



Odgovornost zdravstvenih ustanova za štete kao posledice lečenja

Responsibility of medical institutions for damages resulting from treatment

Hajrija Mujović-Zornić*[†], Zdravko Petrović*[†]

*Centar za pravna istraživanja, Institut društvenih nauka, Beograd, Srbija; [†]Univerzitet Sigmund Freud, Beč, Austrija

Ključne reči:

zdravstvene ustanove; lečenje, greške; zakonodavstvo; medicina, sudska.

Key words:

health facilities; treatment failure; legislation; forensic medicine.

Uvod

U praksi obavljanja delatnosti u zdravstvenom sistemu različite su radnje i propusti kojima se može naneti šteta bolesnicima kao korisnicima usluga ili trećim licima. Razmatranje pretpostavki odgovornosti vezano za medicinsku delatnost stavlja težište na dopuštenost i regularnost postupanja zdravstvenih ustanova, odnosno njihovih zaposlenih koji pružaju zdravstvene usluge¹. Sistematizacija radnji i propusta u pružanju zdravstvenih usluga kojima bi se mogla naneti šteta uglavnom je stvar usvojenog pravnog uređenja zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja građana svake pojedinačne države². Profesionalno obavljanje zdravstvenih delatnosti nameće dužnost da se poznaju i savesno primenjuje znanje i iskustvo koje je čovek na tom području dosegao, kako bi od sebe otklonio moguću odgovornost za nepovoljan medicinski ishod. Postoji, takođe, dužnost da se poštuju sva pravna i moralna načela, posebno propisi koji se odnose na obavljanje zdravstvenih delatnosti. Svi ovi zahtevi, ako se pravilno shvate, nisu usmereni na to da sputavaju rad u svakodnevnoj medicinskoj praksi. Tako, lekar treba da se usredsredi na svoj posao, a ne da strahuje od odgovornosti i da neguje tzv. defanzivnu medicinu, koja nije u interesu ni bolesnika ni lekara. Loša pojava bi bila, takođe, ako bi lekar u svakom bolesniku video potencijalnog tužioca. S druge strane, izvesna doza opreza zbog eventualne odgovornosti ima preventivno dejstvo, jer podupire savesnost lekara i suprotstavlja se nemarnosti i lošem radu. Treba učiniti da odgovornost lekara bude razumna, pravična i podnošljiva, ali u istom slučaju da garantuje i potrebnu sigurnost bolesniku i poštovanje njegovih ličnih prava, a posebno ljudskog dostojanstva i prava na samoodređenje. Ta ideja je sa puno osnova postavljena, ali je njeno oživotvorenje u praksi često veoma teško, jer u sporu između lekara i bolesnika jedna strana izgleda da uvek ostaje nezadovoljna³⁻¹¹.

Postupanja u tretmanu bolesnika koja su protivna zakonskim propisima ili pravilima struke karakterišu protivpravno. Oni povlače odgovornost za nastalu štetu u pravnom smislu, koja može biti višeznačna po vrsti, osnovu, kao i težini zaprečenih sankcija: građanska, imovinska ili odgovornost za štetu jeste oblik odgovornosti pod koji ulazi najveći broj slučajeva lekarskih grešaka. Iz tog razloga u anglosaksonskom pravu za ove slučajeve nepažnje razvio se poseban naziv – *medical malpractice* (pogrešna ili loša medicinska praksa), dok se u evropskoj terminologiji govori najčešće o pogrešnom postupanju, odnosno greškama lekara ili drugog medicinskog osoblja. Za građansku odgovornost vezuje se pravni institut osiguranja od odgovornosti, što olakšava obeštećenje. Osnovna razlika između građanske i krivične odgovornosti jeste u standardu dužne pažnje koje lekar treba da se pridržava, jer bi u suprotnom usledila odgovornost. Krivična odgovornost sledi samo za grubu nepažnju, dok se kod odštetne odgovara i za običnu nepažnju. To objašnjava situaciju da je odgovornost za štetu zbog grešaka u medicini danas dominantan oblik odgovornosti i da daleko nadmašuje po broju krivične postupke. Smatra se da je to adekvatniji oblik sankcionisanja, budući da ovde nije u prvom planu društvena opasnost štetnih radnji (grešaka), već povreda ličnih dobara i ličnih prava nastalih kršenjem dužnog ponašanja nepažnjom. Staleška ili disciplinska odgovornost pokreće se kod kršenja pravila struke bez obzira da li se profesionalna delatnost obavlja u okviru javne ili privatne zdravstvene službe. Krivična odgovornost ima individualni karakter jer uvek odgovara lekar, a ne zdravstvena ustanova, i vezana je striktno za ispunjenje bića krivičnog dela, merilo za krivicu i pažnju je subjektivno, nema pretpostavke o elementima odgovornosti, nema dokaznih olakšica, niti osiguranja od odgovornosti³. Nekad se u počinjenoj grešci može desiti sticaj više protivpravnih radnji, što daje razlog za odgovornost po više osnova. U načelu, nijedna od više vrsta odgovornosti ne uslovlja-

va drugu, jer svaka ima vlastite uslove i ciljeve, ali se često dešava da dokazivanje jednog pogrešnog, protivpravnog postupka bude zajednički element za sve. Ipak, bez obzira na to, različite odgovornosti se utvrđuju u različitim postupcima i od strane različitih organa, jedna drugu ne potiskuju i mogu se voditi paralelno, uz uvažavanje razloga praktičnosti i kvalifikacije po težini povrede, i poznatog pravila „*Ne bis in idem*“ (Ne sudi dvaput o istoj stvari). To je izvodljivo budući da je reč o više nivoa odgovornosti čiji su pravni osnovi i sankcije nejednaki, dopunjujući, a ne duplirajući. Praktično, krivičnu odgovornost i odgovornost za štetu utvrđuju i izriču redovni sudovi (krivica i parnica), a stalešku odgovornost sudovi časti pri lekarskim komorama i strukovnim udruženjima pripadnika medicinskih profesija.

Osnov odgovornosti za štete kao posledice lečenja

Gradanska odgovornost u domenu medicine označava obavezu naknade bolesniku one štete koja je nastala prilikom profesionalnog rada lekara i drugih službi. Ova vrsta odgovornosti smeštena je u kontekst postojanja ugovornog odnosa povodom nekog medicinskog tretmana, ali i opštih pravila obligacionog prava o ugovornoj i deliktnoj odgovornosti.

Za izvođenje odgovornosti zbog štete izazvane medicinskim procedurama ili drugim radnjama ne postoji poseban pravni režim, osim u malobrojnim izuzecima⁴. U okviru zemalja članica Evropske unije nastoji se još od ranije da se ustanove i ujednače propisi koji regulišu odgovornost pripadnika slobodnih zanimanja, uključujući tu i profesije u zdravstvu⁵. Načelno, za gradansku odgovornost u vezi za medicinskom delatnost važe opšti propisi o toj vrsti odgovornosti na nivou svake zemlje. Moderno pravo odgovornosti lekara gotovo svuda stvara sudsku praksu, koja je putem tumačenja već postojećih pravnih načela usavršila i dalje razvila i donekle modifikovala poznatu pravnu regulativu^{1,6}. Opšti je stav da ako bolesnik prilikom medicinskog tretmana pretrpi štetu, on svoje pravo na naknadu, može ostvariti kako po osnovu ugovorne, tako i po osnovu deliktne odgovornosti. U tom smislu „kršenje ugovora i nedopuštena radnja čine zajednički, stopljeni osnov odgovornosti lekara“⁷.

Tužbe po osnovu povrede ličnih prava, kao i pravne lekove koji se ulažu po njima, tradicionalno se pokreću kod gradanskog suda, odnosno odgovara se po privatnoj tužbi u parnicama. Dva principa koja se ovde afirmišu jesu princip obeštećenja i princip kvaliteta zdravstvene zaštite. U razvijanim državama dešava se da od toga koliko je parnica u ostvarivanju ovih ciljeva uspešna, toliko zavisi i dalje krivično gonjenje pripadnika medicinskih struka, koje time dobija supsidijarni karakter. Razlozi mogu biti u tome da je tužilac odbijen, da nije u potpunosti obeštećen zbog ekonomskih gubitaka nastalih u parnici, ili da osnov krivičnog kažnjavanja počinioaca postoji većinom onda kad je on aktivno učinio štetu, a manje kad je to bilo nečinjenje (propuštanje) koje isto tako može biti kažnjivo⁸.

Odgovornost zdravstvene ustanove sagledava se i vezuje za odgovorno postupanje njenih zaposlenih. U zavisnosti od vrste postupanja koje se u konkretnom slučaju neke procedure ili zahvata duguje, izdvajaju se dva oblika kršenja

dužnosti: u obliku greške u lečenju (veštini ili umeću) i u obliku greške u obaveštavanju (upozorenju, informisanju ili savetovanju)⁹. Prve se još nazivaju „klasičnim“ greškama, a druge greškama „na periferiji lečenja“. Bitno je da se prema pravnoj praksi i teoriji oba ova oblika pogrešnog postupanja po svom pravnom značaju izjednačavaju i jednako su podložne sankcionisanju. Ukoliko je lekar bez važeće saglasnosti, zbog propuštenog ili nedovoljnog informisanja bolesnika izvršio neki zahvat, i ako se rizik zbog koga je obaveštavanje bilo potrebno ostvario, onda lekar treba da plati punu naknadu nastale štete¹⁰. U okviru ove protivpravnosti dopušta se dokazivanje svakog pojedinačnog oblika kršenja dužne pažnje. Lekar postupa protivno svojoj dužnosti bilo da istovremeno ili nevezano krši postojeća pravila struke (lekarske veštine) ili ustanovljena pravila pažnje¹¹. Lekar treba da postupa prema aktuelno važećim i ustaljenim medicinskim standardima i da upotrebi prikladnu, saobraznu meru pažnje. Na pitanje koju meru poznavanja stvari, odnosno stručnosti i koju meru pažnje lekar treba da pokaže odgovara se prema stanju medicinskih znanja i standarda u vreme tretmana, a ne pre ili posle toga. Lekar koji je zanemario pažnju koja je u području njegove delatnosti potrebna ne može se pozivati na druga ista takva lekarska mišljenja ili praksu, budući da vlastite greške ne gube svoj negativan kvalitet usled toga što ih čine i ostali. To, stoga, što je merilo za pažnju objektivno i predstavlja profesionalno merilo za pažnju, koje ne važi samo za lekare nego i za ostala slobodna zanimanja. Naime, pažljivost treba da bude takva da osigurava kvalitet lekarske usluge. Kao objektivno tipizirani standard pažnje uzima se pažnja koja se može očekivati od iskusnog i savesnog lekara istog ranga (nemačko pravo), odnosno dobrog stručnjaka iste kategorije i istog ranga kao i onog čije se ponašanje ocenjuje, lekara opšte prakse, specijaliste itd. (francusko pravo), odnosno razumno kompetentnog lekara (englesko pravo). Prema opštoj odredbi Zakona o obligacionim odnosima u Srbiji je merilo pažnje za zdravstvene poslenike pažnja dobrog stručnjaka, što znači povećanu pažnju prema pravilima struke i prema običajima¹². Kad lekar ne postupa s pažnjom dobrog stručnjaka, radi se o običnoj nepažnji (*culpa levis*), a ako ne postupa ni onako kako bi postupao svaki prosečan lekar radi se o gruboj nepažnji (*culpa lata*) koja predstavlja viši stepen krivice¹³. Shodno tako visoko postavljenom merilu pogrešio bi svaki lekar koji bi postupao s manjim stepenom pažljivosti od standardno dobrog postupanja koje zakonodavac ima u vidu. Ipak, tako opisani standard pažnje ne bi trebalo shvatiti kao kruto pravilo koje ne trpi nikakva odstupanja u praksi. Zavisno od konkretnih okolnosti određenog medicinskog postupanja, smatra se da je dopuštena korekcija, kako u smislu ublažavanja, tako i u smislu pooštavanja dužnosti. Pravilo je da veća opasnost i veći rizik neke radnje zahtevaju i veću pažnju, a da hitnost i nužnost opravdavaju niži standard pažnje. Uvek treba početi od toga kako bi se iskusan i pažljiv lekar opšte prakse, odnosno specijalista, ponašao u datoj situaciji. 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. Na primer, nemački zakonodavac uvek govori o potrebnoj pažnji¹⁴.

Zakonom nije moguće propisati u pojedinostima šta se smatra pažljivim ponašanjem, a šta nepažljivim, budući da to zavisi od konkretnog slučaja. Principe *lege artis* i indikovanog ponašanja određuje postojeće naučno saznanje u medicini. Za odgovornost je zato često presudan usvojen medicinski standard, pod kojim se podrazumeva ono što prosečno kvalifikovan, savestan i obazriv lekar može i treba da zna da učini u konkretnoj situaciji¹⁵. Za razliku od apstraktnog pravnog pravila, koje je generalno, važi načelno i vremenski je neograničeno, standard je promenljiv i predstavlja posredujući pojam između opšteg pravila o pažnji i prakse. Standard upućuje na to kako lekar u konkretnoj situaciji treba da postupi. On važi za datu situaciju, ali to ne znači da se ne može promeniti, budući da nova naučna saznanja mogu uspostaviti važenje drugačijeg standarda. Nova naučna saznanja nemaju uvek za posledicu da jedna do tada upražnjavana standardna metoda nadalje važi kao lekarska greška. Naime, može se desiti i obrnuto, da jedno ponašanje koje je do tada smatrano lekarskom greškom, prema novim saznanjima nije više lekarska greška. Propuštanje da se prati razvoj ili promena u metodama tretmana i postupanje po prevaziđenom metodu takođe se smatraju greškama u tretmanu. U nemačkoj sudskoj praksi standard se definiše kao dobra lekarska praksa, i ona čini pravno merilo za meritornu odluku suda, utvrđenu uz pomoć sudskih veštaka¹⁵. Osim postupanja prema medicinskom standardu, lekar je dužan da bolesnika obavesti o određenim činjenicama i da mu pruži potrebne savete i uputstva. Shodno tome, lekar ne sme preduzimati lečenje ili zahvat protivno volji bolesnika i dužan je da bolesnika sveobuhvatno obaveštava^{16,17}.

U pogledu izvođenja odgovornosti pravni teoretičari vide određeni specifikum naročito kod pitanja dokazivanja lekarske greške¹⁸. Pre svega, tekovina je sudske prakse da odgovornost lekara predstavlja odgovornost za grešku. Kao što je već istaknuto, praktičar uvek duguje obligaciju sredstva kao što se svuda pravo odnosi prema staleškim normama u domenu tehnike. Greška posebno dobija na težini u medicinskoj struci, jer poseduje duplu aksiomatsku dimenziju u isto vreme i komplementarnu i različitu: medicinsko određenje gde je greška okarakterisana prema važećoj naučnoj normi, i pravno određenje koje je u vezi sa manjkavostima u izvršavanju pravno preuzetih obaveza i označava protivpravnu radnju. Otuda, profesionalna greška može da se analizira jednako sa medicinske tačke gledišta, da bi se naučno opravdalo postavljanje profesionalne odgovornosti, i sa pravne tačke gledišta da bi se to društveno potvrdilo i omogućila naknada štete bolesniku žrtvi. Razmatranje prava na zdravstvenu zaštitu dopušta da se obelodani stalna interakcija između ove dve dimenzije greške koja se naročito tumači redovnom saradnjom između sudija i medicinskih veštaka u parničnom postupku. Iz te interakcije konstatuje se uzajamni uticaj medicinske i pravne kvalifikacije profesionalne greške. Tako, medicinska kvalifikacija preuzima pravni zahtev za uzročnom vezom između nepropisne radnje i štete, dok je pravna kvalifikacija inspirisana medicinskim određenjem koje prethodno proglašava tu grešku. Profesionalna greška je onda pitanje jedne duple kvalifikacije, jedne analize u isto vreme naučne i pravne, a da ona ne provocira kritiku medicinsku,

pravnu ili društvenu. Ipak, vremenom se sve više shvata da harmonizacija između dva tipa kvalifikacije greške treba da ustupi mesto pravnoj kvalifikaciji greške, naglašavajući da medicinska kvalifikacija služi sudu samo kao informacija u iznalaženju odgovornosti¹⁹. Prema većinskom shvatanju, a u cilju krajnjeg određenja i izvođenja odgovornosti, pojam lekarske greške predstavlja pravni pojam. Uopšte, izučavanje lekarskih grešaka od strane pravnikar i svako meritorno postupanje nužno je radi utvrđivanja granica njihove dopuštenosti, radi razdvajanja protivpravnih medicinskih radnji od radnji koje su pravno irelevantne²⁰.

Treba zaključiti da pojam lekarske greške čini samo relevantna greška sa stanovišta prava, jer je jedino greška takve pravne kvalifikacije u stanju da pokrene neki od oblika odgovornosti. Pitanje da li je lekar počinio grešku u tretmanu ili prekršio dužnost pažnje nije po vrsti i obimu samo medicinsko nego je i pitanje u kojoj meri su ispunjene obaveze iz ugovora o lečenju, ili po opštim pravilima postupanja. To je, takođe i pre svega, pravno pitanje o kome merodavno odlučuje sud i gde medicinske kategorije pažnje predstavljaju samo polazne tačke. Iako sudija često samo pomoću medicinskih veštaka može da procenjuje, on nije dužan da preuzme svet pojmova lekara, koji može biti delom širi ali i uži, nego što su pravni pojmovi koji se prilikom primene zakona jedino mogu uzeti za osnov. Ovde se upravo naglašava normativno-pravni kvalitet objektivnog pojma pažnje, i zato je pojam lekarske greške u suštini pravni pojam. Osim toga, pojam lekarske greške jeste pravni pojam i u tom smislu da sudsko medicinsko veštačenje nije potrebno za sve vrste spornih lekarskih postupaka za koje se sumnja da su pogrešni. Takvi su slučajevi, na primer, nepribavljanje valjanog pristanka bolesnika ili neobaveštavanje usled čega je došlo do štete po zdravlje ili život. To pokazuje da svaka lekarska greška ne predstavlja ujedno i povredu pravila zdravstvene struke u užem smislu, već to može biti i povreda bolesnikovih prava i kršenje lekarskog dužnog postupanja. Ova konstatacija čini u današnje vreme široko prihvaćen stav u uporedno-pravnoj teoriji i praksi većine zemalja.

Osobenosti slučajeva odgovornosti zdravstvenih ustanova

Lekar koji se ogreši o svoju dužnost stručnog i pažljivog postupanja ili o bolesnikovo pravo samoodređenja krši svoje obaveze. To je osnovno načelo odgovornosti za štete nastale kao posledice lečenja. Prema vladajućem gledištu između zdravstvene ustanove i bolesnika postoji neposredna ugovorna veza, zbog čega odgovornost lekara nema javnopravni nego privatnopravni karakter²¹.

Ako se na konkretan slučaj štete primenjuju isključivo pravila ugovorne odgovornosti, tada za štetu odgovara ugovarač koji se obavezao da pruži određenu zdravstvenu uslugu. To može biti zdravstvena ustanova ili onaj koji obavlja privatnu medicinsku praksu. Poslednji odgovara za svoje zaposlene i pomoćnike. Češća je, međutim, primena pravila deliktne odgovornosti, nezavisno od toga da li je odnos davaoca i korisnika ugovorne prirode. Pitanja odgovornosti mogu biti složenija ako u spornom lečenju bolesnika učes-

tvuje više lekara različitih specijalnosti, lekari asistenti ili nedovoljno kvalifikovani lekari, gde se nekad za zdravstvenu ustanovu kao osnovna postavlja odgovornost zbog propusta u organizaciji rada.

Kao odgovorna lica ovde, kao i kod ugovorne odgovornosti pojavljuju se zdravstvena ustanova odnosno njen vlasnik, kada je reč o privatnoj praksi. Nosilac privatne prakse odgovara za svoje zaposlene (lica u radnom odnosu) i za svoje pomoćnike (lica angažovana po osnovu ugovora). Ako za vreme njegove odsutnosti odredi zamenika, odgovara samo za njegov izbor i uputstva koja mu je dao (*culpa in eligendo et instruendo*)^{19,22}.

Inače, zakoni odavno poznaju odgovornost za drugog i ona zbog subordiniranosti i institucionalizovanosti rada u medicini ovde nalazi svoju punu primenu. Tako, zbog nepažnje lekara koji je zaposlen u bolnici ili koji tu radi po ugovoru koristeći opremu i personal bolnice za lečenje bolesnika, odgovara bolnica. Opšta je zakonska odredba da za štetu koju zaposleni u radu ili u vezi sa radom prouzrokuje trećem licu odgovara preduzeće u kome je zaposleni radio u trenutku prouzrokovanja štete, osim ako dokaže da je zaposleni u datim okolnostima postupao onako kako je trebalo^{21,23}. Poslodavac odgovara za sve oblike krivice svojih zaposlenih (radnika). Preduzeće, odnosno ustanova poslodavca, ima pravo regressa isplaćenog na ime naknade štete, ukoliko je zaposleni postupao namerno ili sa krajnjom nepažnjom. Pored važećeg oblika odgovornosti za drugog, ustanova može da odgovara i za sopstveni propust, u kom slučaju je reč o povredi njegove primarne obaveze da se obezbedi odgovarajuća organizacija ustanove²⁴. Propust u organizaciji čini poseban osnov odgovornosti, ali treba u svakom slučaju dokazati uzročnu vezu između protivpravne radnje i nastale štete.

Oštećeni ima pravo da zahteva naknadu štete i neposredno od radnika ako je on štetu prouzrokovao namerno^{21,25}. Ovo opšte rešenje ne prihvata odbranu tužene bolnice, naročito kod slučaja rada lekara po osnovu ugovora, gde navodi da je nepažljiv lekar nezavisan ugovarač za čije postupke bolnica nema odgovornost. Argumenti u prilog odgovornosti zdravstvene ustanove obično su bazirani na tome da se lekar pojavljuje kao zastupnik bolnice, na dužnost bolnice da kontroliše ključne aspekte rada lekara i na premisi da je počinjena nepažljiva radnja svojstvena delatnosti bolnice^{22,26}. Pristalice ovakvog stava ukazuju na realnost da je medicinska nega timska nega i da je zato više primereno fokusiranje odgovornosti na organizaciju nego osuđivanje individualnog lekara. To promovise koordiniran pristup prevenciji grešaka i višem kvalitetu zdravstvene zaštite.

Iz prethodnog proizilazi da kada odgovara ustanova u nekim situacijama može doći do solidarne odgovornosti bolnice i lekara, i to kao izuzetak kada se tužilac pozove na postojanje namere u ponašanju tuženog. Ipak, slučajevi umišljajnog postupanja su krajnje retki i teško dokazivi, budući da je kod grešaka u medicini gotovo uvek u pitanju nepažljivo, tj. nehatno, postupanje na strani tuženog lekara. U literaturi ovi slučajevi opisuju se kao moguća paralelna odgovornost ustanove i lekara zaposlenog u ustanovi (bolnici). U nekim državama brojnije su tužbe protiv bolnica (Nemačka, UK), a

u drugima protiv lekara (SAD 75% lekari a 25% bolnice)²³. Ipak, tužiocu u najvećem broju slučajeva odštetne zahteve podižu protiv zdravstvene ustanove. U regresnom zahtevu pored namere uzima se u obzir i krajnja nepažnja, i u tom smislu odgovornost neposrednog štetnika može biti od značaja. Kad zdravstvena ustanova isplati naknadu štete, ima pravo u roku od šest meseci od dana isplate da zahteva od lekara ili drugog pripadnika zdravstvenih profesija povraćaj isplaćenog iznosa, ako je štetu učinio namerno ili krajnjom nepažnjom²⁴. U privatnoj praksi davaoc zdravstvenih usluga odgovara za štete koje počinu lično i za štete zaposlenih s kojima je sklopio ugovor o radu. On, takođe, odgovara za lica koja su po njegovom nalogu radila na poslu koji se obaveza da izvrši, kao da ga je sam izvršio²¹. Izuzetak bi činio slučaj kad lekar koji postupa, na primer zbog odsutnosti ili drugih opravdanih razloga, imenuje svog zamenika, pošto se tada zamenik smatra samostalnim vršiocem obaveze i neposredno odgovara bolesniku za sve propuste¹⁹.

U teoriji i praksi diskutuje se o pitanju objektivne odgovornosti za štetu nastalu u toku obavljanja medicinske delatnosti. Ona suštinski i sad postoji, ali u manjem obimu, na primer, u slučajevima odgovornosti zdravstvene ustanove prema učesniku kliničkih ispitivanja ili kod štete zbog transfuzije zaražene krvi, ili štete od medicinskih aparata²⁰. Ako se posmatra praksa sudova u Srbiji, prema ranijoj praksi bilo je odluka u kojima se sama medicinska delatnost shvatala kao opasna delatnost i po tom osnovu se izvodila objektivna odgovornost bez obzira na krivicu. Po mišljenju teoretičara poređenje medicinske delatnosti sa nekim drugim opasnim delatnostima smatra se pogrešnim, jer je reč o delatnostima koje same stvaraju rizik od štete za druge, pa zato i odgovaraju ako se taj rizik ostvari. Kod medicinske delatnosti, upravo to postaje sporno, jer rizik po zdravlje ili smrt bolesnika nije prvenstveno izazvan od strane lekara, nego samom bolešću, gde lekar nastoji da tu opasnost po mogućstvu otkloni ili bar umanji²⁰. U razrešenju ove dileme ranije su savezni i vrhovni sudovi republika i pokrajina izričito imali stav kojim odbacuju takvu mogućnost, premda su neke presude posle toga, pa i danas, prihvatile objektivnu odgovornost¹. To iziskuje dodatni komentar sa stanovišta opravdanosti takvih sudskih odluka.

Razvoj drugih oblika obeštećenja bez obzira na krivicu (*no-fault compensation*) u domenu medicinske delatnosti vezuje se za vansudske postupke, odštetne fondove i jednim delom osiguranja². Lekar je dužan da zaključenjem ugovora o osiguranju obezbedi dovoljno novčano pokriće za podmirenje zahteva za naknadu eventualne štete izazvane njegovom nepropisnom medicinskom intervencijom. U slučaju kad se steknu uslovi za imovinsku odgovornost lekara u sporazumu sa oštećenim i osiguravačem spor se rešava mirnim putem. U celom sistemu bitna je bolja šansa oštećenog da dobije kompenzaciju za štetu koju je u toku lečenja pretrpeo. Bolesnik nije prinuđen da okrivljuje bilo zdravstvenu ustanovu, bilo lekara koji je postupao kako bi ostvario pravo na naknadu, što je slučaj u sudskom postupku. Iz ukupnog odnosa između medicinskih usluga i njenih korisnika nema više konfrontacije i to je u razvijenim zemljama bio razlog da se podrži ovakav sistem obeštećenja.

Neki primeri iz sudske prakse Srbije i prakse inostranih sudova

Stanje sudske prakse u razvijenim državama karakteriše stalno nastojanje da se unapredi sudska zaštita bolesnika i da se sam sistem obeštećenja učini efektivnijim. Ne radi se samo o priči o pohlepnim advokatima koji navode oštećene bolesnika da tuže. Problem je mnogo širi i najčešće leži u nedovoljnom razjašnjenju situacija da li je reč o nepažnji lekara ili o oštećenju bolesnika koje se nije moglo izbeći. To je, po mišljenju analitičara, razlog što prema statistici na jedan osnovan zahtev dolaze četiri neosnovana zahteva²⁶. U praksi, ostvarenje prava na naknadu štete postaje tako zamršeno, da ići na sud izgleda kao „bacati kokcu“. Sudije nekad dobijaju zbunjajuća i suprotstavljena mišljenja od medicinskih veštaka o tome šta je u stvari standard *razumne pažnje* u medicini za datu situaciju i onda su prinuđeni da odlučuju kome poverovati. U odsustvu bilo kakvog jasnog vodiča da li je lekar pogrešio ili ne, dešava se da sud pokloni svoju veru teško oštećenom bolesniku. Dugoročno, oni gube jer to se odražava i na njihov pristup lekarskim uslugama visokorizičnih specijalnosti, kao što su ginekolozi, posebno u osiguranjima gde su premije najviše porasle. Sa druge strane, ni mnogi lekari ne veruju u sistem takvog pravosuđa, jer iz njega nekad dolaze nedosledne i nekorektno presude o medicinskoj praksi. Strah od toga da će biti tuženi i suočeni sa višim premijama osiguranja, lekari i drugi medicinski profesionalci često manifestuju na pogrešan način, tako što daju upute za skupe i nekad nepotrebne testove (defanzivna medicina), istovremeno odbacujući bilo kakvu slobodnu diskusiju o sopstvenim neuspesima i promašajima²⁶.

Za razliku od sudske prakse razvijenih zemalja, koja je bogata i po raznim pitanjima medicinskog prava ustaljena bez bitnijih kolebanja, takav stav se ne može izreći ako se za primer uzme Srbija. Sudska praksa o medicinskim predmetima u parničnim postupcima mnogo je više prisutna, ali broj utuženja još uvek vidno zaostaje za brojem krivičnih predmeta čije procesuiranje traje dugo i sa malo osuđujućih presuda.

Jedan od najranijih slučajeva iz sudske prakse bivših jugoslovenskih republika ticao se spora u vezi sa pribavljanjem pristanka bolesnika pre operacije²⁷. Činjenice su bile sledeće: bolesnik, srednjih godina, muškog pola, sa tegobama koje je osećao zbog kile u predelu desne prepone bio je upućen na operaciju. Za tu operaciju je dao pristanak. Neposredno pre operacije lekari su konstatovali da postoji kila i na levoj strani, tj. obostrano. Po vlastitoj proceni izvršili su, upravo, operaciju leve kile. Posle operacije bolesnik je tvrdio da kod njega nije postojala kila na levoj strani i da za takvu operaciju nije dao pristanak, nego da se čak energično protivio operaciji. Zbog svih ovih okolnosti bolesnik se odlučio na utuženje. Prvostepeni sud je odbio tužbeni zahtev, pozivajući se na stanje zapisnika o izvršenoj operaciji i sprovedeno medicinsko veštačenje. Međutim, ceneći izneto činjenično stanje i priložene dokaze, drugostepeni sud usvojio je žalbu tužioca i ukinuo presudu. Sud je istakao više razloga za takvu svoju odluku. Iz pregleda celokupne medicinske dokumentacije u vezi spornog operativnog zahvata nije nigde

bilo vidljivo da je tužilac bio obavešten da će mu biti operisana leva kila i da je dao pristanak za tu operaciju. Tužilac je, doduše, neposredno pre operacije obrijao i desnu i levu stranu prepone, i to na nagovor jednog bolesnika, a ne medicinskog osoblja, pa se stoga ne može sa sigurnošću izvesti nedvosmislen zaključak da je dao pristanak na operaciju leve kile. Bez pristanka bolesnika ne može se vršiti operativni zahvat, osim ako se radi o zahvatu hitne prirode, a bolesnik je u takvom stanju da se od njega ne može dobiti pristanak. Nedopustivo je i protivno načelu nepovredivosti fizičkog integriteta da se preduzme operativni zahvat na nekom licu protiv njegove volje, pa i onda kad bi to bilo od koristi za to lice, osim ako ne pretežu posebni razlozi koji opravdavaju takav postupak, kao što je životna opasnost ili stanje bolesnika kada ne bi bio u mogućnosti da dâ svoj pristanak.

Presuda ranije sudske prakse Srbije odnosila se na dužnost obaveštavanja od strane lekara i valjanog pribavljanja pristanka bolesnika za operaciju²⁸. Predmet datira iz 1987. godine, ali je parnica o naknadi štete trajala više godina. Činjenično stanje bilo je sledeće: sredovečna žena koja je patila od urođene paralize desnog facijalnog živca, s namerom da ublaži svoje tegobe koje su se sve više potencirale, obratila se specijalistima vodeće opšte bolnice. Predložena joj je operacija koju je prihvatila i kojoj se ubrzo podvrgla. Lekar koji je operisao pratio je postoperativni tok i smatrao ga normalnim, da bi na prvom kontrolnom pregledu, 15 dana po operaciji, ustanovio da kod bolesnice postoji poremećaj vida, izražen kao pojava dvoslike pri pogledu na dole i horizontalno. Zbog toga je morao biti konsultovan očni lekar koji je potvrdio dijagnozu razrokosti, koja nužno iziskuje operaciju. Operacija obavljena na Očnoj klinici nije donela nikakvo poboljšanje i bolesnica je po drugi put sa ove klinike otpuštena sa zaključkom da se nad njom odlaže hirurška intervencija. Ovakav ishod lečenja bio je razlog za njenu tužbu protiv bolnice radi naknade štete. Tužbeni zahtev glasio je na naknadu od 200 000 dinara zbog umanjene opšte životne aktivnosti, 40 000 dinara zbog pretrpljenih fizičkih bolova i 50 000 dinara zbog narušenog estetskog izgleda, što je ukupno iznosilo 290 000 dinara. U tužbi je posebno istaknuto da je šteta nanesena zdravlju tužilje prouzrokovana krivicom lekara koji je operisao. U odgovoru na tužbu i na usmenoj raspravi pred sudom tuženi je osporio tužbeni zahtev u celosti. Tvrdio je da je operativni zahvat nad tužiljom obavljen prema pravilima medicinske nauke i etike, pa, stoga, šteta koju je tužilja pretrpela nije uzrokovana krivicom lekara. U razmatranju iznetih činjenica, diferencirajući ih na relevantne i irelevantne, sud se našao pred nekoliko pravnih pitanja: da li je u konkretnom slučaju postojala lekarska greška, imajući u vidu neuspešan ishod operacije i štetne posledice; kako pravno kvalifikovati postupanja stranaka pre i posle operacije; koji su bitni elementi za bolesnikovu odluku da se podvrgne operaciji. U tom smislu sud je naložio izvođenje dokaza veštačenjem, koje je obavio sudskomedicinski odbor Medicinskog fakulteta. Prema nalazu i mišljenju veštaka, razrokost i videenje duplih slika posledica su operacije koju su nad tužiljom obavili lekari tuženog. Vid tužilje je usled toga smanjen za 20%, a opšta životna sposobnost za 50%, budući da ona stalno vidi duple slike i ne može da obavlja poslove koji pretpo-

stavljaju normalan vid. Operacija je, takođe, prouzrokovala veću fizičku i estetsku unakaženost tužilje. Zbog urođene paralize facijalisa, krivljenje usta je kod nje pre operacije bilo izraženo samo pri pokretima usta, a posle operacije unakaženje se ispoljavalo kako pri mimici lica, tako i kad je ono u stanju mirovanja. Prilikom obavljanja hirurških intervencija tužilja je osećala bolove jačeg do srednjeg intenziteta, koji su se postepeno smanjivali i gubili i koji su sastavni deo ovakvih intervencija. Nalazom sa pozivanjem na medicinsku dokumentaciju ističe se da je operacija u svemu izvršena *lege artis*, na način na koji se obavljaju operacije u oblasti savremene plastične hirurgije, tj. u skladu sa principima hirurške korekcije koja se radi u slučajevima pareze *n. facijalis*. Konstatovano je da postojeće posledice operacije u vidu razrokoosti predstavljaju jednu od mogućih, iako izuzetno retkih operativnih komplikacija. Ceneći sve ove okolnosti, opštinski sud je zaključio da šteta koju je tužilja pretrpela predstavlja rizik koji je ona prećutno preuzela prihvatajući operaciju. Sud je odbio tužbeni zahtev, smatrajući da šteta koju je tužilja pretrpela nije uzrokovana lekarskom greškom, nego da predstavlja neizbežan rizik operacije, koji mora da snosi svako ko na operaciju pristane. O žalbi na ovu presudu odlučivao je Okružni sud i potvrdio presudu Opštinskog suda. Međutim, po vanrednom pravnom leku, obe presude nižih sudova su ukinute. Vrhovni sud Srbije zauzeo je drugačiji stav, smatrajući proizvoljnim zaključak nižeg suda da je tužilja prećutno prihvatila operaciju, preuzela na sebe i rizik od štetnih posledica koje su u konkretnom slučaju nastupile. Pred Opštinskim sudom nije ni utvrđivana činjenica da li je i u kom opsegu tužilji predočena mogućnost komplikacija i da li je ona preuzela na sebe rizik od njihovog eventualnog nastupanja. Vrhovni sud podvlači obavezu zdravstvenih radnika da bolesnika obaveste o suštini, značaju i domašaju medicinske intervencije na koju pristaje, kako bi bolesnik bio u mogućnosti da uzme u obzir razloge za i protiv intervencije i da na osnovu toga donese razumnu odluku koja se tiče njegovog lečenja. Po mišljenju suda obaveštavanje bolesnika ne podrazumeva iznošenje tehničkih detalja nego saopštavanje osnovnih podataka koji su bitni za njegovu odluku. Bitnim podacima sud je smatrao razjašnjenje delotvornosti predloženog zahvata i ukazivanje na mogući neuspeh i kad se on obavi propisno. U konkretnom slučaju tužilja je bila upozorena samo na uobičajeni rizik, i na njega je pristala, ali prema njenim tvrdnjama tuženi joj nijednog trenutka nije spomenuo mogućnost ovako katastrofalnog ishoda. Značaj ove presude Vrhovnog suda je u tome što ona po prvi put jasno izražava načelni pravni stav o pristanku bolesnika na medicinsku intervenciju i preuzimanju rizika od nje. Prema ovom stavu odgovornost lekara i medicinskih ustanova ne zavisi samo od stručnosti preduzimanja medicinske intervencije, već i od pridržavanja dužnosti da se bolesniku daju potrebna obaveštenja (pravo na obaveštenje), što čini poseban pravni osnov odgovornosti.

U razumevanju medicinskih sporova otišlo se doduše dalje o čemu svedoči skorašnji slučaj naknade štete zbog ne-utvrđivanja uzroka smrti bolesnika koji je preminuo u bolnici. U izreci presude Vrhovnog suda Srbije navedeno je da zdravstvena ustanova koja propusti da obaveznom obdukcijom utvrdi uzrok smrti bolesnika preminulog u zdravstvenoj

ustanovi odgovara za štetu zbog nezakonitog i nepravilnog rada, jer bliski srodnici imaju pravo da saznaju uzrok njegove smrti i pravo da neizvesnost u pogledu ovih okolnosti ne traje neuobičajeno dugo. Iz obrazloženja: Sada pokojni DK, rođen 1962. godine, primljen je na Hirurško odeljenje tuženog zbog stomačnih tegoba i potom, 27. 6. 2001. godine, operisan, ali je 3. 7. 2001. godine tokom lečenja (reoperacije) preminuo. Sahranjen je bez potvrde o smrti, a izveštaj o smrti tuženi je sastavio naknadno 11. 9. 2001. godine, s tim što je, u međuvremenu 24. 7. 2001. godine tuženi dodelio porodici pokojnog DK 10 000,00 dinara. Osim toga, iz izveštaja Instituta za sudsku medicinu od 28. 9. 2004. godine proizilazi da se sa sudskomedicinskog stanovišta neposredni uzrok njegove smrti sa sigurnošću ne može utvrditi jer obdukcija nije izvršena. Imajući u vidu sve navedene okolnosti, Vrhovni sud nalazi da se zbog propusta tuženog u postupku utvrđivanja uzroka smrti sada pokojnog DK s obzirom na to da obdukcija, iako obavezna, nije izvršena i da je izveštaj o njegovoj smrti koja se dogodila 3. 7. 2001. godine sastavljen tek 11. 9. 2001. godine, za sada se ne može pouzdano, van svake razumne sumnje, zaključiti ni da li je tokom njegovog lečenja postupano prema standardnim pravilima medicinske struke, jer od ovih okolnosti zavisi odluka o isključenju odgovornosti tuženog za naknadu ove štete tužiocima. Iako su tužilje kao bliski srodnici sada pokojnog DK mogle zahtevati obdukciju radi utvrđivanja uzroka njegove smrti, to ne isključuje obavezu tuženog da uzrok smrti bolesnika preminulog u ovoj zdravstvenoj ustanovi utvrđuje obaveznom obdukcijom, budući da je postupak utvrđivanja smrti bolesnika propisan zakonom izostao i da je izveštaj o smrti sada pokojnog DK sačinjen naknadno. Zato i ovakav protivpravni postupak tuženog, ako je učinjen, može biti dovoljan za zasnivanje odgovornosti tuženog za naknadu štete u smislu člana 170. i 171. ZOO bez obzira da li je smrt bolesnika uzrokovana lekarskom greškom ili ne, budući da tužilje kao bliski srodnici umrlog lica imaju pravo da saznaju uzrok njegove smrti, a neizvesnost u pogledu ovih okolnosti ne sme trajati neuobičajeno dugo²⁹.

Predmet iz prakse inostranih sudova činjenično govori o tome da je gđa. D. bila lečena od dr P. i istoimenog privatnog udruženja lekara, gde je podvrgnuta hirurškoj raka jednjaka. Po završenom zahvatu ona je imala ozbiljan prigovor zato što je zbog hirurške greške morala biti kasnije podvrgnuta još jednom hitnom hirurškom zahvatu. Onda se kod nje razvila bolest u vidu trajnog oštećenja njenih pluća. To ju je učinilo nesposobnom za rad. Gđa D. je onda podigla tužbu protiv lekara P, istoimene hirurške asocijacije, kao i medicinskog polikliničkog centra. Centar je kasnije izostavljen kao tuženi, ali je tužba zbog nepribavljanja pristanka informisanog i zbog nepažljivog postupanja procesuirana. Odbrana je odgovorila i usledila je žalba. U predmetu u ovom slučaju žalbeni sud je odbio da prihvati dokumentaciju i svedočenje veštaka koje je ponudila tužilja, vezano za broj pregleda na jednjaku obavljenih od strane tuženog, pre nego što je operisao tužilju. Naime, gđa D. je predložila dokaz svedočenjem u kome bi se ispitalo iskustvo lekara zbog okolnost da je on nju obavestio da obavlja isti zahvat u proseku jednom mesečno. U stvari, tuženi dr P. je to učinio samo pet puta u toku pet godina. Prvostepeni sud smatrao je ovu informaciju ire-

levantnom i isključio je iz dokaza svedočenjem. On se pozvao na slučaj *Kaskie v. Wright*, 589 A2d 213 (PaSuper. 1991), u kome je odlučeno da se od lekara ne zahteva da informiše bolesnika o tome koliko puta je obavio specifičnu medicinsku proceduru. Žalioци su dalje osporavali da prigovarači nisu predložili nikakvu medicinsku ekspertizu da li stepen neiskustva lekara sa tom vrstom hirurškog zahvata predstavlja stvarni rizik u odnosu na operativni zahvat. Međutim, Viši sud je odlučio da je ova činjenica relevantna za konkretno stanje stvari i da je medicinsko veštačenje bilo neophodno za slučaj nepažnje. Sud je ustanovio da je sporazum između lekara i bolesnika ugovorne prirode i obe strane moraju shvatiti značenje onoga što preuzimaju i očekivane rezultate. Sud je zaključio da bi razumno lice smatralo značajnim ako individualni hirurg da pogrešnu informaciju tako da je osnov tužbe bio u nedostajanju valjanog pristanka informisanog. Kompetentnost, iskustvo ili traženje za to relevantnih informacija bitni su za davanje pristanka. Hirurg koji onda pogrešno informiše bolesnika i dovede ga u uverenje da je u rukama iskusnog hirurga, nije stvarno pribavio saglasnost bolesnika. Sud je stao na stanovište da to ne znači da hirurg treba da bolesnika informiše o celom svom obrazovanju i iskustvu, nego u meri u kojoj je to potrebno da se dobije valjani pristanak. Sud je nadalje tvrdio da veštačenje nije bilo neophodno i vratio je predmet na ponovno suđenje.

Sporovi u domenu medicinske odgovornosti, takođe, česti su i u evropskim sudovima, kakav je bio slučaj koji se desio 1991. godine u Francuskoj u Opštoj bolnici u Lion-u i koji je svoj epilog dobio tek 2004. godine na Evropskom sudu za ljudska prava u Strazbourg-u³⁰. Francuska državljanka vijetnamskog porekla koja je bila trudna pet meseci došla je u bolnicu na kontrolni pregled. Lekar je greškom zamenio karton sa kartonom druge bolesnice, istog porekla i veoma sličnog imena (*Thi Nho Vo / Than Van Vo*), koja je tog dana trebala da se javi radi intervencije vađenja ugrađene spirale za kontracepciju. Postupajući na osnovu zakazane intervencije uklanjanja spirale lekar je izazvao potpuno nepotrebno pobačaj kod žene trudnice i ona je izgubila bebu. Usledila je krivična prijava i optužba protiv lekara kome je stavljeno na teret nehatno ubistvo ploda u majčinoj utrobi. Prvostepeni sud doneo je osuđujuću presudu, a Apelacioni sud je preinačio izreku u pogledu kazne. Međutim, Kasacioni sud Francuske ukinuo je presudu. U daljem toku slučaja Evropski sud za ljudska prava, takođe, odbio je tužbu koja se pozivala na krivično delo, povredu prava na život fetusa i u tom smislu na kršenje obaveze iz člana 2 Evropske konvencije o zaštiti ljudskih prava i fundamentalnih sloboda (ECHR). Uloga ovog suda kod tumačenja navedene odredbe Konvencije bila je delikatna i došlo se do stanovišta da čak i u slučaju važenja navedene odredbe, ne bi bio ispunjen uslov da država članica istovremeno nije povredila odredbe nacionalnog zakona. Sud je naglasio da podnosilac revizije ima još uvek opciju da podnese tužbu za naknadu štete administrativnom sudu shodno rešenjima nacionalnog prava. Ukoliko se dokaže nepažnja tuženog lekara, tužioци bi mogli da potražuju naknadu štete u novčanom iznosu. To se u ovom slučaju ipak nije desilo zbog čega je i sama presuda Evropskog suda za ljudska prava od strane nekih komentatora

pretrpela kritiku³¹. Iz presude proizilazi da u slučaju smrtnog ishoda po plod, optužba treba da se usmeri na protivpravne radnje kojima se vređaju prava i dobra trudnice, tj. porodilje, a ne buduća prava samog fetusa, jer on još ne postoji u to vreme kao subjekt prava, tj. nije živorođen niti to, zbog nastupelog smrtnog ishoda, može biti. Sud je bio mišljenja da kompleksnost konkretnog slučaja i postojanje svojevrstnog trostranog odnosa u pogrešnom ginekološkom tretmanu uslovljava i vrstu optužbe, koja je dopustiva samo sa aspekta građanskog, a ne i krivičnog prava.

U jednom od slučajeva nemački sud je stao na stanovište da postojanje odgovornost zbog štete nastale u toku lečenja nepravilnim radnjama, kako hirurga, tako i anesteziologa, koji su presudom proglašeni solidarnim dužnicima naknade štete³². Iz činjeničnog stanja utvrđeno je da je kritičnog dana na Univerzitetскоj očnoj klinici glavni lekar obavljao operaciju razrokosti desnog oka na bolesniku kome je zbog toga data anestezija. U toku operacije bolesnik je dobijao čist kiseonik preko creva pričvršćenog na njegovoj bradi, dok mu je lice, sve do operativnog polja na desnom oku, bilo prekriveno sterilnim peškirom. Međutim, u jednom trenutku hirurg je radi zaustavljanja krvarenja uključio aparat *termokauter*. Pri njegovom radu iznenada je izbio plamen koji je naneo teške opekotine na bolesnikovom licu. Savezni vrhovni sud Nemačke osudio je oba lekara da visokim novčanim iznosima obeštete bolesnika kao solidarni dužnici. Sud je smatrao da je, usled istovremene upotrebe termokautera i čistog kiseonika, rizik od opekotina morao biti saznatljiv i predvidiv obadvojici lekara. Oni su bili dužni da se prethodno dogovore o metodama i instrumentima koji se u konkretnom zahvatu mogu primeniti bez rizika po bolesnika.

Zaključak

Tradicionalni način poimanja odgovornosti za štete u medicini zasniva se na strogoj etici, savesnosti i stručnosti pojedinca koji postupa u procedurama lečenja, gde se ističe odnos *intuitu personae* između lekara i bolesnika. Sa razvojem zdravstvenih delatnosti kao javnih službi taj odnos postaje sve depersonalizovaniji i vezuje se za uslugu koju zdravstvena ustanova ili nosilac privatne prakse daje bolesniku kao korisniku te usluge. To je bio razlog da se zdravstvena ustanova redovno pojavljuje kao odgovorna strana koja je i faktički i pravno, na osnovu pravila obligacionog prava, dužna da stane iza postupka svog zaposlenog. Posmatrano sa strane bolesnika u korist utuženja zdravstvenih ustanova govori i veća sigurnost i izvesnost pravne zaštite u spornim slučajevima lečenja.

U pravnoj praksi sudova slučajevi odgovornosti su prisutniji, ali se istovremeno vidi i težnja da štetu nadoknadi zdravstvena ustanova, jer to koristi odnosu lekar bolesnik umanjujući njihovu konfrontaciju. To donekle objašnjava činjenicu da u sudskim predmetima nema presuda o regresnim zahtevima zdravstvenih ustanova uperenih prema osuđenom lekaru čak i u slučajevima kad je reč o ozbiljnim posledicama po zdravlje bolesnika ili smrtnom ishodu. Sa pravnog gledišta može se konstatovati da u ovom delu nema dosledne primene zakona koji uređuje ta pitanja.

L I T E R A T U R A

1. *Radišić J.* Medical law. Belgrade: Nomos; 2008. (Serbian)
2. *Klarić P.* Compensation law. Zagreb: Narodne novine; 2003. (Croatian)
3. "Official Gazette", 85/05. 246.59. (Serbian)
4. *Giesen D.* International medical malpractice law: A Comparative Law Study of Civil liability Arising from Medical Care. London, Tubingen: Martinus Nijhoff; 1988.
5. *Deutsch E, Spickhoff A.* Medizinrecht, Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinprodukterecht und Transfusionsrecht. Berlin: Springer Verlag; 1997.
6. *Nys H.* The factual situation of medical liability in the member states of the council of Europe. The ever-growing challenge of medical liability: national and European responses. Council of Europe. Strasbourg; 2008 June 2–3. pp. 17–28.
7. *Perović S.* Obligational law. Vol 1. Belgrade. "Official Gazette SFRJ" 1990. (Serbian)
8. *Moniko E, Kulkani R, Calise A, Calabro J.* The Criminal Prosecution of Medical Negligence. The Internet Journal of Law, Healthcare and Ethics 2007; 5: 1.
9. *Deuchler W.* Die Haftung des Arztes für die unerwünschte Geburt eines Kindes/Wrongful birth. Frankfurt am Main: Verlag Peter Lang; 1984.
10. *Deutsch E.* Medizinrecht/Arztrecht, Arzneimittelrecht und Medizinprodukterecht. Berlin: Springer Verlag; 1997.
11. Obligations Act. "Official Gazette SFRJ" 29/78 i 18/03. (Serbian)
12. *Radišić J.* Obligational law. Belgrade: Nomos; 2003. (Serbian)
13. German civil code. § 276. (Serbian)
14. *Schreiber H L.* Der Standard der erforderlichen Sorgfalt als Haftungsinstrument. Versicherungsmedizin 1995; 47(1): 3–5.
15. *Stieglitz S.* Die Wrongful birth und Wrongful life - Problematik im deutschen Deliktsrecht. Munchen: V. Florentz; 1989.
16. *Radišić JD.* Professional responsibility of medical officers. Belgrade: IDN; 1986. (Serbian)
17. *Markos A.* La double dimension de la faute en responsabilité médicale Commentaire de l'arrêt C: Amiens A. 1re ch. Gomez c/Vuillieme et autres. Méd Droit 2003; 59: 49–53.
18. *Radišić J.* The concept of medical error. Legal life 2010; 539(9): 181–95. (Serbian)
19. *Giesen D.* Arzthaftungsrecht. Tübingen: Mohr; 1990.
20. *Petrić S.* Assumptions of compensation liability of medical service providers in the law of Bosnia Herzegovina. International symposium on civilian and business law and law practice. Mostar, Bosnia and i Hertzegovina; 2005 June 6–8. Mostar. (Serbian)
21. Obligations Act. "Official Gazette SFRJ" 29/78, 170/03 i 171/03.
22. AAFFP. State Government Relations [cited 2007 November 12]. Available from: www.aafp.org
23. *Weiler A.* Enterprise Medical Liability and the Evolution of the American Health Care System. Harvard Law Review 1994; 2: 399.
24. Labour Act. Article 100. Official Gazette RS, 24/05 and 61/05. (Serbian)
25. *McHale J, Fox M.* Health Care Law: Text and Materials. 2nd ed. London: Sweet and Maxwell; 2007. p 213.
26. *Udell N, Kendall D, Blaming N.* "Junk lawsuits" for driving up doctors' insurance fees. Policy Report. PPI 2005; 1:18
27. Decree, Supreme court of Croatia. Gž.1554/74. Collection of court decisions 1975. 1/4:504. (Croatian)
28. Court practice bulletin of the Supreme court of Serbia. 1995; 1: 28–9. (Serbian)
29. Decision of the Supreme court of Serbia. Rev. 1000/06. Court practice bulletin 2006; 2: 38. (Serbian)
30. Vo v. France, ECR July 8. 2004; 53924/00
31. *Goldman T.* Vo v. France and fetal rights: the decision not to decide. Har Hum Rts J 2005; 18: 277–9.
32. Decree of the Supreme court of Germany. BGH 26. 1. Medizinrecht, 7/1999, p. 321–3.

Primljen 30. XII 2011.
Prihvaćen 28. V 2012.