

Građanskopravna odgovornost za liječničku pogrešku

Jurić, Katarina

Master's thesis / Diplomski rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:807294>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-28**



Repository / Repozitorij:

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)



Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Katedra za građansko pravo

Katarina Jurić

GRAĐANSKOPRAVNA ODGOVORNOST ZA LIJEČNIČKU POGREŠKU

Diplomski rad

Mentorica: izv. prof. dr. sc. Romana Matanovac Vučković

Zagreb, srpanj 2022.

Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Katedra za građansko pravo

Katarina Jurić

GRAĐANSKOPRAVNA ODGOVORNOST ZA LIJEČNIČKU POGREŠKU

Diplomski rad

Mentorica: izv. prof. dr. sc. Romana Matanovac Vučković

Zagreb, srpanj 2022.

Izjava o izvornosti

Ja, Katarina Jurić pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica diplomskog rada te da u radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade rada nisam koristila drugim izvorima do onih navedenih u radu.

Katarina Jurić, v.r.

SAŽETAK

Tijekom pružanja zdravstvene usluge može doći do povrede medicinskog standarda i do povrede dužne pažnje liječnika koja se očituje kao liječnička pogreška. Riječ je o postupanju liječnika protivno pravilima zdravstvene struke te njenim moralnim i etičkim načelima, kojima se ugrožava zdravlje i život pacijenta. Liječničke pogreške moguće je kvalificirati prema različitim kriterijama. Tako ih je moguće razvrstati na one koje nastaju činjenjem i one koje se sastoje u propuštanju, na grube ili teže i lakše, na dijagnostičke i terapijske pogreške, na taktičke i tehničke, na opće, elementarne, u organizaciji rada, pogreške u komunikaciji. Građanskopravna odgovornost liječnika utvrđuje se u parničnom postupku primjenjujući opća pravila odštetne odgovornosti prema Zakonu o obveznim odnosima, gdje oštećenik mora dokazati štetnu radnju, štetu, uzročnu vezu, dok se krivnja štetnika predmnijeva. U pravnoj teoriji i sudskoj praksi u Hrvatskoj prevladava stajalište da se odštetna odgovornost za liječničku pogrešku treba prosuđivati prema načelu krivnje, odnosno subjektivnoj odgovornosti.

Ključne riječi: građanskopravna odgovornost; liječnička pogreška; medicinski standard; dužna pažnja liječnika; medicinska komplikacija

SUMMARY

During the provision of health services, there may be a violation of the medical standard and a violation of the doctor's duty of care, which manifests itself as a medical malpractice. It is about the doctor's treatment contrary to the rules of the health profession and its moral and ethical principles, which endangers the health and life of the patient. Medical malpractice can be qualified according to different criteria. Thus, it is possible to classify them into those that arise from doing and those that consist in omission, into gross or more difficult and easier, into diagnostic and therapeutic errors, into tactical and technical, into general, elementary, in the organization of work, errors in communication. The civil liability of doctors is determined in civil proceedings by applying the general rules of tort liability according to the Civil law of obligations, where the injured party must prove harmful action, damage, factual causation, while the guilt of the tortfeasor is presumed. In legal theory and case law in Croatia, the prevailing view is that liability for medical malpractice should be judged according to the principle of guilt, that is, subjective liability.

Keywords: civil liability; medical malpractice; medical standard; duty of care; medical complication

SADRŽAJ

Sadržaj

1. UVOD	1
2. MEDICINSKI STANDARD PRUŽANJA LIJEČNIČKE USLUGE.....	2
2.1. Dužna pažnja liječnika	3
3. ŠTO JE TO LIJEČNIČKA POGREŠKA?	6
3.1. Razlikovanje komplikacije od liječničke pogreške	7
4. KLASIFIKACIJA LIJEČNIČKIH POGREŠAKA	9
4.1. Dijagnostička liječnička pogreška	10
4.2. Terapijska liječnička pogreška	13
4.3. Komunikacijska liječnička pogreška	15
5. OSNOVNA OBILJEŽJA ODGOVORNOSTI ZA LIJEČNIČKU POGREŠKU.....	19
5.1. Subjektivna odgovornost.....	20
5.2. Objektivna odgovornost.....	21
5.3. Uzročnost i uloga sudskog medicinskog vještaka.....	22
5.4. Popravljanje štete	24
5.5. Neki brojčani pokazatelji.....	26
6. PRIKAZ SLUČAJEVA IZ PRAKSE ODVJETNIČKOG UREDA	28
6.1. Slučaj br. 1.....	29
6.2. Slučaj br. 2.....	30
6.3. Slučaj br. 3.....	31
7. ZAKLJUČAK	34
8. LITERATURA.....	37
8.1. Knjige.....	37
8.2. Znanstveni članci	37
8.3. Internetski članci	38
8.4. Zakoni	38

8.5. <i>Sudska praksa</i>	38
8.6. <i>Slučajevi iz prakse odvjetničkog ureda</i>	39
8.7. <i>Izješća</i>	40

1. UVOD

Razvijanjem medicinske znanosti mijenjaju se i rastu i standardi zdravstvene usluge i prava pacijenata. Napretkom medicinske znanosti, mijenja se i zdravstveni sustav i položaj liječnika. Traže se sve veća znanja i vještine, a liječnička profesija postaje visoko rizična te, nažalost, u takvim okolnostima može doći do liječničkih pogrešaka. Liječničke pogreške mogu nastati zbog neznanja, nedovoljnog iskustva, olakog shvaćanja pacijenta, neočekivanih nesretnih okolnosti, mogu nastati zbog loše organizacije rada, loše medicinsko-tehnološke opremljenosti, loše edukacije i slabe radne discipline itd. U slučaju kada je počinjena liječnička pogreška, liječnik može odgovarati kaznenopravno, prekršajno, biti podvrgnut disciplinskom postupku, te građanskopravno koja je i tema ovog rada. Prilikom utvrđivanja odgovornosti za naknadu štete potrebno je prethodno utvrditi kada liječnik čini pogrešku, povreda čega se smatra liječničkom pogreškom, koje standarde i pravila on mora poštovati, s kojim stupnjem pažnje prilikom medicinskog tretmana mora postupati. U radu je posebna pažnja dana razgraničenju liječničke pogreške od medicinske komplikacije. Složeno je pitanje kako utvrditi je li nepovoljan rezultat liječenja posljedica pacijentove loše sudbine ili liječničke pogreške koja je naškodila njegovom zdravlju. Središnje pitanje ovog rada je istraživanje pojavnih oblika liječničkih pogrešaka, konkretno istraživanje dijagnostičkih i terapijskih liječničkih pogrešaka kao temeljnim oblicima liječničkih pogrešaka, uz prateću sudsku praksu i analizu slučajeva iz prakse odvjetničkog ureda, a sve radi boljeg prikaza temeljnih modaliteta povrede medicinskog tretmana, zbog koje dolazi do građanskopravne odgovornosti. Liječničke pogreške mogu se dogoditi zbog nepravilne komunikacije između samih liječnika, te između liječnika i pacijenta. Ovim radom želim prikazati važnost dobre komunikacije kao prevenciju nastanka liječničkih pogrešaka. Građanskopravna odgovornost za nastalu štetu utvrđuje se u parničnom postupku prema općim pravilima obveznog prava, uz ispunjenje svih pretpostavki odgovornosti za štetu. U slučaju spora velik teret pada na sudske medicinske vještake da u tim slučajevima svojim stručnim znanjem omoguće sudu da presudi je li došlo do liječničke pogreške za koju se odgovara i za naknadu štete. Na kraju rada prikazani su neki broježani pokazatelji, kojim sam pokušala pronaći odgovor na pitanje ima li Republika Hrvatska uređeni sustav praćenja medicinskih šteta, zna li se koliko je trenutno pokrenutih parničnih postupaka za liječničku pogrešku te koliko milijuna kuna je do sada isplaćeno u korist tužitelja.

2. MEDICINSKI STANDARD PRUŽANJA LIJEČNIČKE USLUGE

Medicinski standard u Republici Hrvatskoj određuje načelo sigurnosti pacijenata koje se ostvaruje provedbom mjera kojima se svakom pacijentu osigurava pravo na kvalitetnu zdravstvenu zaštitu sukladno njegovu zdravstvenom stanju i općeprihvaćenim stručnim standardima te sprečavaju štetni neželjeni događaji čija bi posljedica mogla biti smrt ili oštećenje zdravlja pacijenta. Provedbom navedenih mjera treba ostvariti podizanje svjesnosti o sigurnosti pacijenata, razvoj i unaprjeđenje sustava praćenja i mjerenja sigurnosti pacijenata, kao i izvješćivanja na tom području, smanjenju rizika za neželjene događaje te razvoj istraživanja na području sigurnosti pacijenata, kako je i propisano čl. 5. Zakona o kvaliteti zdravstvene zaštite (u nastavku ZKZZ)¹. U čl. 4. ZKZZ-a tvrđeno je načelo učinkovitosti i djelotvornosti sustava kvalitete zdravstvene zaštite, kao i sigurnosti zdravstvenih postupaka koje se ostvaruje provedbom mjera za osiguranje kvalitete zdravstvene zaštite. Time se osigurava najpovoljniji odnos između učinaka medicinskog postupanja i troškova nastalih provedbom tog postupka, uzimajući u obzir pritom tehničke, organizacijske i gospodarske čimbenike.²

„Medicinski standard se u svakom slučaju iskazuje u dimenziji temeljnog ili osnovnog standarda koji pretpostavlja primjenu jednoznačnih pravila kojih se mora pridržavati svaki liječnik, ali u medicinski standard ulaze i svi drugi postupci liječnika koji su rezultat novijih znanstvenomedicinskih spoznaja i primjenjuju se u širem krugu liječničke profesionalne zajednice.“³

Medicinski standard obavljanja usluge medicinskog tretmana temelji se na zahtjevu da liječnik u svakom konkretnom slučaju mora slijediti medicinski protokol, kao i primijeniti zahtijevani standard dužne pažnje koji odgovara njegovoj struci.⁴ Razvojem znanosti i medicine mijenja se i sama definicija medicinskog standarda, podložna je stalnim promjenama koje su povezane sa stjecanjem novih spoznaja na području medicinske znanosti i razvoja novih metoda liječenja. Tako u hrvatskom pravu, Zakon o zdravstvenoj zaštiti (u nastavku ZZZ)⁵ u čl. 179. ističe promjenjivu kategoriju medicinskog standarda i utvrđuje pravo i obvezu zdravstvenih

¹ NN 118/18

² Vojković Hrvoje, Građanskopravna odgovornost za povredu medicinskog standarda i prateći ekonomski učinci, Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, vol. 40, br.2, 2019., str. 701.

³ Ibid.

⁴ Ibid.

⁵ NN 100/18, 125/19, 147/20

djelatnika da se stručno usavršavaju radi održavanja i unapređivanja kvalitete zdravstvene zaštite.

Razvoju kvalitete zdravstvene zaštite doprinosi sama mogućnost utuženja štete za oštećenog pacijenta jer predstavlja stalni poticaj daljnjoj profesionalizaciji obavljanja liječničke usluge u cilju prevencije negativnih posljedica.⁶ Liječnik je pri izboru dijagnostičkih i terapijskih metoda slobodan, međutim dužan je postupati sukladno znanstvenim saznanjima i stručno dokazanim metodama liječenja, jer se medicina tijekom vremena mijenja te zahtijeva cjeloživotnu edukaciju i stalna usavršavanja.⁷ Također, liječnik tijekom izbora metode liječenja u svakom pojedinom slučaju mora izabrati, odnosno od njega se očekuje da izabere, onu koja u cijelosti isključuje mogućnost nastupa štete za zdravlje pacijenta.⁸ U dvojbi dužan je držati se načela sigurnijeg puta. Grešku bi učinio jedino ako bi izabrao metodu koja u medicini nije priznata.⁹ Iz sudske prakse možemo vidjeti da odgovornosti liječnika može postojati i u slučaju pogrešne metode liječenja. Tako sama činjenica da je vještak u svom nalazu na kraju naveo da prema svim podacima i medicinskoj dokumentaciji nema elemenata koji bi ukazivali da liječnik operater nije postupao s dužnom pažnjom ne isključuje odgovornost tuženika jer nije samo bitno to da je liječnik operater pri obavljanju operativnog zahvata postupao s dužnom pažnjom budući da odgovornost postoji i ako liječnik operater nije odabrao pravilnu metodu u samom tijeku operativnog zahvata.¹⁰ Posebno je važno napomenuti da je za ocjenu povrede medicinskog standarda mjerodavno isključivo stanje medicinske znanosti u vrijeme poduzimanje medicinskog tretmana.¹¹

2.1. Dužna pažnja liječnika

Pravila medicinske djelatnosti zahtijevaju od liječnika pažljivo i stručno postupanje što bi mu trebalo omogućiti da postavi ispravnu dijagnozu i uspješno obavi potrebno liječenje. U provođenju medicinskog postupka, dijagnostičkog ili terapijskog, liječnik je dužan postupati onako kako se to očekuje u njegovom profesionalnom krugu¹², odnosno s pažnjom dobrog stručnjaka.

⁶ Vojković H., op.cit. (bilj. 2), str. 702

⁷ Ibid.

⁸ Ibid.

⁹ Klarić, Petar, Građanskopravna odgovornost za liječničku grešku, Hrestomatija hrvatskog medicinskog prava, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2016., str. 733.

¹⁰ Gž-995/2016-2 od 28.rujna 2016. u Bjelovaru

¹¹ Klarić, P. op. cit. (bilj. 9) str. 733.

¹² Ibid.

Tako Zakon o obveznim odnosima (u nastavku: ZOO)¹³ u čl. 10. st. 2. propisuje da je sudionik u obveznopravnom odnosu dužan u izvršavanju obveze iz svoje profesionalne djelatnosti postupati s povećanom pažnjom, prema pravilima struke i običajima (pažnja dobrog stručnjaka). To potvrđuje i sudska praksa Republike Hrvatske, te je zbog toga za ocjenu odgovornosti liječnika odlučno utvrditi je li liječnik postupao suprotno pravilima i metodama rada zdravstvene struke, odnosno suprotno znanstvenim spoznajama kojima se ugrožava život i zdravlje ljudi.¹⁴ Opisani standard dužne pažnje ne bi trebalo shvatiti kao kruto pravilo koje ne trpi odstupanja u praksi već bi se trebalo prilagođavati okolnostima konkretnog medicinskog slučaja bilo u smislu ublažavanja ili pooštrenja standarda dužne pažnje.¹⁵

Standard dužne pažnje liječnika koji se zahtijeva mjeri se prema objektivnom standardu koji odgovara postupanju liječnika prosječne vještine koji u obavljanju svoje dužnosti iskazuje odgovarajuća stručna znanja. U tom se smislu navodi da veća opasnost i veći rizik zahvata zahtijevaju veću pažnju, a hitnost i nužnost zahvata opravdavaju niži standard pažnje, pri čemu se niži standard pažnje ne može opravdati praksom. No, ako uzmemo u obzir da su hitni zahvati po prirodi stvari najčešće oni o čijoj provedbi ovisi život pacijenta, oni bi zapravo trebali biti poduzeti s povećanom pažnjom jer postoji i povećani rizik. Stoga, neće uvijek hitnost i nužnost opravdavati niži stupanj pažnje. Uvijek se treba pitati kako bi iskusan i pažljiv liječnik odgovarajuće struke postupao u određenoj situaciji.¹⁶ Liječnik je obvezan zdravstvenu uslugu pružiti s povećanom pažnjom pri čemu treba naglasiti da se on ne može opravdati time što je postupao prema svom najboljem znanju, ako se ustanovi da je to znanje za obavljanje njegova zanimanja bilo objektivno nedovoljno.¹⁷ Liječnik mora uzeti u obzir sve medicinske rizike koje je moguće predvidjeti, tako se i od bolničke djelatnosti, kojom se tuženik profesionalno bavi očekuje da u uvjetima kada zna da postoji mogućnost prijevremenog poroda zbog infekcije, poduzme dodatne raspoložive mjere, u cilju ostvarivanja najviše moguće razine zdravlja pacijenta. Propuštanje da se to učini, i po ocjeni suda, nepažnja je za koju tuženik odgovara.¹⁸ Ako liječnik nije siguran u svoje postupke ili smatra da nisu odgovarajući za liječenje, a nastavio je s liječenjem bez da se obratio za savjet drugom liječniku ili da je pacijenta uputio u drugu zdravstvenu ustanovu koja ima kvalificiranije liječnike ili u svakom slučaju bolju

¹³ NN 35/05, 41/08, 125/11, 78/15, 29/18, 126/21

¹⁴ Gž. 2380/2016-4 od 19.12.2018.

¹⁵ Klarić, Petar, op.cit. (bilj. 9) str. 738.

¹⁶ Vojković H., op.cit. (bilj. 2), str. 703.

¹⁷ Ibid. str. 704.

¹⁸ Pn-9492/08 Gžn-647/12 od 22. svibnja 2012.g

mogućnost za liječenje onda će u takvoj situaciji on biti nepažljiv i odgovarati će zbog propusta dužne pažnje. Naravno uz ispunjenje pretpostavki odgovornosti za štetu.

U određenim okolnostima liječnik uživa povlasticu smanjene pažnje, u hitnim okolnostima kada se od njega ne može očekivati isti stupanj pažnje kao u normalnim okolnostima. Tako u slučajevima izvanrednih i nepredvidivih okolnosti u kojima prijete opasnost za zdravlje pacijenata liječnik može odstupiti od uobičajenog standarda medicinske usluge, ali u isključivom interesu zaštite zdravlja pacijenta. Liječnik se može opravdati ako mu tijekom operacije postane mučno i zbog toga učini pogrešku, ali se ne može opravdati da nešto nije znao jer svaki liječnik mora spoznati granice vlastitih mogućnosti.¹⁹

Odgovornost liječnika može postojati i u situacijama kada liječnik obavljanje zdravstvene usluge nije temeljio na najnovijoj medicinskoj praksi, jer on ne smije propustiti primijeniti novu općeprihvaćenu metodu koja je obećavala veći uspjeh u liječenju, a u odnosu na stariju metodu koju je u konkretnom slučaju primijenio.²⁰ Neće doći do propusta dužne pažnje ako je liječnik u izboru dvije ili više prihvaćenih metoda u pogledu istovrsnog zdravstvenog stanja pacijenta, u konkretnom slučaju primijenio bilo koju od tih metoda i pružio zdravstvenu skrb.²¹ Kako utvrđene malformacije kod djeteta tužitelja nisu posljedica nesavjesnog i nepravilnog postupanja tuženika, niti bi njihovo ranije otkrivanje od strane tuženika moglo spriječiti njihov razvoj i smanjiti štetne posljedice, okolnost što ih tuženik nije otkrio ultrazvučnim pregledima nema za posljedicu njegovu odgovornost za naknadu štete u konkretnom slučaju.²² U konačnici liječnik nije jamac uspjeha niti onaj tko osigurava rezultat ili može spriječiti nastupanje slučajnih pogreški. Smatrat će se odgovornim samo za one pogreške u liječenju koje se mogu pripisati liječničkoj nepažnji, pri čemu sam neželjeni rezultat liječenja ne dovodi nužno do liječničke nepažnje.²³

¹⁹ Vojković, H., Građanskopravni standard medicinskog tretmana, Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu, god. 56, 3/2019, str. 580.

²⁰ Vojković H., op.cit. (bilj. 2), str 705.

²¹ Ibid.

²² VSRH, Rev-1808/00-2 OD 15.10.2003.

²³ Vojković H., op.cit. (bilj. 19) str. 581.

3. ŠTO JE TO LIJEČNIČKA POGREŠKA?

Postavlja se pitanje što je to liječnička pogreška? U medicinskim i pravnim krugovima koriste se različiti nazivi za ono što se smatra liječničkom pogreškom - liječnička pogreška ili greška, stručna pogreška i štetni događaj. S druge strane, u medicinskim krugovima rabi se i pojam komplikacija kao negacija liječničke pogreške.²⁴ O razgraničenju komplikacije i liječničke pogreške biti će više u nastavku nakon razrade pojma liječničke pogreške. Prva definicija liječničke pogreške ne potječe iz prava, već iz medicine, a formulirao ju je patalog Rudolf Virchow sredinom 19. stoljeća pod nazivom „stručna greška liječnika“ i definirao kao „kršenje općepriznatih pravila umijeća liječenja zbog pomanjkanja dužne pažnje ili opreza.“²⁵ Riječ je postupanju liječnika protivno pravilima zdravstvene struke, odnosno postupanje *contra legem artis*.²⁶ Zbog prigovora na ovakav termin, osobito da stvara dojam o medicini kao znanosti sa čvrstim i nepromjenjivim pravilima, pojam stručne greške napušten je te u sudskoj praksi zamijenjen pojmom greška u tretmanu ili greška u obradi. Ovakvom izmjenom naziva željelo 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.²⁷

U čl. 155. ZZZ-a propisano je da su zdravstveni radnici osobe koje imaju obrazovanje zdravstvenog usmjerenja i neposredno u vidu zanimanja pružaju zdravstvenu zaštitu stanovništvu, uz obvezno postupanje prema pravilima zdravstvene struke tako da svojim postupcima ne ugroze život i zdravlje ljudi. Također u čl. 2. Zakona o liječništvu (u nastavku ZoL)²⁸ propisano je da je pri obavljanju liječničke djelatnosti liječnik obvezan osobito poštovati načela stalnog održavanja i podizanja kvalitete liječničkih usluga u interesu zdravlja i društvenog blagostanja pučanstva, održavanja i promicanja povjerenja između liječnika i pacijenta, poštivanja prava pacijenata, neovisnog i profesionalnog djelovanja te očuvanja i promicanja slobode i ugleda liječničkog zvanja i promicanja dostojanstvenog i odgovornog profesionalnog ponašanja poštivanjem u radu propisa, pravila struke te kodeksa medicinske etike i deontologije.

Navedeni zakoni izrijeком ne govore o liječničkoj pogrešci, ali pozivom na njihove odredbe pojam liječničke pogreške mogao bi se odrediti kao postupanje suprotno (odnosno koje nije u

²⁴ Klarić, Petar, op.cit. (bilj. 9) str. 732.

²⁵ Ibid.

²⁶ Ibid.

²⁷ Ibid.

²⁸ NN 121/03, 117/08

skladu sa) pravilima i metodama odnosno standardima rada zdravstvene struke i/ili znanstvenim saznanjima, a kojima se ugrožava život i zdravlje ljudi, i/ili kao nepoštovanje moralnih i etičkih načela zdravstvene struke.²⁹

U literaturi se navode još neke definicije liječničkih pogrešaka, tako npr. za potrebe vještačenja, odnosno sa sudskomedicinskog gledišta pogreške označuju činjenicu da se u konkretnom slučaju dogodilo nešto zbog čega medicinski postupak nije do kraja na planirani način obavljen što je rezultiralo štetom za bolesnikovo zdravlje. Sam događaj ne prejudicira moguću odgovornost za nastalu štetnu posljedicu.³⁰ Potrebno je da se u sudskom postupku dokaže postojanje svih potrebnih pretpostavki i utvrdi odgovornosti liječnika.

Sa stajališta medicinske znanosti u Republici Hrvatskoj liječnička pogreška je „stručna pogreška tj.-promašaj, zbog kojeg planirano liječenje nije završilo onako kako je trebalo, primjena pogrešnog plana liječenja ili štetni događaj, tj.- oštećenja prouzročena liječenjem, koja mogu biti preventabilna (nemar i nepažnja) i neizbježna (pogreška uređaja, anafilaktički šok i dr.), odnosno događaj u kojem dolazi do nenamjerne i nepoželjne štete za bolesnika koja mu je nanesena medicinskim postupanjem, što može produljiti liječenje ili prouzročiti oštećenja organizma koji dovode do privremene ili trajne nesposobnosti ili, u najgorem slučaju, prouzroče smrt.“³¹

3.1. Razlikovanje komplikacije od liječničke pogreške

Do nepovoljnog ishoda liječničke odnosno zdravstvene intervencije može doći i zbog komplikacije koje se dogodila u postupku liječenja. Pojam komplikacije najčešće koriste liječnici kad se žele osloboditi odgovornosti za počinjenje liječničke pogreške, jer se za komplikaciju ne odgovara ni građanskopravno ni kazneno. Naše pravo ne poznaje pojam "komplikacije" pa se u građanskom pravu koriste pojmovi više sile i slučaja kao razlog oslobođenja od odgovornosti. Slučaj je takav događaj koji bismo, da smo ga predvidjeli, mogli spriječiti, naspram više sile gdje je riječ o događaju koji, da smo ga i predvidjeli, ne bismo mogli spriječiti.³² Slučaj je takav događaj koji se štetniku ne može pripisati u krivnju, tj. štetnik neće odgovarati na temelju subjektivne odgovornosti.

²⁹ Crnić Ivica, *Odgovornost liječnika za štetu*, Zagreb: Organizator, 2009. str. 51.

³⁰ Zečević, Dušan-Škavić, Josip, *Kaznenopravna i građanskopravna odgovornost liječnika- teorija i praksa*, Medicinska naklada, Zagreb, 2012., str. 13.

³¹ Vojković, Hrvoje, *Modaliteti povrede medicinskog tretmana liječnika s osvrtom na terapijsku liječničku pogrešku u Hrvatskoj i poredbenoj praksi*, Zbornik Pravnog Sveučilišta u Rijeci, vol. 42, br. 3, 2021., str. 781.

³² Klarić P., Vedriš M., *Građansko pravo*, 2009. str. 611.

U medicini se njime označava odsutnost medicinske pogreške i kauzaliteta te postoji npr. u slučajevima alergije na određeni lijek ili smrti zbog narkoze dane prema svim zahtjevima antesteziologije.³³

Komplikacija predstavlja neželjeni rezultat koji nastaje usprkos medicinski ispravno i pravodobno provedenom postupku, koji je izveden pravilnom uporabom ispravne opreme i sredstva uz optimalnu organizaciju rada.³⁴ Tako u jednom sporu presuđuje da je anafilaksija nepredvidiva reakcija i može se dogoditi uz primjenu bilo kojeg ksenobiotika te se može dogoditi i kada su poduzete sve mjere opreza tj. i onda kad se primijene lijekovi uz koje je rizik anafilaksije mali; da niti negativan kožni test na opće anestetike nije stopostotno jamstvo da se kod sljedeće primjene tih lijekova u anesteziji ne može dogoditi anafilaksija; da u literaturi iz područja anesteziologije i kliničke farmakologije anestetika nisu opisani postupci za sprječavanje anafilaktičkih reakcija koji se višekratno spominju u tome predmetu. Sud je dao za pravo nalazu vještaka koji su pravilno zaključili da se u konkretnom slučaju radilo o nepredvidivoj komplikaciji koja se nije mogla spriječiti, pa u postupanju tuženika nije bilo propusta koje povlači za sobom odštetnu odgovornost za štetu koju je tužitelj potraživao u tome postupku.³⁵

Složeno je pitanje kako utvrditi je li nepovoljan rezultat liječenja posljedica pacijentove loše sudbine ili liječničke pogreške koja je naškodila njegovom zdravlju. Tu, se zapravo, radi o tome da unatoč tome što su liječnici postupali u skladu s pravilima zdravstvene struke i što su poštivali medicinski standard, pacijent trpi određene negativne posljedice po svoje zdravlje.

Kod komplikacije se ne radi se o liječničkoj pogrešci već o neizbježnom životnom tijeku. Za praktičnu primjenu prilikom vještačenja komplikacija označuje da je došlo do daljnjeg razvoja bolesti usprkos ispravnom medicinskom postupku i da je došlo do proširenja patoloških stanja na druge organe i sustave usprkos medicinski ispravnom postupku. U pravnoj struci ova definicija odgovara sintagmi „sudbinski tijek bolesti.“³⁶

Radi li se o komplikaciji ili slučaju, u praksi će biti potrebno utvrditi nije li do komplikacija došlo nakon što je prethodno učinjena liječnička greška, npr. ako je u tijelu zaostao neki

³³ Klarić, Petar, op.cit. (bilj. 9) str. 734

³⁴ Crnić Ivica, Odštetna odgovornost liječnika i zdravstvenih ustanova s prikazom sudske prakse (prvi dio), Hrvatska pravna revija, 2009. str. 37

³⁵ Gž-1468/2019-2 od 16.10.2019.

³⁶ Zečević-Škavić, op.cit. (bilj. 30), str. 13-14.

predmet, npr. gaza.³⁷ Stoga, neće se raditi o komplikaciji ako je određeni negativni tijek nastupio nakon učinjene liječničke pogreške.

Svaki liječnički postupak u sebi nosi određeni rizik. Kad zbog tog rizika dođe do štetne posljedice, a da liječnik nije pogriješio, to treba shvatiti kao komplikaciju. Kada komplikacije prijeđu granice uobičajenog rizika nastaje odgovornost pružatelja zdravstvene usluge, za koje se smatra da ulazi u sferu odgovornosti prema načelima objektivne odgovornosti najčešće kao oblik odgovornosti za opasnu djelatnost.³⁸

U situaciji kada je nad tužiteljem obavljen standardni medicinski zahvat u skladu s pravilima struke, pa unatoč tomu dođe do komplikacije, konkretno pucanja i zaostajanja u tkivu vrška svrdla koje se standardno koristi prilikom operacije, nema propusta u liječenju. Tužitelj nije dokazao da bi liječnik postupao suprotno pravilima i metodama rada zdravstvene struke. Korištenje u konkretnom slučaju svrdla sasvim sigurno sa sobom nosi rizik, za koji liječnik ne snosi odgovornost, osim kad komplikacije prijeđu granicu uobičajenog rizika, što konkretno u spomenutim okolnostima nije bio slučaj.³⁹

4. KLASIFIKACIJA LIJEČNIČKIH POGREŠAKA

Liječničke greške moguće je kvalificirati prema različitim kriterijama. 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 s obzirom na pojedine stadije dijagnostičko-terapijskog tretmana, na taktičke i tehničke, na opće, elementarne, u organizaciji rada.⁴⁰ U pravnoj literaturi ističe se gledište prema kojem se liječničke pogreške mogu temeljno klasificirati u šest grupa: u prvu grupu spadaju liječničke pogreške koje su izravno štetne za pacijentovo zdravlje, u drugu grupu ulaze one koje su neprimjerene u odnosu na stanje pacijentova zdravlja, treća grupa obuhvaća one koje su pretjerane s obzirom na pacijentovo zdravlje, u četvrtoj grupi imamo potpuno nerazumne liječničke pogreške, u petu i šestu grupu spadaju posljedice liječničkih pogrešaka koje su rezultat apliciranja određenih dijagnostičko-terapijskih postupaka utemeljenih na pogrešnoj dijagnozi koja se mogla izbjeći ili posljedice liječničkih pogrešaka koje su nastupile zbog činjenice da je liječnik propustio obavijestiti pacijenta o prirodi svojeg zdravstvenog stanja

³⁷ Klarić P. op. cit. (bilj. 9) str. 734.

³⁸ Crnić Ivica, op.cit. (bilj. 29) str. 66.

³⁹ GŽ-1944/2015 od 10. prosinca 2015. Bjelovar,

⁴⁰ Bošković Zvonko, Medicina i pravo, Zagreb: Pergamena 2007. str 128.

ili bolesti. Također imamo još pogreške kod neinvazivnih zahvata te invazivnih zahvata, pogreške u komunikaciji između liječnika i pacijenta itd.⁴¹

Tipične su liječničke pogreške: nedostatnost kliničkog, laboratorijskog i drugog istraživanja, pogrešna dijagnoza, pogrešna indikacija, nedostatak kontrole, pogrešna terapija, pogrešne kirurške tehnike, neprepoznavanje medicinskih komplikacija, pogrešna ili nedostatna higijena, neispravna medicinska oprema i pogreške u rukovanju injekcijama, infuzijom i transfuzijom.⁴²

Svaka od prethodno naznačenih grupa liječničkih pogrešaka mogu se dogoditi pri dijagnozi te u terapiji, pa zapravo govorimo o nekoj temeljnoj podjeli liječničkih pogrešaka na dijagnostičke i terapijske liječničke pogreške. U nastavku ćemo posvetiti pažnju pogreškama u dijagnozi i terapiji, te posebno pogreškama u komunikaciji kao podvrsti terapijske liječničke pogreške, kojom se želi istaknuti važnost dobre komunikacije između samih zdravstvenih djelatnika, te između njih i pacijenta.

4.1. Dijagnostička liječnička pogreška

Evo nekih tipičnih primjera kada je sud odredio da je došlo do pogreške u dijagnozi: u slučaju pada krvnog tlaka nakon operacije nije se provjerilo nije li uzrok unutarnje krvarenje; usprkos žutoj boji novorđenčeta nije se neslaganje rezus-faktora roditelja uzelo mogućim razlogom; zbog dijagnoze raka umjesto dobroćudnog tumora pacijentu odstranjeno dva metra crijeva; dijete je progutalo metalni predmet, liječnik to nije dijagnosticirao, dijete je umrlo; pacijent obolio od raka, liječnik to nije dijagnosticirao, rak se proširio, pacijent je umro; pacijent je progutao insekticid, zbog pogrešne dijagnoze dan mu je pogrešan protuotrov, nastupilo je trajno oštećenje mozga; pacijent je dobio upalu slijepog crijeva, dijagnoza je bila pogrešna, slijepo crijevo je puknulo, nastupila je fatalna upala trbušne šupljine.⁴³

Postavljanje dijagnoze jako je važno jer na temelju pravilne dijagnoze ovisi daljni uspjeh u liječenju. Liječnik je dužan prepoznati simptome koji su mu poznati te na temelju toga utvrditi prirodu bolesti. Dijagnoza nije nešto stalno i nepromjenjivo, nego je vremenski uvjetovana. Vrijeme je ključno za dijagnozu jer se njime može promijeniti i tijek bolesti i aktualno stanje medicinske znanosti. Liječnik je dužan postaviti dijagnozu, tijekom daljnjeg liječenja je provjeravati i u slučaju potrebe izmijeniti, jer dijagnoza nije nikada konačno završena. Postavljanje točne, a ponekad i brze dijagnoze od presudne je važnosti ne samo za zdravlje,

⁴¹ Vojković H. op.cit. (bilj. 31) str 782.

⁴² Vojković H, op. cit. (bilj. 2) str. 708

⁴³ Bošković Zvonko, op.cit (bilj. 40) str. 128-129

nego često i za život pacijenta. Nastoji se sama bolest dijagnosticirati što prije, u samom početku dok su organske promjene što manje izražene. Pogrešna dijagnoza definira se kao situacija u kojoj se ne prepozna postojeća bolest ili se utvrdi nepostojeća bolest.

Najčešće dijagnostičke pogreške su plućna embolija, srčani infarkt, tumori i infekcije. Uvođenje novih tehnologija kao što je ultrazvuk, radionuklidnih skenova nije smanjilo mogućnost pogreške već je utvrđeno da preveliko oslanjanje na samu tehnologiju može čak pridonijeti pogreškama. Pacijentova povijest bolesti i temeljiti fizički pregled dovede do točno dijagnoze u 70% slučajeva.⁴⁴ Možemo zaključiti kako napredak medicinske tehnologije ne znači nužno manje liječničkih pogrešaka.

Pogrešna dijagnoza zbog tzv. pogreške umijeća tj. onakvog djela koje je s medicinskoga gledišta neispravno u svojoj biti ili koje nije u izvršenju obavljeno na propisan način čini pravni temelj odgovornosti za naknadu štete.⁴⁵

Primjeri iz sudske prakse:

U jednom predmetu⁴⁶ na temelju mišljenja vještaka proizlazi da je ginekolog tuženika trebao ultrazvučnim pregledom kod tužiteljice registrirati srčanu akciju fetusa jer je ona tada sigurno bila prisutna, a osim toga netočno je izmjerio veličinu embrija te je pogrešno postavio dijagnozu zadržanog pobačaja (*misset abortion*). Činjenična utvrđenja prvostupanjskog suda kao i njegovo stajalište o osnovanosti tužbenog zahtjeva tužiteljice u situaciji kada su vještaci jasno i nimalo dvojbenim utvrdili da je prilikom sistematskog pregleda tužiteljice, zbog liječničke pogreške u vidu pogrešno postavljene dijagnoze, rendgenskim zračenjem (RTG snimanje) dok je bila trudna, povrijeđeno njeno pravo osobnosti u vidu prava na tjelesno i duševno zdravlje, prihvaća pravilnim i drugostupanjski sud, a njihova pravilnost nije dovedena u sumnju ni žalbenim navodima. Konačno, liječničku pogrešku, pa i odgovornost (za pogrešno postavljenu dijagnozu) prihvaća i tuženik (u žalbi). Prvostupanjski sud je pravilno zaključio da je utvrđenom liječničkom pogreškom (kada je nesumnjivo prvo postavljena pogrešna dijagnoza, a zatim je tužiteljica kao trudnica ozračena provođenjem RTG pretrage), tužiteljici povrijeđeno pravo osobnosti.

⁴⁴ Bošković Z. Liječnička pogreška-sudskomedicinski aspekt, PUG 6/2013 str. 1088-1089

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ Gž-4492/13-2 od 3. svibnja 2014. u Varaždinu

U sljedećem predmetu⁴⁷ tužitelji su sadržajno tvrdili da je došlo do greške u dijagnostici. Dijagnostičke pogreške predstavljaju postavljanje pogrešne dijagnoze, odgodu postavljanja dijagnoze, propust u traženju potrebnih pretraga/testova, upotrebu napuštenih metoda dijagnostike, propust zanemarivanja nalaza i uređaja za praćenje stanja. Za slučaj kada su prikupljeni svi potrebni medicinski nalazi, ali su pogrešno interpretirani, tada je riječ o greški u dijagnozi u pravom smislu riječi. Neovisno o tome što je disekcija aorte nastupila kasnije, što se radilo o atipičnom slučaju, koji nije ukazivao na visoki stupanj kliničke vjerojatnosti, što se radilo o izuzetno rijetkoj bolesti koja bi se mogla javiti kod tako mlade muške osobe, sud je prihvatio zaključak vještaka Medicinskog fakulteta u Zagrebu da je trebalo zadržati pacijenta na daljnjoj obradi zbog onih subjektivnih tegoba koje su se uz jaku bol u prsištu javile kod njega, neovisno o tome što objektivni razlozi provedenih pretraga i izuzetno rijetka pojava te bolesti kod mlađih osoba, nije upućivala na sumnju u navedeni akutni koronarni sindrom. Po mišljenju vještaka došlo je do propusta pri određivanju pretrage za postavljanje ispravne dijagnoze koja ima element općeg nesavjesnog postupanja te za posljedicu postavljanje krive dijagnoze, a samim time pogoršanje zdravlja i smrtni ishod liječenja pacijenta, što predstavlja liječničku pogrešku.

U trećem slučaju⁴⁸ pacijentica je bila na liječenju gljivične upale stidnice, a radi čega joj je propisana terapija Rojazol krema, Acidi Borici 3%, Pantonol krema i Medanozol vaginalete. Kako je ta terapija bila bezuspješna učinjen je Papa test koji je ukazivao na promjene boje na vanjskom genitalu. U takvim okolnostima prema standardnim metodama liječenja bilo potrebno učiniti Collinsonov test, te biopsiju promijenjenog područja, međutim liječnice nisu tako postupile već su i nakon većeg broja pregleda, gdje se pacijentica žalila na svrbež na stidnici ponavljali očito bezuspješnu terapiju protiv gljivične upale stidnice.

Liječnice su unatoč istim simptomima i za vrijeme trudnoće činile iste višekratne pogreške u dijagnostici, te nisu tražile da se učini Collinsonov test, te biopsija promijenjenog područja.

Pacijentici je nakon nekog vremena dijagnosticiran rak stidnice te je utvrđeno da bi rak stidnice bio otkriven u ranoj fazi gdje je 100%-tna mogućnost izlječenja da su ordinirajuće liječnice tuženika postupile savjesno te da su nakon neuspješne terapije protiv gljivične upale stidnice i nakon sačinjenog Papa testa provele potreban i standardan daljnji dijagnostički postupak

⁴⁷ Gž-2492/2016-2 od 9. travnja 2019.

⁴⁸ VSRH Rev 1865/2013-2 od 27. svibnja 2014.

(Collinsonov test i biopsija promijenjenog područja). Evidentno je da nisu postupile s pažnjom dobrog stručnjaka ginekološke specijalnosti.

4.2. Terapijska liječnička pogreška

Tipični primjeri pogreške u terapiji mogu biti: zamjena pacijenta; zamjena parnih dijelova tijela; ostavljanje stranih predmeta u tijelu pacijenta nakon obavljene operacije; davanje injekcije bez prethodne dezinfekcije ruku; prepisivanje pogrešnog lijeka ili previsoke doze lijeka; prekomjerno zračenje; davanje narkotika u arteriju umjesto u venu; pristupanje terapiji bez dovoljno stručnosti; vađenje zuba umnjaka bez prethodnog olabavljenja zuba; zbog kašnjenja opstetričara dvadeset minuta porođaj su obavile bolničarke, ali pedijatar je pozvan tek nakon nekoliko sati, premda je novorođenče imalo teškoća s disanjem- posljedica: oštećenje mozga i potreba doživotne njege; pacijent se žalio na bol u križima, podvrgnut je operativnom uklanjanju diska pri čemu mu je povrijeđen živac, trpio je velike bolove, podvrgnut nakon toga raznim operacijama, ali bez uspjeha.⁴⁹

Prema Vojkoviću, terapijska liječnička pogreška može se podijeliti u dvije osnovne grupe. U aktivnom obliku pogreške, do liječničke pogreške dolazi kad se terapijski postupak provodi na način koji nije u skladu s pravilima zdravstvene struke. U pravnoj teoriji navodi se da tu grupu karakterizira svjesno ili nesvjesno odstupanje od medicinskog standarda, kao npr. obrada otvorene injekcije bez aplikacije antibiotika, već samo previjanjem. U pasivnom obliku pogreške, do pogreške dolazi zbog stručnih propusta kad posljedično izostaje terapijski postupak koji zahtjeva veći medicinski standard. Kod te grupe karakteristično je da liječnik nije svjestan da poduzeti medicinski tretman odstupa od pravila medicinske struke, kao npr. slučajevi zaostalog medicinskog predmeta u tijelu pacijenta, amputacija pogrešnog uda.⁵⁰

Primjeri iz sudske prakse:

U jednom slučaju pacijentu je izvršena operacija zamjene aortalnog zaliska. Pri pleuralnoj punkciji učinjena je liječnička pogreška pri čemu je nastala ozljeda slezene s teškim krvarenjem, akutnim abdomenom, posljedičnim oštećenjem niza organa i potrebom devet operacijskih postupaka. Nižestupanjski sudovi su pravilo zaključili da postoji uzročno posljedična veza

⁴⁹ Bošković, Z., op. cit. (bilj. 40) str. 129.

⁵⁰ Vojković H., op.cit. (bilj. 31) str. 784.

između greške ostvarene jatrogenom punkcijom lijevog prsišta s ozljedom slezene preko čitavog niza komplikacija i uzroka smrti kod pacijenta.⁵¹

Jedan od poznatijih slučajeva u široj javnosti jest slučaj Maškarin⁵² koji je uvelike utjecao na jačanje svijesti o obvezatnosti poštivanja pravila medicinske struke. Naime u tom slučaju je, nakon operacije slijepog crijeva, zbog liječničke pogreške, došlo do komplikacija, zbog čega je tužitelju, tada kao dvadesetogodišnjaku, amputirana lijeva noga u visini donje trećine natkoljenice. Sud je utvrdio teška ireverzibilna oštećenja pacijentova zdravlja s odlučnim utjecajem na kvalitetu njegova života u budućnosti.

Postoje i slučajevi u kojima je operativni zahvat proveden stručno, ali je do pogreške u terapiji došlo u postoperativnoj fazi. Tako je temeljem nalaza i mišljenja liječnika vještaka utvrđeno da je u liječenju tužiteljice došlo do propusta uslijed toga što je tužiteljici skinuta imobilizacija pet dana nakon ozljeđivanja bez obzira na to što je na RTG slikama bila vidljiva avulzija (otkinuće kosti) na hvatištu unutarnjeg postraničnog ligamenta, koja ozljeda zahtijeva imobilizaciju koljena longetom ili cirkularnim gipsom ukupno 4-5 tjedana ili imobilizaciju koljena u ortozi.⁵³

Terapijski postupak mora biti pravodoban s obzirom na konkretne okolnosti slučaja. Ta obveza naročito postoji ako se tijekom liječenja očituje povećan rizik od nastupa komplikacija. Upravo prema mišljenju i nalazu vještaka proizlazi da je kardiovaskularni arest jedna od poznatih komplikacija nakon anestezije, da su one moguće i par sati nakon buđenja i uspostavljanja kontakta s pacijentom, te da je bitno osigurati kontinuirani nadzor i mogućnost brze intervencije kvalificiranog liječnika anesteziologa i reanimatologa. U konkretnom slučaju proizlazi (prema iskazu medicinske sestre) da je bolesnik transportiran na urološki odjel kada i nije bio u potpunosti razbuđen, a da je pravovremena reanimacija izostala jer nije postojao kontinuirani nadzor i mogućnost hitne intervencije kvalificiranog medicinskog osoblja. Odsustvo liječničke pogreške i uzročne veze postoji kad se štetna posljedica nije mogla svladati usprkos tome što se postupalo s potrebnom pažnjom u skladu s medicinskim standardom, a to je u konkretnom slučaju izostalo.⁵⁴

Postoji i slučajevi u kojima se na primarnu dijagnostičku pogrešku nadovezuje terapijska liječnička pogreška. Tako je kod prvog operativnog zahvata na tužiteljici došlo do ozljede glavnog žučnog voda, zbog čega se žuč izlila u trbušnu šupljinu.

⁵¹ VSRH Rev 2648/2014-2 od 14. siječnja 2020.

⁵² VSRH Rev x 848/2017-2

⁵³ Gž 5602/2017-2 od 8. svibnja 2018.

⁵⁴ VSRH Rev 876/2006-2 od 10. siječnja 2007.

Do navedenog je došlo zbog propusta u liječenju, jer je tužiteljica otpuštena iz bolnice nakon prve operacije, a da pri tome nije prepoznato bolesno stanje iste, iako je trebalo biti, zbog čega je tužiteljica 4 dana poslije operacije preuranjeno puštena kući da bi nakon ponovnog primitka u bolnicu već slijedećeg dana bila donesena odluka o ponovnom operativnom zahvatu. Upravo zbog neopravdano dugog perioda od ozljede glavnog žučnog voda do druge vitalne operacije, nakupina žuči u trbuhu je dovela do upalnih reaktivnih promjena potrbušnice s trajnim posljedicama. Nadalje utvrđuju kao slijedeći propust s manje štetnim posljedicama što je potapanje T drena pod kožu operativnim zahvatom, čime je onemogućeno propiranje drena zbog održavanja prohodnosti RTG kontrola žučnih vodova i olakšavanja rješavanja eventualnih opstrukcija s infekcijom zbog čega i danas na tom mjestu postoji kronična recidivna fistula, a za kasnije vađenje drena da je bilo potrebno obaviti još jedan operativni zahvat. Pravilan je zaključak nižestupanjskih sudova da je do postoperativnih komplikacija kod tužiteljice, a slijedom toga i trajno narušenog zdravlja došlo zbog propusta u liječenju od strane tuženika nakon prvog operativnog zahvata.⁵⁵

U sljedećem slučaju može se uočiti pogreška u dijagnozi i pogreška u terapiji nakon točno postavljene dijagnoze. Radilo se o tome da tužiteljici nije pravovremeno postavljena dijagnoza loma trupa drugog slabinskog kralješka zbog kojeg je trpjela bolove kroz nekoliko mjeseci, te to da je nakon postavljene točne dijagnoze došlo do liječničke pogreške tijekom operacije-vertebroplastike s posljedicom istjecanja koštanog cementa u kanal kralježnice i posljedičnog oštećenja korjenova živca. Tu se radi istovremeno i o pogrešci u dijagnozi zbog koje je tužiteljica trpjela bolove nekoliko mjeseci te je tijekom operacije došlo do pogreške u terapiji.⁵⁶

4.3. Komunikacijska liječnička pogreška

Pogreške u komunikaciji mogu nastati između liječnika i pacijenta, između subjekata medicinskog tretmana, i između liječnika i zdravstvenog osoblja. Najčešći slučaj se događa kad liječnik zbog nedostatka koncentracije ili nedostatne stručne brige ne priopći pacijentu važne okolnosti njegova zdravstvenoga stanja (na temelju kojih bi pacijent dao ili odbio pristanak na medicinski postupak ili na temelju kojih bi mogao poboljšati svoje zdravlje, a to izostane zbog manja informacija, ili na temelju kojih bi imao pravo na alternativne metode liječenja itd.) ili

⁵⁵ VSRH Rev 597/2006-2 od 6.ožujka 2007.

⁵⁶ VSRH Rev 299/2016-2 od 26.svibnja 2021

kad među liječnicima, odnosno između liječnika i medicinskog osoblja izostane odgovarajuće informiranje.⁵⁷

Pravo na obaviještenost predstavlja sastavni dio liječenja i jača ulogu pacijenta u postupku liječenja. Liječnik je dužan obavijestiti pacijenta prvenstveno radi pacijentove sigurnosti, odnosno radi zdravstvene zaštite od opasnosti nastanka štete po pacijentovo zdravlje, ali i zbog toga jer obavještenje pacijenta predstavlja pretpostavku pristanka na određeni medicinski zahvat. Jedna od osobitosti obveze obavješćivanja sastoji se u tome što su one, u isto vrijeme, i moralne i pravne prirode. Prema čl. 8. Zakona o zaštiti prava pacijenata (u nastavku ZZPP)⁵⁸ pacijent ima pravo na potpunu obaviještenost o sljedećim stvarima: svome zdravstvenom stanju, uključujući medicinsku procjenu rezultata i ishoda određenoga dijagnostičkog ili terapijskog postupka, preporučenim pregledima i zahvatima te planiranim datumima za njihovo obavljanje, mogućim prednostima i rizicima obavljanja ili neobavljanja preporučenih pregleda i zahvata, svome pravu na odlučivanje o preporučenim pregledima ili zahvatima, mogućim zamjenama za preporučene postupke, tijekom postupaka prilikom pružanja zdravstvene zaštite, daljnjem tijeku pružanja zdravstvene zaštite, preporučenom načinu života, pravima iz zdravstvenoga osiguranja i postupcima za ostvarivanje tih prava. Jedna od liječnikovih glavnih obveza jest obveza da pacijentu dade obavijesti o činjenicama koje se odnose na njegovo zdravstveno stanje. U prvom redu, radi se o informacijama koje trebaju pacijentu dodatno pomoći i poboljšati njegovo zdravlje (dijetalna ishrana, način života, način uporabe propisanih lijekova i njihove neželjene posljedice i sl.). Pri otpustu bolesnika iz bolnice često nedostaju prikladna komunikacija i prijenos informacija o nastavku liječenja, što može dovesti do pogreške u zdravstvenoj skrbi. Drugo, liječnik je dužan pacijenta obavijestiti o činjenicama koje su od značenja za pristanak na odgovarajući medicinski zahvat (podaci o dijagnozi, tijeku i načinu liječenja, rizicima itd.)⁵⁹ Što se tiče pitanja koliko detaljne i opširne moraju biti informacije o zdravstvenom stanju, ne postoje pravila koja bi precizno uređivala te detalje.

Na liječniku je da od slučaja do slučaja odluči i procjeni koje detalje treba priopćiti pacijentu. Prema hrvatskoj pravnoj praksi pacijent treba dobiti podatke „koje bi razuman liječnik povjerio u sličnoj situaciji“, odnosno riječ je o profesionalnom standardu.⁶⁰

⁵⁷ Vojković H., op.cit. (bilj. 31) str. 791.

⁵⁸ NN 169/04, 37/08

⁵⁹ Vojković H., op.cit. (bilj. 31) str. 792.

⁶⁰ Zečević-Škavić, op.cit. (bilj. 30), str. 22-23.

Da bi se pacijent mogao lakše odlučiti za metodu liječenja koja mu u svemu odgovara, liječnik mora pacijenta upoznati sa svim prednostima i nedostacima pojedine metode. Pacijent mora znati kakav rizik može imati odgovarajuća terapija, ali se takva obavještenja moraju dati oprezno i postupno.⁶¹ Tako imamo jedan slučaj koji je presudio građanski sud u Francuskoj gdje odstranjivanje tumora na lijevoj nozi bolesnika nije bila moguća bez resekcije živaca, ali je postojala vjerojatnost da krajevi živca ponovno srastu ako se noge drže u određenom položaju. Liječnik ga je uputio na takvo držanje noge, međutim propustio ga je obavijestiti o resekciji živca, pa se pacijent nije pridržavao upozorenja jer ga nije niti razumio.⁶²

Također, pacijenta treba obavijestiti i detaljno mu objasniti određene komplikacije koje se mogu dogoditi tijekom liječenja, iako se to u ZZPP-u izričito ne navodi. Tako i sudska praksa: na temelju prednjih utvrđenja prvostupanjski sud zaključuje da unatoč tome što je operativni zahvat proveden prema pravilima struke tužiteljica ima pravo na naknadu štete jer nije bila upoznata sa koristima i komplikacijama te rizicima operacije mrene te zbog toga nije ni mogla dati pristanak.⁶³ Što se tiče eventualne liječničke pogreške nastale tijekom medicinskog tretmana, u medicinskopravnoj teoriji nema jednoznačnog stajališta o tome je li liječnik dužan otkriti vlastitu stručnu pogrešku. Naime, nitko nije obvezan da se samoprijavljuje i izlaže opasnosti, no to se ne bi moglo uzeti u obzir ako se otkrivanjem pogreške sprječava nastanak štete za pacijenta. Također, postoji mišljenje da ako zbog učinjene pogreške ne postoji nikakva druga opasnost za zdravlje pacijenta, liječnik ne bi bio dužan otkriti svoju pogrešku, pa zbog toga ne bi bio niti odgovoran.⁶⁴

Obavještavanje pacijenta podrazumijeva i prognozu o stanju bolesti nakon zahvata, odnosno o mogućem ozdravljenju. Također, potrebno je ukazati pacijentu i na druge, alternativne metode liječenja (npr. konzervativno liječenje, umjesto operacije, liječenje medikamentima i dr.). Ne može liječnik reći da za određenu bolest postoji samo jedna jedina opcija izlječenja, a da osoba privatnim istraživanjem i odlaskom po savjet drugom doktoru iste struke sazna za moguće druge opcije liječenja. Tako npr. pacijenta starije dobi doktor specijalist nije obavijestio da postoje alternativni načini liječenja njegovog karcinoma, nego mu je rečeno da je moguća

⁶¹ J. Čizmić, Pravo pacijenata na obaviještenost, s posebnim osvrtom na zaštitu tajnosti podataka o zdravstvenom stanju pacijenta, Zb. Prav. fak. Sveuč. Rij. (1991) v. 29, br. 1, (2008), str. 6-7.

⁶² Bošković Zvonko, op.cit (bilj. 40) str. 151.

⁶³ Gž 798/2019-2 od 20. ožujka 2020.

⁶⁴ Zečević-Škavić, op.cit. (bilj. 30), str. 24.

jedino operacija. No, pacijent zahvaljujući obavijestima iz obiteljskog kruga, doznaje da postoji još nekoliko mogućnosti.⁶⁵

Do pogrešaka između liječnika, te između liječnika i medicinskog osoblja dolazi zbog nedostatne interne organizacije zdravstvene ustanove. Pogreške u komunikaciji između liječnika, liječnika i medicinskog osoblja se mogu lako desiti u situacijama užurbanosti, smetenosti, ili dođe do "pokvarenog telefona". Tako npr. mladi specijalizant je krivo čuo liječnika specijalista koji mu je dao telefonske upute, te je umjesto lokalnog anestetika prokaina, zabunom intravenozno apliciran kokain te je pacijent preminuo.⁶⁶ Također, iznimno je važna dobra komunikacija između timova, posebno u slučajevima primopredaje pacijenta (prijelaz iz jednog odjela u drugi, kod izmjene timova i sl.), jer se u bolničkim uvjetima tijekom 24 sata može izmijeniti i nekoliko medicinskih timova. Vrlo je važno da članovi tima vode računa o svim bitnim podacima i ne dopuste propuste u komunikaciji, a sve radi očuvanja zajedničkih informacija i brige za pacijenta. Važno je podijeliti sve relevantne podatke s drugim liječnicima koji preuzimaju pacijenta, od kliničke slike do socijalnih pitanja. Uvijek se naglašava važnost medicinske dokumentacije i bilježenja svih bitnih činjenica. U žurbi se primopredaja zbiva samo usmeno, što može dovesti do gubitka informacija, kasnijoj nesigurnosti i u konačnici mogu dovesti do liječničkih pogrešaka.⁶⁷

Obveza davanja određenih informacija može se ticati šireg kruga osoba koje s pacijentom ostvaruju redoviti i neposredan kontakt (npr. obitelj). Iako, navedena se obveza odnosi samo na situacije kada bi zdravstveno stanje pacijenta moglo ugroziti život i zdravlje osoba koje su u bliskom kontaktu pacijenta.⁶⁸ Npr. ako liječnik ne obavijesti obitelj pacijenta o mogućnosti prijenosa zarazne infekcije, i obitelj se zarazi, on će biti odgovoran. U Hrvatskoj ima malo podataka o posljedicama loše komunikacije između liječnika i pacijenta.

No, nedavno istraživanje u Japanu pokazuje da je loša komunikacija i percepcija komunikacije od strane pacijenta razlog za povećanje broja sudskih tužbi, odnosno da je u oko 25% sudskih tužbi glavni razlog bila loša komunikacija, a u 13% slučajeva su razlog bile krive informacije i tehničke pogreške.⁶⁹

⁶⁵ Bošković Zvonko, op.cit (bilj. 40) str.154.

⁶⁶ Vojković H. op. cit. (bilj. 31) str. 792.

⁶⁷ Bakula, Marija, Čikeš, Nada: Primopredaja i prijelaz bolesnika; Liječnički vijesnik; 2019; godište 141; 106–111.

⁶⁸ Vojković H. op. cit. (bilj. 31) str. 793.

⁶⁹ Štifanić, Mirko: Loša komunikacija i druge liječničke pogreške; JAHR, Vol. 4. No. 7., 2013. str. 307.

5. OSNOVNA OBILJEŽJA ODGOVORNOSTI ZA LIJEČNIČKU POGREŠKU

Zdravstvena djelatnost je uređena velikim brojem propisa, međutim niti jedan od tih propisa ne uređuju institut odgovornosti liječnika za štetu. Stoga, odgovornost liječnika utvrđuje se prema općim pravilima odgovornosti za štetu, primjenjujući ZOO. To znači da liječnici, zdravstvene ustanove i drugi subjekti u zdravstvu odgovaraju prema istim pravilima kao i ostali pravni subjekti. Općenito, građanskopravna odgovornost za štetu nastaje kada su ispunjeni slijedeći uvjeti: da je osoba odgovorna za štetu (štetnik) počinila protupravnu štetnu radnju zbog koje je nastala šteta osobi koja traži popravak štete (oštećenik) te da postoji kauzalni neksus (uzročnost) između štetne radnje i štete kao posljedice. Stoga, opće pretpostavke odštetne odgovornosti su su: a) subjekti odgovornosti; b) štetna radnja štetnika; c) šteta; d) uzročna veza između štetne radnje i štete; i e) protupravnost u objektivnom smislu.⁷⁰

U slučaju nastanka štete zbog pogrešnog postupka postoji više pravila odgovornosti: ugovorna odgovornost i izvanugovorna odgovornost koja može biti u obliku subjektivne i objektivne odgovornosti. ZOO dopušta korisniku zdravstvene ustanove koji smatra da mu je pružatelj te usluge prouzročio štetu da odluči hoće li je zahtjevati pozivom na propise o ugovornoj (čl. 342. do 349. a u vezi čl. 10. ZOO-a) ili izvanugovornoj odgovornosti (čl. 1045. do 1106. ZOO-a). Kriterij razlikovanja tih odgovornosti je štetna radnja. Kod izvanugovorne odgovornosti to je građanskopravni delikt, a za ugovornu odgovornost povreda ugovorne obveze. Sudska praksa pokazuje da se oštećenici češće pozivaju na pravila izvanugovorne odgovornosti i isto tako da sudovi primjenjuju te propise.⁷¹ Odgovornost za štete u medicini, kao i za ostale štete, u pravilu osniva se na čl. 1045. ZOO-a koji propisuje da ako netko drugome prouzroči štetu, dužan ju je nadoknaditi ako ne dokaže da je šteta nastala bez njegove krivnje. U st. 2 propisano je da se predmnijeva obična nepažnja, a u st. 3. je propisano kada se odgovara bez obzira na krivnju, a to je u slučaju za štete od stvari ili djelatnosti od kojih potječe povećana opasnost za okolinu, te u drugim slučajevima propisanih ovim zakonom.

U pravnoj teoriji i sudskoj praksi u RH prevladava stajalište da se odštetna odgovornost za liječničku pogrešku treba prosuđivati prema načelu krivnje, odnosno subjektivnoj odgovornosti.⁷²

⁷⁰ Klarić P., Vedriš M., op.cit. (bilj. 32) str. 583-584.

⁷¹ Crnić I., op.cit. (bilj. 34) str. 38.

⁷² Pichler, Davorin, Vuletić, Igor: Građanskopravni i kaznenopravni aspekti pogrešaka u medicini; PRAVOS; Osijek 2020., str. 40.

5.1. Subjektivna odgovornost

U sustavu subjektivne odgovornosti krivnja je ključan element odgovornosti za liječničku pogrešku. Mogu doći u obzir i namjera i nepažnja, no slučajevi namjernog ozljeđivanja, odnosno narušavanja zdravlja pacijenta rijetki su u sudskoj praksi.⁷³ U hrvatskom pravnom sustavu primjenjuje se podvrsta subjektivne odgovornosti kod koje se krivnja štetnika predmnijeva. Oštećenik mora dokazati štetnu radnju, štetu, uzročnu vezu, dok se krivnja štetnika predmnijeva. Međutim, predmnijeva se samo obična nepažnja, najniži stupanj krivnje, kako je i propisao ZOO. Za štetu zbog liječničke pogreške odgovara se za svaku nepažnju, i za običnu nepažnju.⁷⁴ Mjerilo pažnje za zdravstvene radnike je pažnja dobrog stručnjaka, povećana pažnja prema pravilima struke i običaja. Standard dužne pažnje liječnika detaljno je objašnjena na početku ovog rada. U prilog primjeni subjektivne odgovornosti ide to što najbolje osigurava slobodu stručnog rada liječnika, budući da mu jamči da neće odgovarati za neuspjeh u liječenju pacijenta ako je u svemu postupao pažljivo i u skladu s pravilima struke. Također, u odnosu na objektivnu odgovornost ističe se da liječenje nije opasna djelatnost, jer da je bolest izvor opasnosti, odnosno da se pacijent već nalazi u opasnosti, te da pacijent treba snositi rizik eventualnog neuspjeha liječenja. Kritika izbora subjektivne odgovornosti postoji kod one vrste kod koje se krivnja štetnika mora dokazati, smatrajući da je tu oštećenik u jako lošem položaju jer on kao nestručnjak mora dokazati da liječnik u svemu nije postupao onako kako se to od njega očekuje, i još k tome da postoji uzročna veza između liječnikove greške i štete koju trpi, a koju utvrđuju liječnici vještaci kod kojih nepristranost ponekad može biti upitna.⁷⁵ Važno je istaknuti jednu odluku Ustavnog suda Republike Hrvatske⁷⁶ značajnu za primjenu subjektivne odgovornosti prema kriteriju predmnijevane krivnje. Sud je izrekao da bolnica za liječničku grešku odgovara po načelu presumirane krivnje, što znači da ona mora dokazati da je u svemu postupila na način koji je propisan pravilima liječničke struke, te da do štete nije došlo ni zbog obične nepažnje liječnika koji je provodio zahvat. Također ističe da prvostupanjski sud netočno navodi da se o odgovornosti medicinske ustanove za liječničku pogrešku odlučuje temeljem načela dokazane krivnje ("nije dokazala krivnju štetnika"), jer se o toj odgovornosti odlučuje prema načelu presumirane krivnje (na liječniku/medicinskoj ustanovi je teret dokaza da je u svemu postupao po pravilima liječničke struke).

⁷³ Klarić, P., op.cit (bilj. 9) str. 737.-741.

⁷⁴ Ibid.

⁷⁵ Ibid.

⁷⁶ U-III-3002/2005 od 21. studenog 2007

5.2. Objektivna odgovornost

U zadnje vrijeme sve su izraženije tendencije uvođenja objektivne odgovornosti za štete u medicini. Kao najveći razlozi za to navode se masovna uporaba različitih aparata i ubrzano uvođenje visoke tehnologije u medicini kao što je CT, laparoskopija, laparotomija, robotička kirurgija, laser, telemedicina, zračenja itd. Prema nekim gledištima, pravila o objektivnoj odgovornosti bi trebalo primjenjivati na najopasnije medicinske intervencije, kao što su kirurški zahvati, transplantacija i slično.⁷⁷ Objektivna odgovornost propisana je u već navedenom čl. 1045. st.3. ZOO prema kojem se za štete od stvari ili djelatnosti od kojih potječe povećana opasnost od štete za okolinu odgovara bez obzira na krivnju. Ovdje je oštećeni u boljem položaju nego kod subjektivne odgovornosti, dovoljno je utvrditi postoji li između štetne radnje i štete uzročna veza. Također, položaj je još više olakšan u čl. 1063. ZOO-a kojim je utvrđena predmnijeva uzročnosti, tako da se smatra da šteta potječe od opasne stvari ili opasne djelatnosti, osim ako se ne dokaže da one nisu bile uzrok štete.

Što se smatra opasnom stvari i djelatnošću definirano je sudskom praksom.⁷⁸ Primjena određenih uređaja u medicini zaista mogu biti opasni za život i zdravlje ljudi. Naša sudska praksa uglavnom ne prihvaća primjenu pravila objektivne odgovornosti. Tako Vrhovni sud Republike Hrvatske smatra da medicinski tretmani koji uključuju i upotrebu postupka koji su po svojim svojstvima opasna stvar i djelatnost u sebi nose određeni rizik za pacijentovo zdravlje, ali ako je taj rizik u medicini prihvaćen kao uobičajen, bez obzira na ishod, zdravstveni subjekti odgovaraju po subjektivnoj odgovornosti. Ističe se da sam pacijent snosi određeni rizik od opasne stvari ako pravila medicinske struke zahtijevaju uporabu takve stvari.⁷⁹ To znači da bi se objektivna odgovornosti trebala primijeniti u onim slučajevima kada zbog uporabe opasne stvari ili djelatnosti posljedice prelaze granice uobičajenog rizika.⁸⁰

Još jedan razlog neprimjene objektivne odgovornosti navodi se da bi ona mogla štetiti bolesnicima, ako se odgovornosti prebaci na zdravstvene ustanove postoji mogućnost da bi se uporaba medicinskih uređaja smanjila i time uskratila mogućnost korištenja suvremenih metoda liječenja, odnosno došlo bi do tzv. defenzivne medicine.⁸¹ Moguće je da šteta nastane nepravilnom uporabom uređaja zbog neznanja osoba koje se koriste tim uređajima ili zbog nedovoljno pažnje ili moguće je da šteta nastane zbog iznenadnog kvara medicinskog uređaja.

⁷⁷ Klarić, P., op.cit (bilj. 9) str. 740-741.

⁷⁸ Vidjeti o tome: Klarić P.; Vedriš M.; op.cit. (bilj. 32) str. 615.

⁷⁹ VSRH Gzz 249/2003-2 od 22. siječanja 2004.

⁸⁰ Zečević-Škavić, op.cit. (bilj. 30) str. 58.

⁸¹ Ibid. str. 60.

Da se u tim situacijama primijeni pravila subjektivne odgovornosti, bolnica ne bi bila odgovorna, već bi rizik pao na pacijenta. U takvim slučajevima valjalo bi primijeniti pravila objektivne odgovornosti jer rizik iznenadnog kvara ne dolazi od pacijenta, već od samog uređaja, odnosno pacijent je objekt djelovanja uređaja koji je u tehničkom smislu potencijalno opasan.⁸² Osim u slučajevima kad posljedice uporabe opasne stvari ili djelatnosti prelaze granice uobičajenog rizika, u prilog primjeni objektivne odgovornosti može se istaknuti to da medicinski aparati predstavljaju osnovna sredstva bolnice na temelju kojih bolnica vrši svoju djelatnost. Pravedno je da onaj koji sebi pribavlja korist obavljajući određenu djelatnost, koja zbog svoje opasnosti nosi povećani rizik za štetu drugim osobama, naknadi štetu koja je tom radnjom prouzročena.⁸³

Od velikog značaja je i odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske⁸⁴ prema kojemu je moguća i objektivna odgovornost zdravstvene ustanove. U toj odluci Ustavni sud je potvrdio stav općinskog i županijskog suda da je aparat za provođenje fizikalne terapije galvanskom strujom po svojim osobinama, namjeni i položaju opasna stvar, a terapijski postupak primjenom galvanske struje opasna djelatnost te da za štetu koja nastane uslijed takve djelatnosti odgovara osoba koja se njome bavi. Također, i Vrhovni sud je u jednom slučaju utvrdio da cjepivo protiv dječje paralize predstavlja opasnu stvar. Radi se o živom cjevivu koje i usprkos propisanog provjeravanja zdravstvenog stanja osobe koja se ima cijepiti može dovesti do nepoželjnih sporednih nuspojava kao što je to bilo u konkretnom slučaju.⁸⁵ Ali valja napomenuti da cjepivo samo po sebi neće uvijek predstavljati opasnu stvar, već će to sud utvrđivati u svakom konkretnom slučaju.

5.3. Uzročnost i uloga sudskog medicinskog vještaka

Zbog važnosti postojanja uzročno-posljedične veze između liječničke pogreške i same štete koja je nastala pacijentu, smatram važnim detaljnije objasniti njeno postojanje. Teret dokaza o postojanju uzročne veze leži na pacijentu. Pacijent mora dokazati da njegovo pogoršanje zdravlja nije posljedica prirodnog, sudbinskog tijeka bolesti, nego liječničke pogreške.⁸⁶ Uzročnost mora biti odgovarajuća, što znači da je uzrok štete samo onaj koji prema redovitom tijeku stvari može dovesti do nastale posljedice. Uzročna veza uvijek mora postojati, neovisno o tome radi li se o subjektivnoj ili objektivnoj odgovornosti. Samo je položaj pacijenta kod

⁸² Ibid. str. 59.

⁸³ Pichler D., Vuletić I., op.cit. (bilj. 72) str. 43.

⁸⁴ U-III-1062/2005 od 15. studenog 2007.

⁸⁵ VSRH Rev 79/2007-2 od 10. lipnja 2009.

⁸⁶ Klarić, Petar, op.cit (bilj. 9) str. 746.

objektivne odgovornosti olakšan jer se prema već spomenutom čl. 1063. ZOO-a uzročnost predmnijeva. U našem pravnom sustavu primjenjuje se teorija adekvatne uzročnosti prema kojoj liječnička pogreška mora biti adekvatna nastaloj šteti, odnosno radnja ili propust mora biti objektivno prikladna da prouzroči štetu za koju se zahtijeva naknada, tj. da je tipična za određenu štetu.⁸⁷ Tako i sudska praksa ističe da kauzalnost uvijek mora postojati jer u protivnom nema ni odgovornosti. To znači da „liječnička greška“ mora biti uzrok štete koja je nastupila, odnosno potrebno je dokazati da primjena neke druge metode liječenja (ili upotrebe nekog drugog lijeka ili drugačijeg načina provedbe operativnog zahvata i sl.) ne bi dovela do nastupanja štete.⁸⁸ Zahtjev adekvatnosti uzročne veze iziskuje da se liječniku (zdravstvenoj ustanovi) pripišu samo oni uzroci štete koji su u vrijeme medicinskog tretmana bili uopće predvidivi, dok se sasvim neočekivane okolnosti, koje su izvan medicinskog iskustva i dostupnih protokola u liječenju ne uzimaju u obzir. Prilikom ocjene o odgovarajućoj uzročno posljedičnoj vezi ne može uvijek obvezujuće vrijediti tzv. „standard izlječenja“, ali zasigurno uvijek obvezujuće vrijedi tzv. „standard postupanja“. To znači da liječnik neće biti odgovoran u slučaju neizlječenja ako je on poduzeo sve dijagnostičke i terapijske postupke prema pravilima liječničke struke, koji bi doveli do liječenja koje je moglo spasiti život pacijenta, naravno pod uvjetom da pacijent u tom trenutku ne boluje od nekih drugih bolesti koje bi unatoč tome po prirodi stvari dovele do istog ishoda.⁸⁹ U slučaju dvojbenosti u većini se kontinentalnoeuropskih pravnih sustava primjenjuje načelo „sve-ili-ništa“, prema kojem pacijent dobiva punu odštetu ili mu se odštetni zahtjev odbija u cijelosti.⁹⁰

Zbog nejasnih uzroka nekih bolesti, različitog i ponekad nepredvidljivog reagiranja pacijenta na određene načine liječenja i lijekova te zbog stalnih i relativno brzih promjena medicinske znanosti, uzročnu je vezu u nekim slučajevima vrlo teško, gotovo i nemoguće utvrditi. Tako sudska praksa u pogledu dvojbenosti kaže da upravo u takvim slučajevima kad postoji određena dvojbenost o kauzalitetu budući da katkad kauzalitet je vrlo teško i gotovo nemoguće utvrditi, odluka o uzročnoj vezi tada se može utemeljiti jedino na dovoljno visokom stupnju vjerojatnosti njezinog postojanja. Uz to izlaže da je odlučivanje o tome postoji li uzročna veza ili ne pravno pitanje o kojem odluku donosi sud.⁹¹ Uzročna veza mora biti neprekinuta, ona se ne prekida ako nakon pogreške jednog liječnika uslijedi i pogreška drugog liječnika.⁹²

⁸⁷ Ibid.

⁸⁸ VSRH Rev 575/2013-2 9. svibnja 2018.

⁸⁹ GŽ 918/2020-2 od 21. rujna 2020.

⁹⁰ Klarić, Petar, op. cit. (bilj. 9) str. 746

⁹¹ VSRH Rev 876/2006-2 od 10. siječnja 2007.

⁹² Klarić, Petar, op.cit (bilj. 9) str. 747.

U postupcima za naknadu štetu na temelju liječničke odgovornosti vrlo često, zapravo gotovo uvijek sudjeluju sudski vještaci. Vještaku će za izradu nalaza i mišljenja poslužiti medicinska dokumentacija, aktualni protokoli, vodiči dobre prakse, a nekad i običajna pravila medicinske prakse. Iako je pitanje postoji li uzročna veza ili ne, pravno pitanje o kojem odlučuje sud, sud ne raspolaže znanjem medicinske struke da bi mogao samostalno odlučiti o tom pravnom pitanju, te se stoga oslanja na nalaz i mišljenje vještaka medicinske struke. Postupak imenovanja vještaka te samo vještačenje uređeno je Zakonom o parničnom postupku (u nastavku ZPP).⁹³ Zadaća sudskog medicinskog vještaka u sudskom postupku je utvrditi uzročnu vezu između liječnikova (ne)postupanja i nastale štetne posljedice, te ukoliko utvrdi da postoji uzročna veza, utvrditi i koje štetne posljedice fizičke ili duševne pacijent trpi (bol, strah, tjelesne ozljede itd.). Važno je napomenuti da izmjenama ZOO-a iz 2005. godine bol i strah nisu temelj za povredu prava osobnosti, bol i strah nam služe odmjeravanju popravljanja štete. Šteta je povreda prava osobnosti, bol i strah mogu, ali ne moraju biti pratitelji povrede. Također u literaturi se još ističe da su zadaci medicinskog vještaka razjasniti medicinsko stanje stvari, zatim ocijeniti je li postupak liječnika bio u skladu s medicinskim standardom te ako utvrdi da nije bio, treba ocijeniti je li to odstupanje od medicinskog standarda uzrokovalo oštećenje zdravlja pacijenta ili bi do štete došlo i u slučaju da je postupak liječnika proveden po medicinskom standardu.⁹⁴ Smatra se bitnim da vještaci nedvosmisleno predoče situacije u kojima postoji tek mogućnost uzročne veze, od onih u kojima postoji veća ili manja vjerojatnost, odnosno moraju ukazati na situacije u kojima je izvjesno potojanje uzročne veze.⁹⁵

5.4. Popravljanje štete

Kod odgovornosti za štete u medicini mogu se pojaviti imovinska i neimovinska šteta. Prema čl. 1046. ZOO-a imovinska šteta je umanjnje nečije imovine (obična šteta) ili sprječavanje da se ona poveća (izmakla korist). Tako oštećenik ima pravo na naknadu obične štete i naknadu izmakle koristi (čl. 1089. ZOO). Oštećenik ima pravo zahtijevati isplatu naknade štete u ukupnom iznosu, osim u slučaju smrti, tjelesne ozljede ili oštećenja zdravlja kada se naknada isplaćuje u obliku novčane rente, doživotno ili za određeno vrijeme, a isplaćuje se mjesečno unaprijed (čl. 1088. ZOO). Prema ZOO-u tko prouzroči nečiju smrt, dužan je naknaditi uobičajene troškove njegova pogreba, troškovi liječenja od zadobivenih ozljeda i druge

⁹³ SL SFRJ 4/77, 36/77, 6/80, 36/80, 43/82, 69/82, 58/84, 74/87, 57/89, 20/90, 27/90, 35/91, i NN 53/91, 91/92, 58/93, 112/99, 88/01, 117/03, 88/05, 02/07, 84/08, 96/08, 123/08, 57/11, 148/11, 25/13, 89/14, 70/19 čl. 250.-262.

⁹⁴ Crnić Ivica, op.cit. (bilj. 29) str. 75.-77.

⁹⁵ Vojković H, op. Cit. (bilj. 2) str. 710.

potrebne troškove u vezi liječenja, te zaradu izgublenu zbog nesposobnosti za rad prije nego što je nastupila smrt (čl. 1093. ZOO). Pravo na naknadu štete imaju i osobe koje je umrli uzdržavao ili redovito pomagao, odnosno osobe koje su imale pravo na uzdržavanje (čl. 1094. ZOO). Pravo na naknadu imovinske štete ima i sam pacijent kojemu je nanesa tjelesna ozljeda ili mu je narušeno zdravlje (čl. 1095. ZOO), u tom slučaju šteta obuhvaća troškove liječenja i drugi potrebni troškovi u vezi liječenja te zaradu izgublenu zbog nesposobnosti za rad tijekom liječenja. Inače, imovinske štete predstavljaju manji problem kod odgovornosti za štete u medicini u odnosu na neimovinske, jer su visine šteta manje, lakše ih je predvidjeti. Iako, u određenim slučajevima naknade imovinske štete mogu biti dosta visoke, kao što je to gubitak zarade pacijenta mlađe dobi jer obuhvaća razliku u zaradi za čitav radni vijek.⁹⁶ Neimovinska šteta definira se kao povreda prava osobnosti (čl. 1046. ZOO). Prava osobnosti navedena su, ali ne taksativno, u čl. 19. st. 2. ZOO-a, a uslijed liječničke pogreške najčešće će se raditi o povredi prava na život, tjelesno i duševno zdravlje (amputacija zdravog umjesto bolesnog dijela tijela, prekomjerno zračenje i sl.). Važno je istaknuti da neimovinska šteta u smislu povrede prava na tjelesno i duševno zdravlje ne postoji samo u slučaju bolesti. Postojanje uzroka bolesti u tijeku također može predstavljati povredu zdravlja pacijenta iako se bolest još nije razvila, tako npr. kod infekcija koje mogu prouzročiti tešku bolest. Kod pacijenta se javlja strah za vlastiti život iako se bolest možda neće niti pojaviti.⁹⁷ U slučaju povrede prava osobnosti sud će dosuditi pravičnu novčanu naknadu, ako nađe da to okolnosti slučaja i težina povrede opravdavaju. Pravična novčana naknada može se dosuditi nezavisno od imovinske štete, čak i kad nje nema. Pri odlučivanju o visini iznosa sud uzima u obzir težinu povrede prava osobnosti te jačinu i trajanje njome izazvanih fizičkih boli, duševnih boli i straha (čl. 1100. ZOO). Bitno je naglasiti da su boli i strah samo primjerice navedeni kriteriji dosuđivanja pravične novčane naknade, tako da bi pravo na nju imali i pacijenti koji uopće ne trpe strah ili boli. Osim pacijenata pravo na pravičnu novčanu naknadu priznaje se i članovima njihove obitelji, ali samo u ograničenim situacijama i ograničen krug oštećenika (čl. 1101. ZOO). U našem pravu najviši iznos pravične novčane naknade nije propisan zakonom. Značajan doprinos ujednačavanju visine naknade pripada Orijentacijskim kriterijima i iznosima za utvrđivanje visine pravične novčane naknade nematerijalne štete Vrhovnog suda Republike Hrvatske.⁹⁸

⁹⁶ Nikšić S., *Odgovornost za štete u zdravstvenim ustanovama- pretpostavke, odgovorne osobe, oslobođenje od odgovornosti; Hrestomatija hrvatskog medicinskog prava*, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2016., ; str. 775.

⁹⁷ Ibid.

⁹⁸ Na sjednici Građanskog odjela Vrhovnog suda Republike Hrvatske održanoj dana 29. studenog 2002. prihvaćeni su Orijentacijski kriteriji i iznosi za utvrđivanje visine pravične novčane naknade nematerijalne štete,

5.5. Neki brojčani pokazatelji

Broj tužbi u Hrvatskoj i svijetu drastično se povećava posljednjih godina. Inozemna literatura upućuje na trend jačanja sklonosti traženja odštete, a na području SAD i EU, već se može govoriti o lukrativnoj industriji liječničke odgovornosti koja u SAD-u producira kumulativni godišnji izdatak po različitim osnovama od \$17-29 milijardi godišnje.⁹⁹ Podaci primjerice pokazuju da su pogreške u liječenju osmi uzrok smrti u SAD-u. Potkraj 1999. u SAD-u je umrlo između 44.000 i 96.000 pacijenata u bolnicama kao posljedica neke pogreške. To je iznimo velika brojka, što pokazuje podatak da je te iste godine u prometnim i drugim nezgodama u SAD-u poginulo 43.000 ljudi, od raka dojke umrlo 42.000 žena, a od AIDS-a 17.000 ljudi.¹⁰⁰ Prema procjeni Instituta za medicinu SAD-a, oko tri posto bolesnika koji dođu u bolnicu postaju žrtve liječničke pogreške, a svaki četvrti zbog nje umire. Analiza je pokazala da su najčešće tehničke pogreške (44 posto), pogrešne dijagnoze (17 posto), propusti koji rezultiraju ozljedom (12 posto) i pogreške u terapiji lijekovima ili uzrokovane lošim uređajem. Međutim, smatra se da bi se 70 posto svih medicinskih pogrešaka moglo spriječiti. Najviše zahtjeva za odštetom zbog medicinskih pogrešaka postavlja se u području ginekologije, kirurgije i ortopedije, te u intenzivnoj njezi, gdje se pacijentima često daju pogrešni lijekovi zbog neadekvatne komunikacije između liječnika i drugog zdravstvenog osoblja, te stresa i umora.¹⁰¹ U literaturi se navodi procjena da se oko 50% propisanih lijekova u SAD-u ne uzima na ispravan način (oko jedna trećina uopće ne koristi propisane lijekove).¹⁰²

Europski podaci, pretežito iz država članica Europske unije, kontinuirano prikazuju da se liječničke pogreške i štetni događaji povezani sa zdravstvenom zaštitom ozbiljuju u 8% do 12% hospitalizacija. Infekcije uzrokovane neadekvatnom i nestručnom zdravstvenom skrbi svake godine pojavljuju se u prosjeku na 1 do 20 pacijenata u bolnici (procijenjeno na 4,1 milijun pacijenata). Nadalje, 23% građana EU tvrdi da ih je medicinska greška izravno pogodila, 18% smatra da su pretrpjeli ozbiljnu liječničku pogrešku u bolnici, a 11% navodi da im je propisan pogrešan lijek.¹⁰³

broj: Su-VI-1331/02 Su-II-1372/02. Izvorno su objavljeni u Izboru odluka Vrhovnog suda Republike Hrvatske, br. 1/03., str. 60. I izmjene od 5. ožujka 2020. i 15. lipnja 2020. pod brojem Su-IV-47/2020-5 VSRH

⁹⁹Vojković H.: Ekonomski učinkovita zdravstvena skrb i liječnička pogreška; EKONOMSKI PREGLED, 71 (6) 2020. str. 611.

¹⁰⁰ Crnić Ivica, op.cit. (bilj. 29) str. 1-2

¹⁰¹ <https://slobodnadalmacija.hr/vijesti/hrvatska/lijecnici-pocine-tisucu-pogresaka-godisnje-i-zbog-pravne-nesigurnosti-668-ih-odmah-zeli-u-inozemstvo-243113> pristup: 5.6.2022.

¹⁰² Crnić, Ivica, op. cit.(bilj. 29) str. 1-2

¹⁰³ Vojković, H., op.cit (bilj. 99) str. 612.

Što se tiče financijskih učinaka na poslovanje zdravstvenih ustanova u Hrvatskoj, a koji bi bili u vezi sa odštetnopravnim zahtjevima za naknadu štete zbog liječničkih pogrešaka, prema izvješću HZZO-a za izvještajno razdoblje siječanj-prosinac 2019, 2020, 2021 godine¹⁰⁴ na poziciji rashoda evidentirani su ostali rashodi- naknade štete, ali za profesionalna oboljenja dok izdaci na ime naknade pacijentima po osnovi pravomoćno dosuđene odštete zbog liječničke pogreške nisu zabilježeni. Na temelju dostupnih bilježaka uz financijska izvješća KBC-a Zagreb od 2019.-2021.¹⁰⁵ pod stavkom ostali rashodi utvrđeno je povećanje izvršenja ostalih rashoda na koje su utjecali troškovi na ime sudskih naknada šteta. U nedostatku statistike medicinskih šteta, u Hrvatskoj veliku ulogu imaju mediji koji obavještavaju javnost o fenomenološki interesantnim slučajevima liječničkih pogrešaka. Tako imamo: 5,6 milijuna kuna pacijentici koja je uoči rutinske operacije u KBC-u Rijeka zbog pogrešnog uvođenja u anesteziju ostala potpuno nepokretna, ujedno je riječ i o najvećem iznosu naknade štete zbog liječničke pogreške u Hrvatskoj; 2 milijuna kuna Miroslavu Maškarinu, koji je u rutinskoj operaciji slijepog crijeva u KBC-u Rijeka završio je s amputiranom lijevom potkoljenicom; 3,7 milijuna kuna obitelji dječaka koji je u KB Merkur rođen s teškim oštećenjima zbog gušenja i ostao nepokretan s tetraparetskim oblikom cerebralne paralize, bez verbalnog i emocionalnoga kontakta. Porođaj je bez ugovora s bolnicom obavio privatni liječnik; 3 milijuna kuna obitelji i roditeljima preminule roditelje i njezina nerođenog djeteta koji su bili pacijenti KBC-a Split i županijskog Doma zdravlja; 1,8 milijuna kuna odšteta za smrt pacijentice iz Kutjeva preminule nakon operacije krajnika zbog nestručnog tretmana liječnika Hitne pomoći u Domu zdravlja Požeško-slavonske županije; 1,4 milijuna kuna obitelji pacijentice pakračke bolnice koja je nakon odstranjivanja žučnog mjehura umrla od curenja žuči u utrobu; 1,2 milijuna kuna + 4200 kuna na mjesec zagrebačka Klinika za ženske bolesti i porode u Petrovoj zbog smrti roditelje isplatila je obitelji odštetu, a troje djece preminule roditelje dobilo je pravo na mjesečnu naknadu od 1400 kuna po djetetu; 900.000 kuna u Kliničkoj bolnici Dubrava pacijentu je liječničkom pogreškom amputirana potkoljenica; 40.000 kuna (nepravomoćno) paru iz Osijeka zbog pogrešnih postupaka u vođenju trudnoće u Petrovoj u Zagrebu, što je uzrokovalo prijevremeni porođaj i smrt djeteta; 250.000 kuna bratu pacijenta koji se liječio u Klinici za psihijatriju Vrapče, gdje je uslijed nestručnog medicinskog tretmana preminuo.¹⁰⁶ U svakom slučaju u

¹⁰⁴ Izvješće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2019., 2020., 2021., <https://hzzo.hr/ot-nama/izvjescia>, preuzeto: 15.6.2022.

¹⁰⁵ Bilješke uz financijske izvještaje za 2019., 2020., 2021., <https://www.kbc-zagreb.hr/izvjescia-opslovanju.aspx>, preuzeto: 15.06.2022.

¹⁰⁶ <https://lidermedia.hr/aktualno/strava-u-zdravstvu-deset-najskupljih-lijecnickih-pogresaka-u-hrvatskoj-119854> pristup: 16.6.2022.

Hrvatskoj nedostaju relevantna znanstvena istraživanja te statistika medicinskih šteta, a tek ponekad javnost bude obaviještena o drastičnim slučajevima liječničkih pogrešaka.

6. PRIKAZ SLUČAJEVA IZ PRAKSE ODVJETNIČKOG UREDA

U nastavku rada biti će prikazana tri slučaja iz prakse odvjetničkog ureda.¹⁰⁷ Prije toga smatram bitnim objasniti tko se pojavljuje u svojstvu tužitelja kao oštećenika, a tko u svojstvu tuženika. Pravo zahtijevati naknadu štete u prvom redu pripada pacijentu osobno. U slučaju njegove smrti ili posebno teške invalidnosti, to pravo pripada tzv. posrednim oštećenicima, -članovima njegove uže obitelji, te braći, sestrama, bakama, djedovima, unučadi, i izvanbračnom drugu ako su s njime bili u trajnijoj zajednici života prema već spomenutom čl. 1101. ZOO-a. Ako bi zbog liječničke pogreške došlo do gubitka začetog, a nerođenog djeteta, roditelji imaju pravo na pravičnu novčanu naknadu neimovinske štete, prema st. 3. istoga članka. Zdravstvene ustanove odgovaraju za štetu u svojstvu odgovorne osobe, jer ako je pacijentu štetu prouzročio liječnik, zdravstvena ustanova odgovara ne zato što je prouzročila štetu, već zato što je poslodavac štetnika. Tako prema odredbi čl. 1061. ZOO-a za štetu koju zaposlenik u radu ili u vezi radom prouzroči trećoj osobi odgovara poslodavac kod kojeg je radnik radio u trenutku prouzročenja štete, osim ako dokaže da su postojali razlozi koji isključuju odgovornost zaposlenika. Moguća je i paralelna odgovornost zdravstvene ustanove i u njoj zaposlenog zdravstvenog radnika, no ta je mogućnost predviđena samo ako je zdravstveni radnik štetu počinio namjerno. U tom slučaju oštećenik ima pravo zahtijevati popravljjanje štete i neposredno od zdravstvenog radnika (st. 2. čl. 1061. ZOO-a). Također, određene zdravstvene ustanove, odnosno bolnice imaju sklopljeno osiguranje od profesionalne odgovornosti, te će u tom slučaju tuženik biti osiguratelj te će on, umjesto odgovorne osobe, pod uvjetima utvrđenim zakonom i/ili ugovorom o osiguranju, naknaditi štetu oštećeniku.

¹⁰⁷ Odvjetničko društvo Miličević i Šupuković, Maksimirska cesta 103, 10000, Zagreb

6.1. Slučaj br. 1

Tužitelj (oštećenik) podnosi tužbu radi naknade štete i isplate zbog učinjene liječničke pogreške, za koju tuženik (KBC Split) tvrdi da se radi o komplikaciji. Tužitelj u tužbi ističe da je za štetu odgovoran tuženik zbog čijeg je neadekvatnog i neuspjelog zahvata došlo do pogoršanja u zdravstvenom stanju. Tužitelj je u štetnom događaju zadobio ozljede i trpio tegobe koje su opisane u priležnoj medicinskoj dokumentaciji, a radi čega mu je naknadno pružena pomoć u KBC Zagreb. Nadalje, tužitelju su zbog obavljenih operacijskih zahvata zaostali ožiljci na abdomenu, a koji u naravni predstavljaju naruženje. Stoga, tužitelj potražuje naknadu štete zbog povrede prava osobnosti na tjelesno i duševno zdravlje te za tuđu pomoć i njegu u vrijednosti 37.500,00 kuna.

U odgovoru na tužbu: tuženik u cijelosti osporava osnov i visinu tužbenog zahtjevu, ističući da su djelatnici, odnosno liječnici, u svemu postupali u skladu s pravilima struke, da su dijagnostički i terapijski postupci kao i sveukupni medicinski tretman uključujući i operacijski zahvat obavljeni prema pravilima struke u skladu s mogućnostima suvremene medicine, bez greške i propusta, pa tuženik negira da bi oštećenje zdravlja tužitelja bilo uzrokovano liječničkom pogreškom počinjenom tijekom njegovog liječenja.

Okolnosti slučaja: iz medicinske dokumentacije jasno proizlazi da je tužitelj dana 12. kolovoza 2020. hitnim prijemom zaprimljen u KBC Split, Kliniku za kirurgiju zbog bolova u abdomenu gdje mu je postavljena dijagnoza akutnom apendicitisa te je istog dana podvrgnut zahvatu Appendectomy per LPSC, odnosno laparoskopske operacije slijepog crijeva. Tijekom operacije uočen je gangrenozno promijenjeni apendiks koji je potom odstranjen te uredno 16. kolovoza pušten kući. Međutim, dana 5. travnja 2021. javlja se na hitni prijem KBC Zagreb, također zbog bolova u abdomenu. UZV i CT pregledom utvrđena je tubularna nekompresibilna struktura koja odgovara ostatnom apendiksu s rekurentnim apendicitisom slijedom čega je postavljena dijagnoza stump appendicitis. Tužitelj je po drugi put podvrgnut zahvatu laparoskopske apendektomije prilikom čega je utvrđen ostatak apendiksa duljine oko 3,5 cm koji je potom odstranjen. Iz medicinske dokumentacije nesporno proizlazi kako je tijekom prve operacije zaostao apendiks koji evidentno nije uklonjen u cijelosti čime je tužitelj doveden u opasnost ponovne upale, uslijed koje, ako se pravovremeno ne pristupi operaciji može doći do prsnuća i proširenje infekcije trbušnu šupljinu što može dovesti do upale potrbušnice te teške infekcije sluznice trbušne šupljine te posljedično i do smrti. Tužitelj je po drugi put morao biti podvrgnut operativnom zahvatu te stavljen pod opću anesteziju koja je rizična sama po sebi i do čega ne bi došlo da je prilikom prvog zahvata obavljenog kod tuženika apendiks uklonjen u

cijelosti, slijedom čega jasno proizlazi uzročno-posljedična veza postupanja zaposlenika tuženika i nastale štete tužitelju. Također iz medicinske dokumentacije jasno proizlazi da tužitelj trpi štetu po svim utuženim vidovima štete te se tuženik neosonovano upušta u ocjenu njegova zdravstvenog stanja s obzirom na to da ne posjeduje dovoljna stručna znanja kako bi isto mogao procijeniti. Stupanj povrede će utvrditi liječnici vještaci kao i trajanje i opseg bolova i straha koje je tužitelj pretrpio te tuđe pomoći i njege koja mu je bila potrebna nakon nezgode.

Tuženik dodaje kako je rekurentna upala ostatnog bataljka crvuljka medicinska komplikacija, tj. predstavlja kasnu kiruršku komplikaciju apendektomije, što nije posljedica pogreške u liječenju, već je u med. literaturi opisana kao komplikacija do koje u određenom broju slučajeva može doći unatoč tome što se postupalo u skladu s pravilima struke. Također ističe da prema sudskoj praksi bolnica ne odgovara za komplikacije, već samo za liječničke pogreške.

Slučaj o kojemu se radi još je u postupku te zadnje što je održano je bilo pripremno ročište. Potrebno je provesti i medicinsko vještačenje na temelju kojeg bi se trebalo utvrditi jesu li liječnici tijekom liječenja postupali u skladu s pravilima medicinske struke ili ne, odnosno je li oštećenje zdravlja tužitelja uzrokovano liječničkom pogreškom. Potrebno je utvrditi da je upravo zbog zaostalog apendiksa tužitelj opet bio podvrgnut operacijskom zahvatu. Prema mišljenju autorice ovdje bi se radilo o terapijskoj liječničkoj pogrešci, jer liječnici operativni zahvat nisu obavili onako kako se to očekuje od liječnika iste struke, a u vidu zaostalog apendiksa.

6.2. Slučaj br. 2

Dana 26. studenog 2016. u Zagrebu, tužiteljica je stradala u nezgodi prilikom pada tijekom odbojkaške utakmice pri kojem je zadobila ozljedu lijevog koljena. Zbog zadobivenih ozljeda tužiteljici je pružena pomoć u KBC "Sestre Milosrdnice" Zagrebu. Prilikom pružanja liječničke pomoći tužiteljici je 25. srpnja 2017. učinjen operacijski zahvat nakon kojeg je u koljenu tužiteljice zaostala metalna žica zbog koje je došlo do pogoršanja općeg zdravstvenog stanja. Tužiteljica tvrdi da je za štetu odgovoran KBC "Sestre Milosrdnice" čiji djelatnici nisu pružili savjesnu i odgovarajuću medicinsku pomoć te je uslijed liječničke pogreške došlo do nastanka štetnih posljedica za tužiteljicu. U vrijeme štetnog događaja KBC "Sestre Milosrdnice" imala je s tuženikom ugovorenu policu osiguranja od odgovornosti, te je u ovom slučaju tuženik Croatia osiguranje d.d. ali odgovorna osoba KBC "Sestre Milosrdnice". Tužiteljica potražuje naknadu štete zbog povrede prava osobnosti na tjelesno i duševno zdravlje te za tuđu pomoć i njegu u iznosu od 99.000,00 kuna.

Tuženik osporava odgovornost osiguranika tuženika KBC Sestre Milosrdnice te se navodi da je operativni zahvat kod tužiteljice učinjen u skladu s pravilima struke te nije bilo nikakvog propusta u liječenju. Ističe i prigovor zastare s obzirom da je od navedenog štetnog događaja pa do dana podnošenja tužbe prošao trogodišnji zastarni rok.

Što se tiče prigovora zastare, tužiteljica ističe kako je on neosnovan jer nije sporno da je od operativnog zahvata prošlo više od tri godine, no rok zastare od 3 godine počinje teći tek po završetku liječenja, odnosno stabilizacijom stanja tužiteljice. Pritom je iz medicinske dokumentacije očito kako je liječenje trajalo sve do početka 2020. godine, pa u tom smislu tužiteljica ističe i presudu Županijskog suda u Varaždinu Gž 446/2017 u kojoj sud ističe da rok zastare počinje teći završetkom liječenja. Nadalje, tužiteljica ističe kako medicinsko osoblje nije postupalo u skladu s povećanom pažnjom, a što je jasno iz same činjenice da je tužiteljici nakon operativnog zahvata zaostala metalna žica u koljenu.

I ovaj slučaj je još uvijek u postupku, gdje još nije provedeno medicinsko vještačenje. Mišljenje autorice ide za tim da se ovdje radi o očitoj liječničkoj pogrešci, i to o pasivnom obliku terapijske liječničke pogreške prema kojem je karakteristično da liječnik nije svjestan da poduzeti medicinski tretman odstupa od pravila medicinske struke. Smatram da u ovom slučaju nije upitno jesu li liječnici pogriješili.

6.3. Slučaj br. 3.

Dana 4. kolovoza 2017. I. tužiteljica (majka) je primljena u Kliniku za ženske bolesti i porode Kliničke bolnice Merkur u podmakloj fazi trudnoće te je hospitalizirana zbog terminske trudnoće uz gestacijski dijabetes radi nadzora i obrade. Tijekom boravka u bolnici 6. kolovoza nakon sedamnaestosatnog poroda rođena je III. tužiteljica (kćer). Uslijed liječničkog propusta tijekom pripremnih radnji za porod i tijekom samog poroda došlo je do ozljeda i posljedičnog trajnog smanjenja životne aktivnosti kod III. tužiteljice. Tužitelji u tužbi ističu kako liječnici nisu postupili u skladu s pravilima medicinske struke jer su trajne posljedice III. tužiteljice (posredno i I. tužiteljice te II. tužitelja (otac)) mogli izbjeći, to je tuženik dužan naknaditi štetu tužiteljima. III. tužiteljica potražuje naknadu štete zbog povrede prava osobnosti na tjelesno i duševno zdravlje te za tuđu pomoć i njegu u iznosu od 200.000,00 kuna. III. tužiteljica je pretrpjela osobito teške tjelesne ozljede koje su poblizje opisane u medicinskoj dokumentaciji koje su dovele do narušenog tjelesnog i duševnog zdravlja.

Zdravstveno stanje je do te mjere otežano i narušeno da isto predstavlja osobito teški tjelesni invaliditet trajno karaktera uslijed čega je ista potpuno ovisna o tuđoj pomoći i njezi. I. tužiteljica i II. Tužitelj kao majka i otac trpjeli su i trpe intenzivne duševne boli zbog osobito teškog invaliditeta bliske osobe, uslijed čega potražuju naknadu štete zbog povrede prava osobnosti na duševno zdravlje uslijed osobito teškog invaliditeta bliskog srodnika u iznosu svaki od 110.000,00 kuna.

Odgovor na tužbu: tijekom poroda došlo je do ozljede brahijalnog pleksusa, tuženik napominje da se ovdje radi o uobičajenoj komplikaciji vaginalnog poroda do koje komplikacije je došlo zbog otežanog porođaja ramena. Najznačajniji faktor rizika je velika porođajna težina ploda (>4000 grama), a najčešći mehanizam- nedovršena rotacija ramena pri rađanju. Naime, težina III. tužiteljice je iznosila 4470 grama čime ista spada u novorođenčad veće porođajne težine, a time i u rizičnu skupinu novorođenčadi kojima može doći do navedene komplikacije. Navedene ozljede nastale su prilikom oslobađanja ramena kada nakon rođenja glavice, zapnu ili zaostanu ramena, što je jedna od komplikacija poroda novorođenčadi veće tjelesne težine. Slijedom navedenog tuženik ističe da je tijekom porođaja došlo do prerastezanja brahijalnog pleksusa lijeve ruke što nije povezano s propustom u pripremi za porod i samom porodu. Također tuženik osporava zahtjev I. i II. tužitelja s obzirom da se kod III. tužiteljice ne radi o naročito teškom invaliditetu koji bi opravdavao dosudu naknade za duševne boli. Tuženik osporava i visinu tužbenog zahtjeva III. tužiteljice, iz razloga što iz medicinske dokumentacije proizlazi da ruka III. tužiteljice nije potpuno plegična, već je došlo do pareze, što nije osobito teški invaliditet.

U odnosu na odgovor tuženika na tužbu, tužitelji ističu da ako je utvrđena težina djeteta, koja predstavlja novorođenče veće porođajne masa, a za koju postoji veća mogućnost traume kada se ide na vaginalni porod, upravo zbog toga kako bi se to izbjeglo, plod se provjerava ultrazvučno te u slučaju kao što je konkretan, uobičajena praksa je da se ide na porod carskim rezom, a što je osoblje u konkretnom slučaju propustilo učiniti. Dakle, radi se o trajnim posljedicama kod III. tužiteljice koje su se mogle izbjeći da je medicinsko osoblje tuženika prilikom obavljanja poroda postupalo na način koji je propisan pravilima liječničke struke, primjenjujući potrebne mjere prevencije, dijagnostike, podobna sredstva i načine liječenja. Također ističe se da je od velikog značaja i okolnost da I. tužiteljica nije bila obaviještena o mogućim rizicima vaginalnog poroda kada je velika porođajna težina ploda. Ne može se ni raditi o medicinskoj komplikaciji o kojoj bi bilo riječ da je medicinsko osoblje u svemu postupalo u skladu s pravilima struke pa onda došlo do neočekivane negativne posljedice, jer ovdje medicinsko osoblje nije postupalo onako kako je trebalo. U odnosu na odgovor tuženika

da ruka III. tužiteljice "nije potpuno plegična", tužitelji ističu da su pokreti u ruci III. tužiteljice ograničeni u amplitudi i snazi, a što predstavlja osobito teški invaliditet jer se radi o nepotpunoj paralizaciji.

Na pripremnom ročištu određeno je provođenje ginekološkog vještačenja. Zadatak vještaka je utvrditi uvidom u spis i dokumentaciju koja prileži spisu kao i uvidom u ovjerenu presliku zdravstvenog kartona tužiteljice i ginekološkog kartona tužiteljice da li je došlo do propusta u liječenju tužiteljice, odnosno poroda, od strane djelatnika tuženika i osoba koje su sudjelovale u njezinu liječenju, porodu. Na temelju nalaza vještaka utvrđeno je kako medicinska dokumentacija definira ozljedu brahijalnog pleksusa te da je razvidno liječenje rane perinatalne infekcije, no isto tako da ta ista medicinska dokumentacija ne opisuje sam tijek porođaja niti incident kojim je ozljeda III. tužiteljice nastala, kao i da ne sadrži opis vanjskih i/ili unutarnjih hvatova za oslobađanje uklještenih ramena. Kako navodi: smatra se da vremenski interval od uklještenja do porođaja ne smije biti duži od 60 sekundi, a u samo 0,5% slučajeva ozljeda poput tužiteljčine *nije* posljedica porođaja. Prema medicinskoj dokumentaciji utvrđuje kako je kod I. tužiteljice došlo do ureza međice te rupture vagine i vrata maternice, što je vjerojatno posljedica porođaja kompliciranog zastojem fetalnih ramena. Zaključuje se kako se kod I. tužiteljice mogao učiniti iterativni carski rez da se učinila adekvatna ultrazvučna procjena težine ploda, uzeo u obzir nezreo genitalni nalazi i opterećenje gestacijskim dijabetesom, pri čemu je stoga jasno da bi u slučaju izvođenja iterativnog carskog reza bila izbjegnuta teška ozljeda djevojčice.

Prema mišljenju autorice u ovom slučaju radilo bi se o dijagnostičkoj liječničkoj pogrešci zato što su liječnici propustili učiniti adekvatnu ultrazvučnu procjenu težine ploda, nisi uzeli u obzir nezreo genitalni nalaz i opterećenje gestacijskim dijabetesom, jer da su uzeli sve to u obzir i napravili procjenu težine ploda pristupilo bi se iterativnom carskom rezu i ne bi došlo do štetne posljedice. Također, činjenica da I. tužiteljica nije bila obaviještena o mogućim rizicima vaginalnog poroda kada je velika porođajna težina ploda predstavlja i komunikacijski propust liječnika, jer je zdravstveni radnik obvezan obavijestiti pacijenta o svim rizicima medicinskog postupanja. Ovaj spor je riješen sklapanjem sudske nagodbe. Sklapanjem sudske nagodbe štede se troškovi sudskih postupaka koji su dugi i iscrpljujući i izbjegava plaćanje kamate na materijalnu i nematerijalnu štetu koja teče tijekom čitavog spora.

7. ZAKLJUČAK

Medicinski standard u pružanju zdravstvene usluge zasniva se na općoj obvezi liječnika da tijekom medicinskog tretmana poštuje odgovarajući medicinski protokol te da primjeni standard dužne pažnje koji odgovara njegovoj profesiji i specijalizaciji. Liječnik u obavljanju svoje profesionalne djelatnosti mora postupati s povećanom pažnjom, pažnjom dobrog stručnjaka, a povreda tako nametnutog profesionalnog standarda određuje se kao štetna radnja s obilježjem protupravnosti u subjektivnom smislu, uz pretpostavku nastanka pravnorelevantne štete. Sami postupci za utvrđivanje liječničke odgovornosti su dugotrajni i vrlo iscrpljujući, sud bi trebao utvrditi da je došlo do liječničke pogreške, a još nigdje ne postoji opća jedinstvena definicija liječničke pogreške, što uvelike otežava sudu. Pojam liječničke pogreške mogao bi se odrediti kao postupanje suprotno pravilima i metodama rada medicinske struke, a kojima se ugrožava život i zdravlje ljudi i/ili kao nepoštovanje moralnih i etičkih načela zdravstvene struke. Istraživajući dostupnu sudsku praksu za zaključiti je kako bi se liječnici, odnosno zdravstvena ustanova u slučaju nastupa štetnih posljedica oslobodila odgovornosti ističući da je riječ o medicinskoj komplikaciji. Odnosno, da se radi o štetnoj posljedici koja je u medicinskoj literaturi opisana kao komplikacija do koje u određenom broju slučajeva može doći unatoč tome što se postupalo u skladu s pravilima struke, te se u takvom slučaju bolnica oslobađa odgovornosti. No, problem je što ne postoji jedinstvena definicija granice koja dijeli liječničku pogrešku od medicinske komplikacije.

U radu navodim da se liječničke pogreške mogu razlikovati po kriteriju tipologije, tako su s primjerima iz sudske prakse objašnjene dijagnostičke i terapijske liječničke pogreške koje smatram kao temeljnu podjelu liječničkih pogrešaka sa svojim podvrstama. Temeljem prikazanih slučajeva liječničkih pogrešaka iz prakse odvjetničkog ureda i analizom sudske prakse, zaključujem kako obrana zdravstvene ustanove ide za tim da je štetna posljedica medicinska komplikacija. Međutim, u slučaju očitih pogrešaka, koje je po mišljenju autorice slučaj br. 2. tuženik se brani kako su u svemu postupali u skladu sa pravilima struke te da nije bilo propusta u liječenju. Prema mišljenju autorice, kod očitih pogrešaka nema mjesta obrani da je riječ o medicinskoj komplikaciji, jer je nesumnjivo da se dogodila liječnička pogreška (kao u slučaju zaostale žice u koljenu). Posebno sam objasnila pogreške u komunikaciji kao podvrstu terapijskih pogrešaka do koje dolazi zbog nepravilne komunikacije između subjekata medicinskog tretmana. Mišljenja sam da bi se primjenom čestih sastanaka, koji povećavaju količinu i kvalitetu komunikacije među osobljem, mogla smanjiti učestalost medicinskih

pogrešaka. Također, radi poboljšanja komunikacije liječnik-pacijent potrebno je povećati svijest pacijentima o njihovom pravu na informiranje o svim činjenicama liječenja. Ako je pacijent pravilno i o svemu relevantnom obavješten moći će pravilno odbiti ili pristati na određeni medicinski postupak.

Građanskopravna odgovornost liječnika utvrđuje se u parničnom postupku primjenjujući opća pravila odštetne odgovornosti prema ZOO-u, gdje oštećenik mora dokazati štetnu radnju, štetu, uzročnu vezu, dok se krivnja štetnika predmnijeva. U pravnoj teoriji i sudskoj praksi u Hrvatskoj prevladava stajalište da se odštetna odgovornost za liječničku pogrešku treba prosuđivati prema načelu krivnje, odnosno subjektivnoj odgovornosti, a što se tiče primjene objektivne odgovornosti u medicini sudska praksa je u tome još uvijek neodlučna. Sve učestalije uporabe određenih aparata i uvođenja tehnologija koja u medicini doskora nije niti postojala (laser, robotička kirurgija, zračenja) dovode do toga da bi sud u svakom konkretnom slučaju trebao prosuđivati je li određena stvar ili djelatnost u vezi s kojom je nastala određena šteta stvar ili djelatnost od kojih potječe povećana opasnost štete za okolinu te u skladu s tim primijeniti pravila objektivne odgovornosti. Također potrebno je utvrditi uzročno-posljedičnu vezu između postupka liječnika i nastale štetne posljedice koju sud u pravilu ne može utvrditi bez pomoći vještaka. U samoj medicinskoj dokumentaciji postoje razni stručni medicinski pojmovi koje sud ne razumije, te je vještak potreban kako bi razjasnio stanje stvari, uvidio na temelju te dokumentacije je li zaista došlo do propusta u liječenju te pomoći sudu davanjem svog nalaza i mišljenja. Ponekad su vještaci na meti kritika upravo iz razloga jer su i sami oni liječnici, pa se postavlja pitanje koliko bi liječnik išao protiv liječnika. Pacijenti se boje i sumnjaju u njihovu objektivnost pri davanju nalaza i mišljenja, međutim smatram da upravo vještačenje od strane liječnika je jedino i isključivo moguće, jer nitko drugi ne može znati jesu li liječnici u svemu postupali kako treba jer ne raspolažu stručnim znanjem.

Smatram bitnim napomenuti da u Hrvatskoj je gotovo nemoguće procijeniti stvaran broj liječničkih pogrešaka jer ne postoji statistika medicinskih šteta, ne postoji čak niti statistika o onim slučajevima koji se vode na sudu. Sudovi nisu dužni voditi posebnu statistiku o odštetnim zahtjevima protiv liječnika, a Hrvatska liječnička komora bilježi samo pritužbe na liječnikovo postupanje. Smatram iznimno bitnim voditi posebnu evidenciju slučajeva pogrešaka u medicinskoj skrbi, na taj način mogu se uočiti uzroci liječničkih pogrešaka i samim time potaknuti određene promjene u zdravstvenoj djelatnosti te umanjiti nastanak liječničkih pogrešaka. S tim u vezi, nužno je potaknuti liječnike na priznavanje pogrešaka, jer se kroz

primjere loše prakse, mladi liječnici uče na tuđim pogreškama, što utječe i na povećanje pažnje liječnika prema pacijentima.

Zaključno, smatram da odštetnopravni postupci mogu djelovati kao generalna prevencija od nastupa štetnih događaja što može potaknuti liječnike da u provođenju medicinskih tretmana još više postupaju s povećanom pažnjom. Odštetnopravni sustav treba smatrati poticajnim u smislu kontinuiranog poboljšanja zdravstvene skrbi. Nužno je potaknuti promjene da se uvedu novi i brži načini rješavanja problematike liječničkih pogrešaka. Sami sudski postupci u pogledu liječničkih pogrešaka su dugotrajni, teško dokazivi i vrlo iscrpljujući, jer oštećenik osim što mora sudjelovati u sudskom postupku, mora sanirati i posljedice nestručno provedenog medicinskog tretmana. Potrebno je stoga uvesti novi način rješavanja takvih sporova u kojima će pacijenti brže i adekvatnije ostvarivati obeštećenje s puno manje popratnih troškova, a liječnici neće biti opterećeni sudskim postupcima.

8. LITERATURA

8.1. Knjige

Bošković, Z., *Medicina i pravo*, PERGAMENA, Zagreb, 2007.

Crnić, I., *Odgovornost liječnika za štetu*, Organizator, Zagreb, 2009.

Klarić P., Vedriš M., *Građansko pravo*, Narodne novine, Zagreb, 2009.

Pichler, D., Vuletić, I., *Građanskopravni i kaznenopravni aspekti pogrešaka u medicini*; PRAVOS; Osijek 2020

Zečević, D., Škavić, J., *Kaznenopravna i građanskopravna odgovornost liječnika- teorija i praksa*, Medicinska naklada, Zagreb, 2012

8.2. Znanstveni članci

Bakula, Marija, Čikeš, Nada: *Primopredaja i prijelaz bolesnika*; *Liječnički vijesnik*; 2019; godište 141; 106–111.

Bošković Z., *Liječnička pogreška-sudskomedicinski aspekt*, *Pravo u gospodarstvu*, vol. 52 no. 6, Zagreb, 2013., str. 1079.-1105.

Crnić, I., *Odštetna odgovornost liječnika i zdravstvenih ustanova s prikazom sudske prakse (prvi dio)*, *Hrvatska pravna revija*, Zagreb, 2009., str. 34.-45.

Čizmić, J., *Pravo pacijenata na obaviještenost, s posebnim osvrtom na zaštitu tajnosti podataka o zdravstvenom stanju pacijenta*, *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*, (1991) v. 29, br. 1, 2008, str. 1.-50.

Klarić, P., *Građanskopravna odgovornost za liječničku grešku*, *Hrestomatija hrvatskog medicinskog prava*, *Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu*, 2016., str. 732.-748.

Nikšić, S., *Odgovornost za štete u zdravstvenim ustanovama-pretpostavke, odgovorne osobe, oslobođenje od odgovornosti*, *Hrestomatija hrvatskog medicinskog prava*, *Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu*, 2016., str. 772.-784.

Štifanić, Mirko: *Loša komunikacija i druge liječničke pogreške*; *JHR*, Vol. 4. No. 7., 2013., str. 293.-327.

Vojković H., *Građanskopravna odgovornost za povredu medicinskog standarda i prateći ekonomski učinci*, *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*, vol. 40, br.2, 2019., str. 697.-734.

Vojković, H., Modaliteti povrede medicinskog tretmana liječnika s osvrtom na terapijsku liječničku pogrešku u Hrvatskoj i poredbenoj praksi., Zbornik Pravnog Sveučilišta u Rijeci, vol. 42, br. 3, 2021. str. 779.-797.

Vojković, H., Građanskopravni standard medicinskog tretmana, Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu, god. 56, 3/2019., str. 567.-591.

Vojković, H., Ekonomski učinkovita zdravstvena skrb i liječnička pogreška; EKONOMSKI PREGLED, 71 (6) 2020., str. 607.-631.

8.3. Internetski članci

Slobodna Dalmacija, Liječnici počine tisuću pogrešaka godišnje - i zbog pravne nesigurnosti 668 ih odmah želi u inozemstvo, 10.8.2014.
<https://slobodnadalmacija.hr/vijesti/hrvatska/lijecnici-pocine-tisucu-pogresaka-godisnje-i-zbog-pravne-nesigurnosti-668-ih-odmah-zeli-u-inozemstvo-243113> (pristup: 5.6.2022.)

Lider, Strava u zdravstvu: Deset najskupljih liječničkih pogrešaka u Hrvatskoj, 17.8.2019.
<https://lidermedia.hr/aktualno/strava-u-zdravstvu-deset-najskupljih-lijecnickih-pogresaka-u-hrvatskoj-119854> (pristup: 16.6.2022.)

8.4. Zakoni

Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite NN 118/18

Zakon o zdravstvenoj zaštiti NN 100/18, 125/19, 147/20

Zakon o obveznim odnosima NN 35/05, 41/08, 125/11, 78/15, 29/18, 126/21

Zakon o liječništvu NN 121/03, 117/08

Zakon o zaštiti prava pacijenata NN 169/04, 37/08

Zakon o parničnom postupku SL SFRJ 4/77, 36/77, 6/80, 36/80, 43/82, 69/82, 58/84, 74/87, 57/89, 20/90, 27/90, 35/91, i NN 53/91, 91/92, 58/93, 112/99, 88/01, 117/03, 88/05, 02/07, 84/08, 96/08, 123/08, 57/11, 148/11, 25/13, 89/14, 70/19

8.5. Sudska praksa

Gž-995/2016-2 od 28.9. 2016

Gž. 2380/2016-4 od 19.12.2018

Pn-9492/08 Gžn-647/12 od 22.5.2012

Gž-1468/2019-2 od 16.10.2019

Gž-1944/2015 od 10. prosinca 2015

Gž-4492/13-2 od 3. svibnja 2014.

Gž-2492/2016-2 od 9. travnja 2019.

Gž 5602/2017-2 od 8. svibnja 2018.

Gž 798/2019-2 od 20. ožujka 2020

Gž 918/2020-2 od 21.rujna 2020.

VSRH Gzz 249/2003-2 od 22. siječanja 2004

VSRH, Rev-1808/00-2 OD 15.10.2003

VSRH Rev 1865/2013-2 od 27.svibnja 2014

VSRH Rev 2648/2014-2 od 14. siječnja 2020.

VSRH Rev x 848/2017-2 od 31.10.2017

VSRH Rev 876/2006-2 od 10.siječnja 2007

VSRH Rev 597/2006-2 od 6.ožujka 2007.

VSRH Rev 299/2016-2 od 26.svibnja 2021

VSRH Rev x 575/2013-2 9. svibnja 2018.

VSRH Rev 79/2007-2 od 10. lipnja 2009.

U-III-3002/2005 od 21. studenog 2007

U-III-1062/2005 od 15.studenog 2007.

8.6. Slučajevi iz prakse odvjetničkog ureda

Slučaj br. 1. Pn-48/2021

Slučaj br.2. Pn-2094/2020

Slučaj br.3. Pn-1897/2020

8.7. Izvješća

Izvješće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2019., <https://hzzo.hr/wp-content/uploads/2020/07/IZVJE%C5%A0%C4%86E-O-POSLOVANJU-HZZO-a-za-2019.pdf> , pristup: 15.6.2022.

Izvješće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2020., https://hzzo.hr/sites/default/files/inline-files/IZVJE%C5%A0%C4%86E%20%20POSLOVANJU%20HZZO-a%20za%202020.g_0.pdf , pristup: 15.6.2022.

Izvješće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2021., <https://hzzo.hr/sites/default/files/inline-files/IZVJE%C5%A0%C4%86E%20%20POSLOVANJU%20HZZO-a%20za%202021.pdf>, pristup: 15.06.2022.

Bilješke uz financijske izvještaje za 2019., <https://www.kbc-zagreb.hr/wp-content/uploads/2020/05/Bilje%C5%A1ke-uz-financijske-izvje%C5%A1taje-2019.-sa%C5%BEetak.pdf>, pristup: 15.6.2022.

Bilješke uz financijske izvještaje za 2020., <https://www.kbc-zagreb.hr/EasyEdit/UserFiles/izvjesca-o-poslovanju/biljeske-uz-financijske-izvjestajei-xii-2020.pdf>, pristup: 15.6.2022.

Bilješke uz financijske izvještaje za 2021., <https://www.kbc-zagreb.hr/EasyEdit/UserFiles/izvjesca-o-poslovanju/biljeske-uz-financijske-izvjestaje-i-xii-2021-sazetak.pdf>, pristup: 15.6.2022.