

KRIVIČNA DELA U VEZI SA OBAVLJANJEM LEKARSKE DELATNOSTI

Prof. dr Slobodan Savić

Lekar je u obavljanju svoje svakodnevne delatnosti izložen uticaju različitih interesa iz kojih mogu proisteći pitanja o njegovoj odgovornosti. Ne tako retko pacijenti ili članovi njihove porodice pokušavaju da u građansko-pravnom (parničnom) postupku izvuku određenu (prvenstveno materijalnu) korist iz navodnih lekarskih grešaka i njihovih posledica. Poznato je da u svetu u ovakvim situacijama oštećenim pacijentima mogu biti isplaćene izuzetno velike novčane sume, što je u našoj aktuelnoj socioekonomskoj situaciji još uvek daleko od realnosti. S druge strane, sve brojniji su i sudski postupci u kojima se postavlja pitanje krivične odgovornosti lekara zbog grešaka i nesavesnosti u radu.

Sve češće smo svedoci neželjene pojave da sredstva javnog informisanja, prvenstveno štampa, ovakve slučajeve prikazuju na nepotrebno senzacionalistički način, donoseći neobjektivne i često preuranjene osude lekara i drugih zdravstvenih radnika, u fazi kada neispravnosti u njihovom radu još nisu dokazane u sudskom postupku. Pri tom se neretko dešava da svoje mišljenje o ispravnosti rada lekara javno i vrlo kritički saopštavaju osobe koje nemaju nikakvog profesionalnog dodira sa medicinom. Ovakva javna stigmatizacija lekara može imati teške posledice za njihovu dalju profesionalnu aktivnost. Naime, čak i kada se na kraju postupka donese pravosnažna presuda o nepostojanju krivice lekara kao optuženog, ovakvom epilogu obično prethodi dugotrajan (nekad višegodišnji) i za optuženog veoma mučan proces dokazivanja, koji neopravdano ostavlja trajnu mrlju na profesionalnoj karijeri lekara. Imajući u vidu sve prethodno navedeno, izreka da je "svaki pacijent potencijalni tužilac" postaje deo realnosti sa kojom se naši lekari u svojoj praksi sve češće suočavaju.

U Krivičnom zakonu Republike Srbije (KZ), usvojenom 2005. godine, u većem broju članova navode se krivična dela koja mogu proisteći iz obavljanja lekarske delatnosti. Ova krivična dela su po svom karakteru svrstana u različite kategorije (tabela 1). Tako se npr. krivična dela "Nesavesno pružanje lekarske pomoći (čl. 251. KZ) i "Neukazivanje lekarske pomoći" (čl. 253. KZ) nalaze u grupi "Krivičnih dela protiv zdravlja ljudi i čovekove sredine".

Grupe krivičnih dela u vezi sa obavljanjem lekarske delatnosti

<i>Grupa krivičnih dela</i>	<i>Član KZ</i>	<i>Krivično delo</i>
<i>Krivična dela protiv života i tela</i>	Čl. 120.	Nedozvoljeni prekid trudnoće
<i>Krivična dela protiv sloboda i prava čoveka i građanina</i>	Čl. 141.	Neovlašćeno otkrivanje tajne
<i>Krivična dela protiv zdravlja ljudi i čovekove sredine</i>	Čl. 248.	Nepostupanje po zdravstvenim propisima za vreme epidemije
	Čl. 249.	Prenošenje zarazne bolesti
	Čl. 251.	Nesavesno pružanje lekarske pomoći
	Čl. 252.	Protivpravno vršenje medicinskih eksperimenata i ispitivanje leka
	Čl. 253.	Neukazivanje lekarske pomoći
	Čl. 259	Teška dela protiv zdravlja ljudi
<i>Krivična dela protiv pravosuđa</i>	Čl. 332	Neprijavlivanje krivičnog dela ili učinioca
<i>Krivična dela protiv službene dužnosti</i>	Čl. 367	Primanje mita

Nesavesno pružanje lekarske pomoći (čl.251. KZ)

Svaka greška lekara ne predstavlja nesavesno pružanje lekarske pomoći u krivično-pravnom smislu. Pojam "**lekarske greške**" medicinari i pravnici tumače na različit način. U pravnoj teoriji i praksi preovlađuje gledište po kome lekarska greška predstavlja odstupanje od "opšte priznatih pravila medicinske nauke" tj. kao "lečenje koje se ne obavlja lege artis". U medicinskoj literaturi, međutim, pod lekarskom greškom podrazumeva se "**stručna zabluda bez elemenata nesavesnosti**". Ovakvo medicinsko shvatanje podrazumeva da je lekar primenio sve što je u konkretnom slučaju bilo u okviru njegovih subjektivnih i postojećih objektivnih mogućnosti, ali je i pored toga došlo do greške. To je nešto što se dešava, što je stalni i neminovni rizik u medicini, odnosno ono što je obuhvaćeno okvirima medicinske tolerancije. U praksi se pojam lekarske greške najčešće može primeniti na slučajeve u kojima je lekar, i pored primene svih dostupnih adekvatnih dijagnostičkih postupaka, postavio netačnu dijagnozu.

Uzroci lekarskih grešaka (prema navedenom medicinskom shvatanju tog pojma) najčešće su sledeći:

- **Nejasna klinička slika i atipični simptomi i znaci** povrede ili oboljenja (npr. simptomi i znaci cerebralne masne embolije često se u kliničkoj dijagnostici pogrešno tumače kao posledica kontuzije mozga).

- **Nedostupnost izvesnih tehničkih pomagala** (mnogo je lakše postaviti tačnu dijagnozu uz primenu kompjuterizovane tomografije ili nuklearne magnetne rezonance, nego samo na osnovu fizikalnog pregleda).

- **Ograničeno znanje lekara** - svaki lekar koji je ovlašćen da se bavi određenim vidom lekarske delatnosti mora da poseduje odgovarajući nivo znanja, koji mora da bude primeren konkretnom nivou lečenja (lekar opšte medicine ne može znati sve što i opšti hirur; opšti hirur ne može znati sve što zna neurohirur i obrnuto). Drugim rečima, da bi se moglo raspravljati o eventualnom nesavesnom lečenju, a ne o lekarskoj grešci, ispoljeno "neznanje mora da bude očigledno" i to u odnosu na predviđeni nivo znanja za konkretnu lekarsku delatnost. Međutim, posebno pitanje je koliki treba da bude taj nivo znanja i kako omogućiti da se on stalno podiže u skladu sa savremenim kretanjima u medicinskoj nauci i praksi (u hirurgiji npr. uvođenje novih vrsta operacija, savremenih operativnih tehnika i sl.). U vezi sa ovim problemom nekada mogu iskrsnuti pitanja odgovornosti mladih lekara koji posle kratkog lekarskog staža, dakle nedovoljno obučeni (bez odgovarajuće specijalizacije i bez dovoljno iskustva) obavljaju dežurstva na hitnom prijemu pojedinih zdravstvenih ustanova, naročito ukoliko ne postoji mogućnost stalnog i hitnog konsultovanja i direktne intervencije iskusnih hirurga.

Pod pojmom "**nesrećan slučaj**" podrazumevaju se one situacije u kojima su nepovoljne posledice u toku pružanja lekarske pomoći nastupile usled nekih okolnosti koje se nisu mogle predvideti, pri čemu je lekar primenio sve neophodne mere predviđene savremenom medicinskom naukom i praksom da spreči nastajanje tih posledica i njihovo štetno dejstvo na zdravlje pacijenta. Drugim rečima, štetne posledice su kod nesrećnog slučaja "došle neočekivano, odnosno nisu sledile iz uobičajenog toka događaja". Faktori koji dovode do nesrećnog slučaja mogu biti objektivnog karaktera (posebne okolnosti slučaja - npr. nestajanje električne energije, kvar na aparatu) ili mogu poticati od pacijenta (tzv. lična svojstva ili naročita stanja organizma). U ovakim slučajevima nema subjektivne odgovornosti lekara.

Ilustrativan primer: Kod pacijenta, koji do tada nije imao nikakvih kardiovaskularnih tegoba, a koji je zbog bolova u želudačnom predelu prethodno detaljno pregledan, u toku vršenja gastroskopije naglo dolazi do pogoršanja opšteg stanja i nastupanja smrtnog ishoda za vrlo kratko vreme, uprkos svim adekvatno primenjenim merama reanimacije. Obdukcijom je utvrđeno raslojavanje (disekcija) zida grudnog dela aorte (uslovljeno postojećom cističnom degeneracijom medije) sa sledstvenom rupturom i smrtonosnim izlivom krvi u srčanu kesu - tamponadom srca.

U prikazanom slučaju vršenje gastroskopije verovatno je provociralo pogoršanje postojećeg patološkog procesa u zidu aorte (cistične degeneracije medije kao ličnog svojstva pacijenta), ali se za to ne može okriviti lekar, čiji su svi postupci bili u skladu sa principima savremene medicinske nauke i prakse. Nepovoljan ishod nastao je kao rezultat potpuno neočekivanog toka događja, proisteklog iz posebnog ličnog svojstva pacijenta, za čije postojanje lekar prethodno nije znao i nije mogao da zna. Pitanje lekarske odgovornosti moglo bi se postaviti samo u slučaju da je lekar pouzdano znao da kod pacijenta postoji slabost zida aorte, ali je i pored toga odlučio da izvrši gastroskopiju, kao potencijalno rizičnu proceduru za zdravlje pa i život pregledane osobe. U literaturi se kao primer za nesrećan slučaj u medicini obično navodi nagla pojava alergijskih reakcija na lekove ili druge supstance (npr. jodna kontrastna sredstva koja se primenjuju za rendgensko snimanje bubrega i mokraćnih puteva).

Krivično delo nesavesnog lečenja bolesnika precizirano je u članu 251. KZ-a:

Član 251. KZ Nesavesno pružanje lekarske pomoći

(1) **Lekar** koji pri pružanju lekarske pomoći primeni **očigledno nepodobno sredstvo** ili **očigledno nepodoban način lečenja**, ili **ne primeni odgovarajuće higijenske mere** ili **uopšte očigledno nesavesno postupka** i time **prouzrokuje pogoršanje zdravstvenog stanja nekog lica**, kazniće se zatvorom od tri meseca do tri godine.

(2) Kaznom iz stava 1. ovog člana kazniće se i **drugi zdravstveni radnik** koji pri pružanju medicinske pomoći ili nege ili pri vršenju druge zdravstvene delatnosti **očigledno nesavesno postupka** i time **prouzrokuje pogoršanje zdravstvenog stanja nekog lica**.

(3) Ako je delo iz st. 1. i 2. ovog člana učinjeno iz nehata, učinilac će se kazniti novčanom kaznom ili zatvorom do jedne godine.

Izvršilac (subjekt) ovog krivičnog dela može biti **lekar** (stav 1. člana 251. KZ), kao i svi **drugi zdravstveni radnici** (stav 2. člana 251. KZ).

U zakonskom tekstu decidirano su navedeni sledeći **oblici nesavesnog delovanja**:

- primena očigledno nepodobnog sredstva ili očigledno nepodobnog načina lečenja
- neprimenjivanje odgovarajućih higijenskih mera
- uopšte očigledno nesavesno postupanje.

U okviru pojma "**sredstvo lečenja**" obuhvaćena su sva "sredstva koja se unose u organizam ili stavljaju na telo radi postavljanja dijagnoze ili lečenja ili iz preventivnih razloga". "**Način lečenja**" predstavlja metod koji se primenjuje u dijagnostici i lečenju.

Pod primenom **očigledno nepodobnog sredstva** ili **očigledno nepodobnog načina lečenja** podrazumeva se sve ono što u delatnosti lekara **očigledno odnosno drastično odstupa od važećih, opšteprihvaćenih principa medicinske nauke i prakse**, odnosno ono što predstavlja **upadljivu grešku koja izlazi iz okvira medicinske tolerancije**. Medicinskom tolerancijom smatra se ono što je obuhvaćeno prethodno navedenim medicinskim shvatanjem pojma lekarske greške.

Imajući u vidu sve prethodno navedene činjenice, u praksi se **očigledno nepodobnim sredstvom lečenja** može smatrati npr. penicilin dat osobi za koju je u medicinskoj dokumentaciji decidirano navedeno da je alergična na ovaj antibiotik ili davanje transfuzije krvi neodgovarajuće krvne grupe. **Očigledno nepodoban način lečenja** je npr. odluka da se pacijent kod kojeg je dijagnostikovana rascep slezine sa izlivom krvi u trbušnu duplju tretira konzervativno, a ne hirurški, odnosno vršenjem splenektomije.

U jednom od veštačenih krivičnih predmeta u situaciji kada je klinička slika kod pacijenta posle izvršene tonzilektomije očigledno ukazivala na postojanje sepse, bez ijednog znaka i simptoma šigeloze, lekar je u medicinskoj dokumentaciji naveo da se najverovatnije radi o šigelozu i da pacijentu ne treba davati antibiotike. Nekoliko dana posle toga pacijent je egzistirao, a zaživotno uzetom hemokulturom i obdukcijom nalazom dokazana je streptokokna sepsa kao uzrok smrti.

Očigledno nepodobnim načinom lečenja može se smatrati i **dijagnostički ili terapijski postupak koji je adekvatno indikovano, ali izveden na ooljčigledno nepodoban odnosno pogrešan način.**

U jednom obdukcionom slučaju kod 55-godišnje pacijentkinje vršena je otorinolaringološka intervencija uklanjanja polipa iz nosne duplje (polypectomia endonasalis bilat. et ethmoidectomy anterior bilat.). U operativnom nalazu navedeno je sledeće: "U opštoj anesteziji očiste se oba nosna hodnika od polipa i prednje ćelije etmoidalnih sinusa. Prednja tamponada". Posle ove intervencije pacijentkinja se nije probudila iz opšte anestezije i sledećeg dana nastupio je smrtni ishod. Obdukcijom je ustanovljeno da je u toku hirurške intervencije došlo do proboja baze lobanje hirurškim instrumentom (slika 1) i njegovog prodora kroz desni čeonni režanj velikog mozga u prednji rog desne bočne moždane komore (slika 2), što je dovelo do smrtonosnog krvarenja u moždane komore i subarahnoidalni prostor.

Neprimenjivanje odgovarajućih higijenskih mera kao oblik nesavesnog postupanja može se odnositi npr. na neadekvatnu pripremu hirurga i/ili operativnog polja, koja nije u skladu sa savremenim principima asepse i antiseptice u hirurgiji.

Iako je ovo krivično delo poznato pod nazivom "nesavesno lečenje bolesnika", predviđenom zakonskom formulacijom "uopšte nesavesno postupa" omogućeno je sankcionisanje nesavesnosti u bilo kojoj formi i fazi medicinske delatnosti, a ne samo u procesu lečenja u užem smislu te reči. Relativno čest predmet krivično-pravnog razmatranja predstavlja nesavesno postupanje lekara koji u medicinski jasno indikovano slučaju nije zadržao pacijenta na opservaciji već ga je odmah po izvršenom pregledu otpustio iz bolnice, a naknadno je došlo do pogoršanja stanja i smrtnog ishoda pacijenta van zdravstvene ustanove. Tipičan primer je razvoj smrtonosnog epiduralnog hematoma ili tzv. krvarenja u dva vremena iz rasepa slezine ili jetre, posle latentnog (slobodnog, asimptomatskog) intervala kod pacijenta koji pri prvom kontaktu sa lekarom nije imao simptome i znake krvarenja te je odmah nakon pregleda otpušten iz zdravstvene ustanove, iako je po pravilima medicinske nauke i prakse trebalo da bude zadržan na opservaciji zbog postojanja spoljašnjih povreda i/ili anamnestičkih podataka o povređivanju glave odnosno trbuha. U ovim slučajevima lekar je bio dužan da u skladu sa medicinskim znanjem i iskustvom predvidi mogući nepovoljan tok događaja i da ga spreči opservacijom pacijenta i blagovremenom intervencijom u slučaju pogoršanja njegovog zdravstvenog stanja.

Optuživanje za nesavesno pružanje lekarske pomoći moguće je i u slučajevima **kliničkog nedijagnostikovanja nekog oboljenja koje je dovelo do smrtnog ishoda**, naročito kada je postojala mogućnost da se blagovremenim i adekvatnim merama konzervativnog ili hirurškog lečenja spreči umiranje pacijenta. Nepostavljanje dijagnoze nekada može biti posledica nespecificzne kliničke slike bolesti, ali nekada proističe iz pogrešno protumačenih tegoba od strane lekara ili je posledica neprimenjivanja svih neophodnih dijagnostičkih postupaka za utvrđivanje tog oboljenja.

S-760/98 16-godišnji učenik I razreda srednje škole, nije pušio ni pio. Kao dete operisan zbog krive kičme (skolioze). Majka je negirala druga oboljenja. U toku prethodnog dana nije imao nikakvih tegoba, igrao je fudbal, a 31.8.1998. oko 2 sata posle ponoći, nakon proslave svog rođendana, požalio se majci na osećaj gušenja i bolove iza grudne kosti, povraćao je. Odveden je u Urgentni centar, pregledali su ga internista i grudni hirurg, izvršeno je rendgensko snimanje grudnog koša - svi nalazi navodno su bili uredni. Dobio je injekciju novalgetola (lek protiv bolova), roditeljima je rečeno da mu nije ništa i da "folira". Sa roditeljima se oko 5³⁰ vratio kući, bolovi su popustili i legao je u krevet. Posle kraćeg vremena požalio se da ne može da ustane, izgledao je jako loše, pozvana je hitna pomoć koja je stigla posle 20 minuta i lekar je samo konstatovao smrt. Obdukcijom je ustanovljeno raslojavanje (disekcija) zida grudnog dela aorte, kao posledica patoloških promena nastalih zbog cistične degeneracije mišićnog sloja aorte u sklopu urođenog poremećaja razvoja vezivnog tkiva (Marfanov sindrom). Krajnji rezultat raslojavanja bio je rasep zida aorte sa sledstvenim smrtonosnim izlivom više od 2000 ccm krvi u grudnu duplju, tako da je obdukcijom iskrvarenje dijagnostikovano kao uzrok prirodne smrti.

Jedan od mogućih oblika nesavesnog postupanja je i **neadekvatno vođenje medicinske dokumentacije**, što je u našoj praksi, nažalost, sve češći slučaj. Dešava se da u istoriji bolesti pacijenta, koji je umro posle višednevnog ili čak višenedelnog lečenja,

postoji upisan samo nalaz na prijemu i konstatacija o smrtnom ishodu, bez ijednog podatka o toku bolesti odnosno stanju pacijenta u toku lečenja. Jedan od relativno čestih primera je i neažurno vođenje karte anestezije kod hirurških intervencija u opštoj anesteziji, što stvara velike probleme u kasnijem sudskomedicinskom veštačenju, ukoliko u toku opšte anestezije kod pacijenta nastupi smrtni ishod.

U prethodno pomenutom slučaju u kome je smrt pacijenta nastupila usled streptokokne sepse koja se razvila posle izvršene tonzilektomije, u toku veštačenja su se pojavile dve suprotne tvrdnje o stanju pacijenta prilikom otpusta iz bolnice nakon izvršenog operativnog zahvata. Lekar je tvrdio da je pacijent otpušten u dobrom opštem stanju i afebrilan, dok su članovi porodice pacijenta izjavili da je on tada bio visokofebrilan. U pribavljenoj medicinskoj dokumentaciji stanje pacijenta na otpustu uopšte nije konstatovano, a temperaturna lista o lečenju pacijenta posle tonzilektomije bila je potpuno prazna, odnosno bez ijednog podatka o postoperativnom kretanju telesne temperature.

Posmatrajući sa pravnog aspekta, ovo krivično delo može biti posledica aktivnog delovanja lekara odnosno **činjenja** nečega što ne treba da se radi, ali i **nečinjenja** onog što je trebalo da se uradi u određenoj situaciji (npr. nedavanje antišok terapije osobi kod koje se ispoljila anafilaktička reakcija pri davanju penicilina; nedavanje profilaktičke antikoagulantne terapije pacijentu koji je imobilisan zbog višestrukih preloma kostiju donjih ekstremiteta, što može dovesti do razvoja tromboze u venama nogu i smrtonosne trombone embolije pluća).

Neophodan uslov za postojanje krivičnog dela nesavesnog pružanja lekarske pomoći je da usled nesavesnog postupanja lekara nastupi **štetna posledica** u vidu **pogoršanja zdravstvenog stanja nekog lica**. Dakle, neophodno je ustanoviti postojanje **uzročne veze između nesavesnog lečenja i nastale štetne posledice**. Pri tome treba pouzdano dokazati da je **pogoršanje zdravstvenog stanja uzrokovano upravo nesavesnim postupanjem lekara**, odnosno da ono nije proisteklo iz same prirode primarne bolesti odnosno povrede ili drugih faktora koji su prethodno navedeni prilikom objašnjavanja pojma nesrećnog slučaja (posebne okolnosti slučaja, lična svojstva i naročita stanja organizma pacijenta).

U nekim slučajevima karakter i težina oboljenja ili povreda zbog kojih se pacijent leči mogu biti takvi da dovode do pogoršanja zdravstvenog stanja, pa čak i smrti pacijenta i pored svih adekvatno i blagovremeno primenjenih dijagnostičkih procedura i terapijskih mera. U takvim slučajevima, **ukoliko se adekvatnost primenjenog lečenja može egzaktno dokazati** na osnovu ažurno vođene medicinske dokumentacije, nema elemenata za krivično gonjenje lekara jer **štetna posledica u vidu pogoršanja zdravstvenog stanja nekog lica nije nastupila usled nesavesnog rada lekara**. Nažalost, dešava se da ovakvo činjenično stanje bude definitivno dokazano tek nakon dugotrajnog, često i višegodišnjeg sudskog postupka, naročito u situacijama kada se u početnoj fazi ne obavi valjano sudskomedicinsko veštačenje.

Pejaković navodi da su **elementi nesavesnosti površnost i nepotpunost**. Prema tome, da bi se štetne posledice, nastale prilikom pružanja lekarske pomoći, mogle smatrati posledicom lekarske greške, a ne nesavesnosti koja povlači krivičnu odgovornost, mora se neosporno utvrditi da je lekar na odgovarajući način (prema važećim principima savremene medicinske nauke i prakse, a u skladu sa osobenostima konkretnog slučaja) izvršio sve predviđene procedure neophodne za pružanje lekarske pomoći i sprečavanje nastupanja posledica štetnih po zdravlje i život pacijenta. Ukratko navedeno to podrazumeva: uzimanje anamneze; vršenje kompletnog fizikalnog pregleda i svih drugih potrebnih dijagnostičkih procedura (laboratorijske analize, rendgensko snimanje, konsultacije specijalista); procenu svih ustanovljenih rezultata i postavljanje dijagnoze; odluku o načinu lečenja (npr. postavljanje indikacije za hiruršku intervenciju); adekvatnu primenu izbranih sredstava i načina lečenja; redovnu kontrolu stanja pacijenta u svim fazama pružanja lekarske pomoći; adekvatno vođenje medicinske dokumentacije o svim prethodno pomenutim merama. Ako je, dakle, urađeno sve što je u konkretnom slučaju bilo moguće i to na najbolji mogući način (svestranost i potpunost kao kriterijumi

savesnosti u radu), ne može se ni u kom slučaju postaviti pitanje krivične odgovornosti lekara, čak ni onda kada je ishod lečenja nepovoljan.

Dešava se povremeno da na osnovu prikupljenih dokaza javni tužilac odustane od krivičnog gonjenja lekara, ali da **nezadovoljna rodbina pacijenta**, naročito ukoliko je nastupio smrtni ishod, nastavi da vodi krivični postupak **u svojstvu supsidijarnog tužioca**.

Pogoršanje zdravstvenog stana pacijenta, nastalo usled nesavesnog lečenja, može biti različitog intenziteta. Članom 251. KZ-a regulisano je kažnjavanje za lakše oblike pogoršanja zdravlja, dok je u članu 259. KZ-a (teška dela protiv zdravlja ljudi) predviđeno teže kažnjavanje lekara u slučajevima u kojima je nesavesno lečenje uzrokovalo nastanak ozbiljnih posledica u vidu teške telesne povrede, teškog narušenja zdravlja ili smrti pacijenta.

Čl. 259. KZ Teška dela protiv zdravlja ljudi

(1) Ako usled dela iz čl...251. st. 1. i 2...ovog zakonika, neko lice bude **teško telesno povređeno** ili mu **zdravlje bude teško narušeno**, učinilac će se kazniti zatvorom od jedne do osam godina.

(2) Ako je usled dela iz čl...251. st. 1. i 2...ovog zakonika nastupila **smrt jednog ili više lica**, učinilac će se kazniti zatvorom od dve do dvanaest godina.

Definitivnu odluku (presudu) o postojanju, odnosno nepostojanju krivičnog dela nesavesnog pružanja lekarske pomoći donosi sud. Razumljivo je da sudija, kao pravnik, ne poseduje adekvatno stručno znanje da ovu odluku donese samostalno. Stoga se njegova odluka najvećim delom **bazira na sudskomedicinskom veštačenju**. Naime, logično je da procenu očigledne nepodobnosti sredstva odnosno načina lečenja treba da vrše isključivo lekari i to oni koji su najkompetentniji u odgovarajućoj oblasti lekarske delatnosti. Upravo od kvaliteta izvršene forenzičke ekspertize najviše zavisi koliko dugo će trajati sudski proces i da li će doneta sudska odluka biti ispravna. Stoga je izuzetno značajno da već u prvoj fazi, najbolje u toku istražnog postupka, sud izabere lekare veštaka koji su u odgovarajućoj oblasti lekarske delatnosti najkompetentniji da procene da li je postupak lekara u konkretnom slučaju očigledno odstupao od savremenih principa medicinske nauke i prakse. Dosadašnje iskustvo upućuje na zaključak da je u ovim slučajevima najkorisnije kliničko-forenzičko veštačenje koje je zajednički izvršeno od strane lekara specijalista sudske medicine i lekara odgovarajuće kliničke specijalnosti u zavisnosti od oblasti na koju se veštačenje odnosi (npr. hirur, anesteziolog, ginekolog i dr.). Ozbiljnost krivičnih dela i njihovih posledica u ovim slučajevima nameće sudu veliku odgovornost prilikom izbora veštaka koji treba da donesu odluku o ispravnosti rada svojih kolega. Na žalost, u praksi se dešavalo da je prvobitno sudskomedicinsko veštačenje bilo neadekvatno izvršeno, a rezultat toga bilo je mišljenje u kome je rad lekara neosnovano proglašen nesavesnim, što je naknadnom ekspertizom nepobitno opovrgnuto na osnovu objektivnih medicinskih činjenica. Ovakvi slučajevi najčešće dobijaju epilog posle višegodišnjeg sudskog postupka i tek nakon trećestepenog sudskomedicinskog veštačenja koje uglavnom obavljaju sudskomedicinski odbori pri medicinskim fakultetima. Uspešno sudskomedicinsko veštačenje moguće je samo na osnovu **dobre medicinske dokumentacije i blagovremeno i adekvatno izvršene sudskomedicinske obdukcije** ukoliko se radi o slučaju sa smrtnim ishodom pacijenta.

U sudskomedicinskoj ekspertiznoj praksi često se dešava da osobe koje su uzrokovale povređivanje drugih lica (npr. u saobraćajnoj nezgodi, tuči i sl.) u toku krivičnog postupka, u saradnji sa svojim braniocima, pokušavaju da prikažu kako nepovoljan ishod povređivanja nije rezultat karaktera odnosno težine zadobijenih povreda već neadekvatnog postupka lekara, odnosno nesavesnog lečenja povređene osobe. To se naročito odnosi na situacije u kojima smrtni ishod kod povređenog nastupi iznenada i neočekivano usled neke komplikacije povrede koja sama za sebe nije bila neposredno opasna po život (npr. smrt usled trombne embolije pluća ili masne embolije kod osobe sa prelomom butne kosti). U takvim situacijama dešava se da čitav sudski postupak poprima

ton hajke na lekare, čija delatnost u konkretnom slučaju uopšte nije bila predmet optužnice.

Nesavestan rad lekara ne mora u svim slučajevima uzrokovati pogoršanje stanja pacijenta. Ukoliko **lekar očigledno nesavesno postupa**, ali iz takvog postupka **ne proistekne štetna posledica** u vidu pogoršanja zdravstvenog stanja nekog lica, **neće biti elemenata za krivično gonjenje** tog lekara (npr. kada lekar kod dokazane streptokokne angine ne propiše odgovarajući antibiotik, ali se infekcija i pored toga spontano zaleči bez štetnih posledica po pacijenta). Međutim, nepostojanje elemenata krivične odgovornosti u ovakvim slučajevima svakako ne znači da za dokazano nesavesno postupanje lekar ne treba da snosi određenu profesionalnu odgovornost, u skladu sa karakterom izvršenog krivičnog dela, a koja se danas u svetu u najtežim slučajevima ogleda u gubljenju licence (dozvole) za obavljanje lekarske delatnosti.

Neukazivanje lekarske pomoći (čl. 253 KZ)

Čl. 253 KZ *Neukazivanje lekarske pomoći*

(1) **Lekar** koji protivno svojoj dužnosti **odbije da ukaže lekarsku pomoć licu** kojem je takva pomoć potrebna, a **koje se nalazi u neposrednoj opasnosti za život ili opasnosti nastupanja teške telesne povrede ili teškog narušavanja zdravlja**, kazniće se novčanom kaznom ili zatvorom do dve godine.

(2) Ako usled dela iz stava 1. ovog člana lice kojem nije ukazana lekarska pomoć bude **teško telesno povređeno** ili mu **zdravlje bude teško narušeno**, učinilac će se kazniti zatvorom od tri meseca do četiri godine.

(3) Ako usled dela iz stava 1. ovog člana nastupila **smrt** lica kome nije ukazana lekarska pomoć, učinilac će se kazniti zatvorom od jedne do osam godina.

Izvršilac (subjekt) ovog krivičnog dela je isključivo **lekar** i to onaj koji **odbije da ukaže lekarsku pomoć**, bilo tako što je to **direktno odbio da učini** ili tako što je **prikrio svoj identitet tj. zanimanje** (npr. lekar koji na ulici vidi da je došlo do povrede nekog lica u saobraćajnoj nezgodi, ali i pored toga ode sa lica mesta ne pokušavajući da povređenom pruži pomoć). Jedan od primera za ovakvo postupanje mogao bi biti i slučaj kada lekar odbije da pregleda i primi neko lice u zdravstvenu ustanovu uz objašnjenje da ta ustanova trenutno nije dežurna tj. nadležna da prima pacijente. U štampi je danima odjekivao slučaj u kome je povreda krvnih sudova potkolenice dovela do smrtonosnog iskrvarenja zato što je u nekoliko beogradskih zdravstvenih ustanova medicinsko osoblje odbilo da pregleda i primi povređenog, te je na kraju hirurška intervencija izvršena prekasno. Ovakvi slučajevi često su posledica loše organizacije zdravstvene službe i u praksi se mogu izbeći otvaranjem ustanova za stalan hitan prijem (tipa Urgentnog centra). Ovim se nikako ne umanjuje odgovornost onih lekara koji su na pomenuti, potpuno neprihvatljiv način obavljali svoju profesionalnu dužnost.

U staroj verziji Krivičnog zakonika kao **neophodan uslov za postojanje ovog krivičnog dela** bilo je samo da se lice kome je potrebna lekarska pomoć nalazi u **neposrednoj opasnosti za život**, što se sa medicinskog stanovišta može relativno lako proceniti jer se na osnovu pregleda nekog lica može utvrditi da li u tom trenutku kod njega postoji stanje neposredne opasnosti za život. U trenutno važećem Krivičnom zakoniku dodat je još jedan mogući uslov koji se odnosi na **opasnost nastupanja teške telesne povrede ili teškog narušavanja zdravlja**. Drugim rečima, moguće je da u trenutku pregleda kod osobe ne postoji jasno manifestovana teška telesna povreda ili teško narušavanje zdravlja, ali je lekar na osnovu izvršenog pregleda i dobijenih anamnestičkih podataka dužan da predvidi mogućnost da u daljem toku dođe do teške telesne povrede ili teškog narušavanja zdravlja i da odgovarajućim dijagnostičkim i terapijskim merama to pokuša da spreči. Dobar primer za ovaj novouvedeni uslov krivičnog dela neukazivanja lekarske pomoći mogla bi da budu traumatska stanja sa kliničkom slikom u kojoj često postoji tzv. slobodni (latentni), odnosno asimptomatski interval – npr. povreda glave sa naknadnim ispoljavanjem kliničke slike epiduralnog hematoma ili tzv. "krvarenje u dva vremena" kod traumatskih rascepa jetre i slezine.

Prema tome, **lekar je u svim situacijama dužan da pregleda osobu** i da se pregledom uveri u to kakvo je njeno trenutno zdravstveno stanje, pa **ukoliko je ustanovio postojanje neposredne opasnosti za život ili opasnosti nastupanja teške telesne povrede ili teškog narušavanja zdravlja**, on je **dužan da pruži lekarsku pomoć u skladu sa onim mogućnostima kojima trenutno u konkretnoj situaciji raspolaže**.

U praksi se lekar može naći u situaciji da istovremeno treba da zbrinjava veći broj povređenih ili obolelih i tada je stepen opasnosti po život osnovno merilo na osnovu kojeg lekar treba da utvrdi redosled pružanja pomoći. Drugim rečima, lekar može napustiti pacijenta kojeg zbrinjava samo ukoliko život tog pacijenta trenutno nije u opasnosti te se njegovo oboljenje odnosno povreda može i posle odlaganja adekvatno lekarski zbrinuti.

U okvir ovog krivičnog dela ne mogu se svrstati oni slučajevi kada je lekar pregledao pacijenta na najbolji mogući način, ali zbog određenih okolnosti (npr. atipična klinička slika, nepristupačnost neophodnih tehničkih dijagnostičkih sredstava) nije ustanovio postojanje stanja opasnosti po život. Po svom karakteru, ovakve situacije mogu se svrstati u okvire prethodno objašnjene lekarske greške (u medicinskom smislu tog pojma).

U KZ-u se ne precizira na kog lekara se odnosi ovo krivično delo, što teorijski znači da ono sankcioniše svakog lekara bez obzira na to kakvu vrstu delatnosti obavlja, odnosno na njegovu trenutnu osposobljenost da pruži adekvatnu lekarsku pomoć. Praktično je pitanje da li bi lekar koji godinama radi u istraživačkoj laboratoriji potpuno van lekarske prakse bio u stanju da takvu pomoć pruži. Stoga u pravnoj literaturi i praksi preovlađuje stav da ovo krivično delo treba da se odnosi samo na lekare koji vrše lekarsku praksu u zdravstvenom organizacijama, jer pomoć treba da bude realna u odnosu na konkretan slučaj.

Za postojanje osnovnog oblika ovog krivičnog dela (navedenog u st. 1. čl. 253. KZ-a) nije potrebno da zbog neukazivanja lekarske pomoći nastane smrtni ishod ili pogoršanje zdravlja lica koje se nalazilo u neposrednoj opasnosti za život. Dakle, za razliku od krivičnog dela nesavesnog lečenja bolesnika, u ovom slučaju **nije neophodno nastajanje štetne posledice**. Drugim rečima, izvršilac će biti zakonski kažnjen i ukoliko lice kome nije pružena lekarska pomoć preživi bez ikakvih štetnih posledica po zdravlje. U stavu 2. i 3. člana 253. KZ-a predviđeno je, međutim, **teže kažnjavanje lekara** ukoliko usled neukazivanja lekarske pomoći **nastanu štetne posledice** u vidu **teške telesne povrede, teškog narušavanja zdravlja** odnosno **smrtnog ishoda** lica kome nije ukazana pomoć.

Zanimljivo je uporediti čl. 253 KZ-a sa čl. 127 KZ-a.

Čl. 127. KZ *Nepružanje pomoći*

(1) Ko ne pruži pomoć licu koje se nalazi u neposrednoj opasnosti za život iako je to mogao učiniti bez opasnosti za sebe ili drugog, kazniće se novčanom kaznom ili zatvorom do jedne godine.

U čl. 127 KZ-a navodi se krivična odgovornost drugih osoba, koji nisu lekari, za nepružanje pomoći licu koje se nalazi u neposrednoj opasnosti za život. Za ova lica ("nelekare") zakon predviđa obavezu pružanja pomoći samo ukoliko je to moglo da se učini bez opasnosti za sebe ili drugog. U čl. 253 KZ-a, koji se odnosi na lekare, ne postoji ovo ograničenje, iz čega proizilazi zaključak da je lekar zakonski obavezan da pruži pomoć licu koje se nalazi u neposrednoj opasnosti za život čak i onda kada time sebe dovodi u opasnost. U praksi se krivično-pravno razmatranje ovakvih situacija uglavnom odnosi na slučajeve kada lekar odbije da pruži pomoć osobi oboleloj od teške zarazne bolesti (AIDS, hepatitis B i C) iz straha da se prilikom te intervencije sam ne zarazi.

Davanje naredbe za vršenje sudskomedicinske obdukcije

U svim slučajevima u kojima postoji sumnja da je smrt pacijenta nastupila u vezi sa nesavesnim postupanjem koje može imati obeležje krivičnog dela, bilo nesavesnog pružanja lekarske pomoći, bilo neukazivanja lekarske pomoći, organ koji vodi postupak, odnosno istražni sudija, dužan je da naredi vršenje sudskomedicinske obdukcije tela umrlog pacijenta u skladu sa članom 136. Zakonika o krivičnom postupku.

Član 136. ZKP Pregled i obdukcija leša

(1) Pregled i obdukcija leša preduzeće se uvek kad je **očigledno ili postoji sumnja da je smrt određenog lica neposredna ili posredna posledica krivičnog dela ili je u vezi sa krivičnim delom...**

Član 222. ZZZ

Kao posebna mera utvrđivanja vremena i uzroka smrti umrlih lica vrši se obdukcija.

Obdukcija se **obavezno** vrši: ...

9) ako **smrt nastupi u toku dijagnostičkog ili terapijskog postupka.**

U članu 222. Zakona o zdravstvenoj zaštiti posebno je regulisano da je **vršenje obdukcije obavezno** u slučajevima u kojima je smrtni ishod nekog lica nastupio **u toku dijagnostičkog ili terapijskog postupka**. Dužnost lekara je da o tom događaju odmah obavesti nadležne organe (radnike službe unutrašnjih poslova koji informaciju prenose istražnom sudiji) i predloži vršenje sudskomedicinske obdukcije. Lekar je dužan da to uradi "čak i kada postoji samo apstraktna mogućnost da su štetne posledice u obolelog u vezi sa njegovom delatnošću" ^[5]. Ako lekar tako ne uradi i ne pokrene postupak vršenja sudskomedicinske obdukcije, neminovno se kasnije pojavljuje sumnja da je postojalo nešto što je on želeo da sakrije, a što bi se obdukcijom moglo otkriti. Važno je, takođe, da lekar ovakav svoj postupak zabeleži i u medicinsku dokumentaciju, čime obezbeđuje trajan dokaz o svom ispravnom postupku.

Samo na osnovu blagovremeno i adekvatno izvršene sudskomedicinske obdukcije moguće je utvrditi da li u preduzetim merama dijagnostike i lečenja postoje elementi krivičnog dela nesavesnog pružanja lekarske pomoći ili neukazivanja lekarske pomoći. Međutim, jednom ranijom analizom sudskih spisa utvrđeno je, međutim, da je od 147 predmeta u kojima je vršeno veštačenje smrtnih slučajeva zbog navodnog nesavesnog lečenja, obdukcija bila izvršena samo nad 36% umrlih pacijenata.

LITERATURA:

1. Ćirić J. Nesavesno lečenje bolesnika (problem utvrđivanja krivične odgovornosti lekara). Pravni život, broj 9, knjiga 418, 211-222, 1995.
2. Lukić M, Pejaković S. Sudska medicina. Privredno-finansijski vodič, Beograd, 1975.
3. Pejaković S. Sudskomedicinska ekspertiza i lekarska greška pred društvom i sudom. Naučna knjiga, Beograd, 1991.
4. Savić S. i sar. Hirurška intervencija i lekarska odgovornost. U Stevović D. i sar (ed.) Hirurgija za studente i lekare, Savremena administracija, Beograd, 2000;1009-12.
5. Stambolović B, Đorđević M. Krivična odgovornost lekara. SA, 4, 1968.
6. Trišić B, Dunjić D. Odgovornost lekara pri lečenju bolesnika (pravno-medicinski aspekti intenzivne medicine). U Mitrović M. i sar. Osnovi urgentne medicine, Medicinski fakultet u Beogradu, Gutenbergova galaksija, Beograd, 1995.

Prema odredbama KZ-a kažnjivo je:

- vršenje medicinskih eksperimenata na ljudima, koje je protivno propisima
- kliničko ispitivanje leka, koje je protivno propisima
- kloniranje ljudi ili vršenje eksperimenata u cilju kloniranja.

Члан 252. КЗ Противправно вршење медицинских експеримената и испитивање лека

(1) Ко противно прописима на људима врши **медицинске или друге сличне експерименте**, казниће се затвором од три месеца до пет година.

(2) Казном из става 1. овог члана казниће се и ко врши **клонирање** људи или врши експерименте у том циљу.

(3) Ко противно прописима врши **клиничко испитивање лека**, казниће се затвором од три месеца до три године.

KRIVIČNA DELA U VEZI SA SPREČAVANJEM ŠIRENJA ZARAZNIH BOLESTI

Povremena pojava epidemija, pa i pandemija opasnih zaraznih bolesti dovodi čovečanstvo u opasnost od velikih ljudskih gubitaka. U toku poslednjih godina bile su aktuelne epidemije ptičjeg gripa, teškog plućnog oboljenja SARS (severe acute respiratory syndrome), a u aprilu 2009. došlo je naglog širenja tzv. svinjskog gripa sa prvim slučajevima registrovanim u Meksiku, tako da je naziv ovog oboljenja promenjen u meksički ili novi grip. U našem zakonodavstvu, pored propisa, odluka i naredbi kojima se određuju mere za suzbijanje i sprečavanje epidemije i zaraznih bolesti, Krivičnim zakonikom predviđena je krivična odgovornost za one koji ne postupaju po postojećim propisima.

Члан 248. КЗ Непоступање по здравственим прописима за време епидемије

Ко за време епидемије какве опасне заразне болести **не поступа по прописима**, одлукама или наредбама којима се одређују мере за њено сузбијање или спречавање, казниће се новчаном казном или затвором до једне године.

Члан 249. КЗ Преношење заразне болести

Ко не поступа по прописима, одлукама или наредбама за сузбијање или спречавање заразних болести, па услед тога **дође до преношења заразне болести**, казниће се затвором до три године.

Član 248. KZ odnosi se na situaciju postojanja **epidemije neke zarazne bolesti**, a predviđa kažnjavanje osoba koje ne postupaju po zdravstvenim propisima kojima se određuju mere za suzbijanje ili sprečavanje epidemije, bez obzira na ishod takvog nepoštovanja propisa. Drugim rečima, za ovo krivično delo nije neophodno postojanje štetne posledice. S druge strane, u **članu 249. KZ** regulisano je kažnjavanje osoba koje ne postupaju po propisima čiji je cilj **suzbijanje ili sprečavanje zaraznih bolesti**, s tim što ovo krivično delo postoji samo ukoliko dođe do prenošenja zarazne bolesti upravo zbog nepoštovanja propisa.

Teže zakonsko sankcionisanje izvršilaca predviđeno je ukoliko usled prenošenja zarazne bolesti ili vršenja eksperimenata dođe do ozbiljnih posledica - teškog narušenja zdravlja ili smrti jednog ili više lica.

Čl. 259. KZ Teška dela protiv zdravlja ljudi

(1) Ako usled dela iz ... čl. 249. ...252... ovog zakonika, neko lice bude **teško telesno povređeno** ili mu **zdravlje bude teško narušeno**, učinilac će se kazniti zatvorom od jedne do osam godina.

(2) Ako je usled dela iz ... čl. 249. ...252... ovog zakonika nastupila **smrt jednog ili više lica**, učinilac će se kazniti zatvorom od dve do dvanaest godina.

Odgovornost zdravstvenih radnika za prenošenje HIV infekcije

Члан 250. Преношење инфекције ХИВ вирусом

(1) Ко свесно другог доведе у опасност од инфекције ХИВ вирусом, казниће се затвором до две године.

(2) Ко се свесно не придржава прописа и мера који се односе на спречавање ширења ХИВ инфекције и тиме из нехата доведе до преношења инфекције ХИВ вирусом на друго лице, казниће се затвором од једне до пет година.

(3) Ко знајући да је заражен ХИВ вирусом свесно пренесе на другог ту инфекцију, казниће се затвором од две до дванаест година.

(4) Ако је услед дела из става 3. овог члана наступила смрт зараженог лица, учинилац ће се казнити затвором од пет до петнаест година.

(5) Ако је дело из ст. 3. и 4. овог члана учињено из нехата, учинилац ће се казнити за дело из става 3. затвором до три године, а за дело из става 4. затвором од шест месеци до пет година.

AIDS (sida) je zarazno oboljenje izazvano virusom (HIV - virus humane imunodeficijencije), koje svojim brzim epidemijskim širenjem i velikom smrtnošću ozbiljno ugrožava savremeno čovečanstvo. Stoga je razumljivo što je sprečavanju širenja HIV infekcije posvećen poseban član u Krivičnom zakoniku Republike Srbije. Odgovornost zdravstvenog osoblja za prenošenje HIV infekcije može se sankcionisati stavom 2 člana 250 KZ-a, koji se odnosi na osobe koje se svesno ne pridržavaju propisa i mera usmerenih na sprečavanje širenja HIV infekcije i time iz nehata dovedu do prenošenja HIV infekcije na drugo lice.

U praksi se ovi slučajevi uglavnom odnose na prenošenje HIV infekcije na pacijenta putem transfuzije zaražene krvi ili krvnih derivata. U vreme otkrivanja HIV infekcije i side osobe obolele od hemofilije činile su jednu od četiri rizične grupe za dobijanje ovog oboljenja ("bolest 4H" - homoseksualci, heroinomani, hemofiličari i Haićani). Naime, u lečenju ovih pacijenata bili su primenjivani derivati krvi sa faktorima zgrušavanja koji su im nedostajali. Kako su derivati spravljani od krvi koja je uzimana od velikog broja različitih osoba (neretko i od zatvorenika), u velikom broju slučajeva ti derivati su bili kontaminirani virusom side, tako da su pacijenti bili zaraženi u toku davanja terapije.

Predmet Prvog opštinskog suda u Beogradu, XVIII P.br.5260/00: Tužba roditelja mal. A. B. i A. D. koji su umrli u 24. odnosno 26. godini, protiv države SRJ i Republike Srbije: "Sinovi tužilaca su bili bolesni od hemofilije i dugotrajno su lečeni u Institutu za majku i dete na Novom Beogradu, gde su propustom tuženih koji su propustili da donesu propise oko uvoza krvnih preparata koji bi onemogućili uvoz preparata zaraženih HIV virusom, inficirali se ovim virusom a zatim se i razboleli od SIDE i od koje bolesti su obojica i preminuli". Predmet veštačenja odnosio se na izjašnjenje veštaka o uzroku smrti mal. A. B. i A. D., koji su болоvali od hemofilije, posebno o postojanju uzročno-posledične veze između korišćenja terapije vezano za oboljenje pok. A. B. i A. D. u Institutu za majku i dete u Beogradu, kao i drugim ustanovama gde su lečeni. Veštačenjem je utvrđeno da su i A.B. i A.D. najverovatnije inficirani HIV-om preko kontaminiranih preparata faktora VIII, koje su dobijali za lečenje hemofilije, ali da je do te infekcije došlo znatno pre uvođenja zakonske obaveze testiranja krvi i krvnih derivata na kontaminaciju HIV-om u avgustu 1987. godine.

Mogućnost ovakvog prenošenja HIV infekcije praktično je svedena na minimum uvođenjem zakonske obaveze testiranja svih uzoraka krvi i krvnih derivata dobijenih od dobrovoljnih davalaca. U našoj zemlji zakonska obaveza testiranja uvedena je u avgustu 1987. (ispitivanje prisustva antitela na virus side u krvi koju daju dobrovoljni davaoci). I pored toga 2004. godine sprovedena je istraga u slučaju u kojem je postojala opravdana sumnja, koja je na kraju i dokazana, da su tri osobe (od kojih je jedno bilo dvogodišnje dete) zaražene HIV-om preko krvnih derivata proizvedenih u Institutu za transfuziologiju u Beogradu. Do kobne greške došlo je zbog pogrešnog očitavanja rezultata testa kojim su uzorci krvi ispitivani na postojanje antitela na HIV. U ovakvim situacijama, pored krivično-pravna odgovornost vinovnika, postavlja se ozbiljno pitanje profesionalne odgovornosti zdravstvenih radnika, kao i građansko-pravne obaveze zdravstvenih ustanova u cilju naknade štete inficiranim licima i članovima njihovih porodica.

Krivična odgovornost uglavnom se odnosi na lica koja su učestvovala u proizvodnji inficiranih uzoraka krvi i krvnih derivata, ali ne i zdravstvenih radnika koji su kontaminirane

preparate terapijski dali pacijentima. Naime, u kliničkim zdravstvenim ustanovama ne postoji obaveza ponovnog testiranja krvi i krvnih derivata pre njihove terapijske primene, pa se ono i ne vrši jer se podrazumeva da je testiranje već prethodno obavljeno u skladu sa važećim propisima i po odgovarajućoj proceduri.

U sudskom postupku mora da se dokaže:

- da rad zdravstvenog osoblja nije bio u skladu sa zakonski propisanom procedurom testiranja uzoraka krvi i krvnih derivata na prisustvo antitela protiv virusa side i
- da je kao posledica takvog postupanja došlo do prenošenja infekcije (sa sigurnošću se mora isključiti mogućnost da je HIV infekcija kod oštećenog nastala nekim drugim načinom prenošenja).

LEKARSKA TAJNA

“O svemu što sam video ili čuo u vršenju svog posla ćutaću i smatraću tajnom i svojom dužnošću.”

Iz Hipokratove zakletve

Član 141. KZ Neovlašćeno otkrivanje tajne

(1) Advokat, branilac, **lekar ili drugi zdravstveni radnik** ili drugo lice koje **neovlašćeno otkriva tajnu koju je saznalo u vršenju svog poziva**, kazniće se zatvorom do jedne godine.

(2) Neće se kazniti za delo iz stava 1. ovog člana ko otkrije tajnu u opštem interesu ili interesu drugog lica, koji je pretežniji od interesa čuvanja tajne.

Tajna - svaka činjenica saznata u toku vršenja poziva, koja nije pristupačna širem krugu lica, a za koju postoji interes ili volja vlasnika da se ne sazna od neovlašćenog lica. Tajna obuhvata samo činjenice vezane za konkretnu bolest, a odnosi se ne samo na žive već i na umrle pacijente.

Ovo krivično delo ne postoji ako lekar otkrije činjenice:

- po ovlašćenju lica od koga je saznalo tajnu
- na osnovu zakonskog ovlašćenja.

Zakonska ovlašćenja – koja omogućavaju lekaru da otkrije tajnu odnose se na sledeće situacije:

- **lekar kao svedok na sudu** - lekar otkriva tajnu isključivo sudu, a sud odlučuje da li saznatu tajnu treba otkriti;
- **lekar kao veštak na sudu** - apriori je ovlašćen od suda da otkrije saznatu tajnu (lekar nije obavezan da iznese sve činjenice koje je otkrio tokom obavljanja veštačenja, već samo one koje su vezane za predmet veštačenja);
- **prijavlivanje zarazne bolesti ili sumnje na zaraznu bolest** - to je zakonska obaveza koju lekar mora poštovati;
- **prijavlivanje pripremanja krivičnog dela, izvršenja krivičnog dela ili njegovog izvršioca** – ova obaveza lekara kao službenog lica takođe je regulisana zakonom.

Član 332. KZ Neprijavlivanje krivičnog dela i učinioca

(1) Ko zna da je neko lice učinilo krivično delo za koje se po zakonu može izreći zatvor od trideset do četrdeset godina ili zna samo da je takvo delo učinjeno, pa to ne prijavi pre nego što su delo, odnosno učinilac otkriveni, kazniće se zatvorom do dve godine.

(2) Kaznom iz stava 1. ovog člana kazniće se i **službeno ili odgovorno lice** koje **svesno propusti da prijavi krivično delo za koje je saznalo u vršenju svoje dužnosti**, ako se za to delo po zakonu može izreći pet godina zatvora ili teža kazna.

(3)...**neće se kazniti**...branilac, **lekar** ili verski ispovednik **učinioca**...

Konkretan problem može se u praksi pojaviti kada lekar za pacijentkinju ima prostitutku koja je inficirana HIV-om, ali i pored toga nastavlja da se bavi ovim zanimanjem ne upozoravajući osobe sa kojima dolazi u kontakt na svoju HIV pozitivnost. Takvo njeno ponašanje moglo bi se smatrati potencijalnim vršenjem krivičnog dela iz stava 2 člana 250

KZ-a ("Ko znajući da je zaražen HIV virusom svesno prenese na drugog tu infekciju, kazniće se zatvorom od dve do dvanaest godina"). S obzirom na to da je za ovo krivično delo predviđena kazna zatvora od dve do dvanest godina, njegovo je prijavljivanje obavezno, a neprijavlivanje kažnjivo prema stavu 2 člana 332 KZ-a. S druge strane, prema stavu 3 istog člana KZ-a lekar izvršioca (koji je u konkretnom slučaju pacijent tog lekara) neće biti kažnjen zbog neprijavlivanja. Pitanje je kako da se lekar u praksi postavi i kako da postupi u ovakvoj situaciji. S obzirom na to da je pacijent dužan da obavlja od strane lekara predložene mere i postupke u lečenju i zaštiti okoline, ukoliko se pacijent ne pridržava saveta lekara, on krši nepisani ugovor između sebe i lekara te je time lekar razrešen obaveze daljeg čuvanja tajne i dužan je da ovakvo ponašanje svoje pacijentkinje prijavi u cilju zaštite drugih potencijalno ugroženih pojedinaca.