpravljanja kršitev,
- kadar ne gre za kršitev pravic po tem zakonu, pacienta napoti na pristojno pravno ali fizično osebo ali pristojen državni organ,
- v okviru pacientovega pooblastila vloga pravna sredstva po tem zakonu in daje predloge, pojasnila in druge izjave v imenu in v korist pacienta za hitro in uspešno razrešitev spora.

(2) Zastopnik daje pacientu osnovne informacije, nudi strokovno pomoč in daje konkretne usmeritve tudi pri uveljavljanju pravic s področja zdravstvenega varstva, zdravstvenega zavarovanja in izvajanja zdravstvene dejavnosti.

(3) Poleg nalog iz prejšnjih odstavkov zastopnik skrbi za promocijo pacientovih pravic in njihovo uresničevanje v sistemu zdravstvenega varstva. Pri tem lahko izvajalcem zdravstvene dejavnosti svetuje in predlaga ukrepe za učinkovito uveljavitev določb tega zakona.

(4) Zastopnik lahko kadar koli naslovi izvajalcem zdravstvene dejavnosti predloge, mnenja, kritike ali priporočila, ki so jih ti dolžni obravnavati in nanje odgovoriti v roku, ki ga določi zastopnik.

(5) Zastopnik določi rok, v katerem mu izvajalec zdravstvene dejavnosti pošlje zahtevana pojasnila in informacije o domnevnih kršitvah. Ta rok ne sme biti krajši od 8 dni. Če izvajalec zdravstvene dejavnosti ne pošlje zastopniku pojasnil oziroma informacij v zahtevanem roku, mu brez odlašanja sporoči razloge, zaradi katerih ni ugodil njegovi zahtevi.

(6) Izvajalec zdravstvene dejavnosti mora zastopniku omogočiti dostop do vseh podatkov, ki so potrebni za njegovo delo v zvezi z zadevo, ki jo obravnava, najpozneje v petih dneh od prejema zahteve. Zastopnik se lahko seznaní z zdravstveno dokumentacijo pacienta na podlagi njegove pisne privolitve.

(7) Zastopnik lahko prekine nadaljnje aktivnosti, če ugotovi, da je bila zadeva rešena na drug način, če pacient neupravičeno ne sodeluje v postopku ali je iz njegovih dejanj razvidno, da ne kaže zanimanja za nadaljevanje postopka.

(8) Zastopnik lahko na podlagi pooblastila pacienta izvajalcu zdravstvene dejavnosti predlaga način, s katerim naj se ugotovljena nepravilnost odpravi. Pri tem lahko predlaga povrnitev škode ali predlaga drug način odprave nepravilnosti, ki je bila povzročena pacientu.

(9) Zastopniki medsebojno sodelujejo in si nudijo potrebno pomoč pri izvrševanju svojih nalog.

(10) Delo zastopnika je za pacienta brezplačno in zaupno.

## **50. člen**

### **(imenovanje zastopnika)**

(1) Zastopnik opravlja svoje delo nepoklicno. Pri svojem delu je neodvisen in samostojen, pri svojem delu ravna častno, pošteno in dobronamerno.

(2) Vsaka pokrajina imenuje enega zastopnika. Ne glede na prejšnjo določbo imenuje pokrajina, ki ima od vključno 300.000 do vključno 450.000 prebivalcev, dva zastopnika in pokrajina, ki ima nad 450.000 prebivalcev, tri zastopnike.

(3) Zastopnika imenuje predstavniški organ pokrajine na podlagi javnega poziva. Javni poziv za predlaganje kandidatov oziroma kandidatk (v nadaljnjem besedilu: kandidat) se objavi v dnevnem časopisju in na spletni strani ministrstva, pristojnega za zdravje. Podrobnejši način in postopek izbire na podlagi javnega poziva določi predstavniški organ pokrajine v javnem pozivu.

(4) Kandidate predlagajo nevladne organizacije ali društva, ki delujejo na področju zdravstva ali varstva potrošnikov, območni sveti Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in občinski sveti občin.

(5) Mandat zastopnika traja pet let in je lahko ponovno imenovan.

(6) Za zastopnika je lahko imenovan kandidat:

- ki je državljan Republike Slovenije,
- ki obvlada uradni jezik,
- ki ni pravnomočno obsojen na nepogojno kazen zapora,
- ki ima najmanj visokošolsko izobrazbo in
- ki ima najmanj deset let delovnih izkušenj na področju prava, zdravstva, varstva potrošnikov ali pacientovih pravic.

(7) Delo zastopnika ni združljivo:

- s članstvom v organih upravljanja in nadzora izvajalcev zdravstvene dejavnosti,
- s članstvom v organih upravljanja in nadzora Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in drugih zavarovalnic s področja zdravstvenega zavarovanja,
- s članstvom v organih upravljanja ali nadzora gospodarske družbe, ki se ukvarja s proizvodnjo ali prodajo zdravil ali medicinskih pripomočkov,
- s članstvom v organih pristojnih zbornic na področju zdravstvene dejavnosti,
- z delom po pogodbi o zaposlitvi ali drugi pogodbi pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti in
- s funkcijami v državnih organih, organih lokalnih skupnosti, organih političnih strank in organih sindikatov.

(8) Za zastopnika se lahko imenuje oseba, vredna zaupanja, ki ima socialne in komunikacijske sposobnosti ter uživa strokovni in moralni ugled.

(9) Predstavniški organ pokrajine iz tretjega odstavka tega člena lahko predčasno razreši zastopnika, če:

- to sam zahteva,
- trajno izgubi delovno zmožnost za opravljanje svojega dela,
- zaradi ugotovljenih napak pri delu ni vreden zaupanja,
- ne izpolnjuje več pogojev za opravljanje nalog,
- nastopi funkcijo ali delo iz sedmega odstavka tega člena.

(10) Z dnem imenovanja zastopnika temu preneha funkcija iz šeste alineje sedmega odstavka tega člena. Zastopnik mora najpozneje v treh mesecih po dnevu imenovanja prenehati opravljati delo iz pete alineje sedmega odstavka tega člena oziroma mu mora prenehati članstvo v organih iz prve, druge, tretje in četrte alineje sedmega odstavka tega člena. Če tega ne stori, ga predstavniški organ razreši.

### **51. člen** **(delovanje zastopnika)**

(1) Zastopnik deluje na sedežu pokrajine, ki zagotavlja materialne in druge pogoje za njegovo delo.

(2) Potrebna sredstva za delo zastopnikov se določijo v proračunu pokrajine.

(3) Zastopnik je upravičen do nagrade za svoje delo in povračila dejanskih stroškov dela. Merila za določitev višine nagrade določi minister, pristojen za zdravje.

(4) Strokovno in administrativno tehnično pomoč zastopniku zagotavlja pokrajina.

(5) Zastopnik ima uradne ure v skupnem obsegu najmanj 12 ur tedensko, od tega najmanj eno tretjino v popoldanskem času.

(6) Krajevna pristojnost zastopnika se določa glede na stalno ali začasno prebivališče pacienta, razen če se zastopnik in pacient ne dogovorita drugače.

## **52. člen** **(pooblastilo za zastopanje)**

- (1) Zastopnik potrebuje za zastopanje pacienta njegovo pisno pooblastilo.
- (2) Za sklenitev poravnave ali drugega sporazuma, umik zahteve in vpogled v zdravstveno dokumentacijo mora imeti zastopnik izrecno pooblastilo. Pooblastilo za seznanitev z zdravstveno dokumentacijo lahko pacient omeji na izbrane podatke. V takem primeru mora zastopnik pacienta opozoriti na morebitne posledice te omejitve.

## **53. člen** **(očitna neutemeljenost zahtevka)**

Če zastopnik oceni, da je pacientov zahtevek očitno neutemeljen, ni dolžan sprejeti pooblastila za zastopanje, vendar mora pacienta pisno opozoriti na nesmotrnost postopka in ga seznaniti z morebitnimi drugimi možnostmi za uveljavljanje zahtevka.

### **III. PACIENTOVE DOLŽNOSTI**

## **54. člen** **(pacientove dolžnosti)**

Za doseganje kakovostne in varne zdravstvene obravnave je pacient dolžan:

- dejavno sodelovati pri varovanju, krepitvi in povrnitvi lastnega zdravja,
- v času bolezni ravnati v skladu s prejetimi strokovnimi navodili in načrti zdravljenja, v katere je ustno oziroma pisno privolil,
- dati pristojnemu zdravniku in drugim pristojnim zdravstvenim delavcem oziroma zdravstvenim sodelavcem vse potrebne in resnične informacije v zvezi s svojim zdravstvenim stanjem, ki so mu znane in so pomembne za nadaljnjo zdravstveno obravnavo, zlasti podatke o svojih sedanjih in preteklih poškodbah ter boleznih in njihovem zdravljenju, boleznih v rodbini, morebitnih alergijah in zdravilih, ki jih uživa,
- obvestiti zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce o nenadnih spremembah zdravstvenega stanja, ki se pojavijo med zdravljenjem,

- biti obziren in spoštljiv do zasebnosti in drugih pravic drugih pacientov ter zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev,
- spoštovati objavljene urnike, hišni red in predpisane organizacijske postopke izvajalcev zdravstvene dejavnosti,
- pravočasno obvestiti izvajalca zdravstvene dejavnosti o morebitnem izostanku na pregled ali zdravljenje.

#### **IV. PRISTOJNOSTI VARUHA ČLOVEKOVIH PRAVIC NA PODROČJU PACIENTOVIH PRAVIC**

##### **55. člen**

##### **(pristojnosti Varuha človekovih pravic)**

Varuh človekovih pravic v okviru svojih nalog, določenih z zakonom, spremlja stanje na področju uresničevanja pacientovih pravic in na tej podlagi zahteva od pristojnih državnih organov, organov lokalnih skupnosti in nosilcev javnih pooblastil, da zagotovijo pogoje in razmere za učinkovito uresničevanje tega zakona. Varuh za to področje določi enega od svojih namestnikov.

#### **V. POSTOPEK Z ZAHTEVO ZA OBRAVNAVO KRŠITVE PACIENTOVIH PRAVIC**

##### **1. Prva obravnava kršitve pacientovih pravic pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti**

##### **56. člen**

##### **(sprotno razreševanje nesporazumov in sporov)**

(1) Če pacient neposredno med zdravstveno obravnavo izrazi nezadovoljstvo pri izvajanju zdravstvene obravnave ali nezadovoljstvo z odnosom zdravstvenega delavca oziroma zdravstvenega sodelavca, se poskusi nesporazum z dodatnimi pojasnili ali ukrepi odpraviti takoj.

(2) Če pacient z dodatnimi pojasnili ali ukrepi ni zadovoljen, ga zdravstveni delavec oziroma zdravstveni sodelavec seznaní s pravico in postopkom vložítve zahteve za prvo obravnavo kršítve pacientovih pravic.



## **57. člen** **(pristojna oseba)**

(1) Vsak izvajalec zdravstvene dejavnosti mora določiti osebo, ki je pristojna za sprejemanje in obravnavo zahteve za prvo obravnavo kršitve pacientovih pravic (v nadaljnjem besedilu: prva zahteva), pri čemer lahko določi tudi več oseb glede na vsebino zahteve in potrebo po nemotenem zagotavljanju obravnave zahtev (v nadaljnjem besedilu: pristojna oseba).

(2) Če je prva zahteva vložena zoper pristojno osebo, izvajalec zdravstvene dejavnosti za konkretni primer določi namestnika.

(3) Če izvajalec zdravstvene dejavnosti ne določi drugače, je pristojna oseba direktor.

(4) Če je izvajalec zdravstvene dejavnosti zasebnik posameznik, se pristojna oseba določi izmed oseb z znanji s področja, ki ga zasebnik opravlja in ki pri njem ni zaposlena. Prva obravnava kršitve pacientovih pravic se lahko opravi tudi pred zasebnikom posameznikom ali drugo pristojno osebo, ki je pri njem zaposlena, če pacient s tem soglaša.

## **58. člen** **(obvezne objave)**

Vsak izvajalec zdravstvene dejavnosti ima na vidnem mestu v čakalnici na primarni ravni in v specialistični ambulantni dejavnosti oziroma ob vhodu na oddelek ali običajnem oglasnem mestu bolnišnice objavljeno:

- osebno ime pristojne osebe, njeno telefonsko številko in delovno mesto, kjer se prva zahteva lahko vloži ustno,
- podatke o načinu vložitve prve zahteve in času sprejema prve zahteve pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti,
- osebno ime, naslov, elektronski naslov, telefonsko številko in podatke o uradnih urah najbližjega zastopnika ter obvestilo o možnosti zastopanja ali druge pomoči s strani zastopnika.

### **59. člen** **(rok za vložitev prve zahteve)**

(1) Prvo zahtevo zaradi domnevno neustreznega odnosa zdravstvenih delavcev oziroma zdravstvenih sodelavcev lahko pacient vloži najpozneje v 15 dneh od domnevne kršitve.

(2) Prvo zahtevo zaradi domnevno neustreznega ravnanja zdravstvenih delavcev oziroma zdravstvenih sodelavcev pri nujenju zdravstvene obravnave lahko pacient vloži najpozneje v 30 dneh po končani zdravstveni obravnavi.

(3) Pacient lahko vloži prvo zahtevo v treh mesecih po preteku rokov iz prejšnjih odstavkov, če je za kršitev zvedel kasneje oziroma če so se posledice kršitve pokazale kasneje.

### **60. člen** **(ustna zahteva na zapisnik in pisna zahteva)**

(1) Ustna zahteva se vloži pri pristojni osebi izvajalca zdravstvene dejavnosti. Kadar je izvajalec zdravstvene dejavnosti zasebnik posameznik, se lahko ustna zahteva vloži tudi neposredno pri njem.

(2) Ustno zahtevo se sprejme na zapisnik, ki poleg podpisa pacienta in pristojne osebe vsebuje zlasti:

- osebno ime, naslov prebivališča in kontaktne podatke pacienta,
- opis domnevne kršitve pacientovih pravic,
- podatke o udeleženih zdravstvenih delavcih oziroma zdravstvenih sodelavcih,
- podatke o morebitnih drugih udeleženih osebah,
- čas in kraj domnevne kršitve pacientovih pravic,
- morebitne posledice domnevne kršitve pacientovih pravic in
- morebitni predlog za rešitev spora.

Pacient prejme izvod zapisnika vložene ustne zahteve.

(3) Pisna zahteva, ki vsebuje sestavine iz prejšnjega odstavka, se vloži pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti, kjer je domnevna kršitev nastala.

(4) Če se iz pisne zahteve ne da razbrati, kdo jo je vložil ali če je zahteva žaljiva ali prepozna, se zahteve ne obravnava. O tem se napravi pisni zaznamek, ki se ga pošlje pacientu, če je znan. Če pisna zahteva ne vsebuje vseh sestavin, potrebnih za obravnavo, pristojna oseba pacienta pozove, da zahtevo v določenem roku dopolni. Če pacient zahteve v roku ne dopolni, se šteje, da je zahtevo umaknil. V pozivu za dopolnitev zahteve se pacienta opozori na pravne posledice, če zahteve ne bo dopolnil.

(5) Na podlagi predhodne pisne privolitve pacienta lahko pristojna oseba vpogleda v zdravstveno dokumentacijo, ki se nanaša na obravnavano kršitev.

### **61. člen** **(postopek po vložitvi prve zahteve)**

(1) Pristojna oseba po prejemu prve zahteve, ki vsebuje vse sestavine iz drugega odstavka 60. člena tega zakona, potrebne za obravnavo (popolna zahteva):

- zahtevi v celoti ugoti, o čemer napravi pisni zaznamek in ga pošlje pacientu,
- napoti pacienta na pristojno pravno ali fizično osebo, pristojni državni organ ali najbližjega zastopnika, če se zahteva nanaša na uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja ali pravic, ki jih ta zakon ne ureja,
- postopek ustavi, če pacient zahtevo umakne, o čemer napravi pisni zaznamek in ga pošlje pacientu ali
- pisno povabi pacienta na ustno obravnavo iz 62. člena tega zakona.

(2) Od vložitve popolne prve zahteve do ustne obravnave iz 62. člena tega zakona ne sme preteči več kot 15 dni.

(3) Na obravnavo se lahko povabi tudi druge osebe, ki imajo znanja s področja obravnavane zadeve in bi lahko pomagale razjasniti okoliščine, pomembne za odločitev, če pacient s tem soglaša.

(4) Če pacient na ustno obravnavo ne more priti, lahko za sodelovanje v obravnavi pooblasti zastopnika ali drugo osebo ali pa predlaga, naj se zahteva reši brez njegove navzočnosti. Če pacient svojega izostanka do začetka obravnave ne opraviči, pristojna oseba postopek ustavi s pisnim zaznamkom, ki ga pošlje pacientu. Če pacient iz opravičenih razlogov svojega izostanka ni mogel opravičiti, lahko to stori v treh dneh od prenehanja vzroka, zaradi katerega pacient ni mogel priti na ustno obravnavo, vendar najkasneje v 30 dneh od dneva ustne obravnave.

(5) V vabilu na ustno obravnavo se pacienta opozori na pravne posledice neopravičenega izostanka z obravnave.

## 62. člen

### (ustna obravnavo in dogovor o načinu rešitve spora)

(1) Pristojna oseba na ustni obravnavi lahko opravi:

- pogovor s pacientom,
- pogovor z udeleženi zdravstveni delavcem oziroma zdravstveni sodelavcem ali drugim zdravstveni delavcem oziroma zdravstveni sodelavcem, ki lahko pojasni okoliščine obravnavane kršitve,
- pogovor z drugim strokovnjakom, ki ima znanja s področja obravnavane kršitve in bi lahko pomagal razjasniti okoliščine, pomembne za odločitev,
- pregled zdravstvene ali druge dokumentacije.

(2) O poteku ustne obravnave se sestavi zapisnik, ki ga podpišejo vsi, ki so na ustni obravnavi sodelovali. Pacient prejme izvod podpisanega zapisnika takoj.

(3) Na obravnavi lahko pristojna oseba s pacientom sklene dogovor o načinu rešitve spora. Dogovor je sklenjen, ko ga podpišeta pacient in pristojna oseba.

(4) Dogovor o načinu rešitve spora iz prejšnjega odstavka se lahko sklene zlasti o:

- ustnem ali pisnem opravičilu,
- povračilu nepotrebnih stroškov ali druge škode v vrednosti do 300 evrov,
- pridobitvi drugega mnenja,

- ponovitvi, dopolnitvi ali popravi zdravstvene storitve, če je bila izvedena neustrezno,
- -predlogu uvedbe internega ali zunanega strokovnega nadzora v skladu s predpisi, ki urejajo strokovni nadzor v zdravstvu,
- predlogu uvedbe postopka ugotavljanja obravnavane kršitve varstva osebnih podatkov.

(5) Dogovor in rok za njegovo izvršitev sta del zapisnika.

(6) Če dogovor o načinu rešitve spora ni sklenjen, se to navede v zapisniku. Pristojna oseba v tem primeru pacienta pouči o možnosti vložitve zahteve pri Komisiji Republike Slovenije za varstvo pacientovih pravic.

### **63. člen**

#### **(obveščanje zastopnika in hramba dokumentacije)**

(1) Pristojna oseba mora z anonimiziranim zapisnikom o zahtevi in obravnavi kršitve ali s pisnimi zaznamki, s katerimi se postopek zaključi, zaradi spremljanja stanja na področju pacientovih pravic seznaniti najbližjega zastopnika v 15 dneh po koncu postopka, razen kadar je zastopnik v postopku z zahtevo sodeloval kot pacientov pooblaščenec.

(2) Zapisniki in morebitno drugo gradivo, ki je nastalo v postopku z zahtevo, se hrani pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti v zbirki, ki je ločena od zdravstvene dokumentacije posameznih pacientov, skladno z določbami zakona, ki ureja varstvo osebnih podatkov. Za dokumentarno gradivo se uporabljajo določbe 41. člena tega zakona. Dokumentarno gradivo se hrani pet let.

## **2. Druga obravnava kršitve pacientovih pravic pred Komisijo Republike Slovenije za varstvo pacientovih pravic**

### **2.1 Splošne določbe**

#### **64. člen**

#### **(ustanovitev in sestava Komisije Republike Slovenije za varstvo pacientovih pravic)**

(1) Za odločanje o zahtevi za drugo obravnavo kršitve pacientovih pravic (v nadaljnjem besedilu: druga zahteva) se ustanovi Komisija Republike Slovenije za varstvo pacientovih pravic (v nadaljnjem besedilu: Komisija).

(2) Komisija ima predsednika oziroma predsednico (v nadaljnjem besedilu: predsednik) in 75 članov oziroma članic (v nadaljnjem besedilu: član).

(3) Predsednika Komisije imenuje Vlada Republike Slovenije na predlog ministra, pristojnega za zdravje. Za predsednika Komisije je lahko imenovana oseba, ki izpolnjuje pogoje za višjega sodnika v skladu z zakonom, ki ureja sodniško službo.

(4) Za člana Komisije je lahko imenovana oseba, ki ima najmanj univerzitetno izobrazbo s področja prava ali ekonomije oziroma najmanj visokošolsko izobrazbo s področja zdravstva ali ekonomije in najmanj pet let delovnih izkušenj s teh področij.

(5) Člane Komisije imenuje minister, pristojen za zdravje, in sicer:

- 33 članov na predlog posameznih Razširjenih strokovnih kolegijev pri ministrstvu, pristojnem za zdravje,
- 25 članov na predlog nevladnih organizacij s področja varstva pacientovih pravic ali varstva potrošnikov,
- 5 članov na predlog pristojnih zbornic in strokovnih združenj, ki delujejo na področju zdravstvene dejavnosti in imajo javno pooblastilo,
- 5 članov izmed javnih uslužbencev ministrstva, pristojnega za zdravje,
- 4 člane na predlog Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko pri ministrstvu, pristojnem za zdravje,

- 3 člane izmed javnih uslužbencev ministrstva, pristojnega za pravosodje, na predlog ministra, pristojnega za pravosodje.
- (6) Mandat predsednika in članov Komisije traja pet let in so lahko ponovno imenovani.
- (7) Pred potekom mandata je predsednik ali član Komisije lahko razrešen na svojo željo, če trajno izgubi delovno zmožnost za opravljanje svojega dela, če ne izpolnjuje več pogojev za opravljanje svojega dela ali če zaradi ugotovljenih napak pri delu ni vreden zaupanja.
- (8) Komisija svoje delo uredi s poslovníkom, ki se objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.
- (9) Komisija svoje delo opravlja v prostorih ministrstva, pristojnega za zdravje, ki Komisiji zagotavlja strokovno in administrativno tehnično pomoč.
- (10) Finančna sredstva za delo Komisije in mediatorjev iz 72. člena tega zakona se zagotovijo v proračunu Republike Slovenije.
- (11) Predsednik in člani Komisije ter mediatorji opravljajo naloge nepoklicno, pri čemer so upravičeni do sejnine in dejanskih stroškov sodelovanja pri delu Komisije in pri mediacijah. Višino nadomestil določi minister, pristojen za zdravje.

### **65. člen**

#### **(subsidiarna uporaba pravil splošnega upravnega postopka)**

V postopku z zahtevo za drugo obravnavo kršitev pacientovih pravic pred Komisijo se subsidiarno uporabljajo določbe zakona, ki ureja splošni upravni postopek, če s tem zakonom ni določeno drugače.

**66. člen**  
**(rok za vložitev, vsebina in odločanje o drugi zadevi)**

(1) Komisija je pristojna za odločanje o drugi zahtevi:

- zaradi nedoseženega dogovora v postopku obravnave prve zahteve,
- zaradi nespoštovanja dogovora, ki je bil sklenjen v postopku obravnave prve zahteve,
- če izvajalec zdravstvene dejavnosti kljub pravočasno in pravilno vloženi prvi zahtevi obravnave ni izvedel.

(2) Drugo zahtevo lahko pacient vloži najpozneje v 15 dneh po vročitvi zapisnika iz postopka za obravnavo prve zahteve ali v 15 dneh po poteku roka za izvršitev dogovora. Če izvajalec zdravstvene dejavnosti obravnave prve zahteve ni izvedel, lahko pacient vloži drugo zahtevo v 30 dneh od vložitve popolne prve zahteve.

(3) Druga zahteva se v pisni obliki ali ustno na zapisnik vloži na Komisijo in vsebuje naslednje podatke:

- osebno ime, naslov in druge kontaktne podatke pacienta,
- navedbo izvajalca zdravstvene dejavnosti, zoper katerega se druga zahteva vlaga,
- razlog za vložitev druge zahteve iz prvega odstavka tega člena,
- dokazilo o vložitvi prve zahteve, izvod prve zahteve in fotokopijo morebitnega dogovora iz četrtega odstavka 62. člena tega zakona,
- izjavo pacienta, da o zadevi ne teče sodni ali upravni postopek,
- morebitne posledice domnevne kršitve pacientovih pravic in
- morebiten predlog za rešitev spora.

**67. člen**  
**(stroški postopka pred Komisijo)**

(1) Predhodno nosi vsak udeleženec stroške, ki mu nastanejo zaradi postopka.



- (2) Če pacient s svojo zahtevo v celoti oziroma deloma uspe, izvajalec zdravstvene dejavnosti nosi celoten oziroma sorazmeren del njegovih stroškov, razen morebitnih stroškov zastopanja po pooblaščenju, ki ni zastopnik pacientovih pravic.
- (3) Če pacient s svojo zahtevo ne uspe, krije zgolj svoje stroške.
- (4) Stroške, ki jih je udeleženec po svoji krivdi povzročil sebi ali nasprotnemu udeležencu, krije na zahtevo nasprotnega udeleženca udeleženec, ki je te stroške povzročil.
- (5) Pri odločanju o tem, kateri stroški naj se povrnejo, upošteva Komisija samo tiste stroške, ki so bili potrebni za postopek. O tem, kateri stroški so bili potrebni in koliko znašajo, odloči Komisija po skrbni presoji vseh okoliščin.
- (6) Če se postopek zaključi s poravnavo ali drugim sporazumom, vsak udeleženec krije svoje stroške, razen če v poravnavi oziroma sporazumu ni dogovorjeno drugače.
- (7) Komisija lahko pacienta oprosti plačila vseh ali dela stroškov, če ugotovi, da jih ta ne more plačati brez škode za nujno preživljanje samega sebe ali svoje družine.
- (8) Za vloge, dejanja in odločbe v postopkih po tem zakonu se ne plačujejo takse.

## **68. člen**

### **(dostop do dokumentarnega gradiva)**

Komisija lahko za potrebe odločanja v konkretni zadevi po tem zakonu med postopkom druge obravnave dostopa do dokumentarnega gradiva, s katerim razpolaga izvajalec zdravstvene dejavnosti, vključno z zdravstveno dokumentacijo pacienta.

## 2.2 Pripravljalni postopek in pripravljalni narok

### 69. člen

#### (predhodni preiskus druge zahteve in pripravljalni narok)

(1) Če predsednik Komisije ugotovi, da je druga zahteva nerazumljiva ali nepopolna, pozove pacienta, da drugo zahtevo v osmih dneh dopolni ali popravi. Če pacient druge zahteve v roku ne dopolni ali nepravilnosti ne odpravi, ali če je zahteva anonimna ali prepozna, predsednik Komisije s sklepom drugo zahtevo zavrže.

(2) Predsednik Komisije v 15 dneh od prejema popolne druge zahteve:

- s sklepom drugo zahtevo zavrže, če pacient predhodno ni vložil prve zahteve ali če o zadevi teče sodni ali upravni postopek,
- zadevo odstopi pristojnemu organu, če reševanje druge zahteve ni v pristojnosti Komisije, in o tem obvesti pacienta ali
- zadevo vzame v obravnavo in skliče pripravljalni narok.

(3) Predsednik Komisije na pripravljalni narok povabi pacienta, njegovega zakonitega zastopnika in izvajalca zdravstvene dejavnosti, zoper katerega je bila vložena druga zahteva, določi člana Komisije, ki vodi pripravljalni narok in je strokovnjak s področja prava ter izpolnjuje pogoje za vodenje upravnega postopka v skladu z zakonom, ki ureja splošni upravni postopek, lahko pa tudi odloči, da na pripravljalnem naroku sodeluje član Komisije z ustreznimi strokovnimi znanji s področja zdravstva.

(4) Predsednik Komisije poleg vabila na pripravljalni narok pošlje izvajalcu zdravstvene dejavnosti tudi drugo zahtevo pacienta in mu določi rok za odgovor. Odgovor izvajalca zdravstvene dejavnosti se vroči pacientu najmanj osem dni pred pripravljalnim narokom.

(5) Če na pripravljalni narok pacient ne pride in svojega izostanka do naroka ne opraviči, predsednik Komisije izda sklep, s katerim se postopek obravnave druge zahteve konča.

(6) Če na pripravljalni narok ne pride predstavnik izvajalca zdravstvene dejavnosti in svojega izostanka do naroka ne opraviči, predsednik Komisije predlaga uvedbo postopka zaradi prekrška.

## 70. člen

### (namen in potek pripravjalnega naroka)

(1) Na pripravjalnem naroku član Komisije z udeleženci razpravlja o dejanskih in pravnih vidikih druge zahteve in se, upoštevaje naravo kršitve, dogovori za eno od naslednjih možnosti:

- takojšnjo sklenitev poravnave,
- soglasje za pričetek postopka mediacije ali
- postopek obravnave druge zahteve v senatni obravnavi.

(2) Udeleženci spora lahko sklenejo poravnavo, če narava kršene pravice to dopušča. Poravnavo sklenejo tako, da z vzajemnim popuščanjem prekinejo spor oziroma odpravijo negotovosti in določijo svoje vzajemne pravice in obveznosti. Pred sklenitvijo poravnave se pacientu pojasnijo vse okoliščine in posledice sklenjene poravnave, kar se zapiše tudi v zapisnik. Poravnava mora biti jasna in določna ter ne sme biti v škodo javne koristi, javne morale ali pravne koristi drugih. Poravnava je sklenjena, ko je zapisnik prebran in ga podpišejo udeleženci spora. Poravnava, sklenjena po tem odstavku, je izvršilni naslov.

(3) Če udeleženci ne sklenejo poravnave oziroma ne dosežejo soglasja o začetku postopka mediacije in pacient zahteva odškodnino zaradi domnevne kršitve, predsednik Komisije izda sklep, s katerim se postopek obravnave druge zahteve ustavi in pacienta pouči o možnosti uveljavljanja odškodninskega zahtevka pred sodiščem.

(4) Če udeleženci ne sklenejo poravnave oziroma ne dosežejo soglasja o začetku postopka mediacije in pacient ne zahteva odškodnine zaradi domnevne kršitve, se postopek nadaljuje v senatni obravnavi.

(5) O poteku pripravjalnega naroka se sestavi zapisnik, ki ga podpišejo vsi, ki so na naroku sodelovali. Pacient prejme izvod podpisanega zapisnika takoj.

## 2.3 Mediacijski postopek

### 71. člen (dogovor o mediaciji)

(1) Pacient in izvajalec zdravstvene dejavnosti se v pisnem dogovoru o mediaciji dogovorita o izbranem mediatorju iz seznama mediatorjev ter o vseh vprašanjih, povezanih z izvedbo postopka mediacije.

(2) Če kljub soglasju o začetku postopka mediacije pacient in izvajalec zdravstvene dejavnosti ne dosežeta soglasja o določitvi mediatorja, tega iz seznama mediatorjev določi predsednik Komisije.

### 72. člen (postopek mediacije)

(1) Mediacija je postopek, v katerem skušajo udeleženci ob podpori mediatorja in ob upoštevanju interesov vseh udeležencev rešiti spor in doseči sporazum.

(2) Sporazum mora biti jasen in določen ter ne sme biti v škodo javne koristi, javne morale ali pravne koristi drugih. Sporazum je sklenjen, ko ga podpišejo udeleženci spora.

(3) V postopek mediacije se lahko poleg pacienta in izvajalca zdravstvene dejavnosti z njunim soglasjem vključi tudi zavarovalnica, pri kateri ima izvajalec zdravstvene dejavnosti zavarovano odgovornost, ali druga pravna ali fizična oseba.

(4) Če udeleženci v 45 dneh po sklenitvi dogovora o mediaciji ne dosežejo sporazuma, se lahko mediacija v soglasju z udeleženci podaljša še za največ 30 dni. Če udeleženci v tem času ne dosežejo sporazuma, mediator postopek mediacije konča, postopek obravnave druge zahteve pa se nadaljuje pred senatom Komisije. Če pacient zahteva odškodnino zaradi domnevne kršitve, mediator o tem obvesti predsednika Komisije, ki ravna v skladu s tretjim odstavkom 70. člena tega zakona.

(5) Sporazum, dosežen v mediaciji, ki ga po predhodnem soglasju obeh udeležencev potrди predsednik Komisije, je izvršilni naslov. Predsednik sporazuma ne potrди, če je sklenjen v nasprotju z drugim odstavkom tega člena ali če je v nasprotju s prisilnimi predpisi s področja varstva pravic pacienta.

(6) Minister, pristojen za zdravje, vodi seznam mediatorjev, ki izvajajo mediacijo v skladu s tem zakonom. Mediatorji iz tega seznama ne morejo biti hkrati tudi člani Komisije.

(7) Minister, pristojen za zdravje, s pravilnikom določi:

- pogoje za uvrstitev mediatorjev na seznam mediatorjev iz prejšnjega odstavka tega člena,
- merila usposobljenosti mediatorjev,
- podrobnejša pravila postopka mediacije,
- način nadzora nad delom mediatorjev,
- način vodenja statističnih podatkov o opravljenih postopkih mediacij.

## **2.4 Postopek obravnave druge zahteve pred Komisijo v senatni obravnavi**

### **2.4.1 Splošno**

#### **73. člen**

#### **(oblikovanje senatov)**

(1) Postopek obravnave druge zahteve se izvaja v senatih, katerih sestavo za vsak primer posebej, upoštevajoč vsebino druge zahteve, določi predsednik Komisije.

(2) Predsednik Komisije najpozneje v 10 dneh od poteka rokov iz četrtega odstavka 72. člena tega zakona ali od prejema zapisnika s pripravljalnega naroka s sklepom določi člane senata ter njihove namestnike.

(3) Senat šteje tri člane, od katerih je en član predstavnik nevladnih organizacij. Predsednik senata je član Komisije, ki je vodil pripravljalni narok. Senat odloča z večino glasov vseh članov.

(4) Postopek obravnave druge zahteve se praviloma opravi na sedežu Komisije. Če to narekujejo razlogi smotrnosti in ekonomičnosti postopka, se kraj obravnave lahko določi glede na bivališče pacienta in sedež zastopnika.

(5) Sklep iz drugega odstavka tega člena se pošlje pacientu in izvajalcu zdravstvene dejavnosti.

#### **74. člen** **(sklic obravnave)**

(1) Predsednik senata najpozneje v osmih dneh od izdaje sklepa o določitvi senata skliče obravnavo.

(2) Na obravnavo se povabi pacienta oziroma njegovega zakonitega zastopnika, predstavnika izvajalca zdravstvene dejavnosti, zoper katerega je vložena druga zahteva, morebitne priče in zastopnika, če ga je pacient pooblastil, ali morebitnega pacientovega pooblaščenca.

(3) Če senat na podlagi dokumentacije ugotovi, da je zahteva v celoti utemeljena, lahko brez obravnave zahtevi ugodi in o tem obvesti pacienta in izvajalca zdravstvene dejavnosti, zoper katerega je vložena zahteva.

#### **75. člen** **(postopek)**

(1) Senat si ves čas postopka obravnave druge zahteve prizadeva za hiter potek postopka, sklenitev poravnave ali drugega sporazuma, če sta glede na naravo kršitve mogoča, in za druge neformalne načine razrešitve spora.

(2) Senat lahko v postopku odločanja zasliši pacienta, predstavnika izvajalca zdravstvene dejavnosti, zoper katerega je vložena druga zahteva, domnevnega kršitelja in morebitne priče, pregleda razpoložljivo zdravstveno in drugo dokumentacijo ter na tej podlagi odloči praviloma že na prvi obravnavi.

## **2.4.2 Interni strokovni nadzor po sklepu senata**

### **76. člen**

#### **(sklep o začetku internega strokovnega nadzora)**

Če je to potrebno za odločitev v konkretni zadevi, lahko senat kadar koli med postopkom na pobudo pacienta, izvajalca zdravstvene dejavnosti ali po lastni presoji s sklepom odredi interni strokovni nadzor pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti, zoper katerega je vložena druga zahteva.

### **77. člen**

#### **(izvedba internega strokovnega nadzora)**

- (1) Interni strokovni nadzor se zaključi v 30 dneh po izdaji sklepa iz prejšnjega člena.
- (2) Zapisnik komisije, ki je opravila interni strokovni nadzor, se v treh dneh po končanem nadzoru posreduje senatu.
- (3) Postopek izvedbe internega strokovnega nadzora podrobneje predpiše minister, pristojen za zdravje.

## **2.4.3 Odločitve senata**

### **78. člen**

#### **(odločitve senata)**

- (1) Senat odloči o drugi zahtevi takoj po obravnavi.
- (2) Senat lahko drugi zahtevi delno ali v celoti ugotovi ali jo zavrne. Če zahtevi ugotovi, lahko sprejme zlasti naslednje odločitve:
  - izvajalcu zdravstvene dejavnosti naloži odpravo ugotovljenih nepravilnosti in poročanje o izvedenih ukrepih,
  - izvajalcu zdravstvene dejavnosti naloži, da pacientu obrazloži razloge za nastanek nepravilnosti in se mu zanje opraviči,

- izvajalcu zdravstvene dejavnosti naloži izvedbo dodatnih preiskav, ponovitev, dopolnitev ali popravo zdravstvene storitve, če je bila izvedena neustrezno, in poročanje o izvedenih ukrepih,
- izvajalcu zdravstvene dejavnosti naloži izvedbo ustreznih ukrepov za preprečitev kršenja pravic v prihodnje in poročanje o izvedenih ukrepih,
- izvajalcu zdravstvene dejavnosti, izjemoma pa tudi neposrednemu kršitelju, izreče opomin, pri tem pa lahko odloči, da se opomin, izrečen izvajalcu zdravstvene dejavnosti, tudi javno objavi na spletni strani Komisije,
- izvajalcu zdravstvene dejavnosti izda priporočilo za ukrepanje, ki lahko prispeva k učinkovitemu uveljavljanju pravic iz tega zakona.

(3) Senat s sklepom lahko predlaga, da se opravi:

- upravni nadzor v pristojnosti ministrstva, pristojnega za zdravje,
- zunanji strokovni nadzor po predpisih, ki urejajo nadzor za zagotovitev strokovnosti dela zdravstvenih delavcev oziroma zdravstvenih sodelavcev (strokovni nadzor s svetovanjem, ki ga izvede pristojna zbornica oziroma strokovno združenje z javnim pooblastilom za opravljanje strokovnega nadzora),
- finančni nadzor, ki ga izvede Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije,
- disciplinski ali drug postopek zoper odgovorne delavce izvajalca zdravstvene dejavnosti.

(4) Izvajalec zdravstvene dejavnosti v 30 dneh po prejemu sklepa senata v zvezi z uvedbo disciplinskega ali drugega postopka zoper odgovorne delavce odloči, ali bo predlogu sledil, morebitno zavrnitev predloga pa obrazloži in s tem seznanil senat in pacienta.

(5) Če je drugi zahtevi ugodeno, izrek odločitve, upoštevajoč naravo kršitve, nedvoumno določa način in rok odprave kršitve ter odločitev o stroških postopka.

(6) Odločitve iz tega člena se vročijo udeležencem spora in zastopniku najpozneje osem dni po opravljeni obravnavi.



**79. člen**  
**(dokončnost odločitve senata in pravna sredstva)**

- (1) Odločitev senata v postopku obravnave druge stopnje je dokončna.
- (2) Zoper odločbe in sklepe senata, s katerimi se postopek obravnave druge zahteve konča, ni pravnih sredstev, lahko pa se uveljavlja sodno varstvo v upravnem sporu.

**3. Obvezne evidence in poročila**  
**80. člen**  
**(evidence in poročanje zastopnika)**

(1) Zastopniki so dolžni voditi evidenco o izvajanju nalog iz 49. člena tega zakona, ki vsebuje zlasti podatke o:

- vrsti nalog zastopnika, ki jih je opravil,
- vrsti domnevnih kršitev, ki jih je obravnaval,
- datumu prejema vlog pacientov,
- načinu rešitve vloge oziroma izvedbe nalog,
- datumu rešitve nalog zastopnika.

Javnost se z evidenco lahko seznani le v anonimizirani obliki.

(2) Zastopnik pristojnemu pokrajinskemu organu, ministru, pristojnemu za zdravje, in Varuhu človekovih pravic najpozneje do 15. marca tekočega leta predloži redno letno poročilo za preteklo koledarsko leto.

(3) Poročilo zastopnika je dano v anonimizirani obliki in poleg statističnih podatkov vsebuje tudi splošne ugotovitve in priporočila na področju pacientovih pravic.

(4) Pristojni pokrajinski organ lahko od zastopnika kadarkoli zahteva izredno poročilo o njegovem delu.

## **81. člen** **(evidence ministrstva, pristojnega za zdravje)**

(1) Za namen izvajanja varstva pacientovih pravic po tem zakonu in seznanjanja javnosti vodi ministrstvo, pristojno za zdravje, evidenco zastopnikov, evidenco predsednika in članov Komisije ter evidenco mediatorjev.

(2) Evidenca zastopnikov vsebuje naslednje podatke:

- osebno ime,
- sedež in območje delovanja,
- datum in številka sklepa o imenovanju.

(3) Evidenca predsednika in članov Komisije vsebuje naslednje podatke:

- osebno ime,
- naslov prebivališča in drugi kontaktni podatki,
- vrsta in stopnja izobrazbe,
- organizacija oziroma organ, ki je predlagal imenovanje člana.

(4) Evidenca mediatorjev vsebuje naslednje podatke:

- osebno ime,
- naslov prebivališča in drugi kontaktni podatki,
- vrsta in stopnja izobrazbe,
- dokazilo o usposobljenosti za mediatorja.

(5) Evidence iz tega člena so javne, razen podatkov iz druge alineje tretjega odstavka in druge alineje prejšnjega odstavka.

## **82. člen** **(evidence in poročanje Komisije)**

(1) Za evidence obravnava druge zahteve se uporabljajo določbe predpisov, ki urejajo upravno poslovanje.

(2) Komisija mora ministru, pristojnemu za zdravje, in Varuhu človekovih pravic najpozneje do 15. marca tekočega leta predložiti redno letno poročilo za preteklo koledarsko leto. Poročilo Komisije je dano v anonimizirani obliki in poleg podatkov o svojih aktivnostih vsebuje tudi ugotovitve in priporočila na področju pacientovih pravic. Komisija lahko daje tudi pobude za izboljšanje stanja na področju varstva pacientovih pravic.

### **83. člen** **(nadzor nad delom zastopnika)**

(1) Nadzor nad delom zastopnika opravlja predstavniški organ pokrajine.

(2) Na podlagi rednih poročil iz drugega odstavka 80. člena tega zakona in morebitnih pripomb pacientov nad delom zastopnika se nadzor nad delom zastopnikov izvede najmanj enkrat letno.

(3) Če predstavniški organ pokrajine pri izvrševanju svojih pristojnosti ugotovi, da zastopnik zaradi ugotovljenih napak pri delu ni vreden zaupanja, začne postopek za njegovo razrešitev. Pred odločanjem o razrešitvi ima zastopnik pravico odgovoriti na očitane kršitve.

### **84. člen** **(državno poročilo o stanju na področju varstva pacientovih pravic)**

(1) Ministrstvo, pristojno za zdravje, lahko od Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in pristojnih zbornic zahteva, da mu do 15. marca tekočega leta predložijo statistično poročilo o izvajanju nadzora, za katere so pristojni na podlagi zakona, ki ureja zdravstveno dejavnost.

(2) Na podlagi analize poročil zastopnikov iz drugega odstavka 80. člena tega zakona, poročila Komisije iz drugega odstavka 82. člena tega zakona in poročil iz prejšnjega odstavka ministrstvo, pristojno za zdravje, pripravi poročilo o stanju na področju varstva pacientovih pravic, ki vsebuje zlasti:

- letno statistiko kršitev pacientovih pravic, uvedenih postopkov in rezultatov,
- letno statistiko aktivnosti zastopnikov ter

- oceno stanja na področju varstva pacientovih pravic s predlogi za izboljšanje.

(3) Poročilo iz prejšnjega odstavka ministrstvo, pristojno za zdravje, predloži Vladi Republike Slovenije v sprejetje najpozneje do 30. maja tekočega leta za preteklo koledarsko leto.

(4) Redna letna poročila Komisije, redna letna poročila zastopnikov in sprejeto državno poročilo iz tega člena se objavljajo na spletni strani ministrstva, pristojnega za zdravje.

## VI. NADZOR

### 85. člen

#### (nadzorni in prekrškovni organi)

(1) Nadzor nad izvajanjem tega zakona opravljajo ministrstvo, pristojno za zdravje, inšpektorat, pristojen za zdravje, nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja, Informacijski pooblaščenec in inšpektorat, pristojen za kulturo in medije.

(2) Ministrstvo, pristojno za zdravje, nad določbami tega zakona izvaja upravni nadzor.

(3) Nadzor nad določbami četrtega odstavka 14. člena, prvega in osmega odstavka 14.b člena, prvega, drugega, tretjega, šestega, sedmega, osmega in devetega odstavka 15. člena, drugega in tretjega odstavka 15.a člena, prvega, tretjega in četrtega odstavka 15.b člena, 15.c in 15.č člena, četrtega odstavka 16. člena, 18. člena, prvega odstavka 20. člena, 23. člena, drugega in tretjega odstavka 24. člena, 25. člena, drugega, petega, šestega in sedmega odstavka 26. člena, 27. člena, četrtega odstavka 30. člena, tretjega, četrtega, petega, šestega in sedmega odstavka 31.a člena, četrtega odstavka 34. člena, petega in sedmega odstavka 35. člena, četrtega, petega in šestega odstavka 49. člena, drugega odstavka 56. člena, 57. in 58. člena, četrtega odstavka 60. člena, prvega in petega odstavka 61. člena, drugega, petega in šestega odstavka 62. člena, prvega odstavka 63. člena, šestega odstavka 69. člena, 77. člena in drugega odstavka 78. člena tega zakona opravlja inšpektorat, pristojen za zdravje.

(4) Nadzor nad določbami 44., 45. in 46. člena, drugega odstavka 63. člena in 68. člena tega zakona izvaja Informacijski pooblaščenec.

(5) Nadzor nad določbami 19. člena tega zakona izvaja inšpektorat, pristojen za kulturo in medije.

(6) Nadzor nad določbami petega odstavka 8. člena, 10., 14., 14.a, 14.b, 15., 15.a, 15.b, 15.c, 15.č in 25. člena tega zakona v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe izvaja nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja. Nadzor nosilca obveznega zdravstvenega zavarovanja je omejen na nadzor za vse zdravstvene storitve, ki so predmet pogodbe med izvajalcem zdravstvene dejavnosti in nosilcem obveznega zdravstvenega zavarovanja.

(7) Organi iz tretjega, četrtega in petega odstavka tega člena so tudi prekrškovni organi po tem zakonu.

## **VII. KAZENSKÉ DOLOČBE**

### **86. člen**

#### **(izvedba zdravstvene obravnave brez privolitve pacienta)**

(1) Z globo od 4.100 do 100.000 eurov se kaznuje za prekršek pravna oseba, ki opravlja zdravstveno dejavnost, zdravstveni delavec, ki opravlja zdravstveno dejavnost na podlagi koncesije, ali zdravstveni delavec, ki brez koncesije samostojno opravlja zdravstveno dejavnost, če izvede medicinski poseg ali druga dejanja v postopkih zdravljenja in rehabilitacije brez privolitve pacienta (drugi odstavek 26. člena tega zakona).

(2) Z globo od 100 do 2.000 eurov se za prekršek iz prejšnjega odstavka kaznuje odgovorna oseba pravne osebe.

## **87. člen** **(druge kršitve)**

(1) Z globo od 400 do 4.100 eurov se kaznuje za prekršek pravna oseba, ki opravlja zdravstveno dejavnost, če:

- pacienta ne uvrsti na čakalni seznam v skladu s prvim odstavkom 14.b člena tega zakona,
- ne ravna v skladu z osmim odstavkom 14.b člena tega zakona,
- ne vodi čakalnega seznama v skladu s prvim in tretjim odstavkom 15. člena tega zakona,
- ne vodi naročilne knjige v skladu z drugim odstavkom 15. člena tega zakona,
- ne hrani podatkov pet let od izvedbe zdravstvene storitve oziroma črtanja s čakalnega seznama ali ne zagotovi sledljivosti spremembe podatka v skladu s sedmim odstavkom 15. člena tega zakona,
- ne hrani podatkov pet let od izvedbe zdravstvene storitve oziroma črtanja s čakalnega seznama ali ne zagotovi sledljivosti spremembe podatka v skladu s sedmim odstavkom 15. člena tega zakona,
- pacientu ne omogoči seznanitve s čakalnim seznamom v skladu z osmim odstavkom 15. člena tega zakona,
- pacientu ne omogoči seznanitve z naročilno knjigo v skladu z devetim odstavkom 15. člena tega zakona,
- v nasprotju z desetim odstavkom 15. člena tega zakona opravi zdravstveno ali zobozdravstveno storitev pacientu, ki ni uvrščen na čakalni seznam,
- ne zagotovi naročanja v skladu z drugim odstavkom 15.a člena tega zakona,
- ne določi pooblaščenih oseb v skladu s prvim odstavkom 15.b člena tega zakona,
- ravna v nasprotju s prvim, tretjim in četrtem odstavkom 15.c člena tega zakona,
- ne zagotavlja obveznih objav v skladu s prvim odstavkom 15.č člena tega zakona,
- izvajalec ne sporoča podatkov v skladu s četrtem odstavkom 16. člena tega zakona,
- pacient ne prejme izvida v skladu z drugim odstavkom 18. člena tega zakona,

- ne zagotovi sporazumevanja v skladu z 19. členom tega zakona,
- na vidnem mestu ne objavi podatkov iz drugega odstavka 23. člena tega zakona,
- zdravstveni delavec, ki ima neposreden stik s pacientom, na vidnem mestu ne objavi navedb iz tretjega odstavka 23. člena tega zakona,
- nima na voljo pisnih informacij iz drugega odstavka 24. člena tega zakona,
- ob odpustu pacient ne dobi pisnega poročila v skladu s tretjim odstavkom 24. člena tega zakona,
- ne ravna v skladu s 25. členom tega zakona,
- se privolitev ne dokumentira na privolitvenem obrazcu v skladu s 27. členom tega zakona,
- se zavrnitev ne dokumentira na obrazcu v skladu s četrtem odstavkom 30. člena tega zakona,
- če ne izvaja posebnega varovalnega ukrepa v skladu s tretjim in šestim odstavkom 31.a člena tega zakona, če posebni varovalni ukrep izvaja dlje časa, kot je to določeno v četrtem in petem odstavku 31.a člena tega zakona oziroma ne ravna v skladu s sedmim odstavkom 31.a člena tega zakona,
- se privolitev v medicinski poseg oziroma zdravstveno obravnavo ne opravi v skladu s petim ali sedmim odstavkom 35. člena tega zakona,
- ob ugotovljenem ali sporočenem primeru nedovoljene obdelave osebnih podatkov ne ukrepa v skladu s 46. členom tega zakona,
- ne odgovori zastopniku v skladu s četrtem odstavkom 49. člena tega zakona,
- zastopniku ne pošlje zahtevanih pojasnil in informacij iz petega odstavka 49. člena tega zakona,
- ne omogoči zastopniku dostopa do podatkov v skladu s šestim odstavkom 49. člena tega zakona,
- pacienta ne seznani s pravico in postopkom vložitve zahteve za prvo obravnavo kršitve pacientovih pravic v skladu z drugim odstavkom 56. člena tega zakona,
- ne določi pristojne osebe v skladu s 57. členom tega zakona,
- ne objavi podatkov v skladu z 58. členom tega zakona,
- pisne zahteve ne obravnava v skladu s četrtem odstavkom 60. člena tega zakona,
- po prejemu prve zahteve ne ravna v skladu s prvim odstavkom 61. člena tega zakona,

- pacienta v vabilu na ustno obravnavo ne opozori na pravne posledice neopravičenega izostanka z obravnave v skladu s petim odstavkom 61. člena tega zakona,
- o poteku ustne obravnave ne sestavi zapisnika v skladu z drugim, petim in šestim odstavkom 62. člena tega zakona,
- pristojna oseba najbližjemu zastopniku ne posreduje anonimiziranih zapisnikov ali pisnih zaznamkov v skladu s prvim odstavkom 63. člena tega zakona oziroma če gradiva, ki je nastalo v zvezi z zahtevo, ne hrani v skladu z drugim odstavkom 63. člena tega zakona,
- ne omogoči dostopa do dokumentarnega gradiva v skladu z 68. členom tega zakona,
- se ne udeleži pripravljalnega naroka v skladu s šestim odstavkom 69. člena tega zakona,
- če ne izvede internega strokovnega nadzora v skladu s 77. členom tega zakona ali ukrepov, ki mu jih je naložil senat v skladu z drugim odstavkom 78. člena tega zakona.

(2) Z globo od 400 do 2.100 eurov se za prekršek iz prejšnjega odstavka kaznuje samostojni podjetniki posameznik ali posameznik, ki samostojno opravlja zdravstveno dejavnost.

(3) Z globo od 100 do 1.000 eurov se za prekršek iz prvega odstavka tega člena kaznuje odgovorna oseba pravne osebe in odgovorna oseba samostojnega podjetnika posameznika ali posameznika, ki samostojno opravlja zdravstveno dejavnost.

### **87.a člen**

#### **(višina globe v hitrem postopku)**

Za prekrške iz tega zakona se lahko v hitrem postopku izreče globa v znesku, ki je višji od najnižje predpisane globe, določene s tem zakonom.



**»VIII. PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE****88. člen****(rok za uskladitev z zakonom)**

Izvajalci zdravstvenih storitev morajo uskladiti svoje delovanje z določbami tega zakona v šestih mesecih po njegovi uveljavitvi.

**89. člen****(opravljanje nalog zastopnika)**

(1) Do imenovanja zastopnikov v skladu s 50. členom tega zakona zastopnike imenuje in razrešuje Vlada Republike Slovenije. Za zastopnika je lahko imenovana oseba, ki izpolnjuje pogoje iz šestega in osmega odstavka 50. člena tega zakona.

(2) Javni poziv za predlaganje kandidatov se objavi v dnevnem časopisju in na spletni strani ministrstva, pristojnega za zdravje. Kandidate predlagajo nevladne organizacije ali društva, ki delujejo na področju zdravstva ali varstva potrošnikov, območni sveti Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in občinski sveti občin. Podrobnejši način in postopek izbire na podlagi javnega poziva določi Vlada Republike Slovenije v javnem pozivu.

(3) Zastopnik se imenuje za vsako območje, ki ga pokriva območni Zavod za zdravstveno varstvo. Ne glede na prejšnjo določbo, se imenuje za območje, ki ima od vključno 300.000 do vključno 450.000 prebivalcev, dva zastopnika in za območje, ki ima nad 450.000 prebivalcev, tri zastopnike.

(4) Mandat zastopnikov traja do imenovanja zastopnikov v skladu z 50. členom tega zakona, vendar ne več kot pet let. Zastopnik je lahko ponovno imenovan.

(5) Vlada Republike Slovenije lahko predčasno razreši zastopnika, če:

- to sam zahteva,
- trajno izgubi sposobnost za opravljanje svojega dela,
- če zaradi ugotovljenih napak pri delu ni vreden zaupanja,
- če ne izpolnjuje več pogojev za opravljanje nalog.

(6) Zastopnik je upravičen do nagrade za svoje delo in povračila dejanskih stroškov dela. Merila za določitev nagrade in višino nagrade določi minister, pristojen za zdravje. Potrebna sredstva za delovanje zastopnikov zagotavlja proračun Republike Slovenije.

(7) Zastopnik opravlja svoje delo nepoklicno. Pri svojem delu je neodvisen in samostojen, pri svojem delu ravna častno, pošteno in dobronamerno. Sedež zastopnika je na območnem Zavodu za zdravstveno varstvo.

(8) Za izvajanje nadzora nad delom zastopnika se smiselno uporabljajo določbe četrtega odstavka 80. člena in 83. člena tega zakona in ga opravlja ministrstvo, pristojno za zdravje.

(9) Strokovno in administrativno tehnično pomoč zastopniku zagotavlja območni Zavod za zdravstveno varstvo, sredstva zanjo pa se zagotavljajo iz proračuna Republike Slovenije.

## **90. člen**

### **(rok za sprejetje podzakonskih predpisov ter za imenovanje predsednika in članov Komisije ter zastopnikov)**

(1) Minister, pristojen za zdravje, izda podzakonske predpise iz tega zakona v šestih mesecih po uveljavitvi tega zakona.

(2) Komisija izda poslovnik iz osmega odstavka 64. člena tega zakona v enem mesecu od imenovanja.

(3) Vlada Republike Slovenije imenuje predsednika Komisije in zastopnike iz 89. člena tega zakona v petih mesecih od dneva uveljavitve tega zakona. Minister, pristojen za zdravje, imenuje člane Komisije v petih mesecih od dneva uveljavitve tega zakona.

**91. člen**  
**(prenehanje veljavnosti drugih predpisov)**

(1) Z dnem uveljavitve tega zakona prenehajo veljati določbe 47., 48. in 50. člena, tretjega odstavka 51. člena, 77. člena ter 7. in 8. točke prvega odstavka 89. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 23/05 – prečiščeno besedilo) ter določbe 47. člena, drugega odstavka 52. člena in 8. točke 81. člena Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 72/06 – prečiščeno besedilo), ki pa se uporabljajo do začetka uporabe tega zakona.

(2) Z dnem uveljavitve tega zakona preneha veljati Pravilnik o naročanju na specialistični pregled (Uradni list RS, št. 72/2000).

**92. člen**  
**(uveljavitev in uporaba zakona)**

Ta zakon začne veljati petnajsti dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije, uporabljati pa se začne šest mesecev po njegovi uveljavitvi, razen določb 16. in 17. člena tega zakona, ki se začneta uporabljati eno leto po uveljavitvi tega zakona.«

**»88. člen**  
**(rok za uskladitev z zakonom)**

Izvajalci zdravstvene dejavnosti morajo uskladiti svoje delovanje z določbami tega zakona v šestih mesecih po njegovi uveljavitvi.«

spreminja 89. člen zakona tako, da se glasi:

**»89. člen**  
**(opravljanje nalog zastopnika)**

(1) Do imenovanja zastopnikov v skladu s 50. členom tega zakona zastopnike imenuje in razrešuje Vlada Republike Slovenije. Za zastopnika je lahko imenovana oseba, ki izpolnjuje pogoje iz šestega, sedmega in osmega odstavka 50. člena tega zakona.

(2) Javni poziv za predlaganje kandidatov se objavi v dnevnem časopisju in na spletni strani ministrstva, pristojnega za zdravje. Kandidate predlagajo nevladne organizacije ali društva, ki delujejo na področju zdravstva ali varstva potrošnikov, območni sveti Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in občinski sveti občin. Podrobnejši način in postopek izbire na podlagi javnega poziva določi Vlada Republike Slovenije v javnem pozivu.

(3) Zastopnik se imenuje za vsako območje, ki ga pokriva območni Zavod za zdravstveno varstvo. Ne glede na prejšnjo določbo, se imenuje za območje, ki ima od vključno 300.000 do vključno 450.000 prebivalcev, dva zastopnika in za območje, ki ima nad 450.000 prebivalcev, tri zastopnike.

(4) Mandat zastopnikov traja do imenovanja zastopnikov v skladu z 50. členom tega zakona, vendar ne več kot pet let. Zastopnik je lahko ponovno imenovan.

(5) Vlada Republike Slovenije lahko predčasno razreši zastopnika, če:

- to sam zahteva,
- trajno izgubi sposobnost za opravljanje svojega dela,
- če zaradi ugotovljenih napak pri delu ni vreden zaupanja,
- če ne izpolnjuje več pogojev za opravljanje nalog,
- nastopi funkcijo ali delo iz sedmega odstavka 50. člena tega zakona.

(6) Zastopnik je upravičen do nagrade za svoje delo in povračila dejanskih stroškov dela. Merila za določitev nagrade in višino nagrade določi minister, pristojen za zdravje. Potrebna sredstva za delovanje zastopnikov zagotavlja proračun Republike Slovenije.

(7) Zastopnik opravlja svoje delo nepoklicno. Pri svojem delu je neodvisen in samostojen, pri svojem delu ravna častno, pošteno in dobronamerno. Sedež zastopnika je na območnem Zavodu za zdravstveno varstvo.

(8) Za izvajanje nadzora nad delom zastopnika se smiselno uporabljajo določbe četrtega odstavka 80. člena in 83. člena tega zakona in ga opravlja ministrstvo, pristojno za zdravje.

(9) Strokovno in administrativno tehnično pomoč zastopniku zagotavlja območni Zavod za zdravstveno varstvo, sredstva zanjo pa se zagotavljajo iz proračuna Republike Slovenije.«;

ter vsebuje naslednje prehodne in končne določbe:

## »PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

### **19. člen** **(izdaja predpisa)**

Minister, pristojen za zdravje, izda predpis iz petega odstavka 14.b člena, drugega in šestega odstavka 15.b člena in drugega odstavka 15.č člena zakona v treh mesecih od uveljavitve tega zakona.

### **20. člen** **(določitev pooblašcene osebe)**

Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe v 30 dneh od uveljavitve tega zakona:

- določi pooblaščeno osebo za čakalni seznam iz prvega odstavka 15.b člena zakona,
- NIJZ pošlje podatke o pooblaščeni osebi za čakalni seznam v skladu s prvim odstavkom 16. člena zakona.

### **21. člen** **(objava podatkov izvajalcev)**

NIJZ do 31. decembra 2017 spremlja in objavlja podatke o čakalnih dobah v skladu s spremenjenim 17. členom zakona in 17. členom Zakona o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08).

## **22. člen**

### **(določitev stopnje nujnosti in uvrščanje na čakalni seznam)**

Za paciente, ki jim je bila na dan začetka uporabe tega zakona stopnja nujnosti določena oziroma so bili že uvrščeni na čakalni seznam, se stopnja nujnosti ne določa ponovno oziroma se ohrani prvotno določeni termin, glede dolžine najdaljše dopustne čakalne dobe pa se uporablja Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov (Uradni list RS, št. 63/10). Ne glede na prejšnji stavek se za upravljanje čakalnega seznama glede pacientov iz tega člena uporabi zakon.

## **23. člen**

### **(uskladitev predpisa, ki določa napotne listine)**

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije uskladi predpis, s katerim določa napotne listine, v treh mesecih od uveljavitve tega zakona. Do uskladitve navedenega predpisa se stopnja nujnosti na napotni listini izpiše z besedo ter označi s podpisom in žigom zdravnika, ki na zdravstveno storitev napotuje.

## **24. člen**

### **(predložitev napotne listine)**

(1) Pacient do ureditve v zakonu, ki ureja zdravstveno zavarovanje, izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne službe predloži napotno listino:

- s stopnjo nujnosti nujno: najpozneje naslednji dan,
- s stopnjo nujnosti zelo hitro: v petih dneh,
- s stopnjo nujnosti hitro ali redno: v 14 dneh po njeni izdaji.

O posledicah nepravočasne predložitve napotne listine se pacienta obvesti ob izdaji napotne listine.

(2) Kadar pacient, ki je uvrščen na čakalni seznam, izbere drugega izvajalca zdravstvene dejavnosti oziroma zdravstvenega delavca, je rok za predložitev napotne listine iz druge in tretje alineje prejšnjega odstavka tri dni od dneva, ko pooblaščen oseba za čakalni seznam, na katerega je bil pacient uvrščen, prejme napotno listino.

(3) Pacienta z napotno listino, predloženo po izteku rokov iz prvega in drugega odstavka tega člena, se ne uvrsti na čakalni seznam oziroma se mu ne opravi zdravstvena storitev, o čemer ga pooblaščen oseba za čakalni seznam obvesti v treh dneh od prejema napotne listine.

## **25. člen** **(mandat zastopnikov pacientovih pravic)**

Zastopniki pacientovih pravic, imenovani do začetka uporabe tega zakona, ki ob imenovanju niso izpolnjevali pogoja iz sedmega odstavka 50. člena zakona, v treh mesecih od začetka uporabe tega zakona prenehajo opravljati funkcijo ali delo, ki je z nalogami zastopnika pacientovih pravic nezdržljivo, sicer jih Vlada zaradi nezdržljivosti razreši.

## **26. člen** **(prenehanje veljavnosti)**

(1) Z dnem uveljavitve tega zakona prenehata veljati Uredba o poslovanju z uporabniki v javnem zdravstvu (Uradni list RS, št. 98/08) in Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov (Uradni list RS, št. 63/10), ki pa se uporabljata do uveljavitve predpisa iz drugega odstavka 15.č člena zakona.

(2) Ne glede na prejšnji odstavek se 13., 14. in 15. člen Uredbe o poslovanju z uporabniki v javnem zdravstvu (Uradni list RS, št. 98/08) uporabljajo do uveljavitve predpisov o kakovosti in varnosti v zdravstvu.

## **27. člen** **(podaljšanje uporabe)**

(1) Do začetka uporabe tega zakona se uporabljajo določbe Zakona o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08).

(2) Določba 40. člena Zakona o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08) se v delu, ki se nanaša na uveljavljanje pravice do drugega mnenja v mreži javne zdravstvene službe, uporablja do uveljavitve zakona, ki ureja uveljavljanje pravice do drugega mnenja v mreži javne zdravstvene službe.

**28. člen**  
**(začetek veljavnosti in uporabe)**

Ta zakon začne veljati petnajsti dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije, uporabljati pa se začne tri mesece po njegovi uveljavitvi, razen prvega odstavka 15.b člena in prvega odstavka 16. člena zakona, ki se začneta uporabljati z dnem uveljavitve.«.



**ZAKON**  
**O ZAŠTITI PRAVA PACIJENATA**

Narodne novine RH, br. 169/04, 37/08



## **I. OPĆE ODREDBE**

### **Članak 1.**

Ovim se Zakonom određuju prava pacijenata prilikom korišćenja zdravstvene zaštite te način zaštite i promicanja tih prava.

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

### **Članak 2.**

Svakom pacijentu jamči se opće i jednako pravo na kvalitetnu i kontinuiranu zdravstvenu zaštitu primjerenu njegovom zdravstvenom stanju, sukladno općeprihvaćenim stručnim standardima i etičkim načelima, u najboljem interesu pacijenta uz pošti vanje njegovih osobnih stavova.

### **Načela zaštite prava pacijenata**

### **Članak 3.**

Zaštita prava pacijenata u Republici Hrvatskoj provodi se na načelima humanosti i dostupnosti.

### **Načelo humanosti zaštite prava pacijenata**

### **Članak 4.**

Načelo humanosti zaštite prava pacijenata ostvaruje se:

- osiguravanjem poštivanja pacijenta kao ljudskog bića,
- osiguravanjem prava na fizički i mentalni integritet pacijenta,
- zaštitom osobnosti pacijenta uključujući poštivanje njegove privatnosti, svjetonazora te moralnih i vjerskih uvjerenja.

## **Načelo dostupnosti zaštite prava pacijenata**

### **Članak 5.**

Načelo dostupnosti zaštite prava pacijenata podrazumijeva jednaku mogućnost zaštite prava svih pacijenata na području Republike Hrvatske.

## **II. PRAVA PACIJENATA**

### **Pravo na suodlučivanje**

#### **Članak 6.**

Pravo na suodlučivanje pacijenta obuhvaća pravo pacijenta na obaviještenost i pravo na prihvatanje ili odbijanje pojedinoga dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka.

### **Iznimka od prava na suodlučivanje**

#### **Članak 7.**

Pacijentovo pravo na suodlučivanje može se iznimno ograničiti samo kada je to opravdano njegovim zdravstvenim stanjem u slučajevima i na način posebno određenim ovim Zakonom.

### **Pravo na obaviještenost**

#### **Članak 8.**

Pacijent ima pravo na potpunu obaviještenost o:

- svome zdravstvenom stanju, uključujući medicinsku procjenu rezultata i ishoda određenoga dijagnostičkog ili terapijskog postupka,
- preporučenim pregledima i zahvatima te planiranim datumima za njihovo obavljanje,

- mogućim prednostima i rizicima obavljanja ili neobavljanja preporučenih pregleda i zahvata,
- svome pravu na odlučivanje o preporučenim pregledima ili zahvatima,
- mogućim zamjenama za preporučene postupke,
- tijeku postupaka prilikom pružanja zdravstvene zaštite,
- daljnjem tijeku pružanja zdravstvene zaštite,
- preporučenom načinu života,
- pravima iz zdravstvenoga osiguranja i postupcima za ostvarenje tih prava.

Pacijent ima pravo dobiti obavijesti na način koji mu je razumljiv s obzirom na dob, obrazovanje i mentalne sposobnosti.

Pacijenti s invaliditetom imaju pravo dobiti obavijesti u njima pristupačnom obliku.

### **Članak 9.**

Obavijesti iz članka 8. stavka 1. ovoga Zakona na usmeni zahtjev pacijenta obvezan je dati zdravstveni radnik visoke stručne spreme koji pacijentu izravno pruža određeni oblik zdravstvene usluge.

### **Članak 10.**

Pacijent ima uvijek pravo tražiti drugo stručno mišljenje o svome zdravstvenom stanju, sukladno odredbi članka 8. stavka 1. ovoga Zakona.

Drugo stručno mišljenje iz stavka 1. ovoga članka, pacijentu je, na usmeni ili pisani zahtjev, obvezan dati svaki zdravstveni radnik visoke stručne spreme i odgovarajuće specijalizacije, koji nije sudjelovao u izravnom pružanju određenog oblika zdravstvene usluge pacijentu iz članka 9. ovoga Zakona.

### **Članak 11.**

Tijekom pružanja zdravstvene zaštite, nakon svakog pregleda i zahvata, pacijent ima pravo na obaviještenost o uspjehu, odnosno, neuspjehu i rezultatu pregleda ili zahvata kao i o razlozima za eventualnu različitost tih rezultata od očekivanih.

### **Članak 12.**

Pacijent ima pravo biti upoznat s imenima te specijalizacijom osoba koje mu izravno pružaju zdravstvenu zaštitu.

### **Članak 13.**

Pravo na obaviještenost ima i pacijent s umanjenom sposobnošću rasuđivanja, u skladu s dobi, odnosno s fizičkim, mentalnim i psihičkim stanjem.

### **Odbijanje primitka obavijesti**

### **Članak 14.**

Pacijent ima pravo pisanom i potpisanom izjavom odbiti primitak obavijesti o prirodi svoga zdravstvenoga stanja i očekivanom ishodu predloženih i/ili poduzetih medicinskih postupaka i mjera.

### **Članak 15.**

Pacijent s punom poslovnom sposobnošću ne može se odreći prava na obaviještenost u slučajevima u kojima mora biti svjestan prirode svoje bolesti, kako ne bi ugrozio zdravlje drugih.

Pacijent s punom poslovnom sposobnošću ima pravo u pisanom obliku ili na bilo koji drugi vjerodostojan način odrediti osobu koja će umjesto njega biti obaviještena.

Pacijent ima pravo biti obaviješten čak i u slučajevima kad njegov pristanak nije uvjet započinjanja terapije (u hitnim slučajevima).

Pravo na prihvaćanje ili odbijanje pojedinoga dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka

## **Članak 16.**

Pacijent ima pravo prihvatiti ili odbiti pojedini dijagnostički, odnosno terapijski postupak, osim u slučaju neodgodive medicinske intervencije čije bi nepoduzimanje ugrozilo život i zdravlje pacijenta ili izazvalo trajna oštećenja njegovoga zdravlja.

Prihvatanje pojedinoga dijagnostičkog ili terapijskog postupka pacijent izražava potpisivanjem suglasnosti.

Obrazac suglasnosti te obrazac izjave o odbijanju pojedinoga dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka pravilnikom propisuje ministar nadležan za zdravstvo (u daljnjem tekstu: ministar).

Slijepa osoba, gluha osoba koja ne zna čitati, nijema osoba koja ne zna pisati i gluhoslijepa osoba, prihvaća pojedini dijagnostički, odnosno terapijski postupak izjavom u obliku javnobilježničkog akta ili pred dva svjedoka iskazanom izjavom o imenovanju poslovno sposobne osobe koja će u njeno ime prihvaćati ili odbijati pojedini takav postupak.

### **Zaštita pacijenta koji nije sposoban dati pristanak**

## **Članak 17.**

Za pacijenta koji nije pri svijesti, za pacijenta s težom duševnom smetnjom te za poslovno nesposobnog ili maloljetnog pacijenta, osim u slučaju neodgodive medicinske intervencije, suglasnost iz članka 16. stavka 2. ovoga Zakona potpisuje zakonski zastupnik, odnosno skrbnik pacijenta.

U interesu pacijenta osoba iz stavka 1. ovoga članka može suglasnost u bilo koje vrijeme povući potpisivanjem izjave o odbijanju pojedinoga dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka.

Ukoliko su interesi pacijenata iz stavka 1. ovoga članka i njihovih zakonskih zastupnika, odnosno skrbnika suprotstavljeni, zdravstveni radnik je dužan odmah o tome obavijestiti nadležni centar za socijalnu skrb.

### **Članak 18.**

Ako se zbog hitne situacije ne može dobiti suglasnost zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika iz članka 17. stavka 1. ovoga Zakona pacijent će se podvrći dijagnostičkom, odnosno terapijskom postupku samo u slučaju kada bi zbog nepoduzimanja postupka bio neposredno ugrožen njegov život ili bi mu prijetila ozbiljna i neposredna opasnost od težeg oštećenja njegovoga zdravlja. Postupak se može provoditi bez pristanka zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika pacijenta samo dok traje navedena opasnost.

### **Zaštita pacijenta nad kojim se obavlja znanstveno istraživanje**

### **Članak 19.**

Za znanstveno istraživanje nad pacijentom i uključivanje pacijenta u medicinsku nastavu nužan je izričiti pristanak obaviještenog pacijenta.

Pristanak obaviještenog pacijenta je, u smislu ovoga Zakona, pisana, datirana i od pacijenta potpisana suglasnost za sudjelovanje u određenom znanstvenom istraživanju ili medicinskoj nastavi dana na temelju preciznih i na razumljiv način dokumentiranih obavijesti o prirodi, važnosti, posljedicama i rizicima ispitivanja. Za poslovno nesposobnog ili maloljetnog pacijenta, pristanak daje njegov zakonski zastupnik ili skrbnik.

Pacijent, odnosno njegov zakonski zastupnik, odnosno skrbnik u interesu pacijenta može suglasnost iz stavka 2. ovoga članka povući u bilo koje vrijeme.

### **Članak 20.**

Znanstvena istraživanja nad pacijentom mogu se poduzeti ako su ispunjeni svi sljedeći uvjeti:

1. nema zamjene usporedive učinkovitosti za istraživanje na ljudima,
2. rizici kojima se izlaže pacijent nisu nerazmjerni mogućim koristima od istraživanja,
3. istraživanje je odobrilo nadležno etičko povjerenstvo sukladno posebnome zakonu, nakon nezavisnog ispitivanja njegove znanstvene vrijednosti, važnosti cilja istraživanja i ocjene njegove etičke prihvatljivosti,



4. pacijenti na kojima se provode istraživanja moraju biti upoznati o svojim pravima i zaštiti svojih prava sukladno zakonu,

5. pribavljen je pristanak obaviještenog pacijenta iz članka 19. stavka 2. ovoga Zakona.

### **Članak 21.**

Znanstveno istraživanje nad poslovno nesposobnim pacijentom, pacijentom koji nije sposoban za rasuđivanje te nad maloljetnim pacijentom može se poduzeti ako su uz uvjete iz članka 20. točke 1., 2., 3. i 4. ovoga Zakona ispunjeni i svi sljedeći uvjeti:

1. rezultati istraživanja mogu pridonijeti stvarnoj i izravnoj koristi za zdravlje pacijenta,

2. istraživanje usporedive učinkovitosti ne može se provoditi nad pacijentima koji su sposobni dati pristanak,

3. pribavljena je suglasnost zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika,

4. pacijent se ne protivi istraživanju.

Iznimno od stavka 1. ovoga članka, u slučaju kada istraži vanje ne može proizvesti rezultate od izravne koristi za pacijenta, istraživanje se može odobriti pod uvjetima iz stavka 1. točke 2., 3. i 4. ovoga članka te uz uvjete:

1. cilj istraživanja je postizanje rezultata koji mogu koristiti pacijentu ili drugim pacijentima iste dobne skupine, odnosno pacijentima s istom bolešću,

2. istraživanje obuhvaća minimalni rizik i minimalno opterećenje za pacijenta.

### **Zahvati na ljudskom genomu**

### **Članak 22.**

Zahvat usmjeren na promjenu ljudskoga genoma može se poduzeti samo za preventivne, dijagnostičke ili terapijske svrhe pod uvjetom da cilj promjene nije uvođenje bilo kakvih preinaka u genomu potomka pacijenta.

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

### **Pravo na pristup medicinskoj dokumentaciji**

#### **Članak 23.**

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

Pacijent ima pravo o svome trošku zahtijevati presliku medicinske dokumentacije iz stavka 1. ovoga članka.

Medicinska dokumentacija koja se uručuje pacijentu po završenom liječničkom pregledu, odnosno po završenom liječenju propisuje se posebnim zakonom kojim se uređuju vrste i sadržaj te način vođenja, čuvanja, prikupljanja i raspolaganja medicinskom dokumentacijom.

#### **Članak 24.**

U slučaju smrti pacijenta, ako to pacijent nije za života izrijekom zabranio, pravo na uvid u medicinsku dokumentaciju iz članka 23. stavka 1. ovoga Zakona ima bračni drug pacijenta, izvanbračni drug, punoljetno dijete, roditelj, punoljetni brat ili sestra te zakonski zastupnik, odnosno skrbnik pacijenta.

Osobe iz stavka 1. ovoga članka imaju pravo o svom trošku zahtijevati presliku medicinske dokumentacije iz stavka 1. ovoga članka.

Protivljenje uvidu u medicinsku dokumentaciju prema stavku 1. ovoga članka pacijent daje pisanom izjavom solemniziranom od javnog bilježnika.

## **Pravo na povjerljivost**

### **Članak 25.**

Pacijent ima pravo na povjerljivost podataka koji se odnose na stanje njegova zdravlja sukladno propisima o čuvanju profesionalne tajne i zaštiti osobnih podataka.

Pacijent ima pravo dati usmenu ili pisanu izjavu o osobama koje mogu biti obaviještene o njegovu prijmu u stacionarnu zdravstvenu ustanovu kao i o njegovom zdravstvenom stanju. Pacijent može imenovati i osobe kojima zabranjuje davanje tih podataka.

## **Pravo na održavanje osobnih kontakata**

### **Članak 26.**

Tijekom boravka u stacionarnoj zdravstvenoj ustanovi pacijent ima pravo primanja posjetitelja sukladno kućnom redu zdravstvene ustanove te pravo zabraniti posjete određenoj osobi ili osobama.

## **Pravo na samovoljno napuštanje zdravstvene ustanove**

### **Članak 27.**

Pacijent ima pravo samovoljno napustiti stacionarnu zdravstvenu ustanovu, osim u slučajevima propisanim posebnim zakonom, u slučajevima kada bi to štetilo njegovome zdravlju i zdravlju ili sigurnosti drugih osoba.

O namjeri napuštanja ustanove iz stavka 1. ovoga članka pacijent mora dati pisanu izjavu ili usmenu izjavu pred dva istovremeno nazočna svjedoka koji potpisuju izjavu o namjeri pacijenta da napusti ustanovu.

Pisana izjava iz stavka 2. ovoga članka prilaže se u medicinsku dokumentaciju pacijenta.

Podatak o samovoljnom napuštanju zdravstvene ustanove bez najave nadležan zdravstveni radnik obvezan je upisati u medicinsku dokumentaciju pacijenta. Ako to nalaže zdravstveno stanje pacijenta nadležan zdravstveni radnik o napuštanju zdravstvene ustanove bez najave obvezan je obavijestiti osobu iz članka 25. stavka 2. ovoga Zakona, a nadležna tijela u slučajevima određenim posebnim propisima. Ako je pacijent nesposoban za rasuđivanje, odnosno maloljetan nadležan zdravstveni radnik obvezan je obavijestiti njegova zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika.

### **Pravo na privatnost**

#### **Članak 28.**

Pri pregledu, odnosno liječenju, a naročito prilikom pružanja osobne njege pacijent ima pravo na uvjete koji osiguravaju privatnost.

### **Pravo na naknadu štete**

#### **Članak 29.**

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

## **III. POVJERENSTVO ZA ZAŠTITU PRAVA PACIJENATA U JEDINICI PODRUČNE (REGIONALNE) SAMOUPRAVE**

#### **Članak 30.**

U cilju ostvarivanja i promicanja prava pacijenata u svakoj jedinici područne (regionalne) samouprave osniva se Povjerenstvo za zaštitu prava pacijenata (u daljnjem tekstu: Povjerenstvo).

#### **Članak 31.**

Povjerenstvo djeluje pri upravnom tijelu jedinice područne (regionalne) samouprave nadležnom za poslove zdravstva.

Sredstva za naknade za rad članova Povjerenstva osigurava jedinica područne (regionalne) samouprave.

### **Sastav Povjerenstva**

#### **Članak 32.**

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

### **Djelokrug rada Povjerenstva**

#### **Članak 33.**

Povjerenstvo obavlja sljedeće poslove:

- prati primjenu propisa na području jedinice područne (regionalne) samouprave koji se odnose na zaštitu prava i interesa pacijenata,
- prati povrede pojedinačnih prava pacijenata na području jedinice područne (regionalne) samouprave,
- predlaže poduzima nje mjera za zaštitu i promicanje prava pacijenata na području jedinice područne (regionalne) samouprave,
- bez odgađanja obavještava Povjerenstvo za zaštitu i promicanje prava pacijenata ministarstva nadležnog za zdravstvo o slučajevima težih povreda prava pacijenata koje mogu ugroziti život ili zdravlje pacijenata,
- podnosi skupštini jedinice područne (regionalne) samouprave i ministarstvu nadležnom za zdravstvo godišnje izvješće o svom radu,
- obavještava javnost o povredama prava pacijenata,
- obavlja druge poslove određene ovim Zakonom.
- Povjerenstvo donosi poslovnik o svome radu kojim se pobliže uređuje organizacija i način rada.

#### **Članak 34.**

Članovi Povjerenstva u svome radu obvezni su postupati tako da ne ugroze dužnost čuvanja službene, odnosno profesionalne tajne.

### Članak 35.

Ukinut.

### Članak 36.

U obavljanju poslova iz svoga djelokruga Povjerenstvo je ovlašteno upozoravati, predlagati i davati preporuke.

Povjerenstvo je ovlašteno nadležnim tijelima državne uprave, tijelima lokalne i područne (regionalne) samouprave, pravnim i fizičkim osobama predlagati poduzimanje mjera za sprječavanje štetnih djelovanja koja ugrožavaju prava i interese pacijenata i zahtijevati izvješća o poduzetim mjerama.

Povjerenstvo će obavijestiti podnositelja pritužbe o poduzetim aktivnostima poduzetim povodom njegove pritužbe bez odgađanja, a najkasnije u roku od 15 dana.

### Članak 37.

Povjerenstvo ima pravo pristupa u prostorije u kojima se sukladno posebnome zakonu obavlja zdravstvena djelatnost te pravo na uvid u način ostvarivanja prava pacijenata.

O obavljenom uvidu iz stavka 1. ovoga članka Povjerenstvo sastavlja izvješće koje bez odgađanja, a najkasnije u roku od 8 dana, dostavlja nadležnoj inspekciji sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, Zakonu o sanitarnoj inspekciji, odnosno tijelu nadležne komore koje, sukladno Zakonu o liječništvu, Zakonu o stomatološkoj djelatnosti, Zakonu o ljekarništvu, Zakonu o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti i Zakonu o sestrištvu, provodi nadzor nad radom osoba koje obavljaju zdravstvenu djelatnost.

Tijelo iz stavka 2. ovoga članka dužno je u roku od 30 dana od dana zaprimanja izvješća, a u hitnim slučajevima bez odgađanja, izvijestiti Povjerenstvo o poduzetim radnjama.

Ako tijelo iz stavka 2. ovoga članka na temelju provedenoga propisanog postupka osnovano posumnja da je povredom prava pacijenata utvrđenih ovim Zakonom učinjen prekršaj ili kazneno djelo obvezno je bez odgađanja, a najkasnije u roku od 30 dana od dana završetka nadzora s utvrđenim činjenicama odlučnim za poduzimanje mjera podnijeti zahtjev za pokretanje prekršajnog postupka, odnosno prijavu zbog pokretanja kaznenog postupka.

Tijelo kojem je podnesen zahtjev, odnosno prijava iz stavka 4. ovoga članka obvezno je o ishodu postupka obavijestiti Povjerenstvo. Povjerenstvo će u daljnjem roku od 8 dana o ishodu postupka obavijestiti pacijenta.

#### **IV. POVJERENSTVO ZA ZAŠTITU I PROMICANJE PRAVA PACIJENATA MINISTARSTVA NADLEŽNOG ZA ZDRAVSTVO**

##### **Članak 38.**

U ostvarivanju društvene skrbi za zaštitu prava pacijenata, u okviru prava i obveza Republike Hrvatske na području zdravstvene zaštite, ministar osniva i imenuje Povjerenstvo za zaštitu i promicanje prava pacijenata ministarstva nadležnog za zdravstvo.

Povjerenstvo iz stavka 1. ovoga članka ima sedam članova i to:

- tri predstavnika udruga za zaštitu prava pacijenata,
- jednog predstavnika medija,
- tri predstavnika ministarstva nadležnog za zdravstvo.

##### **Članak 39.**

Povjerenstvo za zaštitu i promicanje prava pacijenata ministarstva nadležnog za zdravstvo obavlja sljedeće poslove:

- prati provedbu ostvarivanja prava pacijenata sukladno ovome Zakonu,
- raspravlja o izvješćima povjerenstava jedinica područne (regionalne) samouprave,

- daje mišljenja, preporuke i prijedloge nadležnim tijelima o utvrđenom stanju na području djelokruga rada povjerenstava jedinica područne (regionalne) samouprave,
- predlaže poduzimanje mjera za izgradnju cjelovitog sustava zaštite i promicanja prava pacijenata u Republici Hrvatskoj i
- surađuje s domaćim i međunarodnim tijelima i organizacijama na području zaštite i promicanja prava pacijenata.

Povjerenstvo iz stavka 1. ovoga članka donosi poslovnik o svome radu kojim se pobliže uređuje organizacija i način rada.

Sredstva za naknade za rad članova Povjerenstva iz stavka 1. ovoga članka osiguravaju se iz državnoga proračuna, a visinu naknade utvrđuje ministar.

#### **Članak 40.**

Članovi Povjerenstva za zaštitu i promicanje prava pacijenata ministarstva nadležnog za zdravstvo u svome radu obvezni su postupati tako da ne ugroze dužnost čuvanja službene, odnosno profesionalne tajne.

### **V. KAZNENE ODREDBE**

#### **Članak 41.**

Novčanom kaznom u iznosu od 10.000,00 do 50.000,00 kuna kaznit će se za prekršaj zdravstvena ustanova ako:

1. uskrati pacijentu pravo na obaviještenost iz članka 8. ovoga Zakona,
2. uskrati pacijentu pravo na podatak o imenu te specijalizaciji osobe koja mu izravno pruža zdravstvenu zaštitu (članak 12.),
3. uskrati pacijentu pravo na prihvaćanje ili odbijanje pojedinog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka protivno članku 16. – 18. ovoga Zakona,
4. postupi suprotno odredbama članka 17. stavka 3. ovoga Zakona,
5. obavlja znanstveno istraživanje nad pacijentom protivno odredbama članka 19. – 21. ovoga Zakona,
6. obavlja zahvat na ljudskom genomu protivno članku 22. ovoga Zakona,



7. uskrati uvid u medicinsku dokumentaciju protivno članku 23. i članku 24. stavku 1. i 2. ovoga Zakona,
8. povrijedi pravo na povjerljivost podataka iz članka 25. ovoga Zakona,
9. uskrati pacijentu pravo na održavanje osobnih kontakata ili povrijedi zabranu posjete određenoj osobi ili osobama (članak 26.),
10. uskrati pacijentu pravo na samovoljno napuštanje zdravstvene ustanove protivno članku 27. ovoga Zakona,
11. uskrati pacijentu pravo na privatnost (članak 28.).

Za prekršaj iz stavka 1. ovoga članka kaznit će se novčanom kaznom u iznosu od 5.000,00 do 10.000,00 kuna i odgovorna osoba u zdravstvenoj ustanovi.

Za prekršaj iz stavka 1. ovoga članka kaznit će se novčanom kaznom u iznosu od 10.000,00 do 50.000,00 kuna i trgovačko društvo koje obavlja zdravstvenu djelatnost sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti.

Za prekršaj iz stavka 1. ovoga članka kaznit će se novčanom kaznom u iznosu od 5.000,00 do 10.000,00 kuna i odgovorna osoba u trgovačkom društvu koja obavlja zdravstvenu djelatnost.

Za prekršaj iz stavka 1. točke 1., 3., 4., 5. – 8. i 11. ovoga članka kaznit će se novčanom kaznom u iznosu od 5.000,00 do 10.000,00 kuna i privatni zdravstveni radnik.

### **Članak 42.**

Novčanom kaznom u iznosu od 5.000,00 do 10.000,00 kuna kaznit će za prekršaj zdravstveni radnik ako:

1. na zahtjev pacijenta uskrati obavijest (članak 9.),
2. na zahtjev pacijenta uskrati pravo na drugo stručno mišljenje (članak 10. stavak 2.),
3. postupi suprotno odredbama članka 17. stavka 3. ovoga Zakona,
4. ne upiše podatak o namjeri pacijenta da napusti zdravstvenu ustanovu ili ne upiše podatak o samovoljnom napuštanju zdravstvene ustanove bez najave pacijenta (članak 27. stavak 4.).

## VI. PRIJELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

### Članak 43.

Skupštine jedinica područne (regionalne) samouprave će u roku od dva mjeseca od dana stupanja na snagu ovoga Zakona imenovati Povjerenstvo za zaštitu prava pacijenata.

Ministar će u roku od 30 dana od dana stupanja na snagu ovoga Zakona osnovati i imenovati Povjerenstvo za zaštitu i promicanje prava pacijenata ministarstva nadležnog za zdravstvo.

### Članak 44.

Pravilnike za čije je donošenje ovlašten ovim Zakonom ministar će donijeti u roku od dva mjeseca od dana stupanja na snagu ovoga Zakona.

### Članak 45.

Odredbe ovoga Zakona koje se odnose na zdravstvene ustanove na odgovarajući se način primjenjuju i na trgovačka društva te privatne zdravstvene radnike koji obavljaju zdravstvenu djelatnost sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti.

### Članak 46.

Ovaj Zakon stupa na snagu osmoga dana od dana objave u »Narodnim novinama«.





Univerza v Mariboru

Pravna fakulteta

Autori u knjizi obrađuju iterdisciplinarno područje koje je namenjeno širokom krugu korisnika, od onih iz područja medicinskih znanosti, prirodnih znanosti, društvenih znanosti posebice polja prava i bioetike. Knjiga će biti od velike koristi za znanstvenike društvenih i prirodnih znanosti, stručnjake iz područja medicine, etike i prava, praktičarima u građanskim, kaznenim, upravnim i disciplinskim postupcima, zdravstvenih djelatnicima, svim građanima eventualnim pacijentima te studentim pri pripremanju ispita i izradi završnih radova na svim ciklusima studiranja.

dr. sc. Viktorija Habrich

Knjiga je namijenja širokom krugu korisnika, a ne samo onima iz područja medicine, prava ili bioetike. Knjiga će biti od velike koristi znanstvenicima koji se bave istraživanjem na području medicinskog prava, praktičarima koji sudjeluju u sudskim i upravnim postupcima i svima onima koji u objavljvanju svojih poslova dolaze u doticaj s ovom problematikom. Studentima će poslužiti kao (pomoćna) literatura za pripremanje ispita i za izradu njihovih završnih radova.

dr. Alena Huseinbegović