MEDICINSKI PRISTUP ODGOVORNOSTI LIJEČNIKA ZA ŠTETE, KOJE NASTAJU PRI PRUŽANJU MEDICINSKIH USLUGA

MEDICAL APPROACH TO LIABILITY FOR MALPRACTICE ORIGINATING DURING HEALTH SERVICES

HERMAN HALLER*

Deskriptori: Liječnici – zakonodavstvo; Nesavjesno liječenje – zakonodavstvo; Medicinske pogreške – sprečavanje; Zakonska odgovornost

Sažetak. U radu su prikazani pogledi medicinske odgovornosti koja nastaje prilikom pružanja medicinskih usluga, a proizlaze iz višestrukih čimbenika koji ju ujedno i definiraju. Ovdje uključujemo zakonske, etičke, financijske uvjete i posebno uvjete kao što su prostor, kadar i oprema. Profesionalnu odgovornost medicinskog osoblja moramo sagledati iz perspektive čimbenika stručnosti, informiranja, povjerenja, odnosa između sudionika, kvalitete u pružanju zdravstvene zaštite, ostvarivosti, ekonomičnosti, prihvaćene znanstvene misli, odsutnosti sukoba interesa i same postignute stručne razine. Danas se medicinska struka suočava s eksplozijom znanja i tehnologije, novim bolestima, starenjem stanovništva, informatičkom transformacijom, promicanjem zdravlja, jačanjem uloge ljudskih prava i prava bolesnika, partnerstvom i novom ulogom tržišta i globalizacijom. Zbog toga zdravstveni djelatnici ostvaruju svoju odgovornost u sve složenijim uvjetima i sve većim očekivanjima zajednice. Samo partnerski odnosi među svim sudionicima; onih koji određuju, sudjeluju i koriste se zdravstvenim sustavom mogu definirati primjerenu i prihvatljivu liječničku odgovornost.

Descriptors: Physicians – legislation and jurisprudence; Malpractice – legislation and jurisprudence; Medical errors – prevention and control; Liability, legal

Summary. In this paper approach of medical liability for malpractice originating during health services is analysed and elaborated. It coud be defined as comprehensive outcome of law, ethical, financial, environmental, staff and equipmental factors. Professional liability in medicine should be viewed from the next factors: competence, information, confidence, relationship between all partitioners, quality of health care, feasibility, economics, accepted scientific level, absence of conflic of interest and professional level. Today, medicine encounters explosion of knowledge and technology, new diseases, population ageing, informatic transformation, promotion of health, reinforcement of human rights and patient's rights, partnerships, role of health market as well as globalisation. In such circumstances medical staff achieve medical liability in more complex conditions and in growing population's expectations. Only partners relationship between all partitioner, deciders, participants and users of health system could define suitable and acceptable medical liability.

Liječ Vjesn 2008;130:279–282

Zadnjih desetljeća sve se veća pažnja usmjerava na pojam medicinske odgovornosti zdravstvenih sustava, djelatnika koji sudjeluju u pružanju zdravstvenih usluga, korisnika zdravstvenih usluga, kao i legislative.[1] Mnogo je pisano i rečeno, međutim manje je izražena analiza učinaka medicinske odgovornosti na djelotvornost zdravstvenog sustava i medicinske prakse u cjelini. Nije potpuno jasan uzrok kontroverza oko medicinske odgovornosti, ali je jasno da međudjelovanje mnoštva čimbenika definira ovo područje.[1]

Medicinska misao, tehnologija i ukupnost znanstvenih spoznaja praktički napreduju revolucionarnim skokovima koje možemo zamijetiti iz perspektive i samoga pojedinca. Danas je svijet suočen s globalizacijom, pa napredak u jednoj sferi znanosti omogućuje vrlo brz napredak s utjecajem na svim razinama i granama. Istovremeno velikim i nezaustavljivim tempom uočavamo i napredak u vrsnosti načina provođenja sveobuhvatnih dijagnostičkih i terapijskih mogućnosti s presudnim utjecajem na način organiziranja i funkcioniranja čitavoga zdravstvenog sustava svake zemlje posebno. Naša zemlja, kao jedna od zemalja razvijenog svijeta s dugogodišnjom tradicijom pružanja organizirane zdravstvene zaštite svojemu pučanstvu nastoji omogućiti praćenje svih suvremenih dostignuća kako u tehnološkom tako i u organizacijskom smislu. Veliki napori, posebno zadnjih desetak godina ulažu se u organiziranje zdravstvenog sustava što involvira sve društvene slojeve i same zdravstvene djelatnike. Sve navedeno uključuje vrlo brzo širenje, prihvaćanje i primjenu novih znanja i mogućih vještina, a revolucija u napretku tehnoloških rješenja i mogućnosti neprestano unosi nove izazove na granici poznatoga. Sve veći broj zdravstvenih djelatnika uključuje se u ovu utrku bez kraja praćenu povećanjem kompleksnosti sveukupnih odnosa. Tako zahtjevan zdravstveni sustav u kojem je jedina konstanta stalna mijena i napredak s traženjem boljih i kvalitetnijih rješenja te opetovano preispitivanje i kontrola kvalitete od samoga pojedinca do ukupnog sustava predstavlja u organizacijskom i provedbenom smislu velik izazov s golemom odgovornošću svih onih koji izgrađuju taj sustav. Neke

* **Klinički bolnički centar Rijeka, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci** (prof. dr. sc. Herman Haller, dr. med)

Adresa za dopisivanje: Prof. dr. sc. H. Haller, Klinički bolnički centar Rijeka, Krešimirova 42, 51 000 Rijeka, E-mail: herman.haller@ri.t-com.hr

Primljeno 1. listopada 2008., prihvaćeno 22. listopada 2008.

države kao Pensilvanija u Sjedinjenim Američkim Državama izradile su 2005. godine izvješće koje bi trebalo pripomoći oko definiranja medicinske odgovornosti, liječničke greške, osiguranja, sustava odgovornosti, reforme, istraživanja, kao i sigurnosti bolesnika.[2]

Liječnik i sveukupni ljudski resursi koji sudjeluju u procesu liječenja polazna su točka s koje nastaje i završava pojam odgovornosti u zdravstvu. U procesu pružanja zdravstvene zaštite uz »zakonske«, »etičke norme« i »financijske mogućnosti« izuzetno važnu ulogu imaju i tri bazične postavke zdravstvenog sustava: »prostor«, »kadar« i »oprema«. Ovih šest osnovnih postavki na izravan način utječe na mogućnosti organizacije zdravstvenog sustava pa u konačnici imaju velik utjecaj na profesionalnu odgovornost pružatelja zdravstvenih usluga. Razina navedenih šest točaka ujedno predstavlja polaznu točku s koje možemo i moramo sagledavati liječničku i medicinsku odgovornost u zdravstvenom sustavu svake zemlje.

Zakonski propisi i okviri u kojima danas djeluje zdravstveni radnik svakim su danom sve određeniji i sve bolje i sveobuhvatnije definiraju okvire postojanosti, a istovremeno ostaje sve manje nedorečenosti. Možemo istaknuti 74 deklaracije, rezolucije i izjave Svjetske zdravstvene organizacije, 14 deklaracija načela i preporuka Ujedinjenih naroda i Vijeća Europe. U Republici Hrvatskoj 17 zakona trenutačno je aktualno u smislu definiranja zdravstvenog sektora i područja djelovanja samoga zdravstvenog djelatnika i svakim se danom povećava broj postojećih zakona, dok se već primijenjeni zakoni preoblikuju i osuvremenjuju nastojeći s jedne strane pratiti medicinska dostignuća, a s druge strane osigurati korisnicima zdravstvene zaštite primjerenu primjenu zdravstvene zaštite. Slijedi 26 pravilnika i naredbi te kolektivnih ugovora za djelatnost zdravstva. Ne treba zaboraviti statute zdravstvenih ustanova i Pravilnik o unutrašnjem ustrojstvu zdravstvenih ustanova. Također treba istaknuti statut Hrvatske liječnike komore te njezine pravilnike, Kodeks medicinske etike i deontologije Hrvatske liječnike komore, zakone o liječništvu, sestrinstvu, zdravstvenoj zaštiti, ljekarništvu, stomatološkoj djelatnosti, kao i medicinsko-biokemijskoj djelatnosti. Većina zakona i propisa dostupno je na službenim stranicama Hrvatske liječničke komore *(http://www.hlk.hr/default.asp)*.

Prostori u kojima se pruža zdravstvena zaštita u sklopu osnovnoga zdravstvenog osiguranja uključujući ambulante primarne zdravstvene zaštite, domove zdravlja, prostore ustanova javnog zdravstva, specijalističke ambulante u sklopu specijalističko-konzilijarnih poliklinickih službi te konačno bolnica izgrađeni su ili prilagođeni s ciljem obavljanja vlastite djelatnosti. Nedostatak jasnih i nedvojbenih propisa koji su se mijenjali tijekom zadnjih desetljeća, a posebno nedostatak kontrole nad gradnjom ili adaptacijom takvih objekata doveo je do toga da je danas u našoj zemlji prisutna šarolikost građevinskih rješenja. Tu treba navesti i jasne razloge za nastanak ove situacije koja je u većini slučajeva ipak bila vezana za odsutnost financiranja ili pak nedostatak sredstava. Ne treba zaboraviti Domovinski rat u kojem je određeni broj zdravstvenih objekata bio oštećen ili uništen. Kako bilo, rezultat toga je da u Republici Hrvatskoj danas postoji nedostatak kvalitetnih prostora za obavljanje zdravstvene zaštite, a to se posebno očituje u nedostatku kvalitetnih bolničkih prostora. Napori koji su učinjeni zadnjih desetak godina nisu mogli nadoknaditi odsutnost ciljanih investicija u prethodnom razdoblju. Postavlja se osnovno pitanje liječničke odgovornosti zdravstvenih djelatnika koji svoju profesionalnu aktivnost obavljaju u takvim prostorima svjesni svih prednosti, ali i nedostataka, pa i opasnosti koje mogu proizaći iz nedostataka arhitektonskih rješenja. Prostorni nedostaci povremeno mogu biti odgovorni za nastale štetne događaje tijekom procesa liječenja, a koji se tijekom samoga vrednovanja profesionalne odgovornosti ne uzimaju u obzir. Primjera ima napretek, posebno u zdravstvenim ustanovama koje su starijeg datuma, nedovoljno adaptirane i prilagođene suvremenim potrebama obavljanja interdisciplinarnog liječenja te hitnih medicinskih intervencija. Istovremeno, nedostatak jasno definiranih normativa ne samo u prostornim kapacitetima već u komunikacijskom smislu predodređuju učinkovitost samoga sustava odnosno njegovu neučinkovitost. Istovremeno vrtoglavi uspon i promjena načina rada, neprekidno uvođenje novih i suvremenijih tehnologija, kao i osiguranje multidisciplinarnosti u pružanju zdravstvene usluge nameću trajnu potrebu za promjenama postojećih prostora s ciljem prikladnijeg osiguranja uvjeta rada. Takva trajna potreba zasigurno je veliko opterećenje zdravstvenog sustava u pogledu financija, ali istovremeno i u pogledu osposobljavanja čitavog niza stručnjaka iz područja arhitekture, građevine, tehnologa, kao i drugih potrebnih usmjerenih stručnjaka iz različitih područja.

Kadar koji se danas educira prolazi svoje specifičnosti i određenu pripremu za profesionalnu odgovornost u zdravstvenom sustavu. Od medicinskog fakulteta preko posebnih specijalizacija i užih specijalizacija do osposobljavanja medicinskih kadrova za izvođenje najsloženijih dijagnostičkih i terapijskih zahvata najčešće se odvija u duljem razdoblju. Medicinski fakultet u trajanju od 6 godina, godina staža, zatim u prosjeku 5 godina specijalizacije i dvije godine uže specijalizacije čine ukupno 14 godina neprekidnog učenja i obučavanja. Kadrovi nastaju na medicinskim fakultetima, a daljnji razvoj odvija se zahvaljujući najvećim dijelom entuzijazmu pojedinih ljudi. Utjecaj na njihovo obrazovanje u materijalnom smislu dijelom snosi društvo, a drugim dijelom sam pojedinac. Edukacija kao obveza prema napredovanju u znanju i vještinama prepuštena je većim dijelom pojedincu, s nepotpunom kontrolom sustava. Samim time nedostaje sustavno planiranje specifično osposobljenih kadrova za njihovo umrežavanje i osiguranje komplementarnosti u svakodnevnom radu. Odgovornost prema edukaciji u praksi nitko ne poriče, ali ju nitko i ne potiče, a niti ju ističe. Realnost današnjice pokazuje spontane izdanke i pupoljke koji su nastali na osnovi slučajnosti odnosno osobne motiviranosti. Iskoraci u stvaranju kvalitetnih kadrova prepušteni su slučajnom izboru odnosno slučajnom i pojedinačnom događaju.

Investicija u kadrove osim u materijalnom pogledu uključuje svekolika stručna društva i ukupni angažman zajednice prema strogoj definiciji načina rada utvrđujući na taj način minimum usluga koje je potrebno pružiti tijekom određenih dijagnostičko-terapijskih postupaka. Hrvatska je danas pred jednim neobičnim izazovom, preuzeti algoritme rada drugih europskih i svjetskih razvijenih zemalja, ili stvoriti vlastite algoritme rada. Malena smo zemlja za tako veliki trud, a ne smijemo zaboraviti da se navedeni algoritmi rada sukladno napretku medicinske misli često mijenjaju i doživljavaju nadopune ili čak značajne preobrazbe. Postavlja se jednostavno pitanje gdje, kada i tko odlučuje o njihovim promjenama u administrativnom smislu ili su oni plod svakodnevne prakse. Potonje je uobičajena praksa u našoj zemlji, ali u sebi nosi opterećenje definiranja ljudi koji će potvrditi odnosno negirati postojanje takve prakse. U rutinskom se radu to naziva dobrom uobičajenom kliničkom praksom odnosno uobičajenim načinom rada. Postavlja se neugodno pitanje donošenja standarda ponašanja u medicinskom smislu, kao i administriranja standarda i normativa u zdravstvenom su-

stavu. Jedno od osnovnih pitanja je dostupnost zdravstvenog sustava kako ga etičari promatraju. Prevelika primjena visoko sofisticirane tehnologije na jednome mjestu uvelike smanjuje mogućnost primjene zdravstvenih mjera niže razine na širokom planu i time onemogućuje dostupnost zdravstvene zaštite. Na taj način kadrovski i ostali potencijal zdravstvenog sustava dolazi u pitanje opstojnosti i ne može pružiti svakomu jednaku zdravstvenu zaštitu. Jednostavnije rečeno, svaki pojedinac koji sudjeluje kao član tima zdravstvenog sustava ima osnovni cilj pružati medicinsku skrb i osigurati sigurnost korisnicima zdravstvene zaštite. Medicinsko osoblje ima obvezu, ali i kontinuiranu odgovornost tijekom pružanja medicinske skrbi. Posebno je to istaknuto u slučajevima kad istovremeno donosimo medicinske odluke koje u sebi sadržavaju i elemente rukovođenja i managinga u zdravstvu. Medicinske odluke rukovodećih ljudi u zdravstvenom sustavu moraju sadržavati i odgovornost prema ukupnim resursima zdravstvenog sustava. Naime, mora se voditi računa da naše medicinske odluke utječu na ukupnost zdravstvenog sustava umanjujući na neki način dostupnost drugim korisnicima sustava. U tom smislu potrebno je zdravstveni potencijal rasporediti na najbolji mogući način tako da može služiti i opskrbljivati određenu populaciju. U obje uloge, managera i liječnika odnosno zdravstvenog djelatnika treba se koristiti znanstvenim, stručnim i inim spoznajama za donošenje istovremeno uravnotežene i optimalne odluke uporabi raspoloživih zdravstvenih resursa.

Kadrovski potencijal ne može se danas gledati odvojeno od mogućnosti opreme jer su ta dva entiteta međusobno isprepletena i izuzetno su jako međusobno ovisna. Koliko je važna tehnološka opremljenost toliko je važna i uloga kliničara u racionalnoj primjeni dostupne tehnologije. Profesionalna odgovornost prema postojećoj primjeni suvremene tehnologije nije potpuno definirana pravnom regulativom, već je u primjeni s obzirom na njezinu dostupnost odnosno stručnu preporuku pojedinih društava. Ove preporuke najvećim dijelom nisu rezultat dobro isplaniranih potreba za unapređenje tehnologije gdje bi se trebale uzeti u obzir sve relevantne činjenice uključujući potrebe šire društvene zajednice, morbiditetna struktura pučanstva ili raspoloživost financijskih resursa u društvu. Rijetko se planira uvođenje pojedinih medicinskih usluga istovremeno za čitavo područje Republike Hrvatske. Postavlja se jednostavno pitanje planiranja razine dijagnostičke i terapijske razine potrebnih zahvata, odnosno potrebne opreme koja prema europskim normama ne bi smjela biti starija od 5 godina, dok bismo se mi u našoj zemlji zadovoljili i dvostruko duljim rokom. Nažalost, često smo svjedoci da nam u zdravstvenim ustanovama medicinske usluge pružaju izuzetno motivirani zdravstveni djelatnici koji rade na opremi starijoj od 20 godina. Pri radu na toj opremi postavlja se pitanje njihove odgovornosti prema svojim tražiteljima zdravstvene usluge, odnosno odgovornosti sustava prema zdravstvenim djelatnicima i bolesnicima. Kako u Hrvatskoj ne postoje norme o trajanju i upotrebi opreme, a ne postoje ni kalkulacije niti izrađen plan potrebe opreme na nacionalnoj razini, postavlja se pitanje kako definirati odgovornost liječnika i svih zdravstvenih djelatnika koji se nalaze u navedenoj situaciji.

Svjetska zdravstvena organizacija i medicinska društva, kao i nacionalna medicinska udruženja i društva u sklopu Hrvatskoga liječničkog zbora moraju informirati društvenu zajednicu o postojanju efikasnog i odgovornog sustava samoregulacije u medicinskoj profesiji koji treba postojati u svakoj zemlji. Građanstvo mora znati da može računati na taj sustav samoregulacije za poštenu i objektivnu procjenu problema vezanih za medicinsku praksu, zaštitu i liječenje pacijenata.

Preuzimanjem određenog stupnja odgovornosti ukupna aktivnost nacionalnih medicinskih udruženja poboljšala bi individualnom liječniku profesionalno odlučivanje i aktivnosti u liječenju pacijenta bez upletanja sa strane drugih, nekompetentnih i nepozvanih. Odgovorno profesionalno ponašanje individualnog liječnika, efikasan i djelotvoran sustav samoregulacije nacionalnih medicinskih udruženja potrebni su građanstvu kao garancija da će, ako postanu pacijenti, primiti kvalitetnu medicinsku zaštitu od kompetentnih liječnika. Potrebno je također definiranje minimalno potrebnih standarda u prostornom i tehnološko-medicinskom dijelu sukladno realnim financijskim postavkama našega društva. Također je potrebno razvijati partnerski odnos između onih koji izdvajaju sredstva (radno pučanstvo), onih koji odlučuju o opsegu izdvajanja i preraspodjeli (Vlada RH, Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Hrvatski zavod za zdravstvenu zaštitu) zajedno s udrugama kao što su Hrvatska liječnička komora, Hrvatski liječnički zbor i njegova društva te samih pružatelja i primatelja medicinskih usluga. Danas su tražitelji zdravstvenih usluga sve bolje informirani zahvaljujući dostupnosti informacija putem medija. Posljedica bolje informiranosti su i njihova rastuća očekivanja. To nas s jedne strane obvezuje na veći angažman u pojedinom slučaju, ali i jasnije definira odnos između bolesnika i svih onih koji sudjeluju u pružanju zdravstvene zaštite. Istovremeno proširivanjem znanja tražitelja zdravstvenih usluga nameće se trajna potreba za proširivanjem i usavršavanjem znanja i vještina u pružanju zdravstvenih usluga. Sve to dovodi do trajne potrebe profesionalnog razvoja i konstantnog praćenja i usavršavanja pojedinca kako bi mogao zadovoljiti stalno rastući standard i bio u mogućnosti odgovoriti suvremenim metodama liječenja sve zahtjevnijem i bolje informiranom tražitelju zdravstvenih usluga. Zdravstveni djelatnici trećeg milenija u cijelom svijetu pa tako i u našoj zemlji moraju prihvatiti cjeloživotno učenje i usavršavanje zasnovano isključivo na objektivnim pokazateljima – tzv. medicina zasnovana na činjenicama (evidence based medicine). Zdravstveno osoblje mora biti klinički kompetentno te konzistentno primjenjivati vlastito znanje i vještine u dobroj vjeri. Dok se primjenjuju, znanja i vještine u liječenju bolesnika sa strane članova mnogobrojnoga medicinskog tima moraju biti u skladu s etičkim načelima štiteći na taj način bolesnika od neželjenih posljedica i držeći se načela »primum nil nocere«, a istovremeno izuzetno učinkovita u liječenju. Uz veliku pažnju prema bolesniku u isto vrijeme moraju se odvijati proces edukacije drugih sudionika zdravstvenog sustava, vršiti kontrole kvalitete i obavljati kliničke audite kao i istraživanja. Ovako zahtjevan sustav potrebuje neprekidno poticanje uključujući sveobuhvatno multidisciplinarno i multiprofesionalno usavršavanje s konačnim ciljem osiguranja visokih profesionalnih standarda.

Konačno profesionalnu odgovornost liječnika moramo sagledati iz perspektive deset pojmova: stručnosti, informiranja, povjerenja, odnosa između sudionika, kvalitete u pružanju zdravstvene zaštite, ostvarivosti, ekonomičnosti, prihvaćene znanstvene misli, odsutnosti sukoba interesa i stručne odgovornosti.

Zaključno možemo reći da je profesionalizam temeljni resurs i odgovornost liječnika pri ponudi partnerstva i suradnje zajednici radi ostvarivanja, očuvanja i unapređivanja zdravlja. Ono traži da: interesi zajednice budi iznad interesa zdravstvenih radnika; izradu i održavanje standarda struč-

nosti i pouzdanosti i pružanje savjeta društvu o pitanjima zdravlja. Principi i odgovornost zdravstva trebaju biti poznati i razumljivi struci i društvu. Pritom je temeljno postojanje povjerenja javnosti u struku, što ovisi o integritetu kako pojedinog stručnjaka tako i cijele struke. Danas se medicinska struka suočava s eksplozijom znanja i tehnologije, novim bolestima, starenjem stanovništva, informatičkom transformacijom, promicanjem zdravlja, jačanjem uloge ljudskih prava i prava bolesnika, partnerstvom i novom ulogom tržišta i globalizacijom. Zbog toga, zdravstveni djelatnici ostvaruju svoju odgovornost u sve složenijim uvjetima i sve većim očekivanjima zajednice. Samo partnerski odnosi među svim sudionicima; onih koji određuju, sudjeluju i koriste zdravstveni sustav mogu definirati primjerenu i prihvatljivu liječničku odgovornost.

LITERATURA

1. *Committee to Study Medical Professional Liabitliy and the Delivery of Obstetrics Care.* Medical Professional Liability and the Delivery of obstetrics Care. Washington: National Academy Press; 1989.
2. *General Assembley of the Commonwealth of Pennsylvania Joint State Government Commission.* Medical Professional Liability Reform for the 21st Century: A Report of the Advisory Committee on Medical Professional Liability. http://jsg.legis.state.us; 2005; 1–143.

OSNOVNA OBILJEŽJA ODGOVORNOSTI ZA ŠTETE U MEDICINI

BASIC FEATURES OF MEDICAL LIABILITY

SAŠA NIKŠIĆ*

Deskriptori: Zakonska odgovornost; Odšteta i naknada; Nesavjesno liječenje – zakonodavstvo

Sažetak. Građanskopravna odgovornost za štete u medicini jedan je od najvažnijih instituta u sklopu prava koje uređuje zdravstvenu djelatnost. Iako na području medicine postoje različite vrste odgovornosti (npr. kaznena, stegovna), građanskopravna odgovornost zauzima središnje mjesto. Odgovornost za štete u medicini vjerojatno je važnija od kaznene i stegovne odgovornosti zbog činjenice da se javlja češće od kaznene odgovornosti te da je po svojim posljedicama ozbiljnija od stegovne odgovornosti. Na odgovornost za štete u medicini primjenjuju se opći propisi o odgovornosti za štetu. Stoga se za odgovornost za štetu zahtijeva ispunjenje određenih pretpostavka odgovornosti za štetu. Prilikom razmatranja odgovornosti za štetu u medicini potrebno je istaknuti da se za štetu odgovara ne samo zato što je šteta nastala, već zato što su ispunjene sve zakonske pretpostavke. Odgovornost za štetu nastaje ako je šteta posljedica postupaka liječnika koji nisu u skladu s pravilima medicinske struke ili je šteta posljedica propusta u vezi s dužnom pažnjom. Za neke slučajeve odgovornosti za štetu u medicini neposredno su relevantni i zakonski propisi (pravila o pristanku pacijenta). Opći propisi o odgovornosti za štetu također se primjenjuju i prilikom popravljanja štete.

Descriptors: Liability, legal; Compensation and redress; Malpractice – legislation and jurisprudence

Summary. Medical liability is one of the most important parts of law that regulates health services. Although there are different types of liability in the field of medicine (criminal responsibility, disciplinary proceedings) civil law liability holds central position. Civil law liability in medicine (medical liability) is probably more important than criminal responsibility and disciplinary proceedings because of the number of cases in comparison to the criminal responsibility and impact of the consequences in comparison to the disciplinary proceedings. Medical liability is governed by a (general) tort law. Therefore medical liability exists only if conditions for civil law liability are met. When considering medical liability it is necessary to emphasize that tortfeasor will not be liable only because victim sustained the damage, but if all conditions for liability are met. Medical liability will arise if actions of physician are not conducted *lege artis* or in a breach of the duty of care. In some cases of medical liability legal sources are directly applicable (informed consent). General tort law is also applicable on decisions in the respect of the damages.

Liječ Vjesn 2008;130:282–288

Građanskopravna odgovornost za štete u medicini zanimljiva je pravnoj struci, svim djelatnicima u zdravstvenoj djelatnosti, ali i široj javnosti iz različitih razloga. To je pitanje posebno aktualno danas kada je javnost općenito, a posebno korisnici zdravstvenih usluga – pacijenti te njihove obitelji – zainteresirana za sve slučajeve u kojima je nastupila smrt ili trajno oštećenje zdravlja pacijenata. Ne treba zaboraviti da se za štete u medicini odgovaralo davno u povijesti.[1–3] No, tek je u XX. st. došla do izražaja zbog različitih razloga. Ovdje, između ostaloga, treba istaknuti povećana očekivanja pacijenata i njihovih obitelji (ponekad i nerealna očekivanja),

* **Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu** (doc. dr. sc. Saša Nikšić, dipl. iur.)
Adresa za dopisivanje: Doc. dr. sc. S. Nikšić, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Trg m. Tita 3, 10 000 Zagreb, e-mail: sniksic@pravo.hr
Primljeno 1. listopada 2008., prihvaćeno 22. listopada 2008.