

UDC: 347.56:614.253.83(497.1)  
342.726-056.24(497.1)

CERIF: S130, H250, H300

DOI: 10.51204/HLH\_22104A

Маша П. МАРКОВИЋ\*

## ЛЕКАРСКА ГРЕШКА КАО РАЗЛОГ ПРАВНЕ ОДГОВОРНОСТИ У СОЦИЈАЛИСТИЧКОЈ ФЕДЕРАТИВНОЈ РЕПУБЛИЦИ ЈУГОСЛАВИЈИ

*Полазећи од насљанка Масловљевој њејосјейеној модела људских њојреба, 1943. године, који као најосновније дефинише физиолошке, ње њојребе за сијурношћу, аутор ѡрисјуја ѡеми осјваривања ѡрава на здравсјвену зашјијију у ѡрвим деценијама развоја ове идеје. Раг је усмерен на ѡросјор и време Социјалистичке Федеративне Републике Југославије (СФРЈ), с обзиром на услове који су у њој омојућили насљанак модела здравсјвене зашјијије ѡо коме се одређени обим здравсјвене зашјијије ѡаранјовао сваком њеном ѡрађанину. Након шјо је аутор дефинисао ѡрироду односа између лекара и ѡацијенја, са фокусом на ѡравну кодификацију ејичких дужносји лекара ѡоја доба, у рагу се размајра ѡијање ѡравне одјовносји лекара збој лекарске ѡрешке. То се чини дефинисањем ѡојма и садржине ѡојма лекарске ѡрешке, уз ѡоклањање ѡажње ѡијању ојшјих услова одјовносји за лекарску ѡрешку. Аутор се слаже са сјавом да ѡравила о одјовносји збој лекарске ѡрешке морају имати извесну меру сјројосји, да би лекаре ѡдсјициала на ѡрофесионално ѡонашање. Ијак, у свом ѡрофесионалном рагу лекар не сме бији сјушан ѡрејтераним сјрахом од ѡрешака, као и ѡравним ѡоследицама које из њих ѡроизлазе.*

Кључне речи: *Лекарска ејика. – Однос лекар-ѡацијенј. – Лекарска ѡрешка. – Одјовносји збој лекарске ѡрешке.*

---

\* Аутор је студент четврте године основних студија Правног факултета Универзитета у Београду, [masa.markovic@yahoo.com](mailto:masa.markovic@yahoo.com).

## 1. УВОД

Основни и најважнији задатак медицине је заштита живота и здравља сваког појединца, при чему се тежи апсолутном поштовању свих етичких и правних начела. У систему у којем је човек представљан као највећа вредност, у оквирима социјалистичког самоуправног друштва, створен је контекст у којем се здравствена делатност види као делатност од посебног друштвеног интереса. При том, заштита здравља се тада не дефинише као обавеза у домену државе, већ као једна од основних дужности самоуправних интересних заједница здравствене заштите. За циљ су поставили давање гаранција у погледу постојања одређеног обима здравствене заштите за све категорије становништва. У том смислу, неопходно је анализирати како југословенски правници, у датом друштвеном контексту, приступају поимању и остваривању права на заштиту здравља на просторима СФРЈ и који је био практични значај таквог одређења.

Како би се омогућио одређени квалитет здравствене заштите, а полазећи са становишта постојања права на заштиту здравља, неопходно је говорити о имплементацији бројних етичких и правних принципа у оквиру медицинске делатности. Том приликом, највећа пажња у овом раду усмерена је ка лекару, који због своје слободе одлучивања и располагања има највећу одговорност у односу на пацијента и ужива његово пуно поверење, али и поверење целокупног друштва. С обзиром на то да је СФРЈ спадала у ред земаља које су са правном кодификацијом етичких дужности лекара отишле најдаље, постојала је могућност њеног свеобухватног упоређивања са судском праксом, те самим тим примене још једног метода којим ће се утврдити да ли је између прокламованог и стварног постојао раскорак.

У време социјалистичке Југославије, нарочито у периоду који је уследио непосредно након Другог светског рата, велики број њених грађана је имао дневну потребу за одласком или боравком у здравственим установама. У њима су радили лекари оптерећени административним дужностима, без обавезног радног стажа који се контролисао, а уз рад на нестандардизованој опреми, те је јасно да је ризик од настанка лекарске грешке у свакој од фаза у пружању медицинске помоћи био значајно повећан.

Од начина дефинисања и садржине појма лекарске грешке зависи и дефинисање, у овом случају, лекарске одговорности због грешака насталих у лечењу или приликом пружања одређеног медицинског третмана. Југословенска литература понудила је ново решење само у терминолошком смислу, проширивањем и додатним објашњењем

појмова медицинског стандарда и потребног степена пажње лекара, од којих је такође зависило и питање (не)одговорности лекара због лекарске грешке. Постојање кривице лекара, штета на добрима пацијента, као и узрочна веза између лекарске грешке која је начињена и штете која је наступила општи су услови овог вида одговорности, те захтевају додатну анализу. Посебна пажња биће посвећена кривичној и грађанској одговорности лекара, узимајући у обзир њихов значај на просторима некадашње СФРЈ.

Крајњи циљ овог рада је указивање на то да позивање на одговорност због начињене лекарске грешке треба да доведе до промене начина функционисања система у којем је лекарска грешка настала. Један од првих корака треба да буде усвајање схватања да једном прихваћена правна правила треба преиспитивати и прилагођавати новим тенденцијама у медицини, а уз обавезу редовног санкционисања несавесног рада и нехуманог односа према пацијенту.

## 2. ПРАВО НА ЗАШТИТУ ЗДРАВЉА

Право на заштиту здравља може се посматрати као непреносиво субјективно право које свој пун потенцијал остварује путем анализе и касније примене етичко-моралних и правно-политичких начела једног друштва. Критеријуми на основу којих се вреднује остваривост једног од основних људских права приказују појам здравља човека као „стање његовог потпуног физичког, психичког и друштвеног благостања”.<sup>1</sup> Како би се тај циљ остварио, односно како би право на заштиту здравља остварило свој пуни потенцијал, неопходно је постојање више фаза. Одвајање и правилно распоређивање материјалних средстава за формирање и одржавање квалитета система здравствене заштите представља један од најважнијих корака ка остварењу тог циља. Том приликом не треба заборавити значај високо развијене свести о томе да здравље сваког појединца, односно друштва, зависи од животног стандарда, здравствене културе становништва и многих других чинилаца којима се исказује позитиван однос и друштвеног и државног система према здрављу.

У СФРЈ примењивао се концепт у којем се сваком њеном грађанину гарантовао одређени обим здравствене заштите. Такав закључак произилази из чл. 186. Устава СФРЈ (1974) који прокламује да

---

1 „Health is a state of complete physical, mental and social well-being.” Constitution of the World Health Organisation, New York, 22. July 1946, [https://treaties.un.org/doc/Treaties/1948/04/19480407%2010-51%20PM/Ch\\_IX\\_01p.pdf](https://treaties.un.org/doc/Treaties/1948/04/19480407%2010-51%20PM/Ch_IX_01p.pdf), приступљено 10. децембра 2021.

„свако има право на заштиту здравља”, при чему се за грађане који нису били осигурани законом утврђивало у којим случајевима остварују право на заштиту из друштвених средстава.<sup>2</sup> Главна замисао дате формулације је да се истакне да заштита здравља није била у домену државе, већ да је била обавеза самоуправних интересних заједница здравствене заштите.<sup>3</sup> На то нас упућује и чл. 163. ст. 1. истог Устава – право радника на здравствену заштиту и друга права за случај болести, права за случај порођаја, смањења или губитка радне способности, незапослености и старости, и права на друге облике социјалног осигурања, као и право на здравствену заштиту чланова породице, право на породичну пензију и друга права по основу социјалног осигурања, обезбеђивали су се обавезним осигурањем заснованим на начелима узајамности и солидарности и минулог рада у самоуправним интересним заједницама. Циљ се постизао применом механизма јединствене пропорционалне стопе којим су радници са различитим зарадама, уз исту стопу и за иста права, плаћали различите апсолутне износе за здравствено осигурање.<sup>4</sup> Ипак, на крају, важно је уочити да услуге здравственог система нису користили сви они који су учествовали у његовом финансирању, већ само они који-

- 2 Устав СФРЈ из 1974, <http://mojustav.rs/wp-content/uploads/2013/04/Ustav-SFRJ-iz-1974.pdf>, приступљено 23. децембра 2021. Анализом чл. 186. ст. 2 Устава уочава се да се само у случају лица која су Уставом или законом била дефинисана као осигураници омогућавало покривање трошкова пружања здравствених услуга друштвеним средствима. То доводи до закључка да је право на заштиту здравља омогућавало сваком грађанину СФРЈ да захтева пружање заштите, да је постојала обавеза да се та заштита пружи, али не и да се реализује плаћањем из друштвених средстава. Вид. Рајко Суџум, „Право на здравствену заштиту”, *Анали Правној факултету у Београду* 6/1982, 1243–1244.
- 3 У минимум здравствене заштите коју је самоуправна интересна заједница здравствене заштите морала да пружи, тј. финансира спадали су: здравствено васпитање путем систематског рада са здравим и болесним становништвом; потпуна здравствена заштита радника, за случај професионалних болести и повреда на раду, жена у вези са трудноћом и порођајем, деце до навршене 15 године живота, школске омладине до навршених 19 година, студената до навршених 26 година живота и свих лица старијих од 65 година живота; потпуна здравствена заштита свих грађана од заразних болести, психоза, реуматске грознице и њених компликација, од малигних обољења, шећерне болести, ендемске нефропатије, прогресивних нервно-мишићних обољења и од хемофилије, као и обезбеђивање опреме за спречавање ишчашења кука за свако новорођено дете. Вид. чл. 35. Закона о здравственој заштити СР Србије – 333С, *Службени гласник СР Србије* 30/1979.
- 4 Постојала је могућност прерасподеле трошкова осигурања богатих у корист сиромашних, као и између осигураника без, тј. са мањим бројем зависних чланова породице у корист оних са већим бројем. Вид. Јаков Радишић, *Професионална одговорност медицинских њосленика*, Институт друштвених наука у Београду, Центар за правна и политичка истраживања, Београд 1986, 40.

ма су те услуге заиста биле потребне. Такође, ни економска снага свих општинских самоуправних интересних заједница здравствене заштите није била иста, те се на тај начин омогућавало да кроз тзв. фондове солидарности богатији финансирају сиромашније.<sup>5</sup>

### 3. ОПШТЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ ОДНОСА ЛЕКАР-ПАЦИЈЕНТ

Примарни услов за остваривање професионалних обавеза лекара садржан је у постулатима лекарске етике. Њихово прво нормирање извршено је у Хипократовој заклетви. У њој су дефинисани основни принципи који се огледају у идеји чињења добра кроз ненаношење зла болеснику, постојање праведности, поштовање живота и саме личности болесника.<sup>6</sup> Таквим поступањем лекар ствара предуслове за настанак односа пуног поверења са пацијентом, те самим тим и за професионално обављање лекарске делатности. Све то чини како би остварио њихов заједнички циљ – заштиту и унапређење здравља пацијената, уз показивање несебичне бриге о њиховим потребама, постојање стручног знања које га квалификује за рад са њима, као и љубав према лекарском позиву. У најплеменитијој мисији увек треба да подсећа себе да има дужност и према својој професији, те да сваким својим поступком омогућава очување, па чак и уздизање угледа медицинске делатности.

Највећи број смерница које упућују лекара како да поступа да би остварио наведени однос, настају у периоду од педесетих до деведесетих година прошлог века. Тада се, кроз доношење великог броја међународних докумената, врши регулисање етичких принципа лекарског позива. У том периоду, може се говорити о значајном доприносу Женевске декларације која је парафразирала Хипократову заклетву (1948) наглашавајући да је неопходно да се сваком болеснику једнако приступа, без могућности да лекар своје знање, чак и у случају претње, користи супротно начелима лекарске етике.<sup>7</sup> Бројни

5 Такав друштвени приступ омогућавао је то да су сви грађани СФРЈ своје право на заштиту здравља могли да остварују у болницама, домовима здравља, институтима, заводима за заштиту здравља, клиникама, апотекама и природним лечилиштима. *Ibid.*, 45.

6 Милутин М. Ненадовић, *Медицинска етика*, Универзитет у Приштини – Медицински факултет, Београд 2007, 239.

7 Садржај текста Женевске декларације указује да на лекара и његов приступ болеснику неће утицати „старост, болест или онеспособљеност, вера, етничко порекло, пол, националност, политичка опредељеност, раса, сексуална оријентација или социјални статус”. Порекло ове одредбе огледа се у страхотама Другог светског рата у којем су одређене категорије рањеника или болесника биле

аутори спомињу још и утицај Интернационалног кодекса медицинских сестара (1953), Хелсиншку декларацију Светског удружења лекара (1964) која даје одговоре на питање дозвољености биомедицинских истраживања на људима, уз обавезујуће препоруке за лекаре, Хавајску декларацију Светског удружења за психијатрију (1977) која дефинише упутства за поступање у једној од најхуманијих грана медицинске науке, као и Лисабонску декларацију о правима пацијената (1981) чији је циљ био побољшање целокупне здравствене делатности, а кроз методолошки приступ раду здравствених служби.<sup>8</sup>

На просторима СФРЈ неговала се идеја да је највећа вредност социјалистичког самоуправног друштва – човек. У складу са тим схватањем, Кодекс етике здравствених радника СФРЈ (1963) обавезивао је здравственог радника да без обзира на врсту свог рада и положај у здравственој служби, а са циљем заштите сваког појединца, ангажује све своје умне и физичке способности, као и целокупну стручну и друштвену делатност.<sup>9</sup> Ипак, потребно је нагласити да је лекар, због своје независности и слободног приступа у избору начина и средстава деловања, имао највећу одговорност, и то у односу на самог себе, болесника и само друштво.<sup>10</sup> Постојање развијене етичке свести, примена етичких начела Кодекса у медицинској делатности, као и здравствено просвећивање целокупног друштва требало је да буду мисао водила сваког лекара, а уз свест о постојању контроле од стране органа стручних организација здравствених радника и здравствених установа.<sup>11</sup>

Уочава се да временом однос лекар-пацијент више није био само етички, већ се проучавао и са правног аспекта, а са циљем проналажења решења у случају бројних етичких дилема. Полази се са становишта постојања права на заштиту здравља, те императивности и принудности правних норми које обезбеђују одређени квалитет лекарских услуга. Стога, лекар који приступа пацијенту поштујући етичке принципе струке, нема бојазан од контроле коју врши суд. У том смислу, посебан значај имала је правна кодификација етичких дужности у оквиру Закона о здравственој заштити СР Србије. Уз општу обавезу савесног лечења болесника, дефинисао се и низ по-

занемарене, а без постојања оправданог разлога за то. Вид. Јован Марић, *Медицинска етика*, Меград, Београд 2001, 161–162.

8 М. Ненадовић, 235–271; Ј. Марић, 155–156, 161–169, 218–221, 283–289.

9 Димитрије Миловановић, *Медицинска етика*, Научна књига, Зајечар 1979, 210–212, наведено према: Ј. Радишић, *Професионална одговорност*, 53.

10 Ј. Марић, 174.

11 Д. Миловановић, 210–212, наведено према: Ј. Радишић, *Професионална одговорност*, 54.

себних правних дужности, попут пружања медицинске услуге коју је пратила обавеза примања пацијента на болничко лечење онда када је то било неопходно, предузимање медицинских интервенција уз одговарајући пристанак, као и обавезу да у случају немогућности медицинског збрињавања буде извршено упућивање и превоз пацијента у другу медицинску установу.<sup>12</sup> Са друге стране, приступило се и дефинисању обавезе пацијента да укаже поштовање лекару са којим је у односу, не заборављајући при том на одредбе самоуправних општинских аката медицинске установе о условима боравка и понашања у њој.<sup>13</sup>

Како би медицинска установа и пацијент препознали и дефинисали међусобна права и обавезе, југословенска литература упућује на потребу за постојањем конкретног уговорног односа.<sup>14</sup> Закључењем уговора, општа правна обавеза чија повреда представља недозвољено поступање добија додатну правну заштиту, јер у том случају говоримо о примени и уговорних и деликтних начела.<sup>15</sup> Важно је истаћи да је обавеза лекара обавеза средства, тј. да лекар не може гарантовати да ће у сваком тренутку остварити жељени резултат у домену заштите, тј. побољшања здравља пацијента. Ипак, он мора гарантовати да ће тада, као лекар опште праксе или као лекар специјалиста, поступити сходно правилима струке, уз потребан степен пажње у обављању лекарске делатности. У супротном, позива се на одговорност.

#### 4. ПОЈАМ И САДРЖИНА ПОЈМА ЛЕКАРСКЕ ГРЕШКЕ

Како медицинске, тако и правне чињенице указују на то да у случају медицинске делатности говоримо о постојању грешака које угрожавају све сфере људског деловања. Разлог томе је што се у средишту лекарске професије налази здравље сваког појединца. Од постојања потребе, врсте и начина медицинског ангажовања у заштити једне од најзначајнијих људских вредности, зависи лично функционисање јединке чије је здравље у питању. Истраживањем појма лекарске грешке као медицинскоправног појма, омогућава се провера делотвор-

---

12 Чл. 64–67. 333С.

13 Чл. 69–70. 333С.

14 Ј. Радишић, *Професионална одговорност*, 78.

15 Jens Göben, *Das Mitverschulden des Patienten im Arzthaftungsrecht*, Peter Lang, Frankfurt am Main 1998, 3, наведено према: Марта Сјеничић, „Лекарска грешка – грађанско-правни аспект”, *Зборник радова Правног факултета у Нишу* 59/2011, 124.



ности како друштвеног, тако и државног система. Настанак лекарске грешке заснива се на постојању медицинских чињеница, али да би се утврдила правна одговорност због лекарске грешке и пружила одговарајућа заштита оштећеним учесницима тог односа, неопходна је примена правних постулата, те доказивање и утврђивање правних чињеница у судском поступку.

Проблем на који се наилази на првом кораку тиче се непостојања универзалног назива што за последицу има искључиво терминолошки сукоб, а без суочавања са проблематиком дефинисања садржине појма. Први искорак у научним оквирима учинио је немачки лекар и политичар Рудолф Вирхов (*Rudolf Virchow*) 1870. године, дефинишући лекарску грешку као „кршење општепризнатих правила лекарске вештине услед недостатка потребне пажње или обазривости”.<sup>16</sup> Ипак, не треба заборавити да се обриси овог појма уочавају још у античком периоду у којем је настала идеја развоја медицине, а услед увођења принципа „закона вештине” (*lex artis*) преко којег се дефинишу разлике између ритуалног, тј. магијског и ученог пружања здравствене помоћи.<sup>17</sup>

Највећи недостатак Вирховљеве дефиниције, по мишљењу бројних како правника, тако и лекара, огледа се у томе што њен први део сугерише постојање чврстих норми о сваком предузетом кораку у медицинском третману, заборављајући на постојање околности конкретног случаја, тј. стање конкретног пацијента.<sup>18</sup> То није идеално решење, јер медицинска знања и вештине потичу из извора који се стално обнавља, што не обезбеђује могућност стриктног тумачења „општепризнатих правила” медицинске науке. Такође, отежавајућу околност у целокупном поступку чине медицински стандарди и вештине, који се разликују и на националном и на међународном нивоу, а који нису ни доступни свим лекарима на истом подручју.<sup>19</sup>

Други део дефиниције уводи претпоставку кривице, са изузетком у односу на нехатна понашања. Ово је изузетна прилика да се укаже на значај појма несрећног случаја у медицини, с обзиром на то

16 Ј. Радишић, *Професионална одговорност*, 129.

17 Christian Katzenmeir, *Arzthaftung*, Mohr Siebeck, Tübingen 2002, 273 наведено према: Јелена Симић, *Лекарска грешка – грађанска одговорност због лекарске грешке*, Правни факултет Универзитета Унион, ЈП Службени гласник 2018, 101.

18 Уводи се појам апсолутне грешке којим се указује на то да је мали борј лекарских грешака које би настале тако што би одређена мера сваког лекара, код сваког пацијента, у свако време и на сваком месту, довела до исте штетне последице, а занемарујући околности конкретног случаја. Вид. Ј. Радишић, *Професионална одговорност*, 133–134.

19 Владислава Милић, „Паралелизам видова грађанске одговорности због лекарске грешке”, *Harmonius* 2020, 129.



да неуспех лечења није увек у директној вези са поступањем лекара, већ може зависити од врсте и фазе болести у којој се пацијент налази, старосне категорије којој пацијент припада, постојања придружених болести и низа других битних чинилаца.<sup>20</sup>

Због наведених приговора, било је потребно створити појам који ће дати већу ширину у дефинисању постојања правне одговорности лекара. Реч је о појму који обухвата грешке које настају из било којег несврсисходног поступка лекара, тј. медицинског особља или прекасног предузимања одређених медицинских захвата.<sup>21</sup> Стога, појам „грешке у лечењу” сачињавају све оне грешке које су настале у било којој фази односа са пацијентом – од анамнезе, дијагнозе, давања терапије, па све до накнадне медицинске неге пацијента, а услед одређеног (не)чињења.<sup>22</sup>

Поред непостојања јединственог става о томе који појам ће добити превагу у научном и јавном дискурсу, југословенска литература понудила је ново решење у терминолошком смислу. Уводи се појам „лекарска грешка” који означава несагласност са правилима медицинске струке, али и неправилности које представљају занемаривање и оних општих правила понашања која изискују одређену пажњу лекара.<sup>23</sup> Говоре о „стручној заблуди без елемената несавесности”, узимајући у обзир да је лекар ангажовао све личне и материјалне капацитете да оствари основне функције медицинског деловања, те да у тој мисији, преглед и лечење није обавио ни површно ни непотпуно.<sup>24</sup>

То нас доводи до закључка да се лекар не може ослонити на своје једном стечено знање, већ мора непрестано усвајати нове чињенице из света медицине и унапређивати лекарске способности које доводе до заштите, тј. побољшања здравља сваког пацијента.<sup>25</sup> На простору СФРЈ учавала се недовољно добра организованост и контрола

20 Мирза Тотић, „Правно схватање намерне лекарске грешке”, *Медицински гласник Специјалне болнице за болести штитасте жлезде и болести метаболизма „Златибор”*, 64/2017, 38.

21 Wolfgang Holzer, „Die arztliche Behandlungsfehler in strafrechtlicher Sicht”, *Haftung des Arztes in zivil-und-strafrechtlicher Sicht unter Einschluss des Arzneimittelrechts*, Graz 1983, 40–41, наведено према: Ј. Симић, 103.

22 Јаков Радишић, „Лекарске грешке у светлости правних разматрања”, *Анали Правној факултету у Београду*, 3/1995, 188.

23 Ј. Радишић, *Професионална одговорност*, 136.

24 Самуило Пејаковић, „Лекарска етика и лекарска грешка”, *Казнена одговорност здравствених радника у вршењу њихових дужности*, Београд 1983, 29–30, наведено према: Ј. Радишић, *Лекарске грешке*, 193.

25 Чл. 135. ст. 1 ЗЗЗС указивао је на постојање права и дужности здравствених радника да стално прате развој научних достигнућа из медицине и других наука и да се том приликом стручно усавршавају.

обавезног стажа лекара, непостојање стимулације за стручни рад, као и оптерећење лекара административним дужностима.<sup>26</sup> Када се томе придода и неадекватна подела рада лекара специјалиста, као и потпуни изостанак стандардизације опреме, све указује на недовољно добар приступ изградњи медицинског стандарда који би имао практичну примену.<sup>27</sup>

Унапређен је и појам потребне пажње коју лекар мора да остварује у односу са пацијентом. Реч је о нормативној, социјално условљеној и објективно-типичној пажњи.<sup>28</sup> То упућује на постојање потребног степена пажње<sup>29</sup> који зависи од околности конкретног случаја, а сходно правилима струке и финансијским могућностима одређеног друштва.<sup>30</sup> Том приликом не треба заборавити да је циљ заштитити здравље пацијента сходно могућностима целокупне медицине, а не оне коју може да пружи искључиво лекар појединац. Ако није могуће да се обезбеди одређени медицински стандард у поступању лекара који је дужан да пружи помоћ, онда он има обавезу да се уздржи од лечења и пацијента уступи неком другом лекару.<sup>31</sup>

## 5. ОПШТИ УСЛОВИ ОДГОВОРНОСТИ ЗБОГ ЛЕКАРСКЕ ГРЕШКЕ

Као што смо већ дефинисали, лекари, као стручњаци, пружају услуге пацијентима користећи све своје и знање струке, вештину и повећану пажњу са циљем заштите људског живота, односно здравља сваког појединца. Све ове компоненте омогућавају да када говоримо

26 Данимир Бартоловић *et al*, *Мјесто и улога лијечника оиће медицине у систему здравствене заштите, његова едукација и континуирано стручно усавшавање. Удео лијечника оиће медицине у здравственој заштити на подручју СФРЈ*, Удружење лијечника медицине Југославије, Загреб 1968, 41.

27 *Анализа здравствене сјања сјановништва, организације и рада здравствене службе у СФРЈ: за период 1979–1988*, Савезни завод за здравствену заштиту, Београд 1990, 221.

28 Erwin Deutsch, Andreas Spickhoff, *Medizinrecht*, Auflage, Berlin 2003, 101, наведено према: Јаков Радишић, „Грађанска одговорност лекара која проистиче из њиховог занимања”, *Ревизија за право осигурања* 1/2009, 15.

29 Будући да се према чл. 18. ст. 2 Закона о облигационим односима – ЗОО (*Службени лист СФРЈ*, 22/1978) очекивало постојање пажње просечног стручњака исте квалификације, лекар се није могао ослободити одговорности због лекарске грешке тврђом да је поступао употребљавајући све своје знање, вештине и искуство, ако је за обављање његовог занимања то било објективно недовољно. Вид. Helmut Koziol, *Osterreichisches Haftpflichtrecht*, Band II: Besonderer Teil. Wien 1984, 183, наведено према: Ј. Радишић, *Лекарске грешке*, 190.

30 Ј. Радишић, *Грађанска одговорност лекара*, 15.

31 *Ibid.*

о одговорности лекара, говоримо о једном од облика професионалне одговорности.<sup>32</sup> Стога, уколико се придржавају правила своје струке и поступају са професионалном, тј. пажњом доброг стручњака, не можемо говорити о постојању лекарске одговорности. Циљ овакве формулације огледа се у обезбеђивању амбијента у којем лекар, уколико се понаша на наведени начин, има пуну слободу избора начина и врсте медицинских средстава за пружање својих услуга, те могућност да сопственом проценом и умећем обезбеди оптималне резултате. Чак и да у томе не успе, зна да је укључио све своје капацитете да оствари сопствене интересе, као и интересе појединаца и целокупног друштва.

Тренутак у којем се могло говорити о начињеном првом кораку ка дефинисању условне одговорности наведених лица због професионалних грешака је тренутак када је имплементирано гледиште римских правника да треба одвојити умишљај од неопрезног лекарског поступка.<sup>33</sup> Временом, поред постојања кривице лекара у конкретном случају, захтевао се и настанак штете за одређеног пацијента и постојање узрочне везе између лекарске грешке и штете. Постојање ових чинилаца омогућавало је испуњеност општих услова одговорности због лекарске грешке. То могу бити кривична, грађанска, дисциплинска и/или етичка одговорност.<sup>34</sup> Највећи правни значај у периоду СФРЈ имале су кривична и грађанска одговорност које су се утврђивале у одговарајућем судском поступку,<sup>35</sup> те ће у раду

32 Да би се поставило питање постојања професионалне одговорности захтева се да интелектуални аспект вршења одређене делатности буде стручан, усмерен на пружање услуга трећим лицима, а на чијем добру може настати штета. Вид. Владимир Чоловић, „Осигурање од лекарске одговорности”, *Сџрани љравни живој* 3/2010, 37.

33 Овакав став заснива се на идеји да је „неумешност лекара равна његовој кривици” (*imperitia culpaе adnumeratur*). Вид. Владимир Чоловић, „Осигурање од лекарске одговорности”, *Сџрани љравни живој* 3/2010, 37.

34 Иако се утврђују у различитим поступцима и од стране различитих органа, оне једна другу не потискују. То је могуће зато што су им санкције неједнаке и зато што се међусобно допуњују. Вид. Ј. Радишић, *Професионална одговорност*, 81.

35 Југословенска правна теорија знатно се више бавила кривичном него грађанском одговорношћу лекара. Разлог томе је што су се у случају грађанске одговорности лекара примењивала општа правила, те није постојала посебна потреба за њеним даљим изучавањем. Са друге стране, уочава се дефинисање низа кривичних дела чији су учиниоци могли бити искључиво лекари. То су: кривично дело због неуказивања лекарске помоћи, због самовољног лечења, због одавања лекарске тајне, због издавања неистинитог лекарског уверења, због пластичне операције у злочиначке сврхе и због ратних злочина и геноцида у виду биолошких експеримената и стерилизације. Вид. Благоје Стамболић, Мирслав Ђорђевић, „Кривична одговорност лекара”, *Српски архив за целокупно лекарство* 4/1968, 411.

бити упоредо дефинисане, сходно анализи општих услова одговорности због лекарске грешке.

Утврђивање постојања кривице може се састојати из више фаза. У случају кривичне одговорности, најпре се проверавала испуњеност објективног мерила. То значи да се вршила процена да ли је лекар у конкретном случају поступао са пажњом доброг стручњака. Уколико није, уследила би процена испуњености субјективног мерила. У обзир су се узимале личне способности, знање и искуство лекара опште праксе или специјалисте, а сходно могућностима да се понаша онако како се од њега и очекивало у датом тренутку.<sup>36</sup> То значи да је са становишта југословенског кривичног права била меродавна пажња лекара која је објективно потребна и субјективно могућа, а која се процењивала сходно просечном стандарду пажње.<sup>37</sup> За разлику од кривичне одговорности, у случају грађанске одговорности било је речи о примени искључиво објективног мерила. То доводи до закључка да је као такво било постављено доста строже у односу на кривично право, те да је било довољно и постојање обичне непажње.<sup>38</sup> То значи да приликом оцене кривице суд није узимао у обзир личне способности, знање и искуство лекара, већ се само питао како би се у истој ситуацији снашао добар стручњак, тј. уобичајено способан и савестан лекар. То је у супротности са југословенском правном доктрином у којој се потенцирала кривична и грађанска одговорност с обзиром да се вршила њихова инкриминација само у случају примене „очигледно неподобног средства или очигледно неподобног начина лечења”.<sup>39</sup>

Тек када лекарска грешка за последицу има повреду, оштећење или погоршање здравља пацијента, она постаје основ одговорности.<sup>40</sup> Сем тога, не треба заборавити да се погоршање здравља може састојати и у трпљењу болова које је непотребно или макар неочекивано, те у смањењу могућности успеха лечења или у продуженом трајању потребном за потпуни опоравак пацијента.<sup>41</sup> Том при-

36 J. Радишић, *Медицинско право*, 180. Лекарска кривица процењује се увек *ex ante*, док је процена *ex post* допуштена само уколико нова сазнања науке лекару иду у корист. Вид. Arvid Siebert, *Strafrechtliche Grenzen arztlicher Therapiefreiheit*, Heidelberg – New York 1983, 12, наведено према: J. Радишић, *Професионална одговорност*, 152.

37 J. Радишић, *Професионална одговорност*, 160–161.

38 *Ibid*, 157–161.

39 *Ibid*, 153–154.

40 Јаков Радишић, „Одговорност лекара у случају када није довољно сигурно да је његова грешка нанела штету пацијентовом здрављу”, *Ревизија за право осигурања* 3/2010, 48.

41 J. Радишић, *Грађанска одговорност лекара*, 17.

ликом се примењују општа правила о одговорности за штету, а само у односу на онај развој догађаја који је објективно познат сходно правилима медицинске струке. Анализирајући правне и судске списе из периода СФРЈ уочава се да је за постојање кривичне одговорности био неопходан настанак знатног погоршања, док је грађанска одговорност обухватала погоршање мањег значаја.<sup>42</sup> Ипак, још је важније било направити класификацију грешака које су биле неизбежне и грешака које су се могле избећи применом стандарда пажње доброг стручњака.

Не треба заборавити да одговорност због лекарске грешке претпоставља узрочну везу између настанка лекарске грешке и штете. Прецизније, захтева се утврђивање повезаности између лекарских одлука у виду (не)одређивања дијагнозе, (не)прописивања одређене терапије или (не)пружања других лекарских услуга и погоршања здравственог стања пацијента. Сложеност људског организма, његова природна реакција на болест, као и прилагођавање на процес лечења за последицу могу имати немогућност утврђивања конкретног узрока нарушеног здравља пацијента. Ипак, суд има обавезу да утврди (не)постојање одређеног степена вероватноће, те да сходно томе примени теорије о адекватној узрочности.<sup>43</sup> Она омогућава да лекар одговара само за оне узроке штете које је могао да предвиди према редовном току ствари и животном искуству, а у моменту пружања медицинских услуга.<sup>44</sup> Утврђивање узрочне везе у логичком смислу представља задатак медицинских вештака, будући да са становишта медицинске науке врше евалуацију поступања у складу са дужностима своје професије, док процена адекватности те везе спада у задатак суда.<sup>45</sup> Југословенска теорија, као и пракса, прихватиле су и потом примениле све аспекте овог становишта.

На крају, потребно је дефинисати казнену политику социјалистичке Југославије у којој су се примењивали општи услови одговорности због лекарске грешке. Судови на просторима СФРЈ доносили су пресуде које указују на то да друштвена опасност у случају немарности и несавесности лекара није доживљавана као значајна, те да самим тим у великом броју случајева није постојала потреба вођења кривичног поступка или макар касније тежег санкциони-

42 Маријан Дамашка, *Медицинска енциклопедија*, 6. свеска, Загреб, 213, наведено према: Ј. Радишић, *Лекарска одговорност*, 141.

43 Самир Манић, „Узрочна веза као услов одговорности медицинских посленика”, *Зборник радова Правног факултета у Нишу* 84/2019, 214–223.

44 Dieter Giesen, *Arzthaftungsrecht*, Bielefeld 1981, 42, наведено према: Ј. Радишић, *Професионална одговорност*, 149.

45 Ј. Радишић, *Професионална одговорност*, 149.

сања.<sup>46</sup> Целокупна статистика упућује нас на схватање да су се поступци против лекара ретко окончавали у корист оштећеног пацијента, узимајући у обзир да оштећени пацијент није имао подршку у неком од друштвених органа, а уз постојање терета доказивања одговорности лекара због лекарске грешке.<sup>47</sup> Такође, све и уз повољан исход судског поступка за пацијента, проблем постоји и у чињеници да целокупни трошкови лечења и вођења поступка терете пореске обвезнике. Имајући то у виду, сасвим је очигледно да грађанска одговорност не погађа првенствено оног ко је примарно довео до наступања бројних последица по здравље и живот неког појединца, већ и његово блиско окружење и целокупно друштво.

### ЗАКЉУЧАК

Појам лекарске грешке је појам који није дефинисан у југословенском законодавству. Ипак, изучавање садржине овог појма од стране правника тога доба има велики значај, узимајући у обзир потребу обезбеђивања остваривања права на заштиту здравља у условима социјалистичког самоуправног друштва, те самим тим давања гаранција да постоји одређени квалитет медицинских услуга усмерених на продужење живота сваког појединца. Такво схватање упућује на постојање појма лекарске грешке у медицинској и правној пракси СФРЈ, а сходно потреби адекватнијег сагледавања датог проблема, те пружања ефикаснијег решења у свођењу броја негативних последица на најмању могућу меру. Неспорно је да у лекарској делатности постоји објективни ризик, који се може дефинисати и као типичан ризик медицинског занимања, с обзиром на то да свако лекарско (не)чињење може проузроковати последице на најважнијим људским добрима. С тим у вези, поставља се питање да ли је лекар у конкретном случају, узимајући у обзир његово целокупно знање, стечене вештине и искуство, поступао сходно правилима струке и са потребним степеном пажње, а у складу са циљем заштите интереса

46 У периоду од 1970. до 1980. године статистика говори да је годишњи просек био 108 поднетих кривичних пријава против медицинских радника, 19 подигнутих оптужница и на крају, шест осуђених лица. Нешто већи број осуђених био је 1980. године, да би се пракса блаже казнене политике врло брзо наставила у наредним годинама. Најчешће изречена казна износила је три до шест месеци затвора, а често су биле изречене и казне од један до два месеца затвора или само новчане казне. *Ibid*, 90.

47 У Југославији нису постојала удружења за заштиту пацијената нити арбитраже при лекарским друштвима за вансудско решавање спорова и вештачење, те је самим тим изостајала потребна подршка у борби за остваривање и заштиту права на заштиту здравља. *Ibid*, 93.

његовог пацијента. Уколико јесте, чак и у случају постојања неуспеха лечења, не постоји могућност позивања лекара на одговорност због лекарске грешке. То нас упућује на закључак да би требало обезбедити амбијент у којем лекар нема претеран страх од настанка грешака у свом професионалном раду, али само ако спремно примењује етичке и правне принципе са којима се упознавао у свим фазама стицања лекарског звања, као и у искуствима након тога. То би значило да је циљ правила о одговорности да се обезбеде услови у којима ће лекар моћи да професионално приступа сваком пацијенту, исказујући потребан степен стручности, саосећајности и љубазности при свакој заједничкој интеракцији.

Ипак, југословенска правна пракса сведочи о непостојању одређеног нивоа заштите повређених или угрожених права пацијената услед лекарске грешке, а узимајући у обзир неефикасност тадашњих судова у покретању поступка. Уколико би ипак предузели тај корак, питање је да ли је уследила правна реакција која је у складу са последицама које су наступиле на најважнијим људским добрима. У прилог томе иде малобројност тужених и осуђених током целокупног периода у којем је постојала СФРЈ, као и санкције које су се састојале у извршењу казне затвора од свега неколико месеци или новчане казне. Такав одговор правног система упућује нас на непостојање подстицаја на одговорније понашање. Још већи страх изазивао је и изазива све чешћи изостанак моралне осуде, макар и у лекарским круговима. То нас доводи до питања да ли је општа криза одговорности у нашем друштву оставила трага и на медицинску делатност?

## БИБЛИОГРАФИЈА

### ИЗВОРИ:

*Анализа здравственој сјања сјановнишја, ојанизације и рада здравствене службе у СФРЈ: за јериод 1979–1988*, Савезни завод за здравствену заштиту, Београд 1990.

Закон о здравственој заштити СР Србије, *Службени јласник СР Србије* 30/1979.

Закон о облигационим односима, *Службени лисј СФРЈ*, 22/1978.

Constitution of the World Health Organisation, New York, 22 July 1946, [https://treaties.un.org/doc/Treaties/1948/04/19480407%2010-51%20PM/Ch\\_IX\\_01p.pdf](https://treaties.un.org/doc/Treaties/1948/04/19480407%2010-51%20PM/Ch_IX_01p.pdf), приступљено 10. децембра 2021.

Устав СФРЈ из 1974. <http://mojustav.rs/wp-content/uploads/2013/04/Ustav-SFRJ-iz-1974.pdf>, приступљено 23. децембра 2021.



## ЛИТЕРАТУРА:

- Данимир Бартоловић *et al.*, *Мјесто и улога лијечника оиће медицине у сисџему здравсџивене зашџиџиџе, њејова едукаџија и контџинуирано стџручно усавршавање, Удио лијечника оиће медицине у здравсџивеној зашџиџиџи на подручџу СФРЈ*, Удружење лијечника медицине Југославије, Загреб 1968.
- Dieter Giesen, *Arzthaftungsrecht*, Bielefeld 1981.
- Jens Göben, *Das Mitverschulden des Patienten im Arzthaftungsrecht*, Peter Lang, Frankfurt am Main 1998.
- Маријан Дамашка, *Медиџинска енциклопедија*, 6. свеска, Загреб.
- Christian Katzenmeir, *Arzthaftung*, Mohr Siebeck, Tübingen 2002.
- Helmut Koziol, *Osterreichisches Haftpflichtrecht*, Band II: Besonderer Teil, Wien 1984.
- Самир Манић, „Узрочна веза као услов одговорности медицинских посленика”, *Зборник радова Правној факулџетџа у Нишу* 84/2019.
- Јован Марић, *Медиџинска еџџика*, Меград, Београд 2001.
- Владислава Милић, „Паралелизам видова грађанске одговорности”, *Harmonius* 2020, 124–150.
- Димитрије Миловановић, *Медиџинска еџџика*, Научна књига, Зајечар 1979.
- Erwin Deutsch, Andreas Spickhoff, *Medizinrecht*, 5. Auflage, Berlin 2003.
- Милутин Ненадовић, *Медиџинска еџџика*, Универзитет у Приштини – Медиџински факултет, Београд 2007.
- Самуило Пејаковић, „Лекарска еџџика и лекарска грешка”, *Казнена одговорност здравсџивених радника у вршењу џозива*, Београд 1983.
- Јаков Радишић, *Професионална одговорност медицинских џосленика*, Институт друштвених наука у Београду, Центар за правна и политиколошка истраживања, Београд 1986.
- Јаков Радишић, „Лекарске грешке у светлости правних разматрања”, *Анали Правној факулџетџа у Београду*, 3/1995, 182–199.
- Јаков Радишић, *Медиџинско џраво*, Правни факултет Универзитета Унион у Београду и Номос, Београд 2008.
- Јаков Радишић, „Грађанска одговорност лекара која проистиче из њиховог занимања”, *Ревџија за џраво осџурања* 1/2009, 11–27.
- Јаков Радишић, „Одговорност лекара у случају када није довољно сигурно да је његова грешка нанела штету пацијентовом здрављу”, *Ревџија за џраво осџурања* 3/2010, 48–54.
- Arvid Siebert, *Strafrechtliche Grenzen arztlicher Therapiefreiheit*, Heidelberg – New York 1983.
- Јелена Симић, *Лекарска грешка – грађанска одговорност збој лекарске грешке*, Правни факултет Универзитета Унион, ЈП Службени гласник 2018.
- Марта Сјеничић, „Лекарска грешка – грађанско-правни аспект”, *Зборник радова Правној факулџетџа у Нишу* 59/2012, 123–138.
- Рајко Суџум, „Право на здравствену зашџиту”, *Анали Правној факулџетџа у Београду* 6/1982, 1234–1245.

- Благоје Стамболић, Мирослав Ђорђевић, „Кривична одговорност лекара”, *Српски архив за целокујно лекарство* 4/1968, 407–412.
- Мирза Тотић, „Правно схватање намерне лекарске грешке”, *Медицински гласник Специјалне болнице за болести штићивастије жлезде и болести метаболизма „Златибор”* 64/2017, 33–46.
- Wolfgang Holzer, „Die arztliche Behandlungsfehler in strafrechtlicher Sicht”, *Haftung des Arzets in zivil- und strafrechtlicher Sicht unter Einschluss des Arzneimittelrechts* 1983, 33–56.
- Владимир Чоловић, „Осигурање од лекарске одговорности”, *Сирани правни животи* 3/2010.

Маша Р. MARKOVIĆ\*

## MEDICAL ERROR AS A REASON FOR LEGAL RESPONSIBILITY IN THE SOCIALIST FEDERAL REPUBLIC OF YUGOSLAVIA

### *Summary*

Taking the development of Maslow's five-level model of human needs which defines physiological and security needs as the most basic, in 1943, as a starting point, the author approaches the topic of exercising the right to health care in the first decades of development of this idea. The paper focuses on the space and time of the Socialist Federal Republic of Yugoslavia (SFRY), given the conditions that enable the emergence of a model of health care in which a certain amount of health care is guaranteed to every citizen. After defining the nature of the relationship between the doctor and patient, with a focus on the legal codification of the ethical duties of physicians of the time, the paper considers the issue of legal responsibility of physicians for medical error. We first define the concept and content of the concept of medical error, while examining the general conditions of liability for medical error. The author agrees with the view that the rules on liability for medical error must have a certain degree of rigour, in order to encourage doctors to behave professionally. However, they must not be hindered in their professional work by excessive fear of mistakes, or the legal consequences that arise from them.

Key words: *Medical ethics. – Doctor-patient relationship. – Medical error. – Liability for medical error.*

Рад приспео / Paper received: 1.4.2022.

Прихваћен за објављивање / Accepted for publication: 23.6.2022.

---

\* The author is a fourth-year graduate student at the University of Belgrade Faculty of Law, [masa.markovic@yahoo.com](mailto:masa.markovic@yahoo.com).