

Др Тамара Бурђић, асистент
Правног факултета Универзитета у Крагујевцу

УДК: 368:614.88
DOI: 10.46793/XXIV-9.293DJ

ПОЈЕДИНА ПИТАЊА ОДГОВОРНОСТИ ЗА ШТЕТУ УЗРОКОВАНУ МЕДИЦИНСКОМ РАДЊОМ И УПОТРЕБОМ МЕДИЦИНСКИХ СРЕДСТАВА*

Резиме

Квалитетно пружање медицинских услуга не може се замислити без ангажовања већег броја лекара различитих струка, као и употребе савремених медицинских средстава (апарата). На тај начин се постиже квалитет и ефикасност пружања медицинских услуга, али се истовремено ствара већи ризик по здравље и живот пацијента. Отуда се питање природе одговорности за узроковану штету код оваквих медицинских радњи, као и лица одговорних за узроковану штету, јавља као једно од централних питања медицинског права и праксе.

Кључне речи: медицинске услуге, медицински посленици, одговорност за штету, субјективна одговорност, објективна одговорност, медицинска средства.

1. Увод

Питање грађанске одговорности медицинских посленика за узроковану штету једно је од најзначајнијих питања медицинског права. Савремена медицина и пружање лекарских услуга не може се данас замислити без употребе савремених техничких средстава. Са једне стране, технички апарати који се користе у медицинске сврхе доприносе ефикасности у пружању медицинских услуга (олакшавају постављања дијагнозе, спровођење терапије и др.), али истовремено представљају ризик од штете по здравље пацијента услед рђавог функционисања. До њега може доћи услед неадекватног руковања, али и у случају неисправности самог апарата, што даље отвара питање одговорног лица за штету проузроковану пацијенту.

Поред употребе све сложенијих медицинских апарата у медицини којима може бити узрокована штета приликом лечења пацијента, питање

* Рад је написан у оквиру пројекта Правног факултета Универзитета у Крагујевцу „XXI век – век услуга и Услужног права“, бр. 179012 који финансира Министарство просвете, науке и технолошког развоја Републике Србије.

одговорности медицинских посленика за проузроковану штету додатно се усложњава имајући у виду комплексност медицинских процедура које подразумевају ангажовање већег броја лекара. Готово да се не може замислити пружање квалитетних медицинских услуга без ангажовања медицинских стручњака из различитих области медицине, при чему се они могу налазити у различитом узајамном односу (подређеном или надређеном), могу бити ланчано повезани приликом пружања медицинске услуге или пак радити у тиму. Проблем који се може јавити огледа се у недостатку стручности појединих ангажованих лица, недостатку поверења и координације лекара код тимског рада, или пак у случају ангажовања више самосталних лекара сукцесивно, када се штете узроковане пацијенту надовезују једна на другу. Отуда се у зависности од конкретних околности установљава и различита врста одговорности за штету.

2. Одговорност за штету услед ангажовања већег броја лекара

Најпре, када је реч о одговорности медицинских посленика који се налазе у узајамном односу надређености, односно подређености, питање одређивања лица одговорног за проузроковану штету додатно се компликује, с обзиром да конкретну медицинску услугу пружа више лица. Оно што је, најпре, важно нагласити јесте да се однос подређености, односно надређености поима у организационом смислу, и кроз призму тако дефинисаног односа укључених лица треба посматрати и питање одговорности за насталу штету.¹ Отуда произлази да надређени одговара, најпре, за своје поступке уколико му се може приписати властита кривица, али и за поступке подређених, тако што му се приписује њихова кривица. У првом случају одговара уколико није са потребном пажњом поступао у избору и надзору својих подређених. Дакле, важи правна претпоставка да је за штету коју је подређени медицински посленик непрописним поступањем узроковао пацијенту одговоран надређени здравствени радник. Он се може ослободити одговорности једино уколико докаже да би штета настала и да је пружио одговарајућу пажњу, што се чини тешким задатком за надређеног лекара.

Уколико се однос између лекара и пацијента посматра као уговорни однос, у том случају се одговорност надређеног лекара за подређене здравствене раднике изводи из самог уговора, при чему они имају статус помоћника надређеног који се налази у положају господара посла.² Дакле, надређени лекар, као господар посла, јемчи за пажњу коју пацијент као уговорна страна може очекивати од њега лично, при чему је ирелевантно да ли уистину постоји

¹ Радишић, Ј., *Професионална одговорност медицинских посленика*, Београд, 1986, стр. 111.

² Исто, стр. 112.

кривица помоћника. Господар посла се једино може ослободити одговорности за штету коју је узроковао његов помоћник уколико докаже да се оне њему (господару посла) не могу уписати у кривицу. Другачија ситуација у погледу одговорности господара посла као надређеног постоји уколико је он себи одредио заменика, а не помоћника. У том случају, он одговара само за недовољну пажњу приликом избора и давања инструкција.³

Посебан проблем утврђивања одговорности са штету узроковану у лечењу пацијента јавља се када је штета проузрокована од стране тима лекара који је лечио истог пацијента. Наиме, тимски рад лекара се у пружању медицинских услуга подразумева, јер само лечење пацијента с обзиром на комплексну природу многих болести подразумева ангажовање лекара различитих струка. Тимски рад као такав, иако нужан, поред бројних бенефита носи и ризик од настанка штете по пацијента услед недостатка у комуникацији, недостатка у координацији, недостатка у квалификацији и разграничењу надлежности.⁴ Одговорност лекара као учесника у тиму ограничена је на прописно поступање и пружање потребне пажње у предузимању властитих медицинских радњи. У основи концепта ограничене одговорности су начело поверења и начело стриктне поделе рада.⁵

Начело стриктне поделе рада може се посматрати двоструко: кроз хоризонталну поделу рада, и кроз вертикалну поделу рада. Хоризонтална подела рада подразумева разграничење између задатака поверених медицинским стручњацима истог ранга и свако од њих одговара по принципу властите одговорности за поверене му задатке. Дакле, у хоризонталној подели рада нема ординирајућег односа, али је често тешко поставити јасну границу између подручја поверених задатака. Из тих разлога може доћи до преклапања надлежности где се као основни појављује проблем утврђивања одговорности за евентуалну штету узроковану пацијенту. Зато се између лекара ангажованих у истом тиму, по правилу, врши јасна подела поверених задатака. У случају да до недостатка координације и потребне сарадње и комуникације између чланова тима ипак дође, њихова одговорност је солидарна, осим уколико докажу своју невиност.⁶

Код вертикалне поделе рада између лекара који раде у тиму, реч је о успостављању односа подређености између медицинских посленика, најчешће према врсти квалификације. Одговорност сваког члана тима код овакве поделе рада је лична, субјективна одговорност за штету услед непрописног и

³ Исто, стр. 113.

⁴ Ulsenheimer, K., *Arztstrafrecht in der Praxis*, 3. Auflage, Heidelberg, 2003, стр. 91, наведено према Радишић, Ј., *Грађанска одговорност лекара која проистиче из њиховог занимања*, Ревизија за право осигурања, 1/2009, стр. 20.

⁵ Ulsenheimer, K., *нав. дело*, стр. 92, наведено према Радишић, Ј., *нав. чланак*, стр. 20.

⁶ Steffen, E., *Neue Entwicklungslinie der BHG-Rechtsprechung zum Arzthaftungsrecht*, 4. Auflage, Köln, 1990, стр. 72, наведено према Радишић, Ј., *нав. чланак*, стр. 20.

непажљивог поступања. Међутим, одговорност надређених чланова тима је додатно повећана, с обзиром да они могу одговарати за штету узроковану од стране подређеног члана тима, уколико је она последица њихових неадекватних инструкција у раду, неадекватног надзирања, или пак поверавања задатака недовољно квалификованом медицинском посленику.⁷ Дакле, реч је одговорности по основу кривице за неадекватну организацију посла, односно за „занемаривање организационих дужности“.⁸ Одговорност надређених постоји чак и онда када се настала штета не може приписати у кривицу подређеном члану тима. Оно што је свакако значајно посматрано из перспективе самог пацијента јесте чињеница да у случају да се не може утврдити чијом кривицом је штета узрокована, за њу одговара здравствена установа.⁹

Да би се могло уопште говорити о било каквој подели радних задатака између чланова једног тима који пружа одређену медицинску услугу, предуслов успешности њене реализације јесте постојање узајамног поверења. У супротном, о било каквом успешном тимском раду се не може говорити. Оно што је овде интересантно истаћи јесте да у случају штете коју узрокује неко од чланова услед очигледне немогућности пажљивог поступања, остали чланови тима морају предузети све што је потребно да би отклонили настанак евентуалне штете по пацијента. Дакле, успоставља се систем солидарне одговорности за штету у оваквим случајевима.¹⁰

Утврђивање одговорности за штету нарочито је комплексно у ситуацију када више лекара, ланчано, један за другим лечи пацијента. У том случају, може се десити да је лекар који је први лечио проузроковао пацијенту штету, а потом и други лекар који је интервенисао након тога, а у циљу исправљања учињене грешке првог лекара. Одговорност ангажованих лекара у том случају може бити подељена, уколико се њихови удели у проузрокованој штети могу утврдити. Тада је први лекар одговоран за примарну штету, а други за секундарну. Уколико се њихов удео у насталој штети не може утврдити, тада одговарају солидарно.¹¹

Међутим, поставља се питање да ли први лекар може одговарати и за примарну и за секундарну штету уколико је узрочна веза између њих очигледна, тј. уколико је из поступака првог лекара произашла потреба за интервенцијом од стране другог лекара. Ово питање је од посебног значаја када у конкретном случају други лекар није скривио секундарну штету, па би у том случају било неправично да одговорност за узроковану штету сноси сам пацијент. Зато ризик од штете услед интервенције другог лекара требало да

⁷ Радишић, Ј., *нав. дело*, стр. 113.

⁸ Радишић, Ј., *нав. чланак*, стр. 21.

⁹ *Исто*.

¹⁰ *Исто*.

¹¹ *Исто*.

сноси први лекар који је својим радњама изазвао потребу за таквим његовим ангажовањем и излагање пацијента додатном ризику. Међутим, уколико други лекар није поступао у складу са правилима медицинске струке, дакле није поступао савесно и са потребном пажњом, у том случају први лекар не може одговарати за последице доцније лекарске грешке. Чак се може десити да одговорност за целокупну штету узроковану пацијенту сноси други лекар, уколико је његова кривица за узроковану штету знатно већа од кривице првог лекара. У том случају услед грубе непажње, он ће сносити искључиву одговорност за насталу штету и потиснути кривицу првог лекара која је знатно мања.¹² Овакво решење произлази из теорије неадекватне узрочности, по којој сваки лекар може одговарати само за адекватне штетне последице лекарске грешке која му се може приписати у кривицу. Зато у овом случају, други лекар сноси потпуну одговорност за насталу штету, јер је грешка која му се приписује у кривицу сразмерна насталој штети. Први лекар, пак, не може да сноси одговорност за неадекватне последице грешке другог лекара. То ће бити случај и када сваки од лекара врши медицинску интервенцију над истим пацијентом услед различитих узрока болести. У том случају веза између насталих штета је случајна, а сваки од лекара одговара за лекарску грешку која је изазвала адекватну штетну последицу. Код утврђивања одговорности у оваквим случајевима кључна је, дакле, адекватност узроковане штете, што значи да непрописно поступање лекара мора бити подесно да узроковану штету изазове.

3. Одговорност за штету узроковану употребом медицинских средстава у пружању медицинских услуга

3.1. Основна подела медицинских средстава

Медицинска средства се деле на: општа медицинска средства; *invitro* дијагностичка медицинска средства; активна имплантабилна медицинска средства;

Под медицинским средствима се подразумева сваки инструмент, апарат, уређај, реагенс, као и други предмет који произвођач намерава да користи самостално или у комбинацији за људска бића у сврху постављања дијагнозе, превенције, прогнозирања, лечења или ублажавања болести, као и праћења, ублажавања, лечења или компензације у случају повреда и инвалидности.¹³ Медицинска средства су и она чија се главна намена не постиже фармаколошком, имунолошком и метаболичком активношћу али могу у својој

¹² Исто, стр. 22.

¹³ Art. 2 (1) REGULATION (EU) 2017/745 OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL of 5 April 2017 on medical devices, amending Directive 2001/83/EC, Regulation (EC) No 178/2002 and Regulation (EC) No 1223/2009 and repealing Council Directives 90/385/EEC and 93/42/EEC

намени бити потпомогнута супстанцама у овом саставу које испуњавају такву активност. У општа медицинска средства спадају и она која су у функцији испитивања, замене или модификације анатомских или физиолошких функција, као и она која се користе у контроли зачећа. У општа медицинска средства спадају и она помоћна средства која у комбинацији са медицинским средством омогућавају њихово функционисање у складу са њиховом наменом, као и медицинска средства произведена по наруџбини за одређеног пацијента (а по налогу здравственог радника).

Класификација општих медицинских средстава може се извршити према разним критеријумима: према степену ризика за корисника (медицинска средства са ниским, вишим, високим и највишим степеном ризика за корисника);¹⁴ према природи медицинског средства, њиховој повезаности да извором енергије и другим особинама медицинског средства (неинвазивна, инвазивна, активна);¹⁵ према дужини примене на или у људском организму (пролазна, краткотрајна и дуготрајна примена);¹⁶ Ова класификација општих медицинских средстава усклађена је у потпуности са класификацијом и критеријумима за класификацију датим у одговарајућим Директивама ЕУ.¹⁷

Практични значај ове поделе општих медицинских средстава, огледа се у квалификацији медицинског средства као опасне ствари, што је једна од претпоставки постојања објективне одговорности за штету. То свакако зависи од степена ризика по пацијентово здравље који је скопчан са сваким конкретним медицинским средством. У том смислу код инвазивних и активних медицинских средстава, као и оних са високим или највишим ризиком по корисника, јаснија је индиција да је реч о опасној ствари, што суд утврђује у сваком конкретном случају.

3.2. Природа одговорности за штету узроковану употребом медицинских средстава

Када је реч о природи одговорности за штету узроковану пацијентима употребом медицинских средстава, у домаћој правној теорији преовладава становиште да је реч субјективној одговорности, тј. одговорности по основу

¹⁴ Чл. 175 (1) Закона о лековима и медицинским средствима, („Сл. Гласник 30/2010, 107/2012, 113/2017);

¹⁵ Чл. 175 (2) Закона о лековима и медицинским средствима.

¹⁶ Чл. 175 (3) Закона о лековима и медицинским средствима.

¹⁷ Council Directive 90/385/EEC of 20 June 1990 on the approximation of the laws of the Member States relating to active implantable medical devices; Council Directive 93/42/EEC of June 1993 concerning medical devices; Directive 98/79/EC Of The European Parliament And Of The Council of 27 October 1998 on in vitro diagnostic medical devices.

кривице.¹⁸ Дакле, за штету која настаје употребом медицинских апарата (уређаја), а чије рђаво функционисање је условљено неуредним одржавањем или непрописним руковањем од стране медицинских посленика, основ одговорности је скривљено понашање лица које је уређајем руковало. Дакле, ова одговорност се темељи на општим правилима о одговорности медицинских посленика, односно лекара као пружаоца медицинских услуга, што даље значи да се темељи се на истим претпоставкама као и субјективна грађанска одговорност.¹⁹ То су штета, узрочна веза и кривица.

Што се тиче противправности предузете радње као услови професионалне медицинске одговорности, у правној теорији су заступљена различита становишта. Према једном схватању, противправност штетникове радње једна је од претпоставки за постојање професионалне одговорности медицинских посленика и означава се као лекарска грешка, која заправо заузима место објективне противправности штетне радње (поред кривице, штете и узрочне везе).²⁰ Према другом схватању у правној теорији, противправност не представља посебан услов професионалне одговорности лекара за проузроковану штету, већ је садржана у појму професионалне кривице.²¹ Оно што је важно нагласити јесте да се кривица здравственог радника утврђује *in abstracto*, што значи да се не просуђује „према унутрашњем стању свести и воље, него према понашању као изразу психичких дешавања у спољњем свету.“²²

Иако у правној теорији преовладава схватање да је одговорност за штету узроковану пацијенту употребом медицинских апарата субјективна, поставило се питање врсте одговорности и одговорног лица за штету која се лицу које рукује апаратом не може приписати у кривицу, јер је штета настала као последица неисправног функционисања апарата (услед изненадног и непредвидивог квара)?

У зависности од тога који концепт одговорности за штету у пружању медицинских услуга је доминантан у једном правном систему, зависиће и одговор на ово питање. У правима у којима је доминантан концепт субјективне медицинске одговорности, у случају да је штета настала употребом медицинског апарата не може се приписати у кривицу медицинском особљу које је њиме руковало, те одговорност сноси сам пацијент по принципу „кога корист, тога и штета“.²³ Аргумент у прилог оваквог становишта је тај да би

¹⁸ Радишић, Ј., *нав. дело*, стр. 259.

¹⁹ Ђурђић Милошевић, Т., *Лекарска грешка и професионална одговорност лекара*, Зборник: Услужни послови, Крагујевац, 2014, стр. 703.

²⁰ *Исто*, стр. 704.

²¹ *Исто*, стр. 705.

²² Орлић, М., *Закон о здравственој заштити и одговорност лекара за проузроковану штету*, Зборник: *Актуелна питања савременог законодавства*, Београд, 2012, стр. 37.

²³ Радишић, Ј., *нав. дело*, стр. 260.

преваљивање одговорности на медицинске посленике довело до уздржавања од коришћења медицинских апарата, што би било штетно за пацијенте који би били ускраћени у погледу пружања савремене медицинске услуге и примене модерног метода лечења.²⁴

Отуда је субјективна одговорност медицинских посленика за штету узроковану медицинским средствима претежно субјективног карактера. У оним системима у којима је терет доказивања кривице медицинског радника на пацијенту, његова правна позиција је незавидна. У појединим правима се одговорност здравственог радника за штету узроковану пацијенту одређеним техничким-медицинским апаратом претпоставља, и у том смислу је правни положај пацијента повољнији. То је случај у немачком праву где се претпоставља одговорност лекара за штету узроковану мањкавостима коришћеног медицинског апарата. Да би се ослободио одговорности, лекар треба да докаже да је поступао са потребном, повећаном пажњом и да му се штета настала руковањем рђавим апаратом не може приписати у кривицу.²⁵

Међутим, са развојем технологија и њиховом применом у медицини, у теорији је почело да доминира становиште да је одговорност медицинских посленика искључиво по основу кривице, неправично решење, првенствено посматрано из перспективе пацијента на којем је, по правилу, терет доказивања. Пацијент мора да докаже стручну грешку и кривицу медицинског радника, као и условљеност штете учињеном грешком.²⁶ Из тих разлога се у појединим правима у којима је прихваћена концепт субјективне одговорности медицинских посленика, све чешће предвиђају изузеци, као што је случај у немачком праву, те се концепт субјективне одговорности на тај начин релативизира.²⁷

Питање оправданости објективне одговорности здравствених радника за штету узроковану медицинским апаратима своди се на питање квалификације медицинских техничких средстава као опасних ствари. Уколико она као таква представљају повећан ризик по здравље пацијента, онда се могу сврстати у категорију опасних ствари, при чему ће одговорност за тако узроковану штету пацијенту бити објективна. Тако је у хрватском праву и у праву земаља бивше СФРЈ заступљен систем отворене објективне одговорности, што није случај са правом Србије где преовладава концепт одговорности по основу кривице.²⁸ У нашем праву објективна одговорност за штету узроковану у пружању медицинских услуга може се приписати једино произвођачу који је пустио у

²⁴ Исто, стр. 261.

²⁵ Исто.

²⁶ Исто, стр. 105.

²⁷ Петар, К., *Одговорност за штете настале употребом медицинских техничких уређаја*, Право у господарству, бр. 4/2002, стр. 75.

²⁸ Николић, Ђ., *Објективна одговорност медицинских посленика за штету од опасних медицинских средстава*, *Анали*, 1/2018, стр. 77, 78.

промет неисправну, односно манљиву ствар која је узроковала штету пацијенту приликом лечења.

За медицинску делатност се сматра да је алтруистичка и да због тог не може бити реч о објективној одговорности. Ризик по здравље или смрт пацијента није примарно изазван од стране лекара, већ је узрок у телу оболелог пацијента. То значи да се услед болести пацијент већ налази у опасности, а лекар је тај који опасност настоји да отклони или умањи, при чему не настаје ризик опасности који би условио одговорност без обзира на кривицу.

4. Закључак

Са технолошким развојем унапређује се савремена медицина која доприноси ефикаснијем пружању медицинских услуга и остваривању здравствене заштите, али са унапређењем медицинске технологије неспорно повећава и ризик од штете по здравље пацијента који може бити узрокована неправилним инсталирањем, коришћењем, одржавањем медицинских апарата, али и услед недостатка самог апарата. Приликом коришћења медицинских апарата здравствени радник мора имати у виду ризик са којим је скопчана употреба апарата у сваком конкретном случају, и да уз све мере предострожности које је дужан да преузме води рачуна и непосредној реакцији пацијента на којем се употребљава апарат.

Одговорност за кривицу основно је начело на којем се темеље правила о професионалној одговорности медицинских посленика, и важи и у домену одговорности за штету узроковану медицинским средствима, али су у новије време све чешће иницијативе у правној теорији да се успостави систем објективне одговорност за овај вид штете. Разлог томе је експанзија медицинске струке услед нових технолошких достигнућа, што поред бенефита за пацијента носи и већи ризик од штете. Отуда се успостављање објективне одговорности за овај вид штете чини оправданим са аспекта заштите интереса самих пацијената, што би имало основ у квалификовању медицинске делатности као опасне делатности, а медицинских средстава као опасних ствари.²⁹

Иако су и правној теорији заступљена различита схватања о овом питању, можемо закључити да се велики број медицинских уређаја и апарата може сврстати под појам опасне ствари, с обзиром на ризик од настанка штете који је скопчан са њиховом употребом, и који се често не може избећи ни при највећој пажњи лица које њима рукује. Због тога је у упоредном праву изражена тенденција признавања објективне одговорности медицинских посленика за штету од опасних медицинских средстава

²⁹ Радишић, Ј., *нав. чланак*, стр. 26.

*Tamara Đurđić, Ph.D., Assistant
Faculty of Law, University of Kragujevac*

LIABILITY FOR DAMAGE CAUSED BY A MEDICAL OPERATION

Summary

Qualitative provision of medical services can not be imagined without the involvement of a large number of doctors of different professions, as well as the use of modern medical devices (apparatus). In this way, the quality and efficiency of the provision of medical services are accelerated, but at the same time a higher risk for the health and life of the patient is created. Hence, the issue of the nature of liability for the damage caused by such medical actions, as well as those responsible for the damage caused, is one of the central issues of medical rights and practice.

Key words: *medical services, medical personnel, liability for damage, subjective liability, objective liability; medical devices.*