

Tribina Pravnog fakulteta u Zagrebu
i
Kluba pravnika grada Zagreba

BILTEN BR. 1

Voditelj Tribine i urednik:
Prof.dr.sc. Jakša Barbić

Sadržaj:

**Proslov predsjednika Kluba
Autorizirana izlaganja predavača:
Prof.dr.sc. Petra Klarića
Prim.dr. Egidia Čepulića
Prof.dr.sc. Mirka Gjurašina i
Prof.dr.sc. Mirjane Sabljarić-Matovinović**

Tema 72. tribine

ODGOVORNOST ZA ŠTETE NASTALE UPOTREBOM MEDICINSKIH UREĐAJA

Zagreb, 20.11.2001.

KLUB PRAVNIKA
TRIBINA 20.11.2001.
ODGOVORNOST ZA ŠTETE NASTALE
UPORABOM MEDICINSKIH UREĐAJA

D.Krapac: Kolegice i kolege, dame i gospodo, dozvolite da počnemo sa večerašnjim Klubom pravnika. U ime Pravnog fakulteta u Zagrebu kao suorganizatora ovoga Kluba pozivam Vas na aktivno sudjelovanje u raspravama nakon izlaganja referenata koje ćete čuti. Naravno, zahvaljujem svima onima koji su doprinjeli večerašnjem Klubu: to su referenti, čija ste imena vidjeli na pozivu te predsjedniku Kluba, profesoru Jakši Barbiću, bez čijeg zalaganja, bez čijih inspirativnih ideja u pogledu Kluba, njegovih tema, sigurno ne bi bilo ni ovoga niti prošlih klubova. Sedamdeset i dva sastanka Kluba te dvije tribine koje je Klub do sada održao jest impresivna brojka. Ali neću samo hvaliti ovu statistiku, nego ću nadodati da te 72 tribine, ako se prisjetite njihovih sadržaja, poantiraju suštinu problema u funkcioniranju hrvatskog pravnog poretka. One po izboru autora a i profesora Barbića predstavljaju onaj sukus, najvažnijih, najaktualnijih pitanja funkcioniranja toga poretka i njegove akceptancije u našem društvu.

Prisjećam se samo aktualnosti tribina odnosno klubova koje smo održali tijekom proljeća i ljeta ove godine. Vi se sjećate kada smo govorili o Zakonu o uredu za suzbijanje korupcije i organiziranog kriminala. Ta tema je bila tako aktualna da je vani grmilo i sijevalo i u jednom trenutku je udario grom u ovo drvo ispred Fakulteta. Ali večeras neće biti tako uzbudljivo, barem ne sa strane prirodnih sila, večerašnja tema je odgovornost za štete nastale uporabom medicinskih uređaja. Znamo da je suvremena znanost u području humane medicine postigla u zadnje vrijeme neslućeni progres, koji se ranije nije mogao niti naslutiti. Međutim, taj progres

ima i ove loše strane, kojih smo bili svjedoci ovih dana sa smrti na dijalizi kod nas i u drugim nekim zemljama. Takvi slučajevi postavljaju pitanje pravne zaštite zdravlja ljudi kao izvanredno značajno područje funkcioniranja pravnog poretka. No večeras se nećemo baviti sa svim pravnim pitanjima zaštite zdravlja ljudi, pa čak niti sa pitanjem odgovornosti liječnika za terapijski rizik, nego ćemo započeti sa ovim uskim segmentom odgovornosti za štete nastale uporabom medicinskih uređaja kako je odredio profesor Barbić.

J.Barbić: Zahvaljujem gospodine dekane, prvo na uvodnim riječima, ali još više na gostoprimstvu kojeg imamo u ovoj kući i zapravo da nema Pravnog fakulteta, moram priznati, neznam kako bismo mogli održavati ove naše tribine i kontakt koji sada već osam godina držimo sa pravnicima, a danas imam posebno zadovoljstvo i sa istaknutim stručnjacima koji nisu iz pravne struke, ali koji će nam u našoj današnjoj temi jako mnogo pomoći.

No prije nego prijeđem na to samo da dam jednu obavijest, jer kasnije ćemo to zaboraviti. Podsjećam vas da se nakon donošenja Zakona o arbitraži, održavaju Deveti hrvatski arbitražni dani 6. i 7. prosinca. Onaj tko je zainteresiran, a ima mnogo novina koje će vas zaista interesirati, može uzeti ovdje prospekte pa eventualno pogledati interesira li ga da se prijavi i da se pojavi na savjetovanju.

Vratimo se našoj temi. Mi smo kao klub uvijek nastojali tematski pratiti ono što je tema dana. Mislim da brzinom i izborom teme koju danas imamo bolju i bržu reakciju nismo mogli imati. I želja nam je da jedno pitanje koje se kao vrlo nemilo pojavilo u našoj neposrednoj, bliskoj prošlosti, a u pravnom smislu je to još uvijek sadašnjost, jer su u pitanju dani ili mjesec dana, ovdje rasvijetlimo i da vidimo što se u vezi s time javlja. Možda je to početak serije rasprava o pitanjima medicine i

prava, to ćemo se na kraju dogovoriti, pa ćemo možda u prosincu našu narednu tribinu posvetiti također nečemu od toga.

Danas imamo priliku koja je rijetka u našem klubu, da ne govore samo pravnici, a rijetka je i zato što ima više od jednog izlagača. Dakle, prava pravcata tribina. Govorimo o pravnom aspektu nečega što se događa u medicini, tj. o odgovornosti za štete nastale uporabom medicinskih uređaja ali se pritom nećemo ograničiti samo na strogo gledanje pravnika nego ćemo čuti i naše kolege iz medicinske struke koji itekako imaju mnogo o tome reći. Naime, ovdje dolazimo, neću reći do paradoksa, ali do nečega što je vrlo interesantno. Medicina, odnosno tehnika u medicini se stravično brzo razvija. Vrlo brzo dolaze nove stvari, novi sofisticirani uređaji. A pravo je po prirodi konzervativno. Ono uvijek slijedi neke događaje, ono u neku ruku neke stvari anticipira, ali ne u tolikoj mjeri da možemo govoriti o tom da ide uvijek u korak s onim što se događa u tehnici, posebno u medicini. Danas ćemo imati prilike nešto čuti o jednoj takvoj temi.

Prije toga bih vam predstavio naše drage goste. Ići ću, bez obzira na to što imamo damu koja bi trebala biti prva predstavljena, s lijeve strane prema desnoj da vidite tko su današnji predavači. Prvi s lijeve strane je gospodin prof.dr.sc. Mirko Gjurašin, kojega vi svi vrlo dobro znate, iz javnosti iz njegovih nastupa, po ugledu koji uživa u medicinskoj struci. Osim toga on je ovdje kao predsjednik Povjerenstva za stručni nadzor Hrvatske liječničke komore. Dakle, apsolutno prva osoba koja može u tom pogledu reći vrlo važne stvari tim više što je vrlo blizak u struci s onim što se događalo upravo nedavno i povodom čega smo zapravo i krenuli u našu tribinu. Do njega je gospodin primarius dr.sc. Egidio Čepulić, predsjednik Hrvatske liječničke komore, dakle vrh stručne udruge liječnika, pa

možemo čuti i s njegove strane kao također vrlo uglednog liječnika i posebno poznatog u liječničkim udrugama, nešto s tog aspekta. S nama je i gđa. prof.dr.sc. Mirjana Sabljarić-Matovinović, dopredsjednica Povjerenstva za medicinsku etiku i deontologiju Hrvatske liječničke komore, tijela koje se bavi važnim segmentom značajnim za ocjenu ponašanja u medicini, djelovanja u medicini, rada u medicini, koji nije takav da se može isključiti njegov utjecaj na pravne učinke, djelovanje i primjenu prava, jer etika je tu vrlo blizu. I konačno, naš kolega prof.dr.sc. Petar Klarić, sudac Ustavnoga suda koji će održati prvo uvodno predavanje impostirajući zapravo čitavu materiju u području prava. Gdje to zapravo spada, kako to izgleda, koji su glavni elementi koji pri tome dolaze u obzir. Naravno, bez pretenzija da to bude ulaženje u detalje i obrada svega, jer bi za to trebalo nekoliko sati izlaganja, možda i čitavo savjetovanje.

Mi smo ovo danas zamislili ovako: da svaki od naša četiri izlagača ukratko, zaista ukratko kaže toliko koliko je potrebno da iniciramo vaša pitanja. A kad dođu pitanja, prilika je da se stvari elaboriraju točno onako, kako vi zapravo želite. Evo to bi bilo uvodno što bi trebalo reći o današnjim izlaganjima i našoj današnjoj temi.

Zamolio bih profesora Klarića da kao prvi uzme riječ i da zapravo pravno postavi odrednice odgovornosti za štete nastale uporabom medicinskih uređaja.

P.Klarić: Dame i gospodo, kolegice i kolege, materija o odštetnoj odgovornosti u vezi s pružanjem medicinskih usluga zahtijevala bi, s obzirom na svoju važnost i aktualnost, znatno opširnije izlaganje, no večeras smo odlučili obraditi samo jedan uski segment te materije - odgovornost za štete koje mogu nastati uporabom tehničkih uređaja u medicini.

U suvremenoj medicini, kao što je svima nama

dobro poznato, tehnički uređaji igraju zaista ogromnu ulogu i to posebno u dijagnostici i terapiji. Oni su sve brojniji, oni se masovno koriste, oni su sve savršeniji. Međutim uz tu nesumnjivu korist koju donose, oni izazivaju i neke negativne posljedice.

S jedne strane, njihova sve šira uporaba utječe na transformaciju odnosa liječnik - pacijent u smislu njegove postupne depersonalizacije, što će reći da se taj odnos sve više pretvara u odnos uređaj-pacijent. To je dalo povoda nekim njemačkim stručnjacima da govore o "*Apparatedmedizin*", dakle medicini u kojoj dijagnostiku i terapiju pretežito obavljaju razni tehnički uređaji.

S druge strane, nepažljiva ili nestručna uporaba, ili iznenadni kvar na nekom od tih uređaja mogu izazvati ozbiljno oštećenje, pa čak i smrt pacijenta (kao što smo svjedoci ovih dana u vezi s dijalizatorima).

Kad govorimo o odštetnoj odgovornosti u vezi s medicinskim uređajima, najprije bismo zapravo trebali reći što je to medicinski tehnički uređaj u odštetnopravnom smislu? Prema definiciji koja se navodi u teoriji medicinskoga prava to je uređaj kojim se izravno unapređuje ili koji izravno služi dijagnozi i terapiji. Tu bi spadali primjerice: operacijski instrumenti, uređaji za disanje, rendgen, uređaji za zračenje, dijalizatori, uređaji za narkozu, elektro-šok uređaji, defibrilatori, itd. Kolege iz medicine će to znati znatno bolje nabrojiti. Prema tome ne bi bili medicinski tehnički uređaji predmeti koji nisu namijenjeni ovim svrhama, dakle pretragama i obradi pacijenata, kao što su na primjer kreveti, obični stolovi (ali ne svi stolovi!), bolesnički kolica, itd.

Jesu li medicinske ustanove dužne imati i kakve uređaje? Je li to negdje predviđeno? Izravno ne, neizravno da. Izravno jedino kad su u pitanju djelatnici privatne prakse. Naš Zakon o

zdravstvenoj zaštiti za njih kaže da su dužni obavljati poslove zdravstvene zaštite po suvremenim metodama sa suvremenim sredstvima i pomagalicama. To za ostale medicinske ustanove zakon ne kaže. Ali iz odredbe da građanin ima pravo na zdravstvenu uslugu standardizirane kakvoće jednakog sadržaja jasno je da moraju pribaviti i raspolagati što je moguće modernijim i suvremenijim uređajima.

Što su dužnosti zdravstvenih djelatnika u vezi s aparatima odnosno uređajima? U prvom redu upoznati se s namjenom, načinom funkcioniranja, rukovanja, održavanja, zatim redovito održavati, kontrolirati prije uporabe i za vrijeme uporabe. Posebno za vrijeme uporabe motriti neprekidno na reakcije pacijenta. Iz sudske prakse poznat je slučaj odštetne odgovornosti zbog propuštanja optičke kontrole uređaja za intubaciju, ili anesteziologa koji nije pazio da kod bolesnika ne nastupi cijanoza.

Sad prelazimo na štete od uređaja. Za ovu prigodu sam izvršio jednu grupaciju, jednu klasifikaciju mogućih šteta u tri grupe.

U prvoj su grupi štete koje proizlaze iz nepravilnog rukovanja, propusta kontrole, neodržavanja uređaja u ispravnom stanju i sl. Na ove štete u njemačkoj sudskoj praksi otpada preko 50% svih šteta prouzročenih uporabom raznih tehničkih uređaja u medicini.

U drugoj su grupi štete koje nastaju iznenadnim otkazivanjem uređaja, nepredviđenim, neočekivanim kvarom.

Treću grupu čine štete koje nastaju zbog nedostatka uređaja kao proizvoda koji nedostatak može biti ili u konstrukciji odnosno dizajnu, proizvodnji i izradi, ili u nedostatku odnosno manjkavom upozorenju na eventualne opasnosti i rizike koji mogu nastati u njegovoj uporabi.

Koje su pretpostavke odštetne odgovornosti?

Standardne pretpostavke odgovornosti za štetu su, pa tako i ovdje, da postoje subjekti odgovornosti, da je izvršena štetna radnja, da je nastala šteta kao posljedica štetne radnje, da se dokaže uzročna veza između štetne radnje i štete i napokon protupravnost, bilo sa samo objektivnim ili i subjektivnim elementima, to znači krivnjom.

Za štete iz prve grupe, dakle štete koje nastaju nepravilnim ili nestručnim rukovanjem, nepažnjom i sl., za koje se može kazati da su nastale skrivljeno, za njih se odgovara bez obzira primjenjuju li se pravila subjektivne ili objektivne odštetne odgovornosti. Razlika je samo u tome što se, u slučaju primjene pravila subjektivne odgovornosti, štetnik (liječnik odnosno zdravstvena ustanova) može osloboditi odgovornosti ako dokaže da nije kriv za takvu štetu ili da je šteta nastala slučajno. Ako se, naime, primjenjuju pravila objektivne odgovornosti, štetnik se ne može osloboditi odgovornosti dokazujući da nije kriv ili da je šteta nastala slučajno, jer se odgovara bez obzira na krivnju počinitelja štete, pa i onda ako je šteta nastala slučajno.

Primjenjuju li se na te štete, po našem odštetnom pravu, pravila subjektivne ili objektivne odgovornosti, ovisi naprosto o kvalifikaciji uređaja kao opasne stvari. Ako se može kvalificirati, a to je zadaća suda, opasnom stvarju, onda se odgovara prema pravilima objektivne odgovornosti. U tom slučaju, kao što smo rekli, ne zahtijeva se krivnja osobe koja je rukovala aparatom.

Zakon o obveznim odnosima nije definirao pojam opasne stvari. On je to prepustio sudu da od slučaja do slučaja ocijeni je li neka stvar opasna ili nije. Postoji jedna orijentacijska definicija, koja je plod sudske prakse i pravne teorije, prema kojoj su opasne stvari one koje po svojoj namjeni,

osobinama, položaju, mjestu i načinu uporabe ili na drugi način predstavljaju povećanu opasnost nastanka štete za okolinu. Kad tu definiciju primijenimo na uređaje koje smo primjerice nabrojili, prema onome koliko ja znam o kriterijima sudske prakse, dobar dio tih uređaja bio bi nesumnjivo kvalificiran opasnim stvarima.

Što se tiče ove druge grupe šteta, a to su one koje nastanu iznenadnim kvarom odnosno otkazivanjem uređaja, njih se, u pravilu, ne može pripisati u krivnju osobe koja je rukovala uređajem. Na primjer, uređaj za narkozu eksplodira i pacijent umre. Takav je slučaj zabilježen u sudskoj praksi u Francuskoj. Tu se postavlja pitanje tko treba snositi rizik - liječnik ili pacijent? U ovom slučaju imamo veliku razliku između sustava koji primjenjuju pravila subjektivne i onih koji primjenjuju pravila objektivne odgovornosti.

U sustavima koji primjenjuju pravila subjektivne odgovornosti, za takve štete ne odgovara ustanova odnosno liječnik nego padaju na rizik pacijenta. Naime, po pravilima subjektivne odgovornosti ne odgovara se za slučajne štete, a ovo bi bilo negdje približno tako moguće kvalificirati. Zbog tako velikog rizika koji pada na pacijenta u njemačkoj sudskoj praksi njegov položaj olakšavaju predmnjevom krivnje osoblja, pa osoblje mora dokazivati da eventualno nije krivo za otkazivanje uređaja, što im, navodno, vrlo rijetko uspijeva. U Francuskoj su otišli nešto dalje, pa idu na neoborivu predmnijevu krivnje što znači da nije dopušteno dokazivati nekrivnju osoblja. U pravnoj teoriji se zalažu za uvođenjem objektivne odgovornosti za takve slučajeve, jer kažu rizik neispravnosti odnosno iznenadnog kvara uređaja ne dolazi od pacijenta, nego od samog uređaja.

U manjem broju zemalja doista je i uvedena objektivna odgovornost za tu vrstu šteta, temeljeći je na opasnosti takvih uređaja. Tu spada i Hrvatska

sa svojim Zakonom o obveznim odnosima. Naravno i sve one zemlje odnosno države koje primjenjuju Zakon o obveznim odnosima nakon raspada Jugoslavije. Osim hrvatskog ovdje još spadaju austrijsko i švicarsko odštetno pravo. Međutim, kakva je naša sudska praksa? Jednom odlukom Saveznog suda bivše SFRJ iz 1978. godine ukinute su odluke Okružnog suda u Zagrebu i Vrhovnog suda Hrvatske kojima je bilo priznato pravo na obeštećenje pacijentu zbog teške tjelesne ozljede zadobivene liječenjem elektrošokovima, s obrazloženjem da je takvo liječenje po svojoj prirodi toliko opasno da bolnica kao imatelj opasne stvari odgovara po načelu objektivne odgovornosti. U obrazloženju ukidne odluke, međutim, bivši Savezni sud kaže ovako: "nema sumnje da bolnica kao imatelj opasne stvari odgovara kauzalno za štetu koju uslijed opasnih svojstava stvari pretrpi radnik bolnice ili neko treće lice, osim lica za čije liječenje se koriste te opasne stvari". Vidite, takva je bila praksa u vrijeme(1978) kad još Zakon o obveznim odnosima zapravo nije ni bio u primjeni. No nekoliko godina kasnije, 1984, isto to ponavlja i Vrhovni sud Hrvatske. Riječ je bila o jednom slučaju kvara na termokauteru - uređaju kojim je trebalo kod jedne pacijentice zaustaviti krvarenje nakon operacije žuči. Došlo je do kratkog spoja u kabelu između uređaja i elektrode koja je bila pričvršćena na potkoljenici pacijentice, pa je ova doživjela vrlo ozbiljne opekotine. I ovdje su nižestupanjski sudovi rekli da se radi o opasnoj stvari, stvari s povećanom opasnošću, pa su dosudili odštetu s obrazloženjem da se radi o odgovornosti po načelu uzročnosti. Međutim, Vrhovni sud Hrvatske ukida njihove odluke s istim obrazloženjem kao i raniji Savezni sud, naime, da "po prihvaćenoj sudskoj praksi, bolnica kao imatelj opasne stvari odgovara po principu uzročnosti za štetu koju uslijed opasnih svojstava stvari pretrpi radnik bolnice ili neka treća osoba, osim osobe u čijem liječenju se koristi ta

opasna stvar”.

U pravnoj teoriji ponuđeno je jedno dublje objašnjenje za takvu sudsku praksu. Prema njemu sudovi se ne odlučuju rizik otkazivanja medicinskih aparata odnosno uređaja prevaliti na liječnike i zdravstvene ustanove iz bojazni da bi ih time odvratili od njihova korištenja, što bi u krajnjoj liniji štetilo pacijentima, jer ne bi dobili suvremenu medicinsku uslugu. Da se to ne bi dogodilo, najbolje je, kaže se, postupati po načelu *ubi emolentum, ibi onus*, gdje je korist tamo je i teret, pa onaj tko se hoće liječiti sredstvima moderne medicine, neka izvoli snositi rizik takvog liječenja.

Po mom mišljenju ovakva sudska praksa zaslužuje najozbiljnije preispitivanje. Prvi prigovor koji se može staviti je personalna diskriminacija oštećenika. Nedopustivo je da se na dva korisnika jedne te iste stvari primjenjuju, za slučaj štete, pravila različitih vrsta odgovornosti, na jednoga subjektivna, a na drugoga objektivna. Drugo, taj uređaj nije samo od koristi za pacijenta, nego je to osnovno sredstvo bolnice koja na kraju krajeva naplaćuje svoje usluge. Ona dakle stječe prihod koristeći to sredstvo. A mi znamo da je uvođenje objektivne odgovornosti motivirano upravo činjenicom da onaj tko od neke opasne djelatnosti, neke opasne stvari, izvlači određenu korist, odgovara i za štete koje otuda proizađu. U vezi s tvrdnjom da rizik uporabe nekog uređaja treba pasti na pacijenta “ako je to općeprihvaćen način liječenja u medicini”, valja se podsjetiti da su npr. zračni i željeznički promet općeprihvaćeni načini prevoženja ljudi i stvari, ali za štete koje putnici pretrpe odgovara se objektivno, a ne subjektivno.

Čini se da izloženu sudsku praksu nakon stupanja na snagu ZOO možemo pripisati inerciji postupanja sudova. Nastavilo se s onom praksom koja je vrijedila prije donošenja Zakona o obveznim odnosima, kad smo za primjenu objektivne odgovornosti

imali enumerativno načelo koje je, međutim, Zakon o obveznim odnosima zamijenio generalnom odredbom da se za štete od opasne stvari i opasne djelatnosti, odgovara objektivno. Prema tome, sudska praksa koja konstatira da je stvar opasna, a na njome prouzročenu štetu primjenjuje pravila subjektivne odgovornosti, jednostavno nije u skladu sa zakonom. Ako bi se željela takova iznimka, morala bi se Zakonom predvidjeti.

Napokon treća vrsta šteta su štete koje nastupe uslijed nedostatka medicinskih uređaja kao proizvoda. Na te štete primjenjuju se posebna pravila, pravila o odgovornosti proizvođača za nedostatak proizvoda. Time izlazimo iz kruga zdravstvenih ustanova i djelatnika i usmjeravamo pažnju na proizvođača i njegovu odgovornost. Manje-više svuda u svijetu, pa i u nas, za štete od proizvoda s nedostatkom uvedena je objektivna odgovornost. Interesantno je napomenuti da je Zakon o obveznim odnosima među prvima u svijetu koji je zakonski uredio tu materiju. U članku 179. stoji: "tko stavi u promet neku stvar koju je proizveo a koja je zbog nekog nedostatka, za koji on nije znao, predstavlja opasnost štete za osobe ili stvari, odgovara za štetu koja bi nastala zbog tog nedostatka. Isto tako odgovara i za opasna svojstva, ako nije poduzeo sve što je potrebno da se šteta spriječi, upozorenjem, sigurnom ambalažom ili drugom odgovarajućom mjerom."

1965. u SAD je kodificirano slično pravilo u Restatementu, a u Europskoj uniji 1985., odnosno tadašnja EEZ je objektivnu odgovornost za nedostatak proizvoda utvrdila jednom smjernicom i dala trogodišnji rok za unošenje tih načela u zakonodavstva svojih članica. To je uglavnom i učinjeno tako da praktički sve članice Europske unije imaju u svojim propisima uvedenu objektivnu odgovornost.

Većina američkih država je prihvatila čuveni članak

402A Restatementa iz 1965. godine, prema kojem je odgovornost na prodavatelju defektnog proizvoda koji je, kako kaže ta odredba, nerazumno opasan za korisnika ili potrošača ili njegovu imovinu. Naknađuje se imovinska i neimovinska šteta, ali ne i ona za smanjenu vrijednost samog proizvoda. Moguća je i odšteta koju bismo mogli prevesti kao kaznena, penalna odšteta (*punitive damages*), ako je proizvođač postupao recimo s grubom nemarnošću ili gotovo bezobzirno, znajući na primjer za nedostatak proizvoda, ali ga je nastavio proizvoditi i prodavati. Iznosi odštete znaju biti enormno visoki.

S obzirom da je u SAD odgovornost, u prvom redu, na prodavatelju, postavilo se pitanje: može li se bolnicu smatrati prodavateljem? Sudska praksa daje negativan odgovor na to pitanje s obrazloženjem da je pribavljanje uređaja sporedna djelatnost bolnice koja je nužna da bi se mogla obavljati njezina osnovna djelatnost, a to je pružanje medicinskih usluga.

Važno je napomenuti da u svim tim sustavima, u američkom i u europskom, objektivna odgovornost ne isključuje primjenu pravila subjektivne odgovornosti. U Europskoj uniji je, npr. ta objektivna odgovornost ograničena do određenog iznosa i uz određene pretpostavke, itd., pa oštećenici naravno mogu utemeljiti svoj odštetni zahtjev na primjeni pravila subjektivne odgovornosti.

Toliko uvodno. Očekujem Vaša pitanja.

J.Barbić: Zahvaljujem kolegi Klariću na uvodnom izlaganju, a posebno na tome što je uspio u tako kratko vrijeme iznijeti katalog stvari da vidimo kako one pravno stoje, što je podloga za ocjenu postoji li odgovornost i koje su mogućnosti. E, sad bi bilo dobro da čujemo naše kolege liječnike. Prvo bih zamolio gospodina primarijusa dr.sc. Egidia Čepulića, predsjednika Hrvatske liječničke komore

da kratko iznese viđenje struke. To je vrlo važno jer to se tiče i pravne struke.

E.Ćepulić: Kao prvo, htio bih se zahvaliti profesoru Barbiću da nas je pozvao na ovaj sastanak, jer i mi u našem staležu osjećamo itekako veliku potrebu da se ovakva pitanja, ne samo medicinske opreme nego općenito grešaka koje se dogode u liječenju, postavimo na prave osnove, na onakve osnove kakve se danas pripremaju i ostvaruju u Zapadnoj Europi. Započeo bih od podataka koje sam za ovaj današnji sastanak prikupio.

Svi bismo mi htjeli da kad govorimo o zdravstvu, kad ulazimo u bolnicu, budemo sigurni da ćemo se izliječiti, da ćemo izaći iz tih bolnica ozdravljeni ili prizdravljeni, no jasno nam je da tako zapravo nije i da ima u mnogo slučajeva grešaka koje dovode do toga, da ne samo da se dese određena pogoršanja zdravstvenog stanja, nego da kao konačnica bude i smrt. Dvije velike studije u Americi, koje su napravljene prije godinu - dvije dana, pokazale su jedan vrlo zanimljiv podatak. Od 1.984 pacijenta u New Yorku i 1.992 pacijenta u Utahu pokazalo se da je primitak u bolnicu zbog posljedice uzrokovane nekim medicinskim tretmanom, dakle ne samo zbog liječničke nego i svih drugih grešaka, bio 2,9 odnosno 3,7%. Dakle od tih gotovo 4.000 pacijenata u 3% su bile medicinske greške razlozi za primanje u bolnicu. Od tih pacijenata 58% u New Yorku i 53% u Utahu bile su greške koje su se mogle prevenirati. Ukupno gledajući radi se o relativno malom broju pacijenata s takvim greškama (oko 1,5%) no ako uzmemo u obzir cijelu Ameriku, dolazimo do izuzetno velikog broja.

Nepoželjni učinci koji se mogu spriječiti, jedan su od vodećih uzroka smrti u SAD. Kad se podaci koje sam iznio interpoliraju na oko 33,5 miliona primitaka u bolnice u Americi proizlazi da najmanje od 44 pa do 96 tisuća bolesnika umire u američkim bolnicama svake godine kao posljedica neke

medicinske pogreške. Na taj način pogreške su zapravo na 8. mjestu vodećih uzroka smrti u Americi. Primjera radi oko 43.500 ljudi umire u nesrećama, od raka dojke oko 42.000, itd. Procjena je te američke studije da navedeni nepoželjni učinci, koji se mogu spriječiti, koštaju američko društvo oko 29 milijardi dolara, što je svakako imponantna svota koja ukazuje koliko je taj problem važan. Prema istim istraživanjima greške u liječenju, koje uzrokuju smrt, računaju se kao 1 od 131 umrlih ambulantnih pacijenata i kao 1 od 854 umrlih hospitaliziranih pacijenata. Dakle, puno je bolja situacija ako je pacijent hospitaliziran jer ima ipak manju šansu da umre.

Ove sam vam podatke iznio da vidite koliko je taj problem doista značajan. Dakako, taj problem je kod nas, na neki način, ipak prikriiven. Mi o njemu vrlo malo znamo i govorimo. Ono što je u čitavoj Europi i u Americi danas jedan od glavnih trendova u zdravstvu je tzv. "quality assurance", dakle osiguranje kvalitete, u nas je tek u povojima i u tome je Hrvatska liječnička komora ona koja bi zapravo htjela aktivno sudjelovati u postupku kontrole i osiguranja kvalitete u hrvatskom zdravstvu. Da nije bilo afere Baxter mi danas ne bismo govorili o ovom problemu i dobro je što smo o tome počeli razgovarati.

Dr. Jelić, zamjenik predsjednika HLK, je u lipnju, prije nego se sve ovo dogodilo, objavio jedan vrlo zanimljiv članak u "Liječničkim novinama" o stanju anestezioloških aparata u Hrvatskoj. Iz te studije proizlazi da bi trebalo zabraniti rad s anesteziološkim aparatima starijim od 20 godina. Takvih je bilo ukupno 124 aparata od 323, dakle 38,4% aparata starije je od 20 godina i apsolutno nesigurno za daljnje korištenje. Drugi podatak iz te studije je bio da bi se trebalo zbog starosti uređaja zatvoriti 124 operacijske sale. Hitnu zamjenu aparata koji su stariji preko 15 godina je trebalo

48% aparata. Dakle, situacija koja je gotovo katastrofalna. Ne samo da takvo stanje uređaja može biti katastrofalno za pacijente koji se na tim aparatima anesteziraju, nego je to jednako tako neprihvatljivo i za osoblje koje radi u okolini tih aparata jer dolazi do curenja plinova, a veliki broj sala nije imao niti odvoda za plinove, tako da su i osoblje i pacijenti izloženi brojnim rizicima. Na tu našu analizu koju smo poslali Ministarstvu zdravlja dobili smo odgovor da će Ministarstvo u dogledno vrijeme vidjeti što se tu može učiniti, a zapravo se puno učinilo nije. Mi smo iz tog cijelog posla, kojeg je kolega Jelić napravio, pokrenuli inicijativu da se donese zakon o održavanju medicinsko-tehničkih uređaja. No, niti na tu inicijativu nismo od naših odgovarajući vlasti dobili nikakav odgovor.

Ako promatramo greške medicinske aparature, one se mogu podijeliti na izbjegive i neizbjegive greške. O neizbjegivim greškama smo čuli - primjer Baxterovih dijalizatora- a izbjegive su one kojima kumuliramo mi sami ili bolje reći ne mi liječnici nego ljudski čimbenik. Pogledajmo kakva je situacija s tehnologijom - čuli smo i znamo da tehnologija ide fantastičnim koracima naprijed, ali ta je tehnologija vrlo komplicirana, ta tehnologija zahtijeva čitav niz dodatnih uređaja a sve to uglavnom vrlo rijetko tko kontrolira. Dakle tehnologija ide prema gore a kontrola i održavanje ide praktički sve prema dolje, jer naše zdravstvene ustanove nemaju dovoljno novca da osiguravaju svu potrebitu kontrolu takvih aparata. Moram reći da su, ne kod nas, neki pacijenti stradali na uređaju za mamografiju, gdje nije bilo dobro uzemljenje ili nekakvi drugi sklopovi, i pacijentice su dobile strujni udar. Sve su to greške koje su tzv. izbjegive : da se nešto učinilo u smislu kontrole nikakve posljedice se vjerojatno ne bi dogodile.

Greške u opremi moguće su kao posljedica tehničke neispravnosti, zastarjelosti, što se vrlo lako može i nama dogoditi da u jednom času, kao što smo sada imali smrti zbog Baxterovih dijalizatora, počnemo registrirati smrti od naših loših anestezioloških aparata i od kojekakvih drugih aparata. Pitanje je, zapravo, što nismo registrirali a što jesmo registrirali. Jasno, mi koji se bavimo medicinom znamo da uslijed toga što je aparat loš, pacijent može dobiti smanjenu opskrbu mozga kisikom. Nakon toga i kad se probudi više nije onakav kakav je bio, itd. Dakle sve se to više ne registrira i mi više nikad o tome ne razgovaramo.

Drugo je neispravno rukovanje aparatima koja je također jedna od stvari koja se može dogoditi. A događa se zbog toga što ne postoji dovoljna disciplina i organiziranost u mnogim ustanovama. Jasno, treće su oni dodatni faktori medicinske opreme, kao što su otopine ili neke druge stvari koje su još jedan dodatni rizični faktor ako se ne kontroliraju, koji može u aparatu ili sam za sebe dovesti do određenih problema. Europa, jasno i mi znamo da je jedino rješenje prevencija. Mi moramo pokušati prevenirati takve stvari. Na koji način? Prevencija ide kao edukacija, izuzetno dobra edukacija osoblja za rad na tim uređajima. Mi smi svjedoci da često ta edukacija vrlo kratka i nedovoljna i jasno onda se ljudi uče još poslije uz rad, uče se zapravo na koji način neke greške izbjegavati. Drugo je dakako redovito zamjenjivanje starih aparata novima, za što treba novca i ja se ne bih složio u tom slučaju s profesorom Klarićem da bolnice zarađuju, vi znate da su bolnice neprofitne ustanove, dakle bolnice ne zarađuju. A svi smo mi u tako velikim deficitima gledajući na bolnice da je to jasno nemoguće na pravi način znavljati opremu.

Treća stvar je kontrola svih tih dodatnih medicinskih faktora, dakle čimbenika, kao što su otopine, kemikalije i slično u toku samog procesa. Ono što

Zapadna Europa danas radi je postavljanje točnih procedura. To su procedure koje na kraju kad se usvoje dovode do dobivanja onih tzv. ISO certifikata a te procedure sastoje se u prvom redu u prijavljivanju, zatim u utvrđivanju što je sve doprinjelo grešci, utvrditi načine kako se ta greška može otkloniti, zatim u otklanjanju greške, upoznavanjem cjelokupnog osoblja s onim što se dogodilo, što se danas vrlo često nastoji izbjeći da se ne bi pokazalo da je netko nešto pogriješio, upozoriti na sve ono čime se greške mogu prevenirati i dakako na kraju pokušati tehnički poboljšati takav uređaj.

Zanimljiva je stvar da su u svijetu, prvenstveno u Skandinaviji, a sad se to proširilo i na ostale zemlje Zapadne Europe kao i na Ameriku da se počelo tražiti rješenje za taj problem da se ništa ne zataškava što je uvijek u medicini bilo moguće i što je na neki način i dovelo do ovog tragičnog lanca smrti u Baxteru, jer se u početku mislilo, možda smo mi krivi, možda smo mi negdje pogriješili. Da nije bilo tog faktora koji kaže ako priznaš grešku i ako se greška nađe onda ćemo te možda procesuirati, nego da je bilo ovo što ću sad reći, možda se takve stvari ne bi dogodile. Naime, cijela Skandinavija praktički provodi sistem koji se zove *no fault no guilt*. Dakle sistem u kojem se svaka greška - od toga da se daje kriva injekcija za infuziju ili neka druga injekcija, pa do svih ovih drugih velikih grešaka - svaka se takva greške ili propust pismeno prijavljuje. Dakle, kad se pismeno prijave, na toj grešci svi defakto uče. Dakle na greškama se uči.

Mi smo posebno u ovom našem sistemu, u posljednjih deset godina doveli situaciju do apsurdna. To je da se greške zataškavaju kako ne bi sutra izašle od nekog zločestog kolege u novinama. Znači da se daje materijal u novine i da se može utužiti netko tko mi nije drag. Prije 25-30 godina kad sam ja počeo medicinu, situacija je bila sasvim

drugačija. Uglavnom svi smo razgovarali o tome, na tome se učilo i znalo se - to se meni više ne smije dogoditi. To se dogodilo danas, svi smo to čuli i o tim stvarima se uvijek otvoreno razgovaralo. Danas se o tome, nažalost više ne razgovara. Dakle na tim greškama se uči na taj način se greške preveniraju.

Takvu praksu *no fault no guilt* polako uvodi Francuska a i u Americi su jednako tako donijeli zaključak da upravo uvede jedan takav sistem da se greške moraju prijaviti, u kojem bolnice snose određenu odgovornost za te greške, ali je ona svedena na nekakvo uprosječivanje. Mogu vam reći da se 9.000 grešaka prijavljuje godišnje u Norveškoj i točno se znade koliko pojedina greška može donijeti novaca. I ne može donijeti više. Pacijent znade da će za jednu takvu grešku on dobiti nekakvu odštetu i to je to. A ogromna je korist od toga zapravo zato jer ne samo da pacijet ima korist jer dobije odmah tu svoju nekakvu odštetu nego cijeli zdravstveni sustav trpi manje jer se svaka greška odmah evidentira, svaka greška se odmah prenosi i na taj način zapravo svi uče i svi dobivaju. Zanimljivo je da kod uspostavljanja sustava prijavljivanja tih grešaka na kraju se ne zna tko je odgovoran. Ne smije se reći ime onoga koji je odgovoran već samo greška je tu. Tako ne dolazi do svih onih napetosti koji se u našem sistemu inače događaju. Ja mislim da bi to bilo ovako u kratko što sam htio reći, možda još samo to da se nadamo da ćemo u ovih idućih godinu dvije dana možda zahvaljujući i ako nam vi pomognete, dobiti i taj zakon o uporabi i održavanju medicinsko-tehničke opreme, koji bi vjerojatno mnoge od tih stvari koje se sada događaju spriječio. Hvala lijepo.

J.Barbić: Zahvaljujem gosp. prim.dr.sc. Ćepuliću. Njegovo izlaganje je jako dobar nastavak uvodnom izlaganju u kojemu su dani neki temeljni elementi odgovornosti. Tu smo vidjeli dvije stvari: da se greške događaju i drugdje čak i u najrazvijenijim

zemljama i što se tamo u pogledu toga poduzima. Mislim da je vrlo važno istaknuti prijedlog u vezi sa zakonom. Tu bi se morali uključiti pravnici tako da se što prije donese dobar zakon. Za to su potrebne interdisciplinarne rasprave u kojima pravnici ne bi smjeli docirati što treba biti nego se mora uzeti u obzir i ono što ima o tome reći medicinska struka, a ona tu može reći puno toga.

Treći je na redu gosp. prof.dr.sc. Mirko Gjurašin. On je predsjednik Povjerenstva za stručni nadzor Hrvatske liječničke komore, tijela koje ima pod sobom kvalitetu medicinske struke. Stoga mislim da ima jako puno za reći o temi današnje tribine. Gospodine profesore izvolite.

M.Gjurašin: Poštovani profesore Barbić, drage kolegice i kolege, ja sam došao za ovaj mikrofon da ne bih slučajno svom predsjedniku uzeo mikrofon, jer predsjednici su uvijek osjetljivi na ovaj mikrofon koji je trebao biti pred njima. Ja pristupam ovom problemu sa laičko-medicinskog stajališta. Znamo li mi što su to medicinski uređaji? Znamo li mi što je to kako mi popularno kažemo oprema? To je danas spojivo s medicinom tako blisko da bez opreme i medicinskih uređaja, moderna, suvremena medicina, produženje ljudskog života ne može zamisliti. To je nešto što je s nama, pokraj nas, bez čega se u medicinskoj praksi ne može živjeti duže od tridesetak četrdesetak godina u prosjeku kao što se živjelo prije četrdeset, pedeset godina.

Primjena medicinske opreme, primjena medicinskih uređaja je agresija na organizam. Svaki uređaj napada organizam. Najjednostavnija injekcija, krvava metoda dokazivanja bolesti ili liječenja je agresija na organizam. S iglom ulazite u čovjeka. Ja sam tu negdje u blizini odrastao i stanovao. I moja prva kćer je išla tu u Klaićevu kad je bila bolesna i kad je bila mala. Ali ja sam se tu s njom i šetao. A svaki put kad sam kćerku šetao u kolicima pored Klaićeve ona je počela plakati. Ona se bojala.

Bojala se jednog oblika agresije na nju. Nije se bojala vjerojatno one tete doktorice koja je s njom lijepo postupala ali se bojala injekcije. Dakle mi danas, od najbanalnije opreme kao što je igla upotrebljavamo vrlo sofisticiranu opremu, koja satima diše, cirkulira za organizam, dakle vantjelesnom cirkulacijom izvučemo sve iz čovjeka, i, on zapravo samo djelomično živi fizički a netko drugi živi za njega fizički.

Mi se s tim moramo pomiriti i moramo reći da oprema može imati svoj neposredni ili posredni utjecaj na zdravlje čovjeka. Svoj neposredni utjecaj ima onda kada se ona primjenjuje tzv. krvavim metodama, bilo dijagnostike, bilo terapije. Manje neposredan utjecaj ima onda kada metode nisu krvave, kao što je to rendgensko snimanje, kao što je ultrazvučna dijagnostika. Moderna medicina u budućnosti teži takovoj opremi koja će biti manje krvava, koja će biti manje agresivna, ali svaka oprema ima svoj oblik agresije koji se može osjetiti ili na fizici ili na duši čovjeka. Dakle ovaj oblik neposredno koji ima utjecaja to je vantjelesna cirkulacija to su uređaji za umjetno disanje, to su uređaji za utiskivanje lijekova, dakle različitim oblicima u različitom vremenskom razdoblju, to su sterilne jedinice, to su baro komore, to su kateterizacije srca sa terapijom i bez terapije, to su zahvati u okulistici i oprema, za fizikalnu medicinu. Dakle, ta oprema, ti medicinski uređaji imaju neposredni utjecaj na zdravlje i život organizma.

Ono što se vrlo često griješi sa stručnog stajališta je činjenica da oprema postaje središnja figura u procesu liječenja. Dakle netko nabavi aparat, ljudi dolaze zbog aparata. On ne mora uvijek biti u rukama vrhunskog stručnjaka. I osnovni postulat u nas bi trebao biti da je oprema komplementarni dio zbrinjavanja zdravlja čovjeka i njegovog integriteta. Ali mi smo vrlo često svjedoci da kad netko nabavi aparat, on je magnetsku rezonancu napravio,

njemu se dolazi na pregled, ona zapravo nije u svrhu struke i rezultata te struke, nego opreme koja je tog časa vrlo sofisticirana, popularna i bez nje se kao ne može. Dakle često imamo pojavu materijalne mogućnosti za nabavu opreme koja nije u službi struke nego je struka vrlo često u službi te opreme, što je vrlo opasno s našeg stajališta.

Primjena medicinske opreme ili medicinskih uređaja može se upotrijebiti, prije svega uz pristanak pacijenta. On mora pristati na to i drugi je uvjet osposobljenost stručne grupe koja te uređaje primjenjuje. Rizik se sastoji u ispravnosti uređaja s jedne strane, i u odgovornosti stručnjaka za provedbu procesa na adekvatan stručni način. Uvijek postoje i prisutne su komplikacije. Komplikacije mogu biti predvidive i nepredvidive. Dakle, oprema koja se upotrebljava za dijagnostiku i liječenje, njom se mogu predvidjeti komplikacije. Na primjer idete raditi gastroskopiju kod karcinoma jednjaka i vi se morate bojati jer postoji mogućnost da probijete jednjak sa gastroskopom, ali morate ići na tu gastroskopiju. S druge strane, vi u hitnom slučaju idete na gastroskopiju, ne znate da postoji karcinom, jer on krvari i probijete jednjak jer ne očekujete da se to dogodi. Za nepredvidive komplikacije koje se mogu dogoditi primjenom opreme ponekad ne može snositi krivnju ni pacijent a niti stručnjak zbog toga što se određeni zahvati moraju učiniti u slučaju životne ugroženosti, dakle u slučaju koji je hitan, i po život spašavajući zahvat, pa se mogu dogoditi komplikacije koje su nepredvidive, a koje mogu imati svoje posljedice. I konačno, bilo je rečeno da je možda teški duševni pritisak ovisnost čovjeka-pacijenta o opremi, o medicinskom uređaju. To je bio slučaj i kod ovih dijaliza. To je bio slučaj da svi pacijenti koji idu na dijalizu, ovisno o aparatu. Vrlo često se s njim ne mogu sporazumjeti. Vrlo često i uvijek postoji otpor prema toj agresiji koju taj aparat radi na pacijenta. Hvala.

J.Barbić: Zahvaljujem profesoru Gjurašinu. Vidim da se stvari jako dobro razvijaju, jer od one početne teze preko ovih podataka doktora Čepulića, vrlo je interesantna klasifikacija pojedinih slučajeva, koja može biti pravno izuzetno značajna za ocjenu upravo ovoga što mi govorimo, tj. postoji li odgovornost za štetu, kakva i kako se odgovara.

I na kraju zamolio bih gđu. prof.dr.sc. Mirjanu Sabljar-Matovinović, da sa etičkog aspekta, medicinske etike i deontologije kaže nešto na ovu temu.

M.Sabljar-Matovinović:

Biti ću vrlo kratka. Sasvim je logično da se ova današnja tema morala raspraviti prvenstveno sa stručnog, odnosno pravnog stanovišta, a isto tako je logično da danas ne bi trebalo zaobići etičku dimenziju te teme odnosno tog problema. Dokument koji regulira pravila profesionalnog i ispravnog ponašanja u medicini je Kodeks medicinske etike i deontologije. Taj kodeks niti na jednom mjestu nema izrijekom napisana neka pravila odnosno nešto što bi se moglo izravno povezati sa uporabom medicinskih uređaja. Međutim, u tom se kodeksu iz općih temeljnih načela i još nekih drugih dijelova mogu isčitati određena pravila i principi ponašanja općenito, i naravno pravila profesionalnog ponašanja.

Tako npr. u temeljnim načelima koje ću vam sad pročitati u članku 1. stavku 2. kaže: "U tom smislu on (misli se naravno na liječnika) poštovat će ljudski život od njegovog početka do smrti, promicati zdravlje, sprečavati, liječiti bolesti te poštivati ljudsko tijelo i osobnosti nakon smrti." Dakle, već u tom prvom, temeljnom načelu, može se između redaka isčitati, da će se između ostalog na adekvatan način upotrebljavati medicinske aparate. Dalje, u stavku broj 4. kaže: "svim svojim sposobnostima čuvat će plemenitu tradiciju liječničkog poziva, održavajući visoke standarde

stručnog rada i etičkog ponašanja prema bolesniku i njegovim bližnjima, te zdravim osobama." U stavku 6. kaže: "svoje znanje i umijeće uvijek će odgovorno primjenjivati u skladu s načelima ovog kodeksa." Što se tiče dužnosti prema bolesniku, članak 2. koji to određuje u stavku 1. kaže: "liječnik će smatrati dobrobit bolesnika svojom prvom i osnovnom brigom." U stavku broj 2. kaže svoj će posao "obavljati stručno i etički besprijekorno, ne iskorištavajući bolesnika ni tjelesno, ni emotivno niti materijalno". Dalje u članku 6. koji govori o biomedicinskim istraživanjima stoji sljedeće: "istraživanje novih dijagnostičkih, terapijskih, preventivnih postupaka, dopušteno je samo od neovisne i kompetentne komisije u okviru prihvaćenog plana kliničkog pokusa". Pritom se, jasno, misli i na uporabu aparata. " Usvajanje, primjena i širenje znanstveno neprovjerenih postupaka i probuđivanje lažne nade u bolesnika i njegovih bližnjih, povreda je medicinske etike". Moram reći da ovo povjerenstvo tj Povjerenstvo za medicinsku etiku i deontologiju pri Liječničkoj komori radi već gotovo sedmu godinu. Raspravljano je jako mnogo predmeta, međutim o konkretnoj šteti nastaloj uporabom medicinskih uređaja, nismo imali prilike raspravljati. Očito, i to će se morati promijeniti. Zahvaljujem se na pozornosti.

J.Barbić: Zahvaljujem gđi. prof.dr.sc. Sabljar-Matovinović na naglasku na etičku komponentu liječničkog poziva koja je izuzetno važna u tako ljudski osjetljivom pozivu kao što je onaj liječnika. Ona je i te kako značajna i za određenje elemenata odgovornosti liječnika.

Kolegice i kolege najprije Vas pozivam da pljeskom zahvalimo našim uvodničarima na tome što su nam dali izvrsnu podlogu za raspravu o današnjoj vrlo osjetljivoj temi. U kratko vrijeme čuli smo četiri aspekta gledanja na odgovornost o kojoj je danas

riječ. Mislim da je to dovoljno da biste mogli postaviti pitanja.

Pitanja: *1. Može li se uređaj za magnetsku rezonancu pravno gledano smatrati opasnom stvari?*

2. Postoji li obveza imatelja medicinskih uređaja da se ti uređaji preventivno kontroliraju, iako o tome nema pravilnika ni odredbi u statutu bolnice? Kakva je odgovornost, ako se utvrdi da uređaj nije u zadovoljavajućem stanju?

3. Što se smatra agresivnom metodom liječenja osim operativnih zahvata?

J.Barbić: Hvala, tko će odgovoriti?

M.Gjurašin: U principu magnetska rezonanca ne bi trebala imati nikakove posljedice što se tiče dijagnostike. Međutim to je oprema koja se koristi unatrag određeni broj godina. Ne zna se šta će se dogoditi. Uvijek, u svakom dijagnostičkom postupku koji se indicira, može se dogoditi incident. Incident ne mora biti rezultat zračenja. Incident može biti činjenica da se netko tko nepotrebno ide na magnetsku rezonancu posklizne, slomi nogu ili padne s kreveta. Da on u stanju u kojem je, ne može biti u ležećem položaju ili u položaju koji je potreban da se napravi dijagnostika. Prema tome, svaka dijagnostika koja nije indicirana, koja nema medicinsku indicaciju opasna je i nepotrebna. To je prvo. Drugo, nemoguće je da zdravstvena institucija provodi bilo kakovo provjeravanje ispravnosti vrlo sofisticirane opreme ali i jednostavne opreme. Mi dobivamo sterilne šprice. One su zapakirane, one su za jednokratnu upotrebu. Nemoguće je svaku seriju kontrolirati. Povremeno se može. Oprema kao što su uređaji za ekstrakorporalnu cirkulaciju, silno je sofisticirana. Silno komplicirana je oprema koja se primjenjuje kada se vantjelesna cirkulacija provodi, provodi se respiracija. Nemoguće je tu opremu provjeravati u institucijama gdje se ona upotrebljava. Ona se mora upotrijebiti pod

određenim kautelama: da je sterilna, da se ne unosi infektivni materijal, da su adekvatne otopine koje se u nju stavljaju. Ali sam mehanizam provedbe kao i dijalizatora, nemoguće je provjeravati njihovu ispravnost u institucijama koje ih primjenjuju. Kada se dogodilo ovo što se dogodilo to je jedan kompleks zbivanja. Dijalizator je bio samo jedan dio toga i vrlo teško se moglo doći do mjesta koje je bilo uzrok tomu. A Baxterovi dijalizatori, koji su bili uzrok nesreći, još ni danas se sa sigurnošću ne zna se što se u njima zbivalo i događalo da su pacijenti umirali.

E.Ćepulić: Kada govorimo o preventivnim pregledima uređaja, upravo se u Koprivnici nalazi jedna grupa ljudi koja radi na pilot projektu koji se odnosi na dio zdravstvene forme koja bi se tamo trebala početi primjenjivati. Oni su u svojim materijalima dali vrlo jasnu kritičnu primjedbu na to da se u Koprivnici ne kontroliraju nikakvi aparati, da se ne radi nikakva prevencija i to je jedan od njihovih zahtjeva da se to počne tamo i provoditi. Mi doista nemamo nikakav pravni propis koji bi obvezivao bilo koju zdravstvenu ustanovu na takve rutinske preglede što se vani već pokazalo da je neophodno i da se mora raditi. To je i razlog da mi molimo za pomoć vaše struke za uvođenje ovog zakona o tehničkoj ispravnosti. Servis ide za pojedine stvari ali za čitav niz drugih stvari ga nema. Kolega Jelić je anesteziolog, on bi mogao nešto reći, ti aparati se servisiraju izuzetno rijetko.

Jelić: Gospodin je postavio dobro pitanje koje bi nam trebalo biti poticaj da to riješimo. U hrvatskom zakonodavstvu postoje samo dvije vrste aparata koje se moraju obvezno zakonski redovito kontrolirati, i stalno provjeravati njihova upotrebljivost. To su aparati za radiološku dijagnostiku i radio terapiju. Svi drugi aparati su potpuno izvan zakona i ostavljeni su na savjesti ustanove, pojedinca i proizvođača. S obzirom na činjenicu da nemamo

zakon za razliku od drugih kulturnih zemalja, primjerice Slovenije, Austrije, Njemačke, koje imaju zakon o stavljanju i kontroli upotrebe medicinsko-tehničke opreme. Čak su pobrojani svi aparati koji su u tekućoj upotrebi, na koji se način oni moraju kontrolirati. Tko tako ne postupa automatski podliježe krivičnoj odgovornosti jer je stavio u upotrebu aparat koji nije u skladu za zakonom. U Hrvatskoj toga, na žalost nema. I ja bih postavio pitanje profesoru Barbiću: kako da se postave 145 liječnika koji su svaki dan po 600 puta u dilemi, jer se prosječno provodi 4 do 5 operacija kada moraju raditi sa anesteziološkim aparatima koji nisu u obveznom nadzoru, za njih ne postoji zakonska obveza da budu u nadzoru, svjesni su da su opasni jer su stari i nesigurni. A ako ne budu htjeli raditi na tim aparatima, čine drugu štetu ne izvršavanja šesto operativnih zahvata. I drugo, da li je liječnik odgovoran za svoje činjenje ili je odgovoran za rezultate svoga činjenja? To znači, jedan takav anesteziolog, ako postupi po pravilima struke, pregleda koliko je njemu dostupno mogućnost ispravnosti opreme, radi i desi se nešto. Je li on zapravo odgovoran?

J.Barbić: Ne bavim se medicinom, ali se bavim pravnim pitanjima nečega što je dosta slično tome, a to su pravna pitanja pružanja konzultantskih usluga i položajem konzultanata uključujući njihovu odgovornost. U pogledu te struke postoji pravilo: ako se postupi po pravilima struke, što god se dogodilo, nema za to odgovornosti. Konzultant mora dokazati da je postupio po pravilima struke. U protivnom bi se neke struke potpuno zatrle, njihov bi razvoj stao. To pravilo valja primijeniti i u medicini.

Vrlo ste dobro locirali stvar. Što da radi liječnik o kome govorite? Zar da kaže: neću raditi. Kolika je onda socijalna šteta? U svakom zvanju postoji element socijalnog rizika. To je ključno pitanje. Na

pitanje što činiti kada nema propisa odgovaram da su isključivo mjerodavna pravila struke. Nije samo propis pravilo struke. To su i nepisana pravila u struci, prosječna mjera pažnje koja se mora pokazati u nekoj struci. Takvo mjerilo je ključno u svim situacijama o kojima je ovdje riječ.

Zakon nije jedini koji to određuje. Nalažu li pravila struke da se nešto učini, bila ona propisana ili ne, tako se mora postupiti. A u pogledu sjajnih primjera koje je malo prije spomenuo prof. Gjurašin kada je riječ o stvarima kod kojih jednostavno ne možete znati što je u njima, podsjećam pravnike da u pravu imamo nešto slično, tj. pojam skrivene mane. Nema mogućnosti da se vidi što je u nekoj stvari, jer ako se otvori, ona postaje neupotrebljiva za svrhu kojoj je namijenjena. Mi u pravu tada kažemo: ako postoji skrivena mana, prema prodavatelju se produžuje rok za stavljanje prigovora za njene nedostatke, a samim time i za ostvarenje prava kupca. Na to se nadovezuje garancija proizvođača pa i njegova zakonska odgovornost za štetu izazvanu upotrebom nekog uređaja. Tako to mi u pravu pokrивamo.

P.Klarić: Pitanje: što da radi 145 liječnika koji rade sa neispravnim i opasnim aparatima? Je li liječnik odgovoran za činjenje ili rezultat?

Ja ne znam što da ti liječnici rade, ali znam, ako se dogodi šteta, da će odgovarati što su radili s neispravnim uređajima. Prema njemačkoj sudskoj praksi čini liječničku grešku onaj tko pristupi terapiji bez dovoljno stručnosti i tehničke opremljenosti ili fizičke kondicije (umor, iscrpljenost, ovisnost).

Na drugo pitanje, je li liječnik odgovoran za činjenje ili za rezultat? - valja istaknuti da je, s pravnog gledišta, pružanje medicinskih usluga ugovorni odnos i to ugovorni odnos privatnopravne naravi. U obzir dolaze dvije vrste ugovora - ugovor o uslugama (odnosno radu) i ugovor o djelu. Pretežan

broj medicinskih usluga obavlja se po osnovi ugovora o uslugama. To znači da je liječnik odgovoran da savjesno, primjenjujući pravila medicinske znanosti i struke, pažljivo, itd, pruži medicinsku uslugu i ne odgovara za rezultat.

Ako se medicinska usluga pruža po osnovi ugovora o djelu, težište je na rezultatu i tu se odgovara ako se rezultat ne postigne. Ugovori o djelu su znatno rjeđi u medicini. Imamo ih kod stomatologa za napr. vađenje zuba, zatim za pojedine laboratorijske pretrage, za kozmetičke zahvate i sl.

M.Gjurašin: Ja, na žalost moram malo drukčije razmišljati nego što moji kolege raspravljaju. Reći ću vam iz kojih razloga. Jedno su potrebe a drugo su mogućnosti. Istna je da je taj broj anestezioloških aparata poluispravan ili slabo ispravan. Ali istina je i to da postoje institucije koje nemaju defibrilator. A bave se hitnom medicinom. A jest isto tako istina da postoje velike klinike koje su zasebno i koje nemaju rendgen aparate. A jest istina i činjenica da većina vrhunskih stručnjaka danas ne može raditi bez spiralnog CT aparata koji košta 9 ili 11 milijuna kuna. I sada kada uzmete u obzir činjenicu da mi živimo sa 400 ili 350 dolara po čovjeku za potrebe zbrinjavanja i medicine onda to treba rasporediti i na respiratore i na defibrilatore i na monitore i na CT aparate i na anesteziološke aparate. Prema tomu tu treba pronaći određenu ravnotežu ako je to moguće.

Sa zadnjom rečenicom da mi zapravo svi radimo - hodamo po žici, svjesni smo činjenice da to moramo činiti i u okolnostima našeg življenja jer se kod nas ne izdvaja po osiguraniku 8 ili 9 tisuća dolara nego samo 450 pa sa tih 450 normalno je kad idemo provjeravati. Ja sam u prilici da mogu djelomično odlučivati o nabavi opreme. Danas se na urološkoj klinici kod mene traži 4 defibrilatora. Netko će možda na uglu umrijeti i reći će da je to zato što nije bilo defibrilatora. Svako tko gleda svoju

struku, ima želju da ima opremu, da može pružiti bolju zdravstvenu zaštitu. Ali na žalost to je ograničeno materijalnim mogućnostima zemlje u kojoj živimo, a raditi moramo.

Mr.sc. Petar Miličić, KBC Zagreb:

Radio sam analizu medicinskih instrumenata u Hrvatskoj i prošle godine uputio sam Ministrici zdravstva dopis u vezi stanja instrumenata. Radi se o 220 zdravstvenih ustanova u Hrvatskoj i oko 25000 instrumenata. Ja sam Ministrici predložio niz mjera, upravo o onome o čemu sada pričamo i ona me imenovala Predsjednikom radne grupe za kliničko inženjerstvo i medicinsku fiziku. U toj grupi je okupljeno društvo sa Fakulteta elektrotehnike i računarstva, prof. Tonković i doc. Magjarević, kolege sa Prirodoslovno-matematičkog fakulteta sa odsjeka za medicinsku fiziku, te nekoliko kliničkih inženjera i biokemičara iz pojedinih bolnica u Hrvatskoj. Mi smo napravili projekte, upravo o ovome o čemu sada pričamo.

Prvi projekt je Projekt o određivanju postojećeg stanja medicinskih uređaja u zdravstvenim ustanovama u Hrvatskoj. Predloženo je snimiti postojeće stanje svih instrumenata. Maloprije je bilo rečeno da samo za dva tipa uređaja postoji nekakva zakonska regulativa. To su radiološki aparati i sada je u pripremi zakon o neionizirajućem zračenju, koji se odnosi na elektromagnetska i magnetska polja te ultrazvučne valove. U medicini se koriste ultrazvučni aparati. Za sve ostale instrumente ne postoji nikakva zakonska regulativa kojom će se neki instrument ispitati i reći da je on ispravan.

Zato smo mi (Radna grupa) predložili niz normi koje je Državni zavod za normizaciju i mjeriteljstvo preveo i prihvatio kao Hrvatske norme za električnu opremu u medicinskoj praksi. To je oko 60 normi kojih bi se mi morali držati. One su punovrijedne u Europskoj zajednici. Kod nas još nisu. Prema tim

normama napravili smo projekt usaglašavanja hrvatskog zakonodavstva u zdravstvu sa usvojenim hrvatskim normama. Tu se spominju svi tipovi i svi instrumenti koji se koriste u zdravstvu. Znači od tih 25000 instrumenata postoji oko 10000 različitih instrumenata u hrvatskom zdravstvu. Na osnovu ta dva projekta moguće je spriječiti ove stvari. 10. svibnja ove godine mi smo Ministrici stavili na stol ova dva projekta. Plus treći projekt o specijalističkom usavršavanju za kliničke inženjere i medicinske fizičare. Budući da smo mi sad sa novim nižim koeficijentima više ne spadamo u medicinsku struku. U trenutku kada se bez opreme i medicinskih uređaja ne može više zamisliti medicina, u tom trenutku donosi se zakon da se klinički inženjeri i medicinski fizičari protjeraju iz zdravstva drastičnim sniženjem koeficijenata.

Na osnovu ova dva predložena projekta i trećeg (specijalističkog usavršavanja) upravo smo preventivno htjeli spriječiti ovakove stvari. Ja sam poslao Ministrici još jedan dopis prije nego što se ovo desilo, sa upozorenjem da je stanje instrumenata kritično, te da će se desiti zlo. Imam čak i dokumente ovdje gdje se to može vidjeti. Radio sam analizu ne samo na anesteziološkim instrumentima kojima je starost možda i preko 25 godina, nego i na drugim instrumentima na KBC-u. Radi se o instrumentima starim 25 do 30 godina koji ne samo da mogu ubiti strujom nego mogu i zdrobiti pacijenta. Svašta se može desiti i dešavalo se. Treba čim prije krenuti u kompletnu analizu postojećeg stanja i napraviti bazu podataka svih medicinskih instrumenata u Hrvatskoj. Mi na žalost na ovaj dopis sa gotovim projektima nismo dobili nikakav odgovor iz Ministarstva zdravstva.

Predložili smo i osnivanje Hrvatskog zavoda za medicinsku instrumentaciju koji bi bio adekvatan Hrvatskom zavodu za zaštitu od zračenja. Jedna takva institucija potrebna je Hrvatskoj da bi pratila

sve navedeno – zakonsku regulativu, primjenu zakonske regulative i da ima jednu bazu podataka gdje se točno zna gdje se koristi npr. Baxterovi dijalizatori. U sedmom mjesecu su ti projekti mogli biti prihvaćeni. Na žalost nisu.

J.Barbić: Zahvaljujem na ovom izuzetno dobrom komentaru. U pogledu teme o kojoj danas razgovaramo i s obzirom na podatke koje smo danas čuli, bez projekta o kojemu je riječ zapravo je nezamislivo raditi normalnu medicinu. To kažem kao pravnik. U protivnom se zaista izlažemo rizicima koji su bez mjera prevencije vrlo veliki uz odsustvo primjene mjera da se takvo stanje promijeni. Preporučam vam da i dalje zahtijevate od Ministarstva zdravstva da poduzme potrebne mjere, jer je ono resor koji predlaže propise na tom području. Budite uporni. Ako tamo ne dobijete odgovor, obratite se jednom od potpredsjednika Vlade, mislim da je za to područje zadužena gđa Antunović. Nema drugog puta. Valja biti uporan. Drugačijeg pravnog puta za to nema. Odgovornost je na onome tko upotrebljava medicinske uređaje. Ako se koriste neispravni uređaji, ne možete se prema oštećenom pacijentu pozivati na to da niste imali bolji, tj. ispravan uređaj.

Pitanje: *Molim vas komentar na prijavljivanje grešaka, koje su pravne posljedice i možemo li mi to provesti ?*

E.Ćepulić: O tome smo već govorili u nekoliko navrata. Ja mislim da je u idućim godinama pred Liječničkom komorom upravo put da pokušamo to i ostvariti. Naime ako nam u tome pomogne činjenica da je iz Skandinavije stvar krenula prema jugu, ja se nadam da će to biti jedna od stvari koju ćemo mi morati ovako ili onako prihvatiti ako se želimo približiti Europskoj Uniji. Pravno gledano ono što je važno u takvoj situaciji jest da se ne može tražiti pravna odgovornost pojedinca. Država je ta koja preuzima odgovornost prema pacijentu. Ako vas zanima ja mogu dati podatak da je u Švedskoj (prije uvođenja sustava kompenzacije 1975.) bilo samo oko 100

pacijenata koji su uspjeli dobiti neku vrstu kompenzacije za komplikacije. Dokazali su da se nešto dogodilo. A 1999. bilo je postavljeno 9.500 zahtjeva za odštetu. I kompenzacije je plaćeno 45%. Znači na taj način država priznaje da se nešto dogodilo, država to tamo organizira i postoji osiguranje bolnica - to je nešto slično kao naš proračun. U Norveškoj koja ima malo veći broj stanovnika nego Hrvatska u 1999. je bilo 2.049 zahtjeva od kojih je 33% riješeno pozitivno. Znade se točno koliko se može za koje postupke dobiti i na taj način su praktički pacijenti zadovoljeni. Znači nema individualne krivnje - *no fault no guilt*. Ne traži se individualna krivnja doktora, sestre ili sl. nego se upravo nastoji postići zajednički probitak čitavog zdravstvenog sustava.

P.Klarić: (uključuje se na pitanje upućeno drugom referentu) Ja nešto znam o tome. Naime u Norveškoj i Švedskoj i nekim drugim državama postoji osiguranje koje nije osiguranje liječnika i zdravstvenih ustanova, nego osiguranje pacijenata za štete od liječničkih grešaka. Ne radi se o tome da nema liječničkih grešaka ili da se one ne događaju, nego za njih se individualno ne odgovara, padaju na teret tih osigurateljnih fondova. O detaljima namjeravam nešto i napisati.

J.Barbić: Vidim da je tu ključna što brža protočnost informacija kako bi se spriječile štetne posljedice mogućih grešaka. Za to se moraju napraviti neki kompromisi. Ako nema tih kompromisa, nitko neće prijaviti grešku zbog bojazni da će za nju odgovarati. Radije će je prešutiti i učiniti sve da se ona ne otkrije. Međutim, ne smije se zaboraviti da je uvijek moguć pojedinačni zahtjev oštećenog pacijenta koji se ne može izbjeći, a liječnik se može pokriti od takve odgovornosti jedino osiguranjem. To je korektiv, ako zakon ne isključuje odgovornost, a on to u pravilu ne čini. Jedino u pogledu kaznene odgovornosti država može ići linijom oportuniteta,

ali ne može spriječiti privatno gonjenje od strane oštećenog pacijenta. Tu se i pred pravo postavlja vrlo ozbiljan zadatak, kako omogućiti potrebnu protočnost informacija koja može spriječiti daljnje veće štete, a to je društveno vrlo korisno, i istodobno spriječiti aktiviranje odgovornosti liječnika koji da bi spriječio veće štete javlja o svojoj grešci te kako zaštititi onoga tko je oštećen učinjenom greškom.

Pitanje: *Odgovara li uvoznik za štetu prouzročenu uvoznim uređajem ?*

P.Klarić: Prema našoj sudskoj praksi i propisima uvoznik ne odgovara kao proizvođač, ali on ugovorom može na sebe preuzeti takvu odgovornost proizvođača.

Napominjem da prema jednoj smjernici EEZ iz 1985.g. o odgovornosti za proizvod s nedostatkom, onaj uvoznik koji se nekim žigom ili imenom predstavlja kao proizvođač, odgovara kao proizvođač. Mi ćemo također imati takvu odredbu u novom Zakonu o zaštiti potrošača. Nacrt je izrađen početkom ove godine i sad je u saborskoj proceduri. No, uvoznik odgovara kao svaki prodavatelj, a to znači da odgovara po osnovi ugovorne odgovornosti za materijalni nedostatak stvari koju je uvezao i prodao.

J.Barbić: To nije dovoljno. Moram vam skrenuti pažnju da smo prije dvadesetak godina imali propis koji je propisivao odgovornost uvoznika. Uvoznik je bio taj koji se u zemlji svojom odgovornošću pridodavao proizvođaču pa ga se moglo tužiti kao i proizvođača. Države su se promijenile i propis se izgubio pa sada više nemamo izričitu normu koja to određuje.

P.Klarić: Ali ugovorom može uvoznik preuzeti takvu odgovornost proizvođača.

J.Barbić: Ugovorom može ali to u ovom slučaju nije dovoljno, jer se onda rade neke druge zaobilaznice koje isključuju odgovornost.

Pitanje: *Bi li uz ove tri vrste odgovornosti mogla postojati i četvrta, tj. ona imatelja opasne stvari ako je ne održava onako kako bi to trebalo? Na pitanje da li se u zdravstvu prodaju usluge, mislim da je pogrešno odgovoriti s ne. Kod privatnih liječnika pacijent kupuje uslugu. Zdravstveni sustav obveznog osiguranja prodaje uslugu zdravstvenog osiguranja. Tu se plaća usluga.*

P.Klarić: Držim da nema potrebe za četvrtom grupom mogućih šteta od uređaja. Štete koje nastaju zbog neodržavanja uređaja u ispravnom stanju, nepažljivog rukovanja, nekontroliranja i sl. spadaju u prvu grupu. Ali s obzirom da ima uređaja koji po sudskoj praksi mogu biti ocijenjeni kao opasna stvar na štete koje potječu od njih primjenjuju se pravila objektivne odgovornosti. Dakle ne može se onaj tko je napravio štetu osloboditi odgovornosti dokazujući da nije kriv, jer krivnja se uopće ne traži kao pretpostavka odgovornosti.

Pitanje: *Tko odgovara za štetu zbog upotrebe opasne stvari?*

P.Klarić: Prema Zakonu o obveznim odnosima za štete od opasnih stvari odgovara njihov imatelj, a njihov imatelj je u stvari vlasnik (u socijalizmu je to bila društvena pravna osoba).

Pitanje: *Kakva je kod nas praksa ako pacijent ima primjedbe na liječenje? Mora li pacijent biti dovoljno obrazovan da to sam ocijeni ?*

M.Gjurašin: Liječnik je dužan dati nalaz pacijentu. To je vlasništvo pacijenta. Pacijent može biti nezadovoljan i može se žaliti na postupke liječnika ili na instituciju u kojoj on radi ili komori. Pacijent na to ima pravo. Mi svakodnevno dobivamo tužbe pacijenata koji nemaju stručnu osnovicu. A mi smo u komori dužni

njemu reći da nije napravio stručnu pogrešku. Možda je napravio taktičku pogrešku pa se pacijent naljutio na njega ali on terapijski postupak je ili nije. Ako je napravio terapijsku pogrešku ili dijagnostičku onda komora daje svoje stručno mišljenje i na to mišljenje ima pacijent pravo i može ga dobiti.

Pitanje: *Mora li bolnica imati službu za održavanje medicinskih uređaja?*

M.Gjurašin: Bolnice imaju servisnu službu za najosnovnije popravke. Ali svaka oprema koja je ugrađena ima svoj specifikum i svoj servis. Prema tomu moguće je pozvati servis za popravak adekvatne opreme koja je uvezena i koja je montirana. A to ne rade bolnice jer je nemoguće imati toliko izobraženih ljudi da se razumiju u svu opremu. Vi mirne duše od uvoznika dobijete tko je ovlašteni servis koji je dužan završavati, održavati i popravljati opremu.

J.Barbić: Približavamo se kraju. Potrebno je naglasiti sljedeće: ovo je prva tribina na kojoj smo pokušali raspraviti nešto novo u medicini s pravnog aspekta. Sve ovo snimamo. Naši izlagači će dobiti tekst na autorizaciju, a sve ćemo to objaviti u biltenu čije izdavanje upravo pokrećemo. Kolega Klarić će čak napisati članak koji će biti objavljen u Zborniku Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Prema tome, ako vas to interesira, moći ćete nabaviti Zbornik i to temeljito proučiti. Jedino morate pričekati da se članak objavi, ali barem znate gdje to možete naći.

Drugo, svi oni koji žele biti članovi našeg kluba mogu to postati. Ovdje su pristupnice koje možete popuniti.

Treće je pitanje teme za našu narednu tribinu. Želite li da nastavimo s medicinom pa da sljedeća tema bude odgovornost za greške u medicini? Ako da, dogovorit ću se s našim današnjim uvodničarima da u prosincu održimo tribinu na tu temu. U siječnju planiramo vrlo interesantnu temu koja je

potpuna novost u hrvatskom pravu. Uvodi se kaznena odgovornost pravnih osoba. Nacrt Zakona je pripremljen. Počet će javna rasprava pa predlažem da u siječnju tu temu stavimo na dnevni red i tako se uključimo u javnu raspravu.

Još se jednom zahvaljujem našim današnjim uvodničarima na interesantnim izlaganjima i odgovorima na pitanja. Mislim da smo otvorili dosta pitanja. Možda će to i pomoći da se neke stvari maknu s mrtve točke.

Hvala na tome što ste u ovolikom broju došli na tribinu. Doviđenja na tribini u prosincu na koju ćete biti pozvani.

Tribina Pravnog fakulteta u Zagrebu
i

Kluba pravnika grada Zagreba

BILTEN BR. 2

Voditelj Tribine i urednik:
Prof.dr.sc. Jakša Barbić

Sadržaj:

Autorizirana izlaganja predavača:

Prof.dr.sc. Petra Klarića

Prim.dr. Egidia Čepulića

Prof.dr.sc. Mirka Gjurašina

Tema 73. tribine

ODGOVORNOST ZA ŠTETE ZBOG GREŠAKA U MEDICINI

Zagreb, 19.12.2001.

KLUB PRAVNIKA
TRIBINA 19.12.2001.
ODGOVORNOST ZA ŠTETU ZBOG
GREŠAKA U MEDICINI

J.Barbić: Dame i gospodo otvaram 73. tribinu Kluba pravnika grada Zagreba i Pravnog fakulteta u Zagrebu, koja će se ponovno baviti pravnim pitanjima s područja medicine, bolje rečeno medicinsko-pravnim pitanjima.

Prije nego što prijeđemo na temu današnjih izlaganja i rasprave, objavio bih da danas javnosti predajemo naš Bilten. To je rođenje publikacije za koju se nadamo da će uredno izlaziti nakon svake održane tribine. Namjera nam je da ono što se kaže na tribini ne ostane samo u sjećanju onih koji su na njoj bili, kao izrečene riječi koje jedan trenutak stoje, prolaze i odlaze nego da to bude nešto što će ostati trajno zabilježeno da se s time može koristiti svatko tko želi. U takvim uvjetima izgovorena riječ dobija na težini, a time i naša tribina.

Zasad šaljem Bilten na dvadeset adresa hrvatskih vodećih institucija koje ga mogu koristiti, upotrijebiti sve što žele iz objavljenih tekstova, primiti poruke koje se odavde šalju. Sa zadovoljstvom ćemo ga slati svima koji izraze želju da ga primaju. Želimo da ova tribina postane sredstvo stalne komunikacije, ne samo s pravničkom nego i sa širom javnošću ove zemlje, putem koje se iz prve ruke može dobiti izvještaj ili informacija o aktualnim stvarima. Time Klub i Fakultet čine ono što im je društvena zadaća, otvoreno i iskreno govore o svemu i čine to dostupnim svakome. Možda smo ovdje večeras svjedoci početka nečega što će odigrati značajnu ulogu u našoj javnosti. Ako se to zaista i dogodi, budimo ponosni da smo u tome sudjelovali.

Zamolio bih vas da nam iznesete sve primjedbe, ako ih imate u vezi s Biltenom, da nam predložite ako što treba poboljšati, da nam ukažete na greške ako smo ih napravili. Otvoreni smo za vaše prijedloge, to je konačno vaša tribina i to je vaš Bilten.

Kao što znate, na prošloj smo tribini obradili područje odgovornosti za štetu zbog upotrebe medicinskih uređaja. Danas tu temu proširujemo na obradu odgovornosti za štetu zbog grešaka u medicini. Prelazimo, dakle, na šire pravnome-dicinsko područje i time udovoljavamo izraženim željama sudionika tribine. Možda ćemo na jednoj od narednih tribina raspravljati i o kaznenoj odgovornosti u medicini. O tome ćemo Vas na vrijeme obavijestiti.

Naše večerašnje goste ne treba predstavljati, ali za one koji nisu bili na prošloj tribini, predstaviti ću ih redom kako sjede počev s moje lijeve strane. Prof.dr.sc. Mirko Gjurašin, predsjednik povjerenstva za stručni nadzor Hrvatske liječničke komore, primarijus dr.sc. Egidio Ćepulić, predsjednik Hrvatske liječničke komore i prof.dr.sc. Petar Klarić, sudac Ustavnog suda Republike Hrvatske, stručnjak, kao što znate, za građansko pravo, a posebno se bavi i odgovornošću za štetu na području medicine, pa smo ga zamolili da ono što je prošli puta izlagao o odgovornosti za štete nastale uporabom medicinskih uređaja, danas proširi na opću odgovornost za štete zbog grešaka u medicini. On će iznijeti svoju klasifikaciju slučajeva odgovornosti i obraditi institut spomenute odgovornosti. Naši kolege liječnici će nam tu bitno pomoći s kazuistikom, iznošenjem onoga što se događa u medicini, kako to izgleda iz njihovog kuta gledanja. Nadam se da ćemo dobiti odgovore na značajna pitanja koja zanimaju ne samo pravničku i medicinsku struku nego i svakog građanina ove zemlje.

Kolega Klarić, molim vas da ukratko iznesete svoje izlaganje. Nakon toga ćemo započeti s raspravom i pitanjima. Svako tko želi sudjelovati u raspravi, dobit će mikrofon pa ga molim da se predstavi. Unijet će u dobiveni listić svoje podatke, kako bismo mu mogli poslati tekst na autorizaciju tako da u narednom broju Biltena budu objavljeni tekstovi kao vjerni odraz onoga što se ovdje govori. Kolega Klarić izvolite.

P.Klarić: Hvala lijepo. Kolegice i kolege, dame i gospodo. Evo nastavka teme od prošlog puta. Ovoga puta nešto općenitije i šire o greškama u pružanju zdravstvenih usluga ili liječničkim greškama kako se to obično kaže. Ima jedna poslovice koju svi dobro znamo: *Errare humanum est!* No, posljedice greška mogu biti vrlo različite. Kad čovjek pogrešno obuje cipele riječ je bezazlenoj grešci, ali kad liječnik rentgensku snimku bubrega okrene naopa-ko, posljedica može biti odstranjenje zdravog umjesto bolesnog bubrega!

Odštetna odgovornost zdravstvenih djelatnika jedan je od vidova tzv. profesionalne odgovornosti, poput odgovornosti inženjera, odvjetnika i dr. Njezina osobitost leži u veličini rizika koji sobom nosi ta profesija. Plemenita i nadasve humana djelatnost da se drugome očuva, vrati ili popravi zdravlje ponekad je neizbježno skopčana s rizikom suprotnog učinka - gubitkom života i pogoršanjem zdravlja. Da bi od sebe otklonio moguću odgovornost za nepovoljan ishod, onaj koji se tom djelatnošću profesionalno bavi dužan je, prije svega, poznavati i savjesno primijenjivati znanje i iskustvo koje je čovjek na tom području dosegnuo. Osim toga, dužan je poštovati i sva pravna i moralna načela i pravila koja se odnose na obavljanje zdravstvene djelatnosti.

Sustav profesionalne odgovornosti liječnika u suvremenim društvima srednji je put između svireposti Hamurabijeva taliona i Platonova

laksizma. Ovisno o težini i vrsti povreda pravila pod kojima se obavlja zdravstvena djelatnost, odgovornost može biti kaznena, građanskopravna, moralno-etička i stegovna.

Tema moga izlaganja odnosi se na greške u medicini kao pretpostavke odštetne odgovornosti.

Nastanak obveznopravnog odnosa odgovornosti za štetu, kao uostalom i svakog drugog pravnog odnosa, veže se za kumulativno ispunjenje zakonom određenih pretpostavaka. Neke od njih su zajedničke za sve vrste odgovornosti za štetu (subjekti odgovornosti, štetna radnja, šteta, uzročna veza, protupravnost u objektivnom smislu), dok su druge (posebne) karakteristične za pojedine vrste odgovornosti. Tako je za subjektivnu odgovornost, pored općih pretpostavaka, potrebna i krivnja štetnika, za ugovornu odgovornost postojanje ugovorne obveze i njezina povreda. Za objektivnu odgovornost karakteristično je, pak, da se ne zahtijeva krivnja štetnika kao pretpostavka njegove odgovornosti.

U razmatranju pojedinih pretpostavaka odgovornosti u zdravstvenoj djelatnosti težište je, po naravi stvari, na radnjama i propustima (štetna radnja) zdravstvenih ustanova i zdravstvenih djelatnika.

Postoji više radnji i propusta u vezi s pružanjem zdravstvenih usluga kojima se može nanijeti šteta njihovim korisnicima. Njihova sistematizacija uglavnom je stvar pravne teorije svake pojedine zemlje i njezina pravnog uređenja zdravstvene zaštite građana. U nas je pravna teorija tek u nastajanju, a Zakon o zdravstvenoj zaštiti (st. 1. toč. 3. čl. 26) veže pravo na naknadu štete za "pružanje neodgovarajuće zdravstvene usluge." U usporednom pravu odnosno pravnoj teoriji najveći broj radnji i propusta kojima se može nanijeti šteta pacijentu obuhvaćeni su pod nazivom greške u

tretmanu (*Behandlungsfehler*) i greške u obavešćivanju pacijenta (*Aufklärungsfehler*).

Razmišljajući o jednoj konzistentnijoj sistematizaciji koja bi ujedno bila prikladna za naše odštetno pravo, odlučili smo se najvažnije štetne radnje i propuste u pružanju zdravstvenih usluga svrstati u slijedeće četiri grupe:

1. povreda pravila zdravstvene struke (liječnička greška),
2. povreda prava na tjelesni integritet (liječenje bez pristanka pacijenta),
3. povreda obveze pružanja hitne medicinske pomoći i
4. povreda obveze sklapanja ugovora o zdravstvenoj usluzi.

Povreda pravila zdravstvene struke (*liječnička greška, malpractice*)

Pojam *liječnička greška* potječe iz medicine, stvorio ga je čuveni patolog Rudolf Virchow u drugoj polovini 19. stoljeća pod nazivom *stručna greška* liječnika (*Kunstfehler der Ärzte*) i definirao kao “*kršenje općepriznatih pravila umijeća liječenja zbog pomanjkanja dužne pažnje ili opreza.*” Bilo bi to, kratko rečeno, skrivljeno postupanje *contra legem artis*.

Zbog upućenih mu prigovora, osobito onoga da stvara dojam o medicini kao znanosti s čvrstim i nepromjenjivim pravilima (kojih je u medicini vrlo malo!), pojam stručne greške napušten je i u suvremenoj njemačkoj pravnoj literaturi i sudskoj praksi zamijenjen pojmom *greška u tretmanu* (*Behandlungsfehler*). Izmjenom naziva želi se naglasiti da je to širi pojam od pojma stručne greške, jer obuhvaća ne samo greške u liječenju, nego i greške u dijagnozi, profilaksi i naknadnoj skrbi. Neki je autori definiraju kao *zanemarivanje ili odstupanje od medicinskog standarda odnosno standarda medicinske znanosti*, a drugi kao *svaku*

liječničku mjeru koja je prema standardu medicinske znanosti i iskustva izvedena bez dužne pažnje.

Lako je zapaziti da prva definicija naglašava objektivni element u definiciji – odstupanje od standarda medicinske znanosti, a druga subjektivni element – povredu obveze dužne pažnje (*ein Verstoß gegen die ärztliche Sorgfaltspflicht*). Time se nastavlja stari spor o tome treba li pojam liječničke greške sadržavati u sebi i krivnju? Naše je mišljenje da do odstupanja od standarda medicinske znanosti u pravilu dolazi skrivljeno, najčešće zbog nedovoljne pažnje. Držimo da je s metodološkog i postupovnog gledišta ispravnije razlikovati liječničku grešku od krivnje i tretirati ih kao dvije zasebne pretpostavke odgovornosti za štetu, koje se, prema pravilima subjektivne odgovornosti, moraju kumulativno ispuniti. Jedno je pitanje je li došlo do odstupanja od medicinskog standarda, a drugo je pitanje je li liječnik za to odstupanje kriv. Obe pretpostavke utvrđuje sud temeljem mišljenja medicinskog vještaka.

Važna novina u definiciji pojma *greške u tretmanu* je navođenje odstupanja od *standarda medicinske znanosti* kao mjerila greške, umjesto dotadašnjeg kršenja *općepriznatih pravila medicinske znanosti*. Prema jednom objašnjenju pojam medicinskog standarda svodi se na pitanje je li liječnik postupio onako kako se to od njega očekuje u njegovu profesionalnom krugu. Pri tome nije odlučno pravno, nego medicinsko mjerilo koje je, prema tom gledištu, manje rigidno jer ostavlja puno više prostora pluralitetu metoda. Štoviše, ne zahtijeva se da sve metode budu općepriznate, dovoljno je da se primjenjuju u više sveučilišnih klinika. To, međutim, ne znači da metode dijagnoze i terapije koje se tek ispituju u nekoliko specijalnih klinika čine obvezujući standard, niti da njihovo neprimjenjivanje vodi odgovornosti. Posebno je

važno napomenuti da je za ocjenu počinjenja liječničke greške isključivo mjerodavno stanje medicinske znanosti u vrijeme poduzimanja medicinskog zahvata. Krivnja liječnika se uvijek ocjenjuje *ex ante*. Kasnija znanstvena dostignuća medicine mogu imati utjecaja samo ako potvrđuju ispravnost poduzetog zahvata, dakle, ako idu liječniku u prilog.

Naše odštetno pravo, kao uostalom i strana zakonodavstva, ne poznaje pojam pod nazivom liječnička greška ili njemu sličnom. Nema, međutim, razloga da se taj naziv ne prihvati u pravnoj teoriji i sudskoj praksi. Naziv liječnička greška sam po sebi upućuje na grešku koju učini liječnik u svom zanimanju. S gledišta odredaba ZZZ (st. 1. i 2. čl. 108) liječničku grešku čini liječnik koji pri pružanju zdravstvene zaštite ne postupi *prema pravilima zdravstvene struke* i njezinim *moralnim i etičkim načelima*. Povreda navedenih pravila i načela čini zdravstvenu uslugu, u smislu čl. 26. ZZZ, neodgovarajućom, što za sobom povlači, uz ispunjenje ostalih pretpostavaka, odgovornost za štetu. Ako postoje općepriznata pravila medicinske znanosti i struke (tzv. školska medicina) liječnik je dužan primijenjivati ih. Pri izboru dijagnostičkih i terapijskih metoda je potpuno slobodan, ali je u dvojbi dužan držati se načela sigurnijeg puta. Grešku bi učinio jedino ako bi izabrao metodu koja u medicini nije priznata. Ako pak u teoriji postoje različite škole mišljenja o nekoj metodi, preporučuje se osloniti na općenito prihvaćenu praksu.

Krivnja. Budući da se u svim odštetnopravnim sustavima odgovornost za štetu zbog liječničke greške, osim u nekoliko slučajeva objektivne odgovornosti, prosuđuje prema pravilima subjektivne odgovornosti, krivnja zdravstvenog djelatnika jedna je od ključnih pretpostavaka odgovornosti. Načelno dolaze u obzir oba oblika krivnje – namjera i nepažnja, no slučajevi namjernog ozljeđivanja

odnosno oštećivanja zdravlja pacijenta vrlo su rijetki u sudskoj praksi.

Praktički se odgovara gotovo isključivo za nepažnju. Pitanje je, međutim, za koju nepažnju - grubu (krajnju) ili običnu nepažnju odnosno nemarnost? Dugo vremena je vrijedilo pravilo, gotovo u svim pravnim sustavima, da se za štetu zbog liječničke greške odgovara samo ako je počinjena grubom nepažnjom. Danas se u većini prava odgovara za svaku nepažnju, dakle i za običnu nepažnju.

Za razliku od namjere koja se u građanskom pravu određuje subjektivno, nepažnja se određuje objektivno - uspoređuje se ponašanje učinitelja s ponašanjem nekog zamišljenog čovjeka kao mjerilom temeljem kojega se utvrđuje je li učinitelj postupao s dužnom pažnjom.

Za zdravstvene djelatnike također se prihvaća objektivno mjerilo za utvrđivanje njihove profesionalne pažnje odnosno nepažnje. Ono što je specifično za mjerilo njihove profesionalne pažnje jest da se ono utvrđuje dvojako - prema osobama iz istog profesionalnog kruga i prema konkretnim okolnostima u kojima se odvija medicinska intervencija.

Kao objektivno tipizirani standard pažnje uzima se pažnja koja se može očekivati od *iskusnog i savjesnog* medicinara istog ranga (njemačko pravo), odnosno *dobrog stručnjaka* iste kategorije i istog ranga kao i onoga čije se ponašanje ocjenjuje: liječnika opće prakse, specijaliste itd. (francusko pravo), odnosno *reasonably competent doctor* (englesko pravo). Za naše pravo mjerilo pažnje za zdravstvene djelatnike je *pažnja dobrog stručnjaka*, što znači, prema odredbi st. 2. čl. 18. ZOO, povećana pažnja prema pravilima struke i običajima. Prema tako visoko postavljenom mjerilu skrivljeno bi postupao svaki zdravstveni djelatnik

koji bi postupao s pažnjom, ne dobrog, nego osrednjeg ili prosječnog stručnjaka.

Opisani standard pažnje ne bi trebalo shvatiti kao kruto pravilo koje ne trpi nikakva odstupanja u praksi. Ovisno o konkretnim okolnostima određenog zahvata, smatra se da je dopuštena njegova korekcija, kako u smislu ublažavanja, tako i u smislu pooštrenja. Pravilo je da veća opasnost i veći rizik zahvata zahtijevaju veću pažnju, a da hitnost i nužnost zahvata opravdavaju niži standard pažnje. Uvijek se valja pitati kako bi se iskusan i pažljiv liječnik opće prakse odnosno specijalista ponašao u datoj situaciji (*Die Situation ist Meister der Sorgfalt!*). Pri tome se, međutim, niži standard pažnje ne može opravdati praksom, koja može biti i dosta raširena, ako se radi o neurednom i aljkavom postupanju odnosno poslovanju.

Sustavi koji primjenjuju pravila subjektivne odgovornosti na štete nanesene liječničkom greškom pretežito primjenjuju onu njezinu inačicu kod koje oštećenik dokazuje krivnju liječnika. U nekima od njih se iznimno primjenjuje, kad se radi o slučajevima grube nepažnje, subjektivna odgovornost kod koje se krivnja liječnika predmnijeva.

U sustavima dokazane krivnje razvijena su određena sredstva kojima se oštećenom pacijentu olakšava teret dokaza. Najpoznatija su tzv. *prima facie* dokaz (*Anscheinbeweis*) i, u angloameričkom pravu, pravilo *res ipsa loquitur*. U oba slučaja oštećenik dokazuje tijek događaja koji na osnovi medicinskog iskustva upućuje na visoku vjerojatnost liječničke greške odnosno krivnje, npr. da je oštećenik dobio šarlah nakon što je smješten u sobu u kojoj se nalazio oboljeli od šarlaha, ili da je nakon operacije zaostao neki predmet u tijelu bolesnika i sl. Na liječniku je odnosno klinici da pokuša oboriti *prima facie* dokaz navodeći činjenice koje upućuju na atipičan tijek događaja kod konkretnog oštećenika.

U hrvatskom odštetnom pravu primjenjuje se ona varijanta subjektivne odgovornosti kod koje se krivnja štetnika predmnijeva (presumira). Uz neke rijetke iznimke to vrijedi i za ugovornu i izvanugovornu odgovornost za štetu (st. 1. čl. 154 ZOO).

Pravna literatura pokazuje da je liječničke greške moguće klasificirati prema različitim kriterijima. Tako ih je moguće razvrstati na one koje nastaju činjenjem i one koje se sastoje u propuštanju; na grube ili teže i lakše; na greške po stadijima medicinske intervencije – dijagnostičke, terapijske, profilaktičke; na taktičke i tehničke; na opće, elementarne, u organizaciji rada, u informiranju itd.

Povreda prava na tjelesni integritet (liječenje bez pristanka pacijenta ili samovoljno liječenje)

Liječenje kojem bi se pristupilo bez prethodnog pristanka pacijenta povreda je prava na tjelesni integritet čiji smisao je u tome da o volji svake pojedine osobe ovisi hoće li se podvrći liječenju ili će ga odbiti. *Voluntas aegroti suprema lex!* Obveza liječnika na traženje pristanka i pravo pacijenta da odbije pregled i liječenje zajamčeni su u nas odredbom čl. 26 (toč. 5, 7, 8, 10, 11) ZZZ i čl. 2. toč. 3 Kodeksa medicinske etike. Liječenje bez pristanka pacijenta protupravna je radnja koja u hrvatskom pravu ima karakter kaznenog i građanskog delikta.

Prema načelu *volenti non fit iniuria* pristanak pacijenta isključuje protupravnost medicinske intervencije pod uvjetom da je pravno valjan i da su izvedeni oni zahvati za koje je, nakon obavijesti o njima, dât pristanak. U tom slučaju, dakako, 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 liječnička greška. Drugim riječima pristankom na određeni medicinski

zahvat pacijent preuzima na sebe rizik za njegov ishod, ali ne i onaj koji bi bio posljedica liječničke greške.

Kad je pristanak pravno valjan? Prije svega zahtijeva se sposobnost pacijenta da dade pravnorelevantno očitovanje kojim pristaje na medicinski zahvat. U velikom broju pravnih sustava sposobnost pristanka više se ne veže za poslovnu sposobnost, već se smatra dovoljnom sposobnost osobe da shvati značenje, domašaj i rizike konkretne medicinske intervencije. Takva se sposobnost priznaje i osobama mlađim od 16 godina, a u njemačkoj sudskoj praksi i onima s navršениh 14 godina. U teoriji se takva praksa prihvaća s obrazloženjem da se pristanak na zahvat u tijelo i zdravlje ne može poistovjetiti sa klasičnim pravnim poslom imovinskopravne naravi, već da je riječ o ostvarivanju temeljnog prava osobnosti za što su dovoljni zrelost i sposobnost shvaćanja značenja takvog zahvata. Ukratko – sposobnost rasuđivanja. Izneseno gledište se može prihvatiti i za naše pravo, tim više što se u nas deliktna sposobnost, dakle sposobnost rasuđivanja (ubrojivost), priznaje osobama s navršениh 14 godina života (st. 3. čl. 160 ZOO). Umjesto osoba koje nemaju sposobnost rasuđivanja ili nisu pri svijesti pristanak daju njihovi zakonski zastupnici – roditelji ili skrbnik, ali ZZZ (čl. 26. toč. 5 i 11) ovlašćuje i članove uže obitelji i bliže srodnike pacijenta.

Očitovanje volje mora biti valjano, što će reći učinjeno slobodno, ozbiljno određeno i razumljivo; nije valjano ako je izazvano prijevarom, ali je valjano ako je učinjeno zbog zablude koja nema karakter prijevare. Očitovanje se može dati u bilo kojem obliku, pa i prešutno (prepuštanje liječenju i sudjelovanjem u njemu). Pisani oblik suglasnosti na operacije često zahtijevaju bolnice i klinike, obično na unaprijed pripremljenom obrascu, ali pisani oblik može biti propisan i zakonom.

Izjava o pristanku može se opozvati u svako doba, pa i nakon što je otpočeo medicinski zahvat, jer to proizlazi iz ovlasti pacijenta da samostalno raspolaže sa svojim tijelom. Ako bi prekid intervencije mogao dovesti do težeg oštećenja zdravlja ili smrti pacijenta, liječnik bi je, prema nekim mišljenjima, trebao nastaviti ne obazirući se na uskratu pristanka.

Pristanak nije valjan ako se odnosi na radnju koja je protupravna (čl. 163. st. 2. ZOO), kao što je npr. nedopušteni pobačaj. Smatra se da je nevaljan i pristanak na zahvat koji je nerazuman, jer nije medicinski opravdan (indiciran) a znatnijeg je obima.

Za valjanost pristanka nije dovoljan tzv. opći pristanak tj. pristanak na liječenje koji podrazumijeva i pristanak na svaki dijagnostički i terapijski zahvat za vrijeme njegova trajanja. Na primjer, pacijent koji je došao ortopedu sa slomljenom rukom na liječenje ne znači da je time pristao i na amputaciju ruke. Pristanak se, dakle, treba odnositi na određene medicinske zahvate i s njima skopčane rizike, pa i osobu liječnika (posebni pristanak). Sudeći prema odredbama iz čl. 26. ZZZ (toč. 10 i 11) držimo da je naš zakonodavac prihvatio koncepciju posebnog pristanka.

Ako se u tijeku operacije pokaže potreba za proširenjem zahvata, mišljenja su glede potrebe novog pristanka vrlo različita. Čini se da prevladava gledište da je pristanak potreban jedino ako se druga operacija može odgoditi bez štete po zdravlje bolesnika, inače se predmnijeva. Načelno treba moguća proširenja operativnog zahvata unaprijed dogovoriti s bolesnikom.

Napokon, bitna pretpostavka valjanosti pristanka na medicinski zahvat je da pacijent bude dovoljno *obaviješten* o vrsti, tijeku, rizicima i svrsi zahvata kako bi se mogao odlučiti prihvatiti ga ili odbiti. Po

naravi stvari obveza pružanja obavijesti odnosno razjašnjenja medicinskog zahvata pada na davatelja zdravstvene usluge – liječnika ili zdravstvenu ustanovu. Neispunjenje te obveze čini pristanak pacijenta na zahvat nevaljanim, sam zahvat protupravnim odnosno liječenje samovoljnim. Njezina važnost dolazi u praksi do izražaja posebno u onim slučajevima kada pacijenti u odštetnoj parnici protiv liječnika ne mogu dokazati liječničku grešku kao uzrok pretrpljene štete, pa onda ističu prigovor neobavješćivanja ili nedovoljnog obavješćivanja o medicinskoj intervenciji. Takvim, naime, prigovorom teret dokaza prebacuju na liječnika.

Zbog svoje važnosti obveza informiranja pacijenta, premda o njoj ima vrlo malo zakonskih odredaba, razrađuje se vrlo detaljno u pravnoj teoriji i sudskoj praksi kao zaseban pravni institut. Poznaju ga odštetnopravni sustavi kako europskog, tako i angloameričkog prava.

Obveza obavješćivanja i poduke

(*Aufklärungspflicht, informed consent, cosentement éclairé*). Hrvatska je među prvima koja je obvezu obavješćivanja uvela kao zakonsku obvezu formulirajući je kao *pravo građanina na točno obavješćivanje i poduku o svim pitanjima koja se tiču njegova zdravlja* (toč. 6. čl. 26. ZZZ).

Kao etički postulat i pravna obveza obavijest i poduka morali bi pacijentu omogućiti da, u osnovnim crtama, sazna vrstu zahvata, metodu izvođenja, rizike i posljedice koje sobom nosi, posljedice odbijanja zahvata i alternativne mogućnosti liječenja. Sadržajne pojedinosti razrađene su vrlo iscrpno kroz odgovarajuće vrste obavijesti – obavijest o dijagnozi, obavijest o vrsti, obimu i izvođenju zahvata i obavijest o mogućim rizicima.

Jedno od osjetljivijih pitanja u svezi s obavješćivanjem pacijenta je pitanje *obima* obavijesti. U

načelu je taj obim determiniran svrhom obavješćivanja, što znači da bi trebao biti dovoljan za odluku o pristanku na predstojeću medicinsku intervenciju odnosno njezino odbijanje. Ne treba smetnuti s uma da to nije samo interes pacijenta, već i liječnika, budući da se, ako njegove obavijesti ne obuhvate sve što je potrebno za valjanu odluku pacijenta, izlaže riziku odgovornosti zbog samovoljnog liječenja.

U najvažnije obavijesti nesumnjivo spadaju one koje se odnose na veće i učestalije rizike i opasnosti povezane s medicinskim zahvatom. Nije nužno obavijestiti o neznatnim rizicima, netipičnim opasnostima ili mogućnosti da liječnik načini grešku u tretmanu. Obim obavijesti je manji kod hitnih neodgodivih zahvata za razliku onih koji se mogu odgoditi; iscrpnije su obavijesti potrebne kod primjene novih metoda liječenja, kod dijagnostičkih zahvata, kod zahvata s trajnijim štetnim posljedicama.

Oblik obavijesti nije propisan, pa je na liječniku da ga odabere. Usmeni oblik pogoduje stvaranju odnosa povjerenja između pacijenta i liječnika. Da bi, međutim, liječnici imali dokaz o datim obavijestima zahtijeva se, u novije vrijeme, da pacijent prije medicinskog zahvata potpiše unaprijed sročenu izjavu da je obaviješten o zahvatu, rizicima itd. te da na nj daje svoj pristanak. Takvoj se praksi prigovara da kod bolesnika izaziva nemir, strah i dojam da sav rizik zahvata preuzima na sebe.

Kada pristanak na zahvat nije potreban?

Prema odredbi čl. 16. Ustava Republike Hrvatske slobode i prava građana mogu se zakonom ograničiti da bi se zaštitila sloboda i prava drugih ljudi te pravni poredak, javni moral i zdravlje, s tim da svako takvo ograničenje mora biti razmjerno naravi potrebe za takvim ograničenjem. Temeljni

razlozi zakonodavca za ograničavanjem prava na nepovredivost fizičkog integriteta leže u potrebi zaštite zdravlja drugih ljudi, pa i samog bolesnika, koje bi moglo biti ugroženo ako se ne bi, u zakonom određenim slučajevima i njime predviđenim pretpostavkama, dopustili određeni medicinski zahvati i bez pristanka pacijenta odnosno građanina. Primjera radi navodimo nekoliko važnijih slučajeva:

- u slučaju neodgodive intervencije čije bi nepoduzimanje ugrozilo život i zdravlje građanina ili izazvalo trajna oštećenja nije obvezno tražiti suglasnost ako bi zbog njezina pribavljanja od članova njegove obitelji, bližih srodnika ili skrbnika proteklo vrijeme zbog kojega bi život građanina bio ugrožen, a on u tom trenutku nije sposoban donijeti takvu odluku (st. 1. toč. 5. čl. 26. ZZZ);
- pristanak nije potreban u slučaju neodgodivog kirurškog zahvata ili druge medicinske intervencije ako osoba nije pri svijesti ili nije sposobna za rasuđivanje (st. 1. toč. 11. čl. 26. ZZZ);
- u slučaju sumnje da je neka osoba zbog zarazne bolesti opasna po zdravlje drugih (čl. 30. ZZZ);
- u slučaju osoba oboljelih od duševnih bolesti (čl. 31. ZZZ);
- u slučaju izricanja sigurnosne mjere obvezatnog psihijatrijskog liječenja i obveznog liječenja od ovisnosti (čl. 75 i 76. KZ).

Odgovara li se ako zahvat uspije?

Ako zahvat izveden bez pristanka pacijenta uspije, a da pritom ne bude počinjena nikakva liječnička greška, može se odgovarati jedino za štetu nastalu kao posljedica povrede prava na tjelesni integritet, dakle za nematerijalnu štetu. U usporednom pravu se u pravilu priznaje pravo na naknadu nematerijalne štete u takvom slučaju. U pravnoj teoriji prevladava mišljenje da ne bi trebalo priznati naknadu nematerijalne štete, ako je samovoljnim

liječnjem spašen život pacijenta. Za hrvatsko odštetno pravo i sudsku praksu odgovornost je za povredu prava na tjelesni integritet samovoljnim medicinskim zahvatom nedvojbena i u slučaju uspješnosti zahvata.

Odgovornost ako *lege artis* zahvat ne uspije.

U slučaju neuspješnog zahvata bez pristanka odnosno pravno nevaljanog pristanka odgovara se za svu njime prouzročenu štetu makar je zahvat *lege artis* izveden. Takvo gledište prihvaća njemačka i švicarska sudska praksa.

Objašnjava se to pravilom *versari in re illicita* (puna verzija pravila glasi: *Versanti in re illicita imputantur omnia, quae ex delicto sequuntur*), prema kojem onaj koji se upliće u nedopuštenu stvar (delikt) odgovara za sve ono što iz toga proizađe.

Liječnik može istaknuti prigovor da bi njegov pacijent pristao na zahvat da je bio upitan i obaviješten i to dokazivati. Pri tome ne bi trebalo uvažiti izjavu pacijenta da bi odbio zahvat i da je bio pitan i obaviješten, ako se utvrdi da je zahvat bio doista opravdan.

Ima mišljenja da u opisanom slučaju liječnik ne odgovara za svu štetu već samo za onu koja je posljedica povrede prava na samoodređenje. Jer, ako je radio *lege artis* šteta je posljedica nesretnog slučaja za koji se, prema pravilima subjektivne odgovornosti, ne odgovara.

Povreda obveze pružanja hitne medicinske pomoći

U našem medicinskom pravu normirane su zapravo tri vrste obveza u vezi s pružanjem pomoći u slučaju ugroženosti zdravlja – obveza pružanja hitne medicinske pomoći, obveza pružanja nužne pomoći i obveza ukazivanja prve pomoći.

Obveza pružanja hitne medicinske pomoći utvrđena je kako za zdravstvene ustanove – domove zdravlja, bolnice, ustanovu za hitnu medicinsku pomoć, tako i za zdravstvene djelatnike privatne prakse (čl. 63,66,76,135 ZZZ). Građanin ima pravo na hitnu pomoć i neodgodivu medicinsku pomoć kad mu je potrebna (čl. 26. ZZZ). Zdravstvena djelatnost mora biti tako organizirana da je građanima uvijek osigurana i dostupna hitna medicinska pomoć, uključivo hitni prijevoz (čl. 37. ZZZ). Ustanova za hitnu medicinsku pomoć između ostalog osigurava prijevoz oboljelih, stradalih i ozlijeđenih u odgovarajuću zdravstvenu ustanovu i pruža medicinsku pomoć za vrijeme prijevoza (čl. 66.ZZZ). Povreda obveze pružanja hitne i neodgodive medicinske pomoći kazneno je djelo (čl. 243. KZ), a ako je njome došlo i do pogoršanja zdravlja građaninu, pretpostavka je odgovornosti za štetu.

Prema Zakonu o obveznim odnosima (čl. 182) odovara za štetu svaki onaj tko bez opasnosti za sebe uskrati pomoć osobi čiji su život ili zdravlje očito ugroženi (nužna pomoć), a prema okolnostima konkretnog slučaja morao je predvidjeti nastanak takve štete. Ta se odgovornost odnosi, razumije se, i na zdravstvene djelatnike i zdravstvene ustanove. Predviđena je mogućnost (st. 2. čl. 182) oslobođenja od obveze naknade štete, ako sud ocijeni da bi to bio zahtjev pravičnosti.

Napokon, ZZZ (čl. 3) je obvezao svakog građanina na pružanje prve pomoći stradaloj ili bolesnoj osobi u skladu sa svojim znanjem te joj omogućiti pristup do hitne medicinske pomoći. Ta se obveza, dakako, odnosi ponajprije na one čije znanje je tu najveće – zdravstvene djelatnike. Onaj koji više zna više je dužan i učiniti.

Povreda obveze sklapanja ugovora o zdravstvenoj usluzi

Prema čl. 183. ZOO odgovara za štetu osoba koja je po zakonu obvezna sklopiti neki ugovor, ako ga na zahtjev zainteresirane osobe (ovdje pacijenta) bez odgađanja ne sklopi. U određenim slučajevima sklapanje ugovora o pružanju zdravstvene usluge obvezatno je na strani zdravstvene ustanove odnosno zdravstvenog djelatnika.

Osim propusta o kojima sam govorio potrebne su za odštetnu odgovornost i druge pretpostavke, posebno nastanak pravno relevantne štete i utvrđenje uzročne veze između propusta odnosno greške i nastale štete. No, o tome drugom prigodom.

J.Barbić: Zahvaljujem kolegi Klariću na ovoj klasifikaciji koja je jako dobra podloga za ovo što će nam reći kolege liječnici. Jer tu sada dolaze oni sa radnjama i situacijama koje se pojavljuju i koje se zapravo mogu svaka secirati da tako kažem sa pravnog stajališta po ovim pitanjima koja su ovdje iznesena. Naravno da bi za to trebalo mnogo više vremena, ali za ovakvu raspravu koju mi danas imamo dovoljno je ako samo naznačimo pojedine djelove jer će i čitava stvar biti onda mnogo življa.

Ja najavljujem primarijusa dr.sc. Egidija Čepulića da kao predsjednik Liječničke komore kaže što ima o tome da vidimo koje su to greške i kako to izgleda, ovako kad to gledamo sa pravnog stajališta.

E.Čepulić: Hvala lijepa. Pozdravljam sve ovdje prisutne i odmah ću, dakako, krenuti *in medias res*. Ovo što smo čuli od profesora Klarića bilo je doista vrlo zanimljivo, ali samo pokazuje koliko smo mi kao struka ugroženi na svim stranama i praktički u svakoj minuti i sekundi našeg rada i djelovanja. Još da smo čuli i o pružanju ili ne pružanju hitne medicinske usluge, onda bi, vjerojatno još više bili

svjesni koliko je liječničko zvanje izloženo svim mogućim rizicima i zbog toga ne samo mi ovdje, nego i medicinari u svijetu, traže način na koji bi se za nas, koji radimo na tom rizičnom poslu, rizici smanjili. Drugim riječima, da se smanji tenzija ili pritisak na naše djelovanje, jer pod pritiskom i strahom od greške greške se češće i događaju. Čuti ćemo kasnije od prof. Gjurašina upravo takve primjere gdje su liječnici zbog pritiska radili na način koji možda nije sasvim medicinski opravdan i koji opet donosi nove rizike. Tako se onda čitava stvar vrti u krug.

Ja sam jednako tako mislio započeti svoje izlaganje sa sentencijom *errare humanum est*. Htio bi reći da liječnici nisu drugačiji od ostalih profesija. U svim profesijama se griješi. Koja je razlika između naše i druge profesije? Obično u drugim profesijama greške nisu tako tragične po pojedince. Mogu kadkad biti tragične po veći broj ljudi npr. kad se sruši neki most, zatrpa tunel ili sl. No te greške drugačije dolaze do izražaja, drugačije se shvaćaju i jasno se vide. Naše greške zapravo se nisu godinama registrirale. Uvijek je liječnik bio čovjek tajnovit ili nekako iznad ostalih ljudi i stoga se o tim greškama nije govorilo, bar ne puno. Dakako, Amerika i njezin način života doveli su do toga da se sasvim stvar okrenula i da se počinje tražiti što više grešaka ne bi li se na tim greškama nešto i zaradilo. Dakle, u greškama u svakodnevnom životu tj. u greškama prema drugim ljudima, prema materijalnim dobrima, prema prirodi. U medicini naša greška može završiti tako da netko bude ili privremeno ili trajno onesposobljen, a u najgorem slučaju da dođe i do smrtnog ishoda. Greška se ne mora dogoditi samo u bolnici, može biti učinjena i u ambulantnoj praksi i na ulici ili u domu pacijenta, dakle svugdje. I mi želimo da se što je prije moguće donesu takvi propisi, a nadamo se da ćemo s vašim Društvom i kolegama pravnicima i uspjeti, koji će

nas liječnike od tih pritisaka na neki način osloboditi.

Greške u medicini se danas očituju prvenstveno kao greške prema pojedincu. Izuzetno se rijetko dešavaju greške prema većem broju ljudi. Kako je naša greška prema pojedincu u potencijalnim procesima uvijek nalazimo dvije strane: s jedne strane pacijent, a s druge strane liječnik. Kad pogledamo koliko grešaka možemo pridodati ljudskom faktoru, prema podacima koje sam uspio sakupiti, smatra se da je to negdje od 60-80% od svih grešaka učinjenih u medicini. Nije tu uvijek kriv liječnik. Krivica može biti i na nekome u proizvodnji određenog lijeka ili tehničkog pomagala. Greške u liječenju su osmi uzrok smrti u Americi te analize pokazuju da je 1999. godine u Americi umrlo između 44.000 i 96.000 bolesnika u bolnicama kao posljedica neke greške. O veličini tog broja govori podatak da je te iste godine u prometnim i drugim nezgodama u Americi poginulo 43.000 ljudi, a da je od raka dojke umrlo 42.000 ljudi, a od AIDS-a 17.000 ljudi.

Greške u medicini zaista su relativno česte. Od onih bolesnika koji ulaze u bolnice, prema nekim američkim statistikama od 2,9 do 3,7% na kraju imaju i posljedice medicinskog tretmana. Od tih grešaka koje su nastale u toku liječenja čak 58% se smatra preventabilnim. Dakle znači, da je postojao neki postupnik, koji u privredi zovemo ISO standard, mogućnosti grešaka bilo bi manje. Mi stoga i nastoji danas u medicini uvesti što više standarda i postupnika ne bi li se upravo broj grešaka smanjio, odnosno da sebe odteretimo od mogućnosti učinjenih grešaka. S druge pak strane takav propisani standard dovodi do toga da liječnik gubi svoju autonomiju. Liječnik kadkada u takvim situacijama postaje samo čovjek koji radi po nekakvom pisanom pravilu, čemu se mnogi kolege protive. Pitaju se tada: zašto smo mi studirali

medicinu ako više nemamo pravo na vlastito mišljenje i korištenje vlastitog znanja? Jer, netko ti postavi standarde kako ćeš liječiti, donesu se protokoli i ako radiš drugačije već dolaziš u situaciju, kako je rekao i prof. Klarić, da radiš mimo medicinskih standarda iako možda taj medicinski standard u nekoj drugoj zemlji za istu bolest nije isto takav. Već danas za neke bolesti imamo potpuno drugačije standarde liječenja u Americi u odnosu prema Europi. Prema kojem standardu onda studiti? Da li po onome što kažu Amerikanci da je njihov zlatni standard ili po europskom zlatnom standardu? Pitanje je kojim putem treba krenuti i čega se pridržavati. Vjerojatno su i jedni i drugi u pravu jer se svi pozivaju na određene dobre rezultate.

Još je nešto iz američkih statistika je vrlo zanimljivo: čak 27% nepoželjnih posljedica dogodile su se kao posljedice nerama ili nehaja. No, ako postoje određena pravila struke znatno je manja mogućnost da nehaj dođe do izražaja i da nastupi neželjena posljedica. U 19% nepoželjnih događaja radilo se i o komplikacijama zbog neodgovarajuće primjene lijekova. U 14% neželjene posljedice su infekcije rana do kojih nije trebalo doći, a u 13% nepoželjnih posljedica radi se o tehničkim komplikacijama o kojima smo govorili prošli puta (greške na aparaturi). Greške u primjeni lijekova u Americi su 1996. g. odnijele oko 7000 života u usporedbi sa 6000 umrlih zbog svih mogućih povreda na radu.

Broj nepoželjnih posljedica liječenja je očito izuzetno velik te smatram da bi u budućnosti o tome trebalo voditi znatno više računa. Takve greške i koštaju zdravstveni sustav izuzetno puno novca. Prema izračunu jedne američke bolnice pokazalo se da na 700 kreveta godišnje zbog pogrešnog liječenja troškovi iznose 2,8 milijuna dolara.

Naše se greške manifestiraju na tri načina. Prvo, kao pogrešna primjena nekog lijeka ili neke

terapijske metode - *missuse* - što se definira kao izbjegljiva komplikacija koja je uzrokom da pacijent nema maksimalnu korist od liječenja. Drugo, kao prekomjerna primjena nečega - *overuse* - što se definira kao mogućnost oštećenja zbog pružene usluge, a koje je veće od moguće koristi. I treće, nedovoljna primjena nečega - *underuse* - greške u pružanju usluge zbog koje se ne može očekivati optimalni rezultat za pacijente. Svaka od tih pogrešaka može se desiti ne iz razloga što to liječnik namjerno čini, već iz razloga što ima neku krivu pretpostavku. Svi mi u liječenju polazimo od pretpostavke dobrobiti za pacijenta. U svakoj situaciji mi imamo niz različitih elemenata koji stoje iza naših odluka i mogućih pogrešaka. Dakako, postoje i određene subjektivne pogreške.

Zanimljiv je bio primjer koji smo čuli u Finskoj na Kongresu medicine i prava gdje su američki kolege rekli da ranije učinjena greška, zbog koje se liječnik nalazi na sudu, pravi takvu tenziju da liječnik lakše čini novu grešku. Mi želimo raditi bez tih tenzija, ako je to ikako moguće. Drugo, međuljudski odnosi, prvenstveno odnos između liječnika te posebno između liječnika i drugog osoblja jednako su tako vrlo važni. Pokazalo se da i odnosi u obitelji te pretjerani umor mogu biti razlog da liječnik u nekom trenutku učini grešku koju inače nikada ne bi napravio. Dakle, za takve greške koje nastaju zbog npr. umora kakav stav treba zauzeti? Liječnik dežura 24 sata, ode kući u 9 sati ujutro, a sutradan kadkada ponovno dežura. Ako se radi o kirurškoj službi to je tada strahovito rizično i greška se znatno lakše može dogoditi. Mnogi su liječnici, nadalje, raspoređeni tako da rade u strahovito napetom tempu te pokrivaju rad na nekoliko odjela ili radilišta jer mu tako određuje poslodavac. On jednostavno nije u stanju sve uraditi na najoptimalniji način što opet povećava mogućnost pogreške. O opremi i sigurnosti uređaja govorili smo prošli puta. Naveo bih samo jedan primjer

kolegice koja je bila tužena na sudu jer je radila sa starim ultrazvučnim uređajem koji nije imao dobru sliku te nije vidjela jednu malformaciju. Radi u zakupu te je u ordinaciji doma zdravlja zatekla stari ultrazvuk. Otac je tužio i dom zdravlja i kolegicu. Sve se svodi na to da niti kolegica, niti dom zdravlja nisu imali dovoljno novca da kupe novi ultrazvučni aparat. Sada se postavlja pitanje tko je kriv? Da li kolegica ili njen bivši poslodavac. Nadalje, često se nađemo kao okrivljeni zbog nemogućnosti nabavke kvalitetnih materijala koje koristimo u zdravstvu. Npr. prije godinu i više dana nije bilo novaca za kupnju kvalitetnih konaca za šivanje. Šivalo se koje čime. Dakako ožiljak koji ostane nakon tako lošeg konca može biti vrlo ružan te se može postaviti vrlo banalno pitanje estetike ožiljka nakon zahvata. Problem je često i nedovoljno educirani kadar koji radi s liječnicima. Svi ovi nabrojani faktori od bitnog su utjecaja na rad svakako na nas.

Na kraju bih rekao još samo dvije stvari. Postoje dva pojma liječničke greške: prvi koji se definira kao promašaj zbog kojeg planirano liječenje nije završeno kako je predviđeno ili primjena pogrešnog plana u svrhu liječenja - dakle kao čista greška. I drugo, kao nepoželjni događaj odnosno posljedica - *adverse event* - koje se definira kao oštećenje uzrokovano medicinskim tretmanom, a koje je u značajnoj mjeri posljedica greške. Takav nepoželjni događaj može biti izbjegljiv, preventabilan ili neizbjegljiv. Dakle, ako je izbjegljiv onda je to ono što se događa zbog nemara, umora ili drugih razloga, a ako je neizbjegljiv to je zbog nekog neispravnog uređaja, neke nepredviđene reakcije pacijenta i sl. Zatvaranje liječnika u naše vlastite medicinske krugove i zatvaranje tih grešaka u te iste krugove zbog stava društva koje takvu grešku odmah osuđuje, nešto je što se definitivno mora suzbiti. Zbog toga želimo da se i uvede tzv. sistem *no fault no guilt*. Ako tako budemo uspjeli postaviti stvar, dakle da greške nisu sramota i da se o greškama

treba razgovarati kako se ne bi ponovile, sigurno je da će svima biti bolje, prvenstveno pacijentima. Greške koje se danas zataškavaju i ostaju neotkrivene, odnosno neevidentirane ostavljaju mogućnost i daljnjih pogrešaka umjesto da se na njima uči i na taj način izbjegava u budućnosti. Večeras ćemo od našeg kolege dr.Giunia čuti nešto o jednom takvom modelu.

J.Barbić: Zahvaljujem primarijusu Ćepuliću na izlaganju koje se izvrsno poklopilo s uvodnim pravničkim izlaganjem, jer smo čuli pravničku klasifikaciju koja se u dobroj mjeri poklopila s izloženom medicinskom klasifikacijom. To pokazuje u kojoj su zapravo mjeri liječnici u nevjerovatno teškom položaju. Oni s jedne strane obavljaju nešto što se zove javna služba i dužni su pružiti medicinsku uslugu koja je potrebna i indicirana u pojedinom slučaju. S druge strane odgovaraju za sve posljedice, od grešaka u uređajima do svoje izmorenosti. Pravo je tu vrlo strogo a oni se često nalaze u ozbiljnim etičkim dilemama - mogu li se u nešto upustiti ili ne, uz stalnu opasnost da će ih zahvatiti kaznena ili građanska odgovornost ako u tako neprikladnim okolnostima obavljanja svog uzvišenog posla naprave neku grešku. Zato nemojmo zavidjeti liječničkoj profesiji na tome što je to uzvišeni i društveno izuzetno značajan poziv, jer druga strana medalje pokazuje nezavidan položaj medicinara kada stjecajem okolnosti moraju doći u ruke pravniku ne zato što bi pravnici bili zli i opaki nego zato što moraju primijeniti zakon.

Upamtite jednu stvar - lako je biti general poslije bitke, kada ima dosta vremena za trezveno i mirno razmišljanje i kada se *ex post* mjesecima pa i godinama raspravlja o nekom slučaju, je li trebalo postupiti ovako ili onako, a liječnik se nekada u trenu mora odlučiti o izboru metode i o svemu ostalomu a to zna biti vrlo neugodno. A onda netko dolazi *ex post* i tvrdi kako je trebalo postupiti.

Kolege pravnici, nemojte zaboraviti da pri odlučivanju o tome je li postupljeno po pravilima struke uzmete u obzir i okolnosti u kojima je donesena stručna odluka. Zahvaljujem, primarijus Ćepuliće, mislim da se iz vašeg izlaganje lijepo vide ove dvije stvari.

A sad molim profesora Gjurašina, od kojeg ćemo čuti vrlo konkretne stvari kao i prošli put, jer on kao predsjednik liječničkog povjerenstva za stručni nadzor ima dobar uvid u ono što se događa u liječničkoj struci.

M.Gjurašin: Professore Barbić, dame i gospodo, ja sam po prilici negdje skoro četrdesetak godina aktivno u medicini. I večeras kada sam se vozio prema ovoj časnoj zgradi razmišljao sam da li se je ikada u tom razdoblju raspravljalo o ovom problemu o kojem mi danas raspravljamo. Ja nisam prisustvovao niti u jednoj raspravi u kojoj bi i pravnici i liječnici raspravljali o greškama u medicini o greškama koje su vezane uz opremu ili o krivičnim odgovornostima pojedinih zbivanja koja su direktno vezana za medicinu. Onda, iza toga, prelistavajući to, postavljam si pitanje a zašto mi sada moramo o tome raspravljati. A moramo. Medicina je studij koji se sastoji od dva dijela. Jedan je predklinički pa iz tog predkliničkog dijela studija mogu proizaći i kemičari i biokemičari i prirodznanci i fiziolozi i anatomi. A kao što novija politička povijest govori i političari - vrsni ili ne vrsni. Ali niti jedan pravnik, niti sudac, niti odvjetnik nije doktor medicine bio, niti postao. A sad kad se ove stvari događaju mi medicinari dolazimo u situaciju, kao potpuni laici, da procjenjujemo stupanj odgovornosti pojedinca ili grupe ljudi za određene poteze koje su oni učinili. Čovjek si postavlja pitanje - imamo li mi kriterije za to? Nemamo ih.

Medicina nije egzaktna znanost niti egzaktna struka. Mi smo pravila ponašanja u etici i deontologiji postavili. I mi možemo po tim pravilima

koje smo sami izglasali, donekle procijeniti da li je određeni potez bio etičan ili nije. Ali napisati pravila o tome da li je netko apsolutno medicinski pogriješio ili nije, nije tako jednostavno.

Mi smo u prilici u našoj grupi koja se bavi pogreškama u struci, da procjenjujemo te pogreške i da donošamo određene stavove i mišljenja. Ja se osobno vrlo često osjećam insuficijentnim zbog nemogućnosti objektivne procjene.

Moj način procjenjivanja je iz struke kojoj ja pripadam, a to je interna medicina, ideja vodilja je, da li bih ja kao stručnjak tako postupio ili ne. Tako sebe stavljam u poziciju nekakvog suca, koji određuje da je to najbolje kako bih ja postupio. Isto tako postupaju eksperti koje mi pitamo za određena područja, da li bi oni tako postupili u danom momentu ili bi nekako drugačije.

Pa sad ako je to uistinu napravljeno da je dana kriva injekcija, da je krivi organ izvađen, da je napravljena pogreška, onda to nije tako teško procijeniti. Ali vrlo često smo u dilemama da li smo mi procijenili ispravno neku na pravi način ili ne pogrešku ili stavili ljagu na liječnikov obraz. Da li bi to netko tko dobro zna pravo i koji je vičan u takvim postupcima drugačije procijenio nego mi, jer vrlo često naši stavovi i na sudu znaju biti dokinuti i onda se osjećamo malo i nesretnim zbog toga. Naše procjene često su rezultat odgoja na fakultetu. Mi se učimo kroz sve kliničke studije da pacijent uvijek ima pravo. Da smo mi tu njemu na usluzi, da ga moramo uvijek servisirati i bez obzira kako se on prema nama ponašao, on je uvijek u pravu. Mi smo zapravo zemlja, a on je sunce i mi se skroz vrtimo oko tog sunca. Tako procjenjujući, mi sami sebe dovodimo u položaj inferiornosti. I iz tog položaja inferiornosti vrlo često zaključujemo, puni emocija, o određenim tuđim potezima i pogreškama. A to nije dobro. Dakle, ja se kao čovjek u procjeni osjećam insuficijentim da procijenim u pravom

smislu riječi nečiju krivnju ili nekrivnju. Jer reći nekome da je pogriješio znači proglasiti ga na određeni način krivim. Zadnjih dvadeset godina učinjen je vrlo snažan napredak u medicini, što se tiče dijagnostike i terapije. Ja sam svjedok toga jer ja znam kad se kateteriziralo samo desno srce, ja znam kad se koronarografija radila jedanput u tri tjedna i da je to bila velika misa priprema tri tjedna, a danas se ona radi dnevno desetine i desetine, tako reći preko indiga. Puno je promijenjeno u medicini. A ono što zapravo nije promijenjeno na bolje, a to je naš odnos prema pacijentu. I vrlo često se zbog toga javljaju greške.

Greške se sastoje u tome što se zbog veličine dijagnostičkih postupaka, zbog superiornosti određene opreme, zbog velikih mogućnosti u dijagnostici i terapiji kao što je transplantacija srca ili bilo kojeg organa, zaboravlja ono što je vrlo bitno u medicini, a to je razgovor sa pacijentom. Najobičniji razgovor. I mislim da je taj razgovor koji se ne primjenjuje, vrlo često uzrok brojnih nesreća i glorifikacija pogreške koja se dogodila. Nema se vremena, jer mu se CT odmah mora napraviti. A isto tako se vrlo često pogreške događaju zbog obilja mogućnosti dijagnostike pa onda radimo medicinske grablje tzv. popišeš pretrage koje se moraju napraviti, pošalješ pacijenta, zbrojiš, oduzmeš, postaviš dijagnozu. A mnoge od tih pretraga nisu bezazlene. Mnoge od tih pretraga nisu ni ugodne. Mnoge od tih pretraga imaju i svoje posljedice.

Ja sam ovaj uvod rekao samo iz osnovnog razloga što smo mi sebi postavili određena pravila i ja sam tu probao definirati šta je to što mi činimo kad raspravljamo o određenim posljedicama liječenja ili dijagnostike pojedinih kolega, da li je to najpraviji način rasprave ili nije.

Evo jednog primjera. Vi ste čitali u novinama da se dogodilo da je živo dijete došlo na patologiju. Ja

sad ne ulazim u to je li dijete bilo živo ili nije bilo živo. Mi smo to među sobom raspravljali. I patolog koji je konstatirao da je dijete živo, da diše, trčao je na telefon, zvao je uzbuđeno da netko iz dječjeg odjela dođe po dijete, da je dijete živo i da diše. Pa onda na prvi broj se nitko nije javljao, pa se drugi puta zvalo. Onda je konačno ipak netko došao po dijete i pedijatar je kasnije tvrdio da dijete ipak nije bilo živo. Mi smo procjenjivali po svojem ljudskom osjećaju. Pogreška je bila u tome što je patolog išao telefonirati. Patolog možda i ne zna reanimirati. Malo dijete se i teško reanimira jer se mora samo sa dva prsta raditi masaža pa ne mora niti znati. Ali za mene je ta pogreška bila što taj patolog nije uzeo to dijete i trčao s njime na drugi kat i odnio ga na pedijatriju. Mi smo u našoj Komisiji procijenili da je to bila stručna pogreška i da je to način kojim je trebalo provesti reanimaciju. I onda je ta stručna pogreška na Upravnom sudu pala i mi smo ostali posramljeni.

Imam konkretno drugi primjer. Gravida pred porod, slomi nadlakticu (a nadlaktica se baš ne može drukčije slomiti nego da se padne). Dolazi u bolnicu (a ona je pred porodom, jedan, dva ili tri dana), pregleda je ginekolog i smatra da ona treba ležati na kirurgiji. Ruka joj je imobilizirana na kirurgiji, ali ona se ne osjeća dobro. Ginekolog ponovno kaže da je sve u redu. Drugi dan jave se trudovi i žena rodi mrtvo dijete. Mi nismo istražni organi i nemamo mogućnosti da svaki detalj istražujemo. I mi smo procijenili da je tu bila pogreška, jer je pacijentica trebala ležati na ginekološko-porodiljskom odjelu bez obzira što je ruka slomljena, da je tu trebalo napraviti određeni dijagnostički postupak koji je bio potreban ako se ima asocijacija da je netko slomio nadlakticu znači da je pao, da se je udario u trbuh, znači da postoji mogućnosti retroplacentarnog krvarenja i to treba opservirati i brinuti se za to. Svi mogući i nemogući dignuli su se protiv naše

procjene kod koje ja i danas stojim i da je tu napravljena stručna pogreška.

To ne znači da nekoga radi toga treba objesiti ili zatvoriti. Kod nas u medicini postoji jedna solidarnost što je lijepo i to je i etički. No nerijetko se javlja i lažna solidarnost protiv koje se je vrlo teško boriti. Vrlo teško se suprotstavljati toj tzv. lažnoj solidarnosti. Dakle, to je grupa događaja i primjera gdje po našoj procjeni je apsolutna pogreška učinjena. Npr. nakon trbušne operacije da bi se secernirao sadržaj postavlja se dren. Taj se dren svaki dan pomalo izvlači van, odreže ga se i fiksira se. No jedan naš kolega je podrezao dren, ali ga nije fiksirao. Dren je završio u trbušnoj šupljini, rana je zarasla, žena je izišla iz bolnice, imala je bolove. I nakon tri godine je verificirano da je taj dren ostao u trbušnoj šupljini. Žena je ponovno operirana, dren je izvađen i to ne neprikosnovena pogreška u načinu liječenja.

Isto tako, supklavijalni kateter pukne i jedan dio ostane u veni, prođe kroz srce ide u donju šuplju venu, ne pravi nikakve smetnje, verificira se. I to je isto jedan od primjera gdje je učinjena pogreška u procesu liječenja.

Sad je drugo pitanje: radi se operativni zahvat na srcu. Pacijenti se na to žale. Otvara se, reže se sternum. Nakon toga dolazi do infekcije i nastane gnojna upala prsne kosti i ostane šupljina, jer kost nije srasla. Pitanje je, je li to greška, krivnja ili nije. Nije na to lako odgovoriti. Svagdje u svijetu postoje postoperativne komplikacije. Svagdje u svijetu se to događa. Ali koja je razlika? Razlika je između višeg stupnja medicinskog zbrinjavanja gdje je postotak puno manji od onoga gdje je niži stupanj medicinskog zbrinjavanja, ali se svagdje događa.

Vjerojatno ste i sami svjedoci da se to i u Švicarskoj događa pa se događa i kod nas. Sad je pitanje pod

kojim okolnostima i pod kojim uvjetima je nastao infekt.

Čovjek ide na operaciju diska jer ima lumboishijalgiju – ne može se izravnati. Nakon operacije diska, operativni zahvat je velika trauma na organizam, smetnje ostaju iste. Žali se na operatera. A poznato je da je uspjeh konzervativne i operativne terapije vrlo blizak i nitko ne može garantirati da će nakon vađenja diska smetnje potpuno prestati. One mogu trajati i dalje. Operacija disekantne aneurizme ili operacija luka aorte grandiozan je zahvat. Vrlo je visoka smrtnost. Ako pacijent umre, pitanje je bi li ostao živ da nije operiran? Ne bi sigurno. Isto tako sepsa, pa septičko stanje pa infekti to su stvari gdje nema točnog odgovora je li napravljena greška ili nije. Tu treba postupati individualno i vidjeti okolnosti pod kojima se to dogodilo.

Treća je grupa, gdje mi procjenjujemo da ne postoji krivnja. Karcinom želuca, verificiran. Metastaza, verificirana, ne jedna nego multiple – u jetri. Ne operiramo. Pacijent se žali – trebalo je operirati. Može se operirati ali efekta terapijskog od toga nema. Činjenica je da se tim putem nije išlo zbrinjavati pacijenta, po našoj procjeni nije pogreška. Bio je tako jedan tragični događaj prije dvije godine u Kutini u ambulanti primarne zdravstvene zaštite. Žena je dovela svog muža od 26-27 godina sa visokom temperaturom. To je bilo zimsko doba gdje je bilo gripe – svaki drugi pacijent je imao temperaturu 39-40. Bio je pregledan i vraćen doma sa uobičajenom terapijom. Sutradan nije mu bilo bolje, javili su se dodatni simptomi vrlo teškog oboljenja koje se zove hemoragična groznica. Upućen je u bolnicu Dubrava gdje je ležao tjedan dana. Nakon tjedan dana je umro. Umro je zbog zatajenja organa i organskih sustava. Žalba rodbine na doktora koji je po njihovoj procjeni bio kriv da nije isti dan poslan u bolnicu i javio se

jedan doktor koji je to protumačio kao grešku. Ja o tome slučajno nešto znam. Nema terapije hemoragične groznice. Ona ne postoji. Da je došao 24 sata prije u bolnicu, isto bi se dogodilo, jer je on umro od tzv. multiorganskog zatajenja, bubrega, jetre, prestanka respiracije, a tu etiološke terapije koja bi otklonila uzrok nema. I po našoj procjeni nije pogriješila doktorica koja je procijenila da je obično febrilno stanje, jer drugih znakova bolesti nije bilo.

Žalba i tužba oca na doktora, jer nije dao ambulantna kola da preveze njegovu kćer trudnicu u 30 km udaljenu bolnicu. Liječnik živi na ogromnom području, ima jedna jedina ambulantna kola za hitne intervencije i procjenjuje da ona mirne duše može doći prevezena vlastitim autom. I tako se dogodilo. No pitanje krivnje ponovno se postavlja i tužbe na liječnika koji nije dao ambulantna kola na koja ona ima pravo. Po našoj procjeni liječnik nije pogriješio. Dijagnoza je bila dobro postavljena, ona je rodila normalno nakon što se vozila autom svoga oca, a liječnik je procijenio da su njemu ambulantna kola u slučaju neophodnih intervencija za spašavanje života važnija da ostanu nego da odu i da se ne vrate jedan sat.

To su dakle primjeri s kojima se mi borimo ne bi li objektivno procijenili situaciju, svjesni da postoji nedostatak naših saznanja i poimanja i stupnja naše naobrazbe da to procjenjujemo na najobjektivniji način što je u vašoj pravničkoj praksi puno egzaktnije, puno ne bih rekao jednostavnije, ali mnoga rješenja postoje koja su napisana za razliku od ovih naših koja nisu napisana.

Hvala.

J.Barbić: Zahvaljujem profesoru Gjurašinu posebno na primjerima koji su se uklopili u ono što su iznijeli izlagači prije njega. Mislim da se sada može dobiti jako dobra slika o tome u kojoj su dilemi liječnici, u kojim se okvirima kreću, gdje je granica njihove

odgovornosti, gdje je kritična crta preko koje je lako prijeći gledano mjerilom njihova postupanja u skladu s pravilima struke, tj. prema prosječnom postupanju u struci. A pravila struke se stalno mijenjaju i to vrlo brzo. I da stvar bude još teža na različite načine, na različitim mjestima i po različitim školama. Tome velikim dijelom pridonosi i razvoj tehnike. To samo povećava dilemu pred kojom se liječnici stalno nalaze.

Molim vas da aplauzom zahvalimo našim uvodničarima na izvrsnoj podlozi za raspravu a meni dozvolite samo dvije minute da kažem kako medicina može utjecati na razvoj prava. Poznato vam je da je u bivšoj Jugoslaviji bilo šest pravnih područja građanskog prava. Jedan crnogorac je bio operiran u tadašnjem Titogradu. Čir na želucu, rutinska operacija. Čovjeka nakon operacije boli i boli. Liječnici ga pregledavaju i govore da će se bol smiriti. No, nakon dvije godine on završi na klinici u Zagrebu gdje je vrlo brzo ustanovljeno da mu je za vrijeme operacije ostavljen u želudcu mali medicinski instrument - pean. Operirali su ga i riješili problem. Pacijent je nakon toga u tadašnjem Titogradu ustao protiv bolnice s tužbom i tražio naknadu štete zbog pretrpljenih bolova. U Crnoj Gori su se tada primjenjivala pravna pravila nekadašnjeg crnogorskog Građanskog zakonika – a po tim pravilima Crna Gora zahtijeva junaštvo pa se i bolovi moraju stoički podnositi i nekakva naknada štete ne dolazi u obzir. Kako da čovjek traži novac za ono što je dužan trpjeti. Zahtjev je bio odbijen u prvom i drugom stupnju. Sud trećeg stupnja, tadašnji Savezni sud u Beogradu povodom tog je slučaja zauzeo ovaj stav: ako na jednom pravnom području zemlje, prema pravnim pravilima koja se tamo primjenjuju, nema suvremenog rješenja za neko sporno pitanje, valja primijeniti modernija rješenja sadržana u pravnim pravilima na nekom drugom pravnom području, a to je tada bio novelirani OGZ koji je dopuštao naknadu štete za

pretrpljene bolove. Tako se i na spor u Crnoj Gori primijenilo moderno rješenje koje je priznavalo naknadu štete zbog pretrpljenih bolova usprkos čojstvu, junaštvu i Baltazaru Bogišiću čiji Građanski zakonik to nije dozvoljavao. Ta načelna odluka se kasnije primjenjivala sve do donošenja Zakona o obveznim odnosima, tj. do 1978.

Zamolio bih dr. Giunia da uzme riječ, jer se prvi javio za raspravu.

L.Giunio, internist kardiolog iz Splita:

Zahvaljujem profesoru Barbiću na pozivu na ovu tribinu. Dame i gospodo za Vas imam jednu dobru i jednu lošu vijest. Dobra vijest je da izlaganje neće dugo trajati, a loša je da će pravnici izgubiti veliki dio posla, ako se usvoje prijedlozi komore i u Hrvatsku uvede skandinavski model kompenzacija za oštećenje zdravlja nastalo uslijed liječenja. Dopustite da kao zamjenik predsjednika Povjerenstva za stručni nadzor Hrvatske liječničke komore ukratko iznesem neke prijedloge o kojima raspravljamo u okviru staleža. O greškama u medicini se danas puno govori. O greškama se govori u laičkoj javnosti, u medicinskim stručnim i akademskim krugovima, među pravnicima, predstavnicima tehnoloških struka, predstavnicima osiguravatelja. Svatko govori o greškama na temelju vlastitog iskustva i osvjetljuje problem iz drugog rakursa.

Medicina je umijeće staro više tisuća godina a danas istovremeno i vrlo složena tehnološka disciplina. Temelj medicine, odnos liječnika i bolesnika nije se u svojoj biti promijenio iako su tehnološka sredstva koja liječniku stoje na raspolaganju nevjerovatno napredovala, pa i danas kao temelj etike u medicini vrijedi Hipokratova zakletva stara dvije tisuće godina. S druge strane današnje liječenje često je vrlo složen i agresivan postupak u kojem koordinirano djeluju desetine i stotine stručnjaka raznih profila, a bolesnika se

definitivno izlaže opasnosti i rizik oštećenja zdravlja se nerijetko ne može izbjeći. Ipak zbog temeljne prirode odnosa bolesnika i liječnika konačnu odgovornost za uspjeh i neuspjeh, pa tako i za greške preuzima liječnik koji liječi bolesnika,

Liječnik je danas kao i onaj prije tisuću godina spreman preuzeti odgovornost za svoje postupke. Međutim zbog složenosti i agresivnosti suvremenog liječenja procesa to jednostavno nije dovoljno. Greške su česte. Svi liječnici s kojima sam govorio o greškama priznaju da griješe. Ali postojeća nesigurnost i strah od inkompetencije ignoriraju činjenicu da je greška svakodnevni događaj, rutinski dio učenja. Medijski pritisak i javna panika oko nedavnih događaja stavili su liječnike u defanzivni položaj. Slika savršenog liječnika koju mnogi vide kao važan element u osiguranju povjerenja javnosti je ugrožena. Strah postiže da liječnici još čvršće zbiju svoje redove kad izbije skandal. Postoji i drugi put. Može se odustati od teorije kako je jedino savršeni liječnik dobar liječnik, i objasniti kako u medicini, kao i u svim drugim područjima ljudske djelatnosti nije moguće izbjeći greške. A onda bi se puno moglo naučiti od zrakoplovne industrije o tome kako postupati s greškama. Nije stvar u tome događaju li se greške nego što se od njih može naučiti. Sadašnji trend da se obeshrabri rasprava o greškama liječnika, navodeći da se one tiču samo rijetkih a ne mnogih produbit će jaz između bolesnika i liječnika. Ova će se napetost razriješiti tek kada se bude otvoreno razmatralo greške i najvažnije razmatralo pouke koje se iz njih mogu izvuci.

Mi smo pred problemom kako iskoristiti tu spremnost za odgovornost koja je u temelju poziva liječnika i odnosa liječnika i bolesnika i primjenjujući dostignuća suvremene znanosti i tehnologije omogućiti liječniku da bolje razumije proces suvremene medicine i u njegovom tehnološkom i u

organizacijskom dijelu, kako bi, zajedno s bolesnikom, čvršće preuzeo kontrolu nad kvalitetom procesa liječenja. Kako bi se u današnjem svijetu medicine gdje su najveći broj faktora nerijetko izvan utjecaja i bolesnika i liječnika omogućilo plodan i kreativan odnos, suočavanje s višestrukom prirodom suvremene medicine temelj je svake rasprave o greškama u medicini. U tome značajnu pomoć medicina, liječnik ali i bolesnik očekuje od pravnika. Proteklih desetak godina postaje sve očitije kako greške u medicini nisu rijetke niti neizbježne. Podaci o broju grešaka i o značaju grešaka kao uzroka oštećenja zdravlja i smrti privukli su pozornost javnosti, vodećih stručnih krugova.

Zadnjih se godina u vodećim medicinskim časopisima objavljuju desetine istraživanja o greškama u medicini, i uvodnika u kojima se bilježi postupna promjena u načinu gledanja na greške u medicini i postavlja nova paradigma sustavnog razmišljanja o greškama u medicini. Razmišljanje i istraživanje o medicinskoj pogrešci transformira se na temelju informacija iz drugih područja tehnologije i znanosti.

Druge su tehnološke discipline, osobito zrakoplovstvo i nuklearna tehnologija gdje je svaka pogreška povezana s visokim rizikom teških posljedica za veliki broj ljudi dovele do značajnog smanjenja broja grešaka usmjerujući napore na promjene sustava kako bi se mogućnost ljudske greške uočila, predvidjela i smanjila na minimum. Analizirajući katastrofe kao što su pad nadzvučnog putničkog aviona Concorde, eksplozija nuklearnog reaktora u Černobilu, eksplozija svemirske letjelice Challenger, požar u stanici podzemne željeznice King Cross u Londonu suvremeni znanstvenici istraživači pogrešaka uočavaju da sustav često sadrži latentne greške – greške koje samo čekaju da se dogode. Mjere zaštite da se takvo što ne

dogodi često su ugrađene u sustav ali nisu adekvatne tako da niz propusta može lako dovesti do katastrofe.

Tradicionalni način gledanja na greške u medicini, način koji nam je intuitivno najbliži, temelji se na strogoj etici osobne odgovornosti, gdje se dobro i savjesno postupanje drži ključnim elementom dobrog liječnika i dobre medicine. Tradicionalni pristup naglašava osobnu odgovornost, i liječnici doista vrlo teško proživljavaju svoje greške. Iako se liječnici naporno trude da izbjegnu greške, ipak je rezultat isključivo osobnog angažmana ograničen. Neki suvremeni istraživači čak tradicionalni pristup nazivaju autodestruktivnom arogancijom, kritizirajući jasno dvije postavke tradicionalnog pristupa greškama; prvu, da se sve greške mogu izbjeći, i drugu, da za svaku grešku postoji krivac. Kada su istraživači pogrešaka u medicini ispitali rizik i latentne pogreške medicinskih sustava koristeći pogled na stvari koji je mnogima u medicini bio nov ograničenja tradicionalnog pristupa postala su očigledna.

Većina postupaka u medicini i uopće načina kako se pojedine stvari rade nisu planski zamišljeni uzimajući u obzir ljudska ograničenja. Zapravo, većina medicinskih postupaka nikada i nije svjesno planirana, uglavnom su nastali postupnim povijesnim slaganjem improviziranih rješenja. Malo je medicinskih postupaka koji se ne bi mogli značajno unaprijediti sustavnom analizom.

Prvi je korak u transformaciji tradicionalnog pristupa uočavanje činjenice i prihvaćanje stava da su medicinski sustavi i procesi kritički uzrok većine pogrešaka, a ne pojedinac. To znači odmak od kulture straha, od priznavanja greške i sramote i ovaj korak moraju učiniti istaknuti predstavnici struke kao i svi pojedinci u sustavu zdravstva. Kada su druge, tehnološki orijentirane djelatnosti i profesije (npr. Zrakoplovstvo, nuklearna tehnologija)

učinile ovaj iskorak, nisu napustili tradicionalnu etiku i logiku osobne odgovornosti nego su je naprotiv transformirali tako da su preuzeli odgovornost za prijavljivanje grešaka i odgovornost za planiranje i provedbu akcija koje reduciraju mogućnost greške. Ovaj korak traži čvrsta uvjerenja i jasno vodstvo. Ipak ako ne budemo pratili greške na svakodnevnoj bazi i koristili podatke da bi unaprijedili sustav bit ćemo osuđeni na stalno ponavljanje grešaka iz prošlosti.

U današnje vrijeme o greškama u medicini saznajemo na tri osnovna načina: na temelju pritužbi bolesnika (subjektivni osjećaj nezadovoljstva), na temelju dokumentiranog oštećenja zdravlja (objektivna činjenica oštećenja zdravlja – invalidnosti ili smrti uslijed liječenja), na temelju stručne procjene (svijest o grešci). Pritužbe ili tužbe, što je područje gdje medicina isprepliće s pravom. I glavni motiv - impuls stvaratelj tužbe je subjektivni osjećaj nezadovoljstva uslugom u medicini. Subjektivni osjećaj nezadovoljstva koji može biti opravdan i neopravdan. Naše i skandinavsko iskustvo pokazuje da su tužbe najčešće ne zbog želje za odštetom već zbog osjećaja da su povrijeđeni, kao čovjek koji je tražio zdravlje a dobio manje nego što po svom mišljenju zaslužuje. Oštećenje zdravlja ili smrt nastali uslijed liječenja je objektivno stanje koje se može ustanoviti stručnom procjenom vještaka poput određivanja stupnja invalidnosti, bez obzira na to da li postoji ili ne postoji medicinska greška. Treći izvor saznanja o greškama čini svijest o grešci. Svijest o grešci, dakle struka ocjenjuje da se radi o grešci bez obzira da li na stručnom sastanku gdje se raspravlja o nekom postupku, da li na sastanku povjerenstva za stručni nadzor, da li nakon patološkog nalaza koji objektivno dokaže da je stanje pacijenta bilo drugačije nego što se razmišljalo dok je pacijent još bio živ.

Ono što je večeras interesantno reći je da postoji međunarodno iskustvo rješavanja problema nadoknade, kompenzacije oštećenja zdravlja uslijed liječenja. Bez obzira na to da li postoji greška ili ne. Istina je da je malo neobično da je tako ozbiljan problem tek sad riješen jer zdravstveno i životno osiguranje postoji već desetljećima. I uistinu je neobično je da bolesnici kojima je potrebno liječenje, nerijetko i s neizbježnim rizikom, nisu osigurani od eventualnih loših posljedice liječenja. U Hrvatskoj smo danas u stanju tzv. kulpa principa. Nadoknadu štete za oštećenje zdravlja ili smrt koji su nastali uslijed liječenja može se dobiti tek ako se dokaže da postoji oštećenje zdravlja ili smrt, da postoji greška i da između njih postoji uzročno posljedična veza. Čini se jednostavnije ustanoviti da li postoji oštećenje zdravlja i onda nadoknaditi štetu. Da bi se to moglo provesti, pacijent mora biti osiguran. I to je temelj skandinavskog modela, kojim je Švedska počela 1975. i koji su decenij kasnije prihvatile druge skandinavske zemlje - dobrovoljnog a kasnije zakonski propisanog obaveznog osiguranja svih svojih bolesnika.

U Skandinaviji tijekom sedamdesetih i osamdesetih godina prošlog stoljeća postaje jasno da sustav kompenzacije ne funkcionira, jer ne osigurava kompenzaciju većini oštećenih (u Švedskoj je godišnje rješavano oko 100 zahtjeva), ne osigurava prevenciju grešaka (budući da sudski dosuđene odštete plaća ustanova a ne pojedini liječnik) i da dramatično razara odnos liječnika i bolesnika vodeći neizbježno u konfrontaciju bolesnika i liječnika i zdravstvenog sustava. Pristup se mijenja u tkz. No fault – no blame pristup (Bez krivnje – bez osude). Temelji se na osiguranju bolesnika od oštećenja zdravlja ili smrti uslijed liječenja bez obzira radi li se o grešci ili «normalnom» riziku liječenja. Svaki bolesnik koji je zadobio tjelesno ili mentalno oštećenje kao posljedicu liječenja ima pravo na kompenzaciju.

Svaka zdravstvena ustanova, svaki čovjek, svatko tko se bavi liječenjem, dužna se osigurati protiv štete nanosene bolesniku uslijed nepovoljnog ishoda liječenja (slično obaveznom osiguranju automobila protiv štete nanosene trećoj osobi). Osiguranje kompenzira oštećenje zdravlja nastalo zbog liječenja (terapijskog postupka, lijekova), manjka materijalnih sredstava, kvara i neispravnosti uređaja, zbog dijagnostičkog postupka, infekcije, nesreće. Oštećenje zdravlja uslijed dijagnostičkog postupka obuhvaća oštećenja nastala zbog netočne i nepravovremene dijagnoze (ukoliko očigledan i jasan simptom nije uočen ili je pogrešno interpretiran) a standard se postavlja usporedbom s iskusnim liječnikom specijalistom za odgovarajuću granu medicine. Oštećenje zdravlja zbog manjka opreme postoji samo ako je bilo moguće iskoristiti postojeću opremu na drugi način ili iskoristiti dodatnu opremu koja u tom trenutku stoji na raspolaganju a ne definira se usporedbom sa optimalnim standardom liječenja. Zahtjeve za kompenzacijom rješava povjerenstvo koje se sastoji od sedam članova, predsjednik je sudac, tri člana zastupaju interese bolesnika, jedan je medicinski ekspert, jedan je stručnjak za osiguranje i naknadu štete, a jedan je član osoba upoznata s radom i organizacijom zdravstvene službe. Odluka Povjerenstva je savjetodavne naravi ali je osiguravatelji prihvaćaju u preko 90% slučajeva.

I kao rezultat skandinavskog modela osiguranja postoji prijava mogućeg oštećenja zdravlja ili smrti uslijed liječenja i povjerenstvo koje rješava te prijave. Bitno je bolja šansa bolesnika da dobije kompenzaciju za pretrpljeno oštećenje. Bolesnik nije prisiljen okriviti liječnika da bi ostvario pravo na kompenzaciju. Raste povjerenje između bolesnika i liječnika, nema više konfrontacije - iz ukupnog odnosa između medicine, liječnika, stručnih ljudi u zdravstvu i pacijenta uklanja se animozitet, konfrontacija koja je neophodna u sadašnjem

sustavu da bi se uopće ostvarilo obeštećenje. Osigurava se obeštećenje bez konfrontacije. To nije nemoguće. Švedsko iskustvo pokazuje da su do uvođenja novog modela kompenzacije godišnje na nekih 7,5 milijuna stanovnika imali oko 100 predmeta riješenih pozitivno, znači da je bolesnik bio oštećen za vrijeme liječenja i da je dobio kompenzaciju. Nakon što su uveli ovaj sustav imali su godišnje negdje oko 6-7 tisuća prijava od kojih je oko 40% rješavano pozitivno. Prosječni trošak svaka skandinavske zemlje je u rasponu od 15-25 mil dolara. Ali kad se ukupni trošak podijeli s brojem stanovnika onda je to prosječna cijena od 3-6 dolara po stanovniku. Relativno mala cijena za vrlo veliki učinak. Ono što najviše šokira Amerikance a možda i pravnike je informacija da najveći broj prijava podnose baš zdravstveni radnici - 60% prijava da je nastalo oštećenje zdravlja podnose liječnici i medicinske sestre. Jer su oni najbliži i najkompetentniji da ustanove da je došlo do oštećenja. Model osiguranja prihvaćen je u Švedskoj 1975. godine, u Finskoj 1987., u Norveškoj 1988., u Danskoj 1992. Švedski parlament godine 1997. model dobrovoljnog osiguranja pretvara u zakon. I ako bismo prihvatili skandinavski model, a tu postoji iskustvo više zemalja ispitivano zadnjih dvadesetak godina, i referirano na međunarodnim sastancima, onda smo jednostavno izvukli jedan jaki motivacijski naboj i smanjili smo šansu da dođe do sukoba između liječnika i zdravstvenog sustava i bolesnika. I onda se zdravstveni sustav može bolje posvetiti rješavanju problema greške, uvesti dobrovoljno prijavljivanje grešaka i analizom grešaka unaprijediti organizaciju sustava zdravstva i omogućiti prevenciju grešaka.

J.Barbić: Zahvaljujem dr. Giuniu. Ovo je nadopuna onoga što ste prošli puta iznijeli o sjajnom skandinavskom primjeru koji učinkovito poboljšava kvalitetu medicinske usluge. Neusporedivo smanjuje rizike. Problem je jedino, malo sam računao, tih 20 mil.

dolara koji bi kod nas bili za to potrebni. Molim vas dr. Giunio da autorizirate vaše izlaganje jer ćemo mi ovaj broj Biltena podijeliti na narednoj tribini a on se šalje i u vladine institucije. Možda netko prihvati ideju, zato možete stvar i malo šire elaborirati - da bude pristupačnije, pa da vidimo može li se tako nešto učiniti i kod nas. Meni se osobno čini, ako se s jedne strane stavi rizik mogućih ogromnih šteta koje se ni ne mogu nadoknaditi novcem, a s druge strane cijena od 20 mil. dolara da uopće ne možemo razgovarati o nečemu što ne bi bilo razumno. Osim toga tu je i velika psihička sigurnost liječnika koja iz toga proizlazi. Ali to je pitanje državnih financija.

E.Čepulić: Samo je nadoknada limitirana. To je ključno. Nema nelimitiranog plaćanja za štete.

P.Klarić: Ako je naknada limitirana, a ona to redovito i jest, jer se u sustavu takva osiguranja ne može se u potpunosti nadoknaditi šteta, onda se time ne eliminira moguća odštetna odgovornost. Prema tome pacijent bi mogao zahtijevati naknadu štete povrh ovog iznosa koji dobije s naslova osiguranja.

Dr. Domljan - Hrvatska liječnika komora:

Pitanje profesoru Klariću: Ako naše odštetno pravo ne poznaje pojam greške, liječničke greške, ako se taj naziv ne upotrebljava ni u Zakonu zdravstvenom osiguranju, zašto da ga mi sada uvodimo. Možda je ispravnije govoriti o propustu medicinskog tretmana općenito. Jer ako kažete liječnička greška, eksponirate liječnika i greška je nešto odiozno. Propust se uvijek može dogoditi, propust medicinskog tretmana koji nije ograničen samo na liječnike. I drugo pitanje koje je usko vezano na ovo što je govorio dr. Giunio jest da kod nas vlada princip subjektivne odgovornosti - dakle treba naći krivnju da se dobije odšteta i od ustanove. Treba dokazati da je liječnik pogriješio, zato se i traži liječnička greška. Ako bi se pod prepostavkom da je medicinski postupak danas postupanje sa opasnim

sredstvima, lijekovima, opasnim dijagnostičkim postupcima, opasnim terapijskim postupcima, onda bi se moglo ići na princip objektivne odgovornosti. U tom slučaju je upravo ovo obavezno osiguranje, objektivna odgovornost da su svi pacijenti zaštićeni i imaju pravo na odštetu. A omogućuje se onda da se na elegantniji način raspravlja o eventualnim greškama jer greške su neizbježne s jedne strane i nije baš ispravan put neprekidno tražiti krivca a pogotovo ako mi to sami radimo unutar liječničke organizacije. Prema tome ja mislim da je bolje ići na objektivnu odgovornost, osigurati pacijente, omogućiti pacijentima da dobiju odštetu a naravno raspravljati unutar struke o eventualnoj greški i popravku te greške. Naravno, jer upravo ono što podliježe kaznenoj odgovornosti, namjera ili grubi nemar vrlo rijetko postoji.

P.Klarić: Što se tiče prvog pitanja ili bolje reći sugestije da mi ne bi trebali prihvatiti pojam odnosno naziv "liječnička greška", može se razmisliti. U Njemačkoj je uveden pojam "greška u tremanu" (*Behandlungsfehler*), koji širi od pojma liječničke greške jer obuhvaća ne samo povrede opće-priznatih pravila medicinske struke odnosno greške u liječenju, nego i greške u dijagnostici, profilaksi itd. Pitanje naziva nije međutim presudno pitanje, bitno je pojam što preciznije definirati.

Drugo pitanje - subjektivna ili objektivna odgovornost - to je svakako jedno veliko pitanje i u najnovije vrijeme sve je veći broj onih koji zagovaraju uvođenje objektivne odgovornosti. Najviše zbog toga što je u medicini dosta uređaja koji prema mjerilima koja sudovi primjenjuju spadaju u opasne stvari i sljedstveno tome njihova primjena i uporaba u opasnu djelatnost. To su razna zračenja, CT uređaji, laparoskopija, robotička kirurgija, laser, endoskopija, telemedicina, dijalizatori itd. Međutim, ima dosta jakih razloga da se zadrži u načelu subjektivnu odgovornost. Smatra se, naime, da ona

ima pravno-etičku nadmoć naspram objektivne odgovornosti jer najbolje osigurava slobodu stručnog djelovanja liječnika. Što je, vidjeli smo iz ovih primjera vrlo bitno, jer liječniku jamči da neće odgovarati za pogoršanje zdravlja pacijenta odnosno za neuspjeh liječenja ako postupi pažljivo i u skladu s pravilima struke. Protiv primjene pravila objektivne odgovornosti govori i činjenica da izvor opasnosti nije liječenje, nego sama bolest. Objektivna se odgovornost postupno uvodi, posebno u vezi s uporabom medicinskih tehničkih uređaja, što će se po svoj prilici nastaviti.

L. Giunio: Ostalo je otvoreno pitanje da li bolesnik ima daljnje pravo pravnog lijeka tužbe i ostalo. Ima, ali najveći dio tužbi je motiviran osjećajem nezadovoljstva a najveći dio tog osjećaja nezadovoljstva dolazi od tog osjećaja da se izgubila komunikacija sa liječnikom i uopće sa zdravstvenom službom. I najveći dio dolazi zbog osjećaja frustracije. Tako da iskustva zemalja koje su uvele ovaj sistem nadoknade oštećenja pokazuju, premda se tu radi o znatno manjim sumama od onih koje se teoretski mogu dobiti u sudskom procesu za odštetu ili smrti da velika većina ljudi ne idu tim putem. Prema tome ipak je u podlozi velike većine naših tužbi, po našem iskustvu u komori a i iz skandinavskog iskustva, daleko najveći broj ljudi ne ide dalje sudskim putem tražiti značajniju financijsku odštetu, jer je zadovoljan ovim rješenjem situacije.

Tomislav Radočaj:

Meni je drago da sam saznao dvije stvari. Prvo, da sam saznao da dosta daleko od nas, a ne baš na Antarktiku, postoji sustav osiguranja koji se već primjenjuje. Drugo, drago mi je što je liječnik upozorio na potrebu nečega o čemu smo mi pravnici vrlo često razgovarali. Naime, nama je bilo neshvatljivo da u ovoj zemlji u nekoliko recentnih zakona, npr. u Zakonu o odvjetništvu, u Zakonu o reviziji, u Zakonu o javnom bilježništvu, postojala

obveza obveznog osiguranja od odgovornosti za štetu proisteklu iz profesionalnog djelovanja tih struka. I ja sam se uvijek pitao i nikad nisam našao razumni odgovor zašto takva obveza ne postoji u pogledu poduzetnika u zdravstvu bilo ustanova bilo liječnika pojedinaca. I nisam našao zadovoljavajući odgovor, ali sam si dozvolio spekulirati objašnjenje. Svaki zakon potječe iz nekakvog matičnoga ministarstva, ovdje iz ministarstva zdravstva, koje je vjerojatno to zanemarilo, ne baš zato što ne zna da postoji takova mogućnost, nego smatrajući da to vjerojatno ne treba. Da se struka ili sama može osigurati od toga ili bi, još značajnije, to mogao biti vrlo velik trošak za zdravstvene ustanove, što je naravno vrlo kratkovidno. Meni je drago da iz liječničkih krugova potječe razmišljanje o tome da zapravo osiguranje jest onaj oblog koji ublažuje i koji stvara osjećaj sigurnosti, osjećaj pravde, osjećaj relativno brzo pristupačne kompenzacije, i doista će ljudi u najvećem dijelu odustati od pretjeranih zahtjeva koji bi nadilazili te naknade ako bude postojalo takvo osiguranje.

P.Klarić: Kolega Radočaj nije možda do kraja vodio računa o distinkciji između osiguranja liječnika i osiguranja pacijenata. Ovo što je dr. Giunio govorio je riječ o osiguranju pacijenata. Preko osiguranja liječnika, pacijenti su samo posredno osigurani. Kod nas se osiguravaju i ustanove i pojedinci od odgovornosti za štetu, ali to osiguranje nije obvezatno.

E.Čepulić: Ja ću vrlo kratko odgovoriti na pitanje zašto nisu osigurani i zašto nema obveze. Upravo zbog toga što se nitko nije usudio predvidjeti kakvi bi bili troškovi za to osiguranje. Iznenadit ćete se kad vam kažem da Basel osiguranje koje je u Hrvatsku uvela Hrvatska liječnika komora je htjelo osiguravati bolničke doktore kao što osigurava doktore koji rade u privatnoj praksi. Dakle mi koji radimo privatno mi se možemo osigurati za štetu učinjenu prema pacijentima. Jer su one vrlo malo osim kod

problematičnijih specijalizacija. No zanimljivo je da bolničke doktore ne žele osiguravati. Jer se pokazalo u Europi da su štete ili zahtjevi prema bolnicama ili bolničkim doktorima toliko veliki da to naše osiguranje ne mogu naći reosiguravatelja. Mi se sada nalazimo u situaciji da dok god štete nisu limitirane ne mogu se naći reosiguravatelji.

Krešimir Anić, odvjetnik:

Po mom mišljenju problem je u tome kako osloboditi liječnike od silnog pritiska, odgovornosti i napetosti u kojoj se oni nalaze, da bi svoju uslugu mogli pružiti što kvalitetnije, a s druge strane kako zaštititi pacijenta i pružiti mu naknadu. To se može postići na dva načina, a jedan je, da se uvede obavezno osiguranje od odgovornosti za zdravstvene ustanove odnosno liječnike, što svi već znamo. Takova obavezna osiguranja već kod nas postoje za neke djelatnosti kao na pr. obavezno osiguranje za odvjetnike, bilježnike, zaštitare, itd. pa bi ga trebalo uvesti i za zdravstvene ustanove i liječnike. Ali time se ne bi riješio taj problem tenzije kojoj su izvrgnuti liječnici, jer bi kod svakog slučaja trebalo utvrđivati odgovornost. Morala bi se dokazati odgovornost, bilo po krivnji bilo objektivno. Međutim, ako mi želimo izbjeći tu napetost, tenziju i strah liječnika, onda to mora biti osiguranje gdje se neće tražiti odgovornost. To je moguće jedino isključivo tako da to bude osiguranje samih pacijenata od posljedica koje oni trpe prilikom medicinskih intervencija ili od posljedica koje trpi njihova najuža rodbina u slučaju smrti pacijenta. To bi bio taj drugi način.

Nešto slično postoji već kod nas u zakonodavstvu, a to je osiguranje od posljedica nesretnog slučaja, onih putnika koji stradaju u javnom prometu. Tu se ne traži krivnja, nego se traži utvrđenje vrlo uskog kruga činjenica, a to je: da je osoba stradala i da ima određene posljedice. Nakon toga se oštećenom isplaćuje naknada prema tablicama koje postoje. I

kod osiguranja pacijenata bi se moglo slično riješiti tako da se ne inzistira na odgovornosti zdravstvene ustanove odnosno liječnika, te da se ne mora dokazivati krivnja. Pacijent bi morao i bez dokazivanja krivnje dobiti naknadu za posljedice, dakle ne bi bilo tenzije liječnika. Ali, ostalo bi još pitanje kako naknaditi neimovinsku štetu za pretrplje bolove samom pacijentu, a koja se ne isplaćuje ni po obveznom osiguranju putnika u javnom prometu nego se isplaćuje samo naknada za posljedice. To se može riješiti na taj način da se za fizičke bolove samom pacijentu odredi paušalna naknada, a da se kao odšteta u slučaju smrti pacijenta, predvidi ona naknada koju priznaje sudska praksa u protuvrijednosti od na pr. 15 tisuća maraka što se najužim članovima obitelji dosuđuje kao satisfakcija za duševne boli zbog smrti bliske osobe. Međutim, pitanje je da li to naše društvo može podnijeti. Bolnice već danas grcaju u dugovima, a nemaju novaca uvijek ni za lijekove. Ali ako se to može ekonomski podnijeti, onda je jedino rješenje da se uvede obvezno osiguranje od posljedica, bez toga da se traži krivnja.

J.Barbić: To je mehanizam koji u nekim našim područjima već postoji.

V.Miličić: Zahvaljujem poštovanim Kolegama na primjerenim izlaganjima. Cijenim da su prim. Čepulić i prof. Gjurašin iskazali jednu profesionalnu distancu govoreći o liječničkim pogreškama i to u pozitivnom smislu te riječi. Istakli su nešto što je osobito dragocjeno, a to je neprimjerenost negativne solidarnosti liječnika kod liječničkih grešaka.

Pitao bih na početku je li naslov teme namjeren eufemizam ili je to tako dogovorom izabrano, budući da bi po prirodi stvari trebalo biti riječi o greškama liječnika ili/i medicinskih djelatnika, a ne o greškama u medicini?!

S obzirom na moje spoznaje u proteklih 6 godina oko istraživanja ćudoređa i deontologije u medicini (od Deontologije profesije liječnik, ST-PFZ. Zagreb, 1996. do Ćudoredno-deontološko-pravnih vidova terminalnih stanja ćovjeka, AAC, br.1-2/2001., XI. 01.) smatram da kada bi postajala svijest i znanje o načelima ćudoređa i deontologije u medicini, te kada bi se ona savjesno poštivala ovi bi razgovori, osim u slučajevima neizbježnih grešaka, bili bespredmetni - poglavito na razini prava. Ili, u medicinskoj praksi prva, najpreća i najvaŹnija bi trebala biti istraživanja ćudoređa i deontologije lijećnika! Pravnoj odgovornosti lijećnika neupitno prethodi ćudoredno-deontološka odgovornost - grijeh savjesti.

S druge strane, prijeka je potreba i krajnje je vrijeme da različita tijela i udruge u medicini kod nas nastoje primjerenije surađivati i uskladiti napore i djelovanja, unutar sebe i mećusobno, u skrbi o ćudoređu i deontologiji u medicinskoj praksi. Stoga nije dobro da danas nema e. c. kolega iz Hrvatskog lijećnićkog zbora da se ćuju i njihove prosudbe te iskustva.

Pitao bih prof. Klarića: kod nas krivićni zakon ima jednu skalu, niz situacija, u širem smislu koje bi se mogle podvesti pod lijećnićke greške, jednako i niz u uŹem smislu od kojega ste posebno samo naveli samovoljno lijećenje. U širem smislu mislim na moguće greške kod profesionalne tajne, nedopuštene upotrebe osobnih podataka, povrede prava na zdravstvenu zaštitu, problem eutanazije, prekid trudnoće, tjelesne povrede ili narušavanje zdravlja. U uŹem smislu mislim na nesavjesno lijećenje, samovoljno lijećenje, nedopuštene eksplantacije-/transplantacije, nepruŹanje pomoći, cijeli spektar problema s lijekovima, ... Da li je to, po Vašem sudu, obuhvaćeno, pokriveno s Vašom izloŹenom diobom na 4 vrste?

Dalje tvrdim, slijedom rečenih istraživanja, kao i istraživanja u dva znanstvena projekta o sustavu prava kod nas, da postoje zamjetne praznine u pravu, navlastito u odnosu na bitna i dragocjena područja bioetike. Pri tom je teško utvrditi i prosuditi da je riječ o namjernim pravnim prazninama, ali se bojim da je i o tome riječ. E.c. od presudnoga i velikog područja bioetike, kod nas je pravom "pokriveno", i to nedopustivo neprimjereno (propisi iz bivše Jugoslavije) - pravila o eksplantaciji, transplantaciji, drukčije i uglavnom primjereno - dio o početku života mahom propisima obiteljskog prava, dio vezan uz duševno zdravlje no zamjetno neprimjereno - ZZODS, dakako i višestruko neprimjereni opći ZZZ. Koliko prijepori prethodnih stanja doprinose mogućim liječničkim pogreškama, ili ih i izazivaju, dopuštaju?! Svojedobno je, uz višestruke i nedopustive prijepore, od MZ RH i ministra prof. A. Hebranga bio objavljen "Naputak za eksplantaciju organa" (Med-Ekom, Zagreb, 1998.), pa je poslije toga "Naputak" objavljen "i" u Narodnim novinama br. 75/98., no nešto promijenjen, ublažen.

Istraživanja sudske prakse (inače višestruko krajnje tegobna u nas) od 1995. na ovamo, upućuju na dosta procesuiranih predmeta, malo završenih, još manje s osuđujućim sudskim odlukama.

Kada je pak riječ o prosudbama rada stručnih liječničkih povjerenstava, ukazujem osobito na šest godina iskustva kao predsjednik Časnog suda II. stupnja Hrvatske stomatološke komore. Imali smo 6 slučajeve i, glavne zamjerke na koje smo ponovljeno pismeno upozoravali da su povjerenstva ili nedorečeno, ili/i dvomisleno, višesmisleno davala svoje prosudbe, ili nakon prosudbe nije bilo stava, jasnog prijedloga, ili je pak i jedno i drugo bilo prijeporno. Ukazujem, kao osobitost, na slučaj koji se je vodio pred Časnim sudom te istodobno i kao krivični i građanski predmet. Riječ je o pacijentu koji

je u suradnji sa starijim i iskusnijim stomatologom pokušavao "napakirati", ugrožavajući pri tom svoje vlastito zdravlje, drugom mlađem liječniku - stomatologu.

Jedan drukčiji primjer neshvatljive prakse - pacijentica koja je nekontrolirano mokрила te je u par godina višekratno (promašeno) operirana, dok ju nije liječnik opće prakse uputio neurokirurgu; utvrđen je problem s kičmom, diskom, uz novu primjerenu operaciju. Ili, jednako neshvatljiv primjer (u spomenutoj knjizi "Deontologija ..."), kardio-kirurške operacije vrhunskog liječnika koji je na kraju operacije napravio jednu grešku - i pacijent je umro. Nadalje slučaj, iz bivše Jugoslavije, kada su mladiću amputirali zdravu nogu (dakako potom i bolesnu) pa su vještačenja i nadvještačenja utvrdila da su mu odrezali zdravu nogu, ali da su priroda i tijek bolesti takvi da bi mu ionako odrezali tu zdravu nogu samo malo kasnije.

Na kraju i pitanje: značenje i domašaj istraživanja u medicini, novih postupaka, novih standarda, itd. i mogućih pogrešaka liječnika; prijepori rizika novih zahvata i rizika mogućih pogrešaka i napredak u medicini?

J.Barbić: Stanje slično onome izloženom u posljednjem pitanju mi smo u trgovačkom pravu elegantno riješili. Rizični zahvat koji je u granicama struke s poduzetim mjerama u okviru pravila struke, ne može dovesti do odgovornosti. U trgovačkom pravu to je ovako riješeno: zna se da direktor mora ulaziti i u rizične poslove, u protivnom ne bi se razvijala struka i svi bi uvijek radili na isti prastari način koji doduše eliminira rizike, ali ni ne donosi neku naročitu korist, a poslovi se obavljaju zato da bi donijeli korist. Ne uđe li poslovni čovjek ni u kakav rizik i postupa li previše konzervativno, odgovarat će zbog slabih poslovnih rezultata. Da bi se mogla razvijati tehnika poslovanja, nema odgovornosti ako se pri ulasku u rizik poduzme sve što bi u takvom

slučaju po pravilima struke poduzeo razuman poslovni čovjek. To je bitno, inače bi struka stala. Razumije se da u odlučivanju valja biti umjeren, pa i to su pravila struke.

P.Klarić: Na pitanje podudaraju li se ove liječničke greške sistematizirane u četiri skupine i je li to pokriveno s kaznenim pravom. To je uglavnom pokriveno: imate kazneno djelo nesavjesnog liječenja, samovoljnog liječenja i nepružanja medicinske pomoći. Što se tiče broja odštetnih parnica u vezi s liječničkim greškama, podaci su za našu zemlju krajnje nepouzdana. Prema vlastitom istraživanju u razdoblju 1995-2000.g. Općinski sud u Zagrebu imao je 149 odštetnih parnica protiv zdravstvenih ustanova iz Zagreba i okolice koje se pretežno odnose na liječničke greške.

Miljenko Giunio, Metalmineral:

Htio sam iznijeti dva dojma i jedan prijedlog. Ali prije toga nešto bih dodao uz ono što je govorio prof. Miličić. Netko bi mogao doživjeti kao eufemizam govor o greškama u medicini, no čini mi se da to nije eufemizam, jer doista su moguće greške u medicini koje nisu samo liječničke (nego i ostalog medicinskog osoblja). Na to bih odmah nadovezao i jedno pitanje: Jesmo li možda mi zreli da napravimo ono što su učinili Slovenci, tj. da izbacimo iz kaznenog sustava djelo nadriliječništva. Za neke koji to možda neznaju: nadripisarstvo i nadriliječništvo nemaju baš nikakve (etimološka) veze. Jer nadripisar je u Hrvatskoj i najsavršeniji pravnik koji se bavi pravom, ako nije sudac, odvjetnik ili javni bilježnik. Međutim, nadriliječnik je samo onaj koji se bavi liječenjem a nema liječničku spremu. Dakle, Slovenci u svom Kaznenom zakonu više nemaju djelo nadriliječništva (usput, ni nadripisarstva) moguće štetne radnje nestručnim pružanjem zdravstvene pomoći (usluge) mogu se kazneno sankcionirati samo kao nesavjesno liječenje, nanošenje ozljede i sl. Čini mi se da se i

kod nas toleriraju mnogi slučajevi kada se obavlja liječenje a da to ne rade liječnici. To je negdje na rubu kaznenog djelovanja po našem Zakonu.

Dva dojma.

Dojam prvi, slušajući i gledajući prof. Gjurašina, bilo mi se teško oteti dojmu da ne gledam onu seriju LA Law - šefa odvjetničkog ureda. Sve razlike koje postoje između ta dva lika idu u korist prof. Gjurašina, pa čak i izlaganje koje smo čuli. Dojam drugi je taj da se ovdje kao pravnik osjećam superiornim u odnosu na liječnike, a obično je obrnuto. Govorimo o greškama a mi smo im suci. I moj prijedlog: možda bi bilo zgodno da u jednoj od idućih tribina govorimo o greškama u pravu. Mislim da se ta problematika dade raspraviti sa raznih aspekata (teorijski, *de lege lata*, praksa; greške suda/države, odvjetnika, zastupnika/punomoćnika – neodvjetnika).

J.Barbić: Meni se prijedlog dopada. Mi smo se za sada zgrabili doktora. Za početak a onda ćemo doći i mi na red. Mi ćemo imati jednu prednost što ćemo sami govoriti o našim greškama.

Danko Stazić, odvjetnik:

Zahvaljujem na dobivenoj riječi. Nakon što sam čuo prethodna izlaganja, htio bih dati suport viziji gospodina iz liječničke komore koji je govorio o mogućem osiguranju liječnika. Naš odvjetnički ured imao je u praksi par primjera vođenja postupaka naknade štete, koji smo započeli tužbom, zbog krivog i nesavjesnog liječenja pacijentice odnosno naše klijentice, zbog kakvog liječenja je šteta i nastupila. Jedan slučaj ću činjenično izdvojiti, za korist ove rasprave. Radilo se između ostalog o ozljedi radijalnog živca desne ruke. S tom ozljedom pacijentica je hitno došla u bolnicu radi operativnog zahvata, no liječnik joj je rekao da dođe za pet dana, pa će navodno vidjeti da li će biti mjesta, itd. Njen muž koji je bio uz nju i ona shvatili su to

ozbiljno, vjerujući kako je to još brzo s obzirom na stanje u zdravstvu. No nakon prekasne operacije i niza pogrešaka liječnika koje smo s uspjehom dokazali i pravomoćno okončali ovaj postupak, desna šaka pacijentice više nije u funkciji, nego nemoćno atrofirano visi. (Žena ima cca 50 godina).

Tijekom postupka primjetili smo da sud isključivu vjeru kod tih stručnih stvari poklanja vještaku – dakle sude u biti medicinski vještaci, a od vještaka nakon niza prigovora i dopunskog vještačenja dobili smo tek nakon jako dugo vremena priznanje u obliku mišljenja i ekspertize, kako je pacijentica ipak s takvom ozljedom trebala biti operirana **odmah**, dakle radi se o evidentnoj i dokumentiranoj pogrešci u liječenju. Dobili smo dojam, kako je vještačkom timu bilo jako, jako teško vještačiti na štetu svog kolege. Razmišljajući, shvatili smo kako je to ljudski, ali se ipak radi o lažnoj solidarnosti, te je potrebno iznaći rješenje koje kod takvih slučajeva donekle zadovoljava obje strane, napominjemo, donekle, budući se raniji zdravstveni status oštećenog ne može povratiti, ali se može lakše ostvariti zahtjev za naknadu štete, brže zadovoljiti mogućeg tužitelja bar u naknadi, i time umanjiti strah liječnika ili bolnice protiv koje se vodi postupak, budući da što je rekao predsjednik Hrvatske liječničke komore taj isti liječnik pod pritiskom sudskog procesa mora raditi dalje, i moguće je da napravi novu pogrešku.

Drage kolege, iz navedenog je, nadam se, razvidno zašto dajem gore navedeni suport kolegi koji je spomenuo osiguranje? Zbog toga što osobno smatram da je to trenutno jedini način da se zaštite liječnici i medicinske sestre, kako bi mirno mogli raditi, jer živi su ljudi i mogu pogriješiti u pružanju medicinske pomoći, jednako kao i mi pravnici, no mi kao odvjetnici osigurani smo ako slučajno napravimo štetu u pružanju pravne pomoći do određenog iznosa, preko naše Hrvatske odvjetničke komore i svaki mjesec sami plaćamo pojedinačno

to odabrano osiguranje. Upravo to predlažem i liječnicima koji bi uznastojali putem svojih lobbya, ishoditi privolu kod reosiguravatelja, da ih osiguraju postojeća osiguravajuća društva, ako ne osobno liječnika i medicinsku sestru, a ono bar bolnicu i u okviru nje djelatnike, jer uz današnji izuzetno brz razvoj znanosti, vrlo je teško dokazivati da li je netko postupao po «famoznim» pravilima struke ili nije.

Na koji se način to procjenjuje danas, plastično je dočarao prof. Gjurašin na početku svog izlaganja. O sličnoj tematici mogli bi razmišljati i pacijenti. Konačno, moja je supruga viša medicinska sestra na intenzivnoj njezi. Osobno, svjedok sam, kako nakon napornog radnog dana kada asistira jednoj reanimaciji ili intubaciji ili uvođenju subklavijalnih katetera i sl., dolazi doma pod stresom, i od doma često podsjeća ostale sestre kako ne bi što zaboravile nakon takvih zahvata u daljnjoj njezi i sl. Što nam to govori? – kako su liječnici, a posebno sestre na težim odjelima i inače pod pritiskom odgovornosti, te taj pritisak smatraju čak dijelom svoga posla. U ime kvalitetnijeg rada bez straha, a to predpostavlja vjerujem manje pogrešaka u liječenju, na zadovoljstvo i pacijenata – mogućih tužitelja i liječnika nastojmo im svatko svojim doprinosom – prijedlogom, raspravom, realizacijom, taj pritisak makar ublažiti, ne zanemarujući pri tom nečiju stvarnu indolentnost ili čak namjeru. Hvala!

E.Ćepulić: Iz toga što ste sad rekli proizlazi nužnost da krenemo u sasvim drugi tip odnosa prema našim greškama i prema medicinskim greškama jer nisu sve samo naše greške. Kolega je potpuno pravo rekao da kada se prekine radijalni živac i kad se prekine nadlaktična kost odmah se treba operirati. Meni se je dogodilo da sam uzrokovao jednu nesreću gdje se žena vozila otaga sa strane, prilikom nesreće prednje sjedalo joj je slomilo nadlakticu. U Rijeci gdje je došla nakon te nesreće,

liječnici su vidjeli što je na stvari i umjesto da je odmah operiraju ostavili su je za ponedjeljak. Do ponedjeljka joj je živac stradao i ona je ostala bez mogućnosti nekih kretnji a bila je daktilograf. Dakle grozno za takvog jednog pacijenta. Kad bi se takve stvari rješavale kroz ovaj vid, onda bi se na toj greški koja se ne bi smatrala sramoto, svi bi naučili da se to odmah mora operirati i ne bi se ostavljalo. Ovako se je to pokušalo zataškati. Mene se je pokušalo okriviti a defakto je za to bila kriva bolnica. Iz čitave te priče najviše bi izvukli pacijenti jer se ta greška ne bi više nikada dogodila. Ovako stvari legnu, spavaju i nikom ništa. Zato mislim da ćete nam kao pravnici strahovito puno pomoći ako krenete zajedno s nama upravo u ovom pravcu koji smo mi pokrenuli.

L.Giunio: Glavni motiv za tužbu je subjektivni osjećaj nezadovoljstva. Subjektivni osjećaj nezadovoljstva - to može biti opravdan i neopravdan osjećaj nezadovoljstva. Naše i skandinavsko iskustvo pokazuje da ljudi najčešće ne tuže liječnika zbog želje za odštetom već zbog osjećaja da je povrijeđen u nekom svom pravu kao čovjek, koji je tražio zdravlje a dobio nešto manje nego što po njegovu mišljenju zaslužuje.

J.Barbić: Kolegice i kolege, molim vas za aplauz našim uvodničarima i svima onima koji su sudjelovali u raspravi. Bilten ćemo izdati do naredne tribine pa molim sve one koji su raspravljali da u najkraćem roku, nakon što dobiju napisano ono što su govorili, vrate autorizirani tekst. Mislim da možemo biti ponosni, sad ću ukrasti misao profesora Gjurašina kada je rekao da se on ne sjeća, a ako se on ne sjeća onda je to sigurno tako, jer mi pravnici se nismo time bavili, da je ovo prvi puta da su pravnici i medicinari zajedno raspravljali o području koje je neuralgično za obje struke. Ako je to tako, zaista možemo biti ponosni da smo u Klubu počeli s nečim što nam nameće daljnje obveze. Vjerojatno

ćemo na jednoj od narednih tribina govoriti i o kaznenoj odgovornosti. Hoće li to biti već u siječnju ili kasnije, to ćemo vidjeti s obzirom na naše kolege iz kaznenog prava. Mislim da nam to nameće obvezu da organiziramo savjetovanje na kome bi naše kolege do u detalje raspravile ključne dijelove tzv. medicinskog prava, ne samo iz područja odgovornosti nego i druga pitanja iz područja pružanja zdravstvenih usluga. Naši kolege liječnici tu bi trebali pridonijeti analizom svoje struke i pravila struke. Lako je postaviti mjeru i ocjenjivati tko je postupio po pravilima struke a tko nije, ali onome tko se nađe s krive strane tako postavljene crte nije lako. A što su to pravila struke? To su i nepisana pravila, prosjek ponašanja u struci i prosječno iskustvo, nije to samo ono što je napisano. Mislim da bi takvo savjetovanje doista koristilo svima, ne samo nama nego i šire, razvoju prava i razvoju medicine.

Želim vam sretne i ugodne blagdane i da što prije ugledamo primjerak Biltena s objavljenim današnjim izlaganjima. Nije to lako i ne bismo to mogli učiniti bez pomoći Pravnog fakulteta. Sada vas pozivam kao goste Hrvatske liječničke komore na domjenak. Doviđenja do tribine u siječnju.

