

Mr. sc. Maja Proso: Sustavi osiguranja od odštetne odgovornosti u zdravstvenoj djelatnosti
Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu, god. 46, 2/2009., str. 359.-372.

Mr. sc. Maja Proso, asistentica
Pravnog fakulteta Sveučilišta u Splitu

SUSTAVI OSIGURANJA OD ODŠTETNE ODGOVORNOSTI U ZDRAVSTVENOJ DJELATNOSTI

UDK: 347.56 : 61 (497.5)

Primljeno: 10. 12. 2008.

Pregledni znanstveni rad

Institut osiguranja od odštetne odgovornosti zdravstvenim djelatnicima pomaže olakšati imovinske rizike povezane uz obavljanje profesionalne djelatnosti. On danas postaje nezamjenjivo sredstvo zaštite, budući tehnološko-znanstveni napredak u medicini dovodi do toga da se povećava broj grešaka koje nastaju prilikom pružanja medicinskih usluga. U radu se „de lege lata“ komparativno prikazuje materija sustava osiguranja od odštetne odgovornosti liječnika kod nas i u svijetu kao i prijedlozi „de lege ferenda“ kojima bi hrvatski sustav osiguranja odštetne odgovornosti trebalo unaprijediti.

Ključne riječi: *osiguranje od odštetne odgovornosti u medicini, profesionalna odgovornost, liječnici, pacijenti, naknada štete*

1. UVOD

Posljednjih godina svjedoci smo sve brojnijih nesretnih slučajeva u sustavu pružanja zdravstvene zaštite, i slijedno tome visokih odštetnih zahtjeva pacijenata i dugotrajnih sudskih postupaka protiv zdravstvenih ustanova i samih liječnika. Postojeća je situacija i u Republici Hrvatskoj, (kao i drugdje u svijetu, o čemu će u radu biti više riječi) pokrenula pitanje iznalaženja najprikladnijeg sustava osiguranja od odštetne odgovornosti koji će omogućiti isplate naknada štete žrtvama liječničke greške ili pak medicinske nezgode, a ujedno na najbolji mogući način, štiteći profesionalni integritet medicinskih djelatnika, poglavito liječnika, osigurati ih od eventualnih budućih šteta. Koji bi, dakle, bio adekvatan sustav kojim bi zaštitili imovinski interes zdravstvenih ustanova i liječnika, a ujedno dali pravično obeštećenje pacijentima koji su pretrpjeli štetu prilikom pružanja liječničke skrbi? U radu ćemo najprije „de lege lata“ prikazati nekoliko postojećih svjetskih sustava osiguranja od odštetne odgovornosti, uključujući domaće. Neki od postojećih sustava specifičnošću su ponuđenih rješenja zavrijedili naziv „alternativni sustavi osiguranja od odgovornosti“. Nadalje, cilj nam je i pokušati dati smjernice „de lege ferenda“ kakav bi sustav trebalo prihvatiti u našim uvjetima. Odštetno pravo klasičnog tipa, kakvo je kod nas i još uvijek u većini svjetskih zemalja, utemeljeno na subjektivnoj (ili nešto rjeđe, pod posebnim pretpostavkama, objektivnoj odgovornosti) za nastalu štetu – više očito ne zadovoljavaju. Jedno od mogućih

rješenja, koje zagovara i autorica ovog rada, bilo bi, prema uzoru na neke druge djelatnosti i profesije, uvođenje sustava obveznog osiguranja od odgovornosti za štetu. Drugačija rješenja nude suvremeniji sustavi zaštite i pacijenata i liječnika primijenjeni u poglavito ekonomski razvijenijim zemljama svijeta . O kakvim se sustavima radi i u kojim su zemljama uvedeni pokazat ćemo u nastavku rada .

2. POSTOJEĆI SUSTAVI OSIGURANJA OD ODŠTETNE ODGOVORNOSTI

Osiguranje od odštetne odgovornosti pri obavljanju profesionalne zdravstvene djelatnosti moguće je legislativno urediti na više načina. Postojeće svjetske sustave osiguranja za štetu koju pacijent pretrpi u sustavu pružanja zdravstvene zaštite moguće je svesti na tri tipa, odnosno sustava. Prvi, tzv. „klasični sustav“, temeljen je na općim pravilima nacionalnog odštetnog građanskog prava, najčešće sa subjektivnom odgovornosti koji se temelji na krivnji zdravstvenog djelatnika, poglavito liječnika. Taj je sustav najprihvaćeniji budući je prisutan u najvećem broju europskih pa i svjetskih zemalja. Za taj sustav osiguranja od odštetne odgovornosti osnovne su karakteristike potreba dokazivanja određenog stupnja krivnje zdravstvenog djelatnika za prouzročenje nastale štete, vođenje dugotrajnog sudskog postupka, visoki sudski i odvjetnički troškovi koje sustav kao posljedicu vuče sa sobom. „Klasični“ je sustav na snazi i u Hrvatskoj. Drugi, tzv. „no fault sustav“ odgovornosti za štetu i osiguranja od odgovornosti, dakle, sustav koji se ne temelji na krivnji zdravstvenog djelatnika, uveden najprije u skandinavskim zemljama, odakle i vuče naziv, kod kojega krivnja počinitelja nije uvjet naknade i isplate štete. Odgovornost zdravstvenog djelatnika i isplata naknade štete pacijentu, dvije su sasvim odvojene stvari te se utvrđuju u dva neovisna postupka. Treći, francuski, „mješoviti“ sustav - svojevrsna spona prethodna dva sustava, uglavnom je temeljen na odgovornosti zdravstvenih djelatnika po načelu krivnje, ali za određene kategorije nesreća u sustavu pružanja zdravstvene zaštite i pod određenim uvjetima uvodi i odgovornost bez krivnje tzv. „no fault“ sustav po uzoru na skandinavske zemlje. Nakon ovog uvodnog sumarnog određenja tri osnovna tipa sustava osiguranja od odštetne odgovornosti, u sljedećem dijelu rada pobliže ćemo odrediti karakterisitke, razlike i sličnosti, kao i prednosti i eventualne nedostatke svakog od navedenih sustava.

2.1. “Klasični“ sustav osiguranja od odštetne odgovornosti

Klasični je sustav osiguranja od odštetne odgovornosti zdravstvenih djelatnika, poglavito liječnika prevladavajući, a na snazi je i u Hrvatskoj. Stoga ćemo osnovne karakteristike ovog modela prikazati upravo na domaćem primjeru. Sustav se zasniva na liječničkoj odgovornosti za skrivljenu negativnu posljedicu medicinskog tretmana. Klasični sustav primjenjuje se i u velikom broju

europskih zemalja: Italiji¹, Austriji, Njemačkoj² U hrvatskom pravu osiguranje od odgovornosti liječnika pri obavljanju profesionalne djelatnosti (kao i osiguranja od odgovornosti za neke druge djelatnosti) Zakonom o osiguranju³ smješteno je u grupu imovinskih, osiguranja. Za razliku od nekih drugih djelatnosti⁴, osiguranje liječničke odgovornosti dobrovoljno je.⁵ Liječnički je profesionalni položaj unutar zdravstvenog sustava u Hrvatskoj reguliran Zakonom o liječništvu⁶ kojim se uređuje pojam, ustrojstvo i uvjeti obavljanja liječničkog zvanja te djelovanje liječnika kao temeljnog nositelja zdravstvene djelatnosti, kao i Zakonom o zdravstvenoj zaštiti⁷, Zakonom o zdravstvenom osiguranju⁸, i ostalim propisima strukovnih organizacija iz oblasti zdravstva kao što je Kodeks medicinske etike. Ukoliko u svom radu dođu u situaciju da odgovaraju za eventualno počinjenu štetu pacijentu, ili nekoj drugoj osobi, njihova se odgovornost, uz navedene propise, prosuđuje po općim pravilima građanskog prava sadržanima u Zakonu o obveznim odnosima (Narodne Novine 35/05). U Hrvatskoj je osiguranje od odštetne odgovornosti relativno novi vid osiguranja⁹. Procjena je da je u Hrvatskoj od ukupnog broja profesionalnih liječnika za sada osigurano jedva oko 10 %. Veliki je i broj neosiguranih bolničkih kompleksa.¹⁰ Propusti liječnika tijekom pružanja zdravstvene zaštite mogu za posljedicu imati ozbiljno oštećenje zdravlja, tjelesnu ozljedu ili pak smrtnu posljedicu, a sve to može za zdravstvenog djelatnika izazvati ogromne financijske posljedice. Zbog toga hrvatskim liječnicima stoji na raspolaganju osiguranje od odgovornosti, putem Posebnih uvjeta za osiguranje od odgovornosti koje osiguratelji donose za određene grupacije profesionalnih djelatnosti, naravno uz primjenu Općih uvjeta za osiguranje od odgovornosti i

¹ O odgovornosti za liječničku grešku u Italiji i osiguranju od iste vidi u: Klobučar, D., "Risk management i osiguranje", Zagreb, 2007., str. 409.; De Strobel, D., "L'assicurazione di responsabilità civile", Milano, 1998.

² O tematici osiguranja od odgovornosti liječnika od odštetne odgovornosti u Njemačkoj, vidi u: Trebill, M., "Versicherungsrecht", München, 2004., str. 1309.

³ V. čl.75., st.3., Zakona o osiguranju, Narodne Novine br.46/97.,116/99., 11/02

⁴ Tako odvjetničku, javnobilježničku djelatnost, za koje postoji obveza osiguranja od odgovornosti za štete koju bi propadnici tih profesija radom mogli prouzročiti trećim osobama.

⁵ Čl. 120., st 4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, Narodne Novine br. 121/03 navodi: "Zdravstveni radnici mogu se osigurati od odgovornosti, a štetu koju bi mogli počinuti obavljanjem zdravstvene djelatnosti"

⁶ Zakon o liječništvu, Narodne Novine Narodne novine br. 121/03, čl.1. glasi "Ovim se zakonom uređuje pojam, ustrojstvo i uvjeti za obavljanje liječničkog zvanja te djelovanje liječnika kao temeljnog, samostalnog i odgovornog nositelja zdravstvene djelatnosti koja je od posebnog interesa za Republiku Hrvatsku i koja osigurava zdravstvenu zaštitu svakom pojedincu i cjelokupnom pučanstvu u Republici Hrvatskoj"

⁷ Zakon o zdravstvenoj zaštiti člankom 1., st.1. određuje "Ovim se zakonom uređuju mjere, način provođenja te organizacija zdravstvene zaštite, nositelji društvene skrbi za zdravlje stanovništva, prava i obveze osoba u korištenju zdravstvene zaštite te sadržaj, način obavljanja i nadzor nad obavljanjem zdravstvene djelatnosti."

⁸ Zakon o zdravstvenom osiguranju, Narodne novine br. 121/03

⁹ Posebni uvjeti za osiguranje odgovornosti liječnika i stomatologa pri obavljanju profesionalne djelatnosti Croatia osiguranja, u primjeni od 1.01.1997.g., Croatia osiguranje.

¹⁰ Prema podacima iz članka "Liječnici Vs. pacijent", objavljenim u "Jutarnjem listu" subota, 28. kolovoza 2004.

Općih uvjeta za osiguranje imovine kada se posebni uvjeti na njih pozivaju. Posebni su uvjeti za osiguranje profesionalne odgovornosti upravo i kreirani za one visoko profesionalne djelatnosti gdje je utvrđivanje nečije odgovornosti daleko složenije nego li za cijeli niz drugih djelatnosti za koje je odgovornost regulirana samo Općim uvjetima za osiguranje od odgovornosti. Ono što je karakteristika posebnih uvjeta osiguranja od odgovornosti za liječnike i neke druge vrste djelatnosti¹¹ je osiguranje profesionalnih propusta i grešaka, a što je općim uvjetima isključeno za cijeli niz djelatnosti. Ugovori o osiguranju od liječničke odgovornosti sklapaju se kod osiguratelja kojima to osiguranje nije uža specijalnost i to temeljem uvjeta osiguranja koji su kod nas različiti od osiguratelja do osiguratelja. Ne postoje tzv. ogledni uvjeti, kao što je slučaj u Njemačkoj¹², pa su i ugovori o osiguranju nestandardni i neujednačeni. Osigurane svote kao gornja granica osigurateljeve obveze, zbog relativno niskoga iznosa, koji su kod nas za veliku većinu liječničke populacije, za žalost ipak dosta visoke, nisu osiguranje da će njima biti pokrivena cjelokupna moguća šteta.¹³ Na prava i obveze u koje stranke stupaju sklapanjem ugovora o osiguranju od liječničke odgovornosti pri obavljanju profesionalne djelatnosti, a koja nisu uređena ugovorom o osiguranju podredno se primjenjuju dispozitivne odredbe Zakona o obveznim odnosima.¹⁴ Ustanove su osigurane za javnu odgovornost. To znači da je ustanova odgovorna za nastalu, objektivnu štetu ako npr. pacijent hospitaliziran zbog nekog medicinskog stanja padne s kreveta i zadobije frakturu. Za tu će štetu nadoknadu platiti osiguratelj po polici zdravstvene ustanove. No, ako je riječ o profesionalnoj odgovornosti koja je uslijedila zbog liječnikovog propusta, tada nema naknade štete s police javne odgovornosti jer je odgovornost subjektivna. Za hrvatskog pacijenta to praktički znači da se, ukoliko želi potraživati naknadu štete prouzročenu eventulanom liječničkom greškom nastaloj u sustavu pružanja zdravstvene zaštite, prema klasičnom sustavu osiguranja od odštete odgovornosti, mora pripremiti na dugotrajan put sa neizvjesnim ishodom. Ukoliko je liječnik privatnik ili pak bolnički centar bio osiguran (budući je osiguranje od odštete odgovornosti zdravstvenih djelatnika fakultativno) to mu ponešto olakšava situaciju te skraćuje put do naknade. U dugotrajnom sudskom parničnom postupku mora dokazati sve opće pretpostavke potrebne za nastanak odnosa odgovornosti za štetu, budući se za liječničku odgovornost primjenjuju opća pravila građanskog prava o odgovornosti za štetu, prilagođena putem sudske prakse. Pretežito se primjenjuju pravila subjektivne odgovornosti za štetu kod

¹¹ Posebni uvjeti za osiguranje odgovornosti revizora, javnih bilježnika, veterinarara, za proizvode s nedostatkom, za zaštitarsku djelatnost, itd.

¹² O njemačkim uvjete osiguranja od odgovornosti liječnika, više vidi u: Trebille, nav.djelo str. 1324.

¹³ Primjerice Basler osiguranje: za biokemičare i farmaceute – 50.000 eura, liječnike, stomatologe i psihologe od 75.000 do 220.000 eura, op.a.

¹⁴ Na supsidijarnu primjenu odredbi ZOO-a poziva članak 14. Općih uvjeta za osiguranje odgovornosti Basler osiguranja. Zakon o obveznim odnosima osiguranje odgovornosti uređuje samo sa dvije odredbe, i to odredbe čl.964. i čl. 965. koji su smješteni u Posebnom dijelu, dio VIII.Ugovorni obvezni odnosi, pod nazivom "Ugovor o osiguranju", (čl. 921-989).

koje se krivnja presumira¹⁵, što pacijentu donekle olakšava situaciju, no liječnik mora dokazati, ukoliko se želi ekskulpirati, kako je do greške došlo bez njegove krivnje, odnosno kako je u svemu radio *lege artis*, prema pravilima i standardima struke. Sve su doduše češći zahtjevi teorije, u praksi još neprihvaćeni, za što širom primjenom pravila objektivne odštetne odgovornosti kod koje se odgovora po principu *cause*.¹⁶

2. 2. Skandinavski „no-fault“ sustav osiguranja od odštetne odgovornosti

Nekoliko je zemalja u svijetu koji su svojim specifičnim uređenjem materije osiguranja pacijenata za pretrpljene štete stvorile svojevrsnu sponu između zaštite prava pacijenata te osiguranja pacijenata za štete koje bi im profesionalnim radom mogli prouzročiti liječnici te materije odštetnopravne odgovornosti liječnika i ostalog zdravstvenog osoblja za te iste štete. Njegova „alternativnost“ leži upravo u činjenici da je to sustav koji osigurava pacijente od eventualnih šteta nastalih od strane zdravstvenih djelatnika prilikom pružanja zdravstvene zaštite. Uveden je uglavnom u europskim zemljama krajnjeg sjevera, prvo u Švedskoj pa se stoga kolokvijalno za taj tip osiguranja ustalio naziv «skandinavski model». U Švedskoj je do sredine sedamdesetih godina prošlog stoljeća vrijedilo klasično odštetno pravo temeljeno na krivnji zdravstvenog djelatnika. Onda je 1975. uvedeno kolektivno obvezno osiguranje pacijenata, najprije preko županijskih zdravstvenih vijeća, a kasnije i kod svih javnih i privatnih davatelja zdravstvene skrbi. Oni su dobrovoljno preuzeli obvezu osiguranja od odgovornosti za obeštećenje pacijenata za štete pretrpljene u svezi sa zdravstvenom skrbi. Pitanje odštete i odgovornosti liječnika i ostalih zdravstvenih djelatnika su odvojene te se utvrđuju u dva odvojena postupka. Smatra se da je tim zakonom uvedeno obvezno no fault osiguranje pacijenata, iako ga sami šveđani radije nazivaju „No Blame“ sustav.¹⁷ Obveznici osiguranja su javni davatelji zdravstvene usluge i oni plaćaju premiju osiguranja. Pacijent ima pravo na naknadu za fizičke i mentalne ozljede ukoliko dokaže uzročnopsljudični neksus između medicinske usluge i povrede. Naknađuje se neimovinska i imovinska šteta, koja je posljedica pacijentove ozljede. U 2004.g. prosječna odšteta je iznosila manje od 2.000 eura¹⁸. Prijavu nezgode u pravilu vrši liječničko osoblje (80% slučajeva), a pacijent ima pravo obratiti se i izravno osiguratelju, koji onda kontaktira davatelja medicinske usluge. Pacijent

¹⁵ čl. 1045 ZOO.

¹⁶ Posebice za štete u medicini nastale uporabom sofisticiranih i tehnološki razvijenih aparatura, te za neke specijalne medicinske zahvate kao npr. transfuziju krvi. O ovome i više o zahtjevima za uvođenje pravila objektivne odgovornosti za štete u medicini vidi u: Klarić, P., „Odštetno pravo“, Zagreb, 2003., str. 395.-396.

¹⁷ To bi bio sustav bez okrivljivanja (liječnika) za nastalu negativnu posljedicu, nastalu u postupku liječenja, vidi u: Essinger, K., „Le system suedois d`indemnisation des accidents medicaux“, dostupno na internet adresi: www.patientforsakring.se.

¹⁸ Essinger, nav.djelo., str. 5.

nezadovoljan iznosom dodijeljene naknade zadržava pravo obratiti se tužbom sudu, u kom slučaju – ako izgubi – riskira plaćanje troškova spora¹⁹. Ono što ovaj sustav čini specifičnim i jedinstvenim modelom globalno jest činjenica da se u ovom modelu osigurava pacijent od mogućih šteta nastalih medicinskim tretmanom po njegovo zdravlje ili život. No, iako se sustav zove osiguranje pacijenata, uistinu se istovremeno osiguravaju i pacijenti i to za mogućnost dobivanja pravične naknade ukoliko do ozljede uistinu dođe te sami liječnici od posljedica njihove profesionalne odgovornosti, i to godišnjim uplaćivanjem u, za to namijenjen, fond. Ovaj se sustav ne temelji na subjektivnoj odgovornosti liječnika za štetu koja podrazumijeva utvrđivanje štetnika, štete i kauzalnog nekusa između štete i štetne radnje koja ju je uzrokovala te krivnje počinitelja. Iz švedskog sustava-koji je zapravo pretvoren iz građanskoprocenog u administrativni postupak izbačeni su pojmovi kao krivnja, nepažnja i općenito odgovornost medicinskog djelatnika, no isplata naknade štete pacijentu je uvjetovana neprikladnom zdravstvenom njegovom, odnosno nastankom ozljede koja se mogla izbjeći.²⁰

I ostale su skandinavske zemlje, slijedeći švedski model, uvele slične modele. Tako je Finska 1986.g.²¹ donijela “Zakon o osiguranju pacijenata”, na inicijativu Vijeća finske Liječničke Komore čime je i u finski zdravstveni sustav uveden tzv. sustav “osiguranja pacijenata”, koji je uvelike baziran upravo na modelu susjedne skandinavske zemlje. Njime je ozakonjen tzv. “no-fault” sustav obeštećenja pacijenata za povrede nastale tijekom medicinskih tretmana koji se ne temelji na krivnji liječnika za prouzročenu povredu pacijentu, a istovremeno je označio i potpuno novi način osiguranja liječnika od profesionalne odgovornosti.²² U sustavu sudjeluju svi finski liječnici- iz javnog i privatnog sektora. Za sve svoje članove premije osiguranja uplaćuje Finska liječnička komora, a liječnici koji imaju privatne prakse uplaćuju premije sami. Naravno, u sustav su uključene i sve javne bolnice i zdravstveni centri.²³ I Danska je uvela sustav obveznog osiguranja pacijenata koji se ne temelji na odgovornosti zdravstvenih djelatnika, poglavito liječnika i to Zakonom o osiguranju pacijenata iz 1992.g.²⁴ Danski model osiguranja

¹⁹ Essinger , nav.djelo., str. 2.-4. Prema njemu tijekom 2004.g. zaprimljeno je u Švedskoj 9000 odštetnih zahtjeva na 9 milijuna stanovnika , 1 zahtjev na 1000 stanovnika ; 0,45 % prihvaćenih odštetnih zahtjeva , 900 žalbi , dok je 10 slučajeva završilo podnošenjem sudskih tužbi.

²⁰ Ukoliko pacijent smatra da je liječnik prilikom obavljanja medicinskog tretmana propustio upotrijebiti dužnu pažnju i počinio liječničku grešku može se zahtjevom obratiti MRB-u –(Odboru za medicinsku odgovornost), koji će po provođenju interne istrage protiv dotičnog liječnika poduzeti određene disciplinske mjere- od ukora, novčane kazne pa sve do krajnje mjere, koja se ipak rijetko izriče- oduzimanja licence za obavljanje liječničke prakse, Danzon, P., “The Swedish patient compensation system –lessons for The United States”, The Journal of Legal Medicine, No.15, 1994., str. 238.

²¹ Stupio na snagu 1. svibnja 1987.g. Tekst Zakona dostupan na internet adresi: http://www.aida.org.uk/worldcong_nordic.asp

²² Izlaganje dr. Winell K., (člana finske Liječničke komore) na temu “The Finnish no-fault insurance for health care”, održanog u sklopu međunarodne radionice “Osiguranje od grešaka u medicini” u organizaciji Hrvatske Liječničke Komore, Dubrovnik, 18. travnja 2004.g.

²³ Isto.

²⁴ Zakonski tekst je dostupan na internet adresi: <http://uk.patientforsikringen.dk/legislation/thepatientinsuranceact.html>

pacijenata u svojoj biti nimalo ne odstupa od švedskog modela koji je i poslužio susjednim skandinavskim zemljama kao temelj izrade njihovih nacionalnih zakona. I u Norveškoj se od 2002.g. primjenjuje model osiguranja pacijenata, u svojoj osnovi sličan ranije prikazanim modelima, koji je uveden Zakonom o odšteti od ozljeda.²⁵ Norveški sustav ima neke specifičnosti u odnosu na švedski sustav. Ne plaćaju se premije, već je uveden doprinos kojega plaća norveška vlada i tijela lokalne vlasti. Od 2000.g. i zdravstveni djelatnici u privatnom sektoru, koji posao obavljaju na osnovi javne ovlasti ili licence također moraju sklopiti osiguranje od odgovornosti i taj ugovor mora pokriti odgovornost predviđenu ovim zakonom²⁶. U slučaju neosiguranih davatelja zdravstvenih usluga odštetu isplaćuje poseban fond u koji doprinose svi osiguratelji koji se bave ovim osiguranjem.

2.3. Novozelandski „no-fault“ sustav osiguranja od odštete odgovornosti

Prije nešto više od trideset godina²⁷ u Novom Zelandu uvedeno je opće osiguranje građana od nesretnog slučaja. Od tada ova država ima tzv. „no-fault“ sustav kojim se prosuđuju nesretni slučajevi pri kojima je osiguraniku nastala određena povreda.²⁸ U ovom novozelandskom sustavu osiguranja naglasak je na radnim i automobilskim nesrećama kao i nesrećama u sportu i domaćinstvu, no među njima se nalaze i slučajevi nesreća, odnosno povreda nastalih u bolnicama ili pak nastalih pri bilo kojoj drugoj medicinskoj intervenciji. To su „medicinski nesretni slučajevi“, kako se nazivaju. Revizijom zakona iz 1992.g. u osigurani slučaj prema ovom zakonu i za koje je predviđeno obeštećenje pacijentima, spadaju tri grupe nesretnih medicinskih slučajeva: pozitivne liječničke radnje ili pozitivne liječničke greške uzrokovane nedovoljno visokim i očekivanim stupnjem dužne pažnje, nastupanje teških, neočekivanih te nepoželjnih i štetnih po zdravlje nuspojava proizašlih iz postupka liječenja te medicinske nesretne slučajeve nastale otkazivanjem medicinskih uređaja. U osigurani slučaj ne spadaju štetne posljedice predvidivog negativnog ishoda bolesti. Ukoliko nastupi osigurani slučaj oštećeni pacijent biva obeštećen iz posebnog fonda za njihovo osiguranje, a traženje naknade štete putem tužbe sudu protiv liječnika ili pak medicinske ustanove nije dozvoljeno. Međutim, kako ovim vidom obeštećenja pacijenta zahvaćenih medicinskim nesretnim slučajem nisu obuhvaćeni i svi slučajevi odgovornosti liječnika zbog liječničkih greški, za one slučajeve koji nisu obuhvaćeni ovim zakonom i dalje je moguće tražiti obeštećenje pred redovnim sudskim organima. Zbog toga i dalje, unatoč postojanju ovih posebnih državnih fondova za obeštećenje

²⁵ Tekst Zakona dostupan na internet adresi: <http://www.npe.no/domino/npe/cms3603no.nsf/print/39097B570AB0A2A0C1256FA1003279EB?OpenDocument>

²⁶ Vidi. par.8. Zakona.

²⁷ Zakon je stupio na snagu 1. 4. 1974.g. , op.a.

²⁸ Dew K., „Accident insurance, sickness and science: New Zealand’s no-fault system“, *International Journal of health Services*”, Vol.32, No.1, 2002.g. str. 163.

(koji se financiraju od strane svih građana- prihodima od poreza) postoji potreba na strani liječnika za njihovim osiguranjem od profesionalne odgovornosti budući je odgovornost liječnika samo djelomično zamijenjena osiguranjem, a klasične građanskopravne tužbe za naknadu štete zbog liječničke greške isključene su samo za slučaj ukoliko postoje uvjeti za obeštećenje pacijenta ovim osiguranjem za slučaj medicinske nesreće. Ovim sustavom kompenzacije oštećeni pacijenti bivaju obeštećeni za pozitivnu materijalnu štetu, dakle običnu štetu i izmaklu dobit u vidu gubitka zarade u iznosu od 80% prosječnog tjednog primanja u vrijeme nastanka nesreće, s gornjom granicom koja iznosi otprilike 340 američkih dolara tjedno. Nadoknađuju se i troškovi medicinskog tretmana kao i naknada zbog trajne nesposobnosti za rad, naknada zbog gubitka uzdržavanja bračnog druga i ostalih osoba koje je oštećeni bio dužan uzdržavati. Programom upravlja Državna komisija za obeštećenje kojoj se i podnosi zahtjev za naknadu štete jednom kada oštećenje nastane. Obveza oštećenog je da zahtjev komisiji uputi u roku od godine dana od dana nastanka oštećenja (pod prijetnjom gubitka prava).²⁹ Po primitku zahtjeva komisija razmatra zahtjev odlučujući je li osnovan i koliki će biti iznos isplaćene naknade. Nezadovoljna strana ima mogućnost odluku iznijeti pred višežalbene sudske organe. Najviše zahtjeva za naknadom štete proizlazi iz kirurških specijalnosti. U ukupnoj novozelandskoj populaciji od 3.8 milijuna stanovnika, postavi se otprilike 2000 zahtjeva, odnosno 50 na 100.000 ljudi postavi zahtjev za naknadu štete zbog medicinske nesreće.³⁰ Procijenjeno je kako najveći broj zahtjeva s navišim dosuđenim iznosima naknade otpada na zahtjeve zbog neuroloških povreda djece.³¹ Nadalje, procjena je kako je novozelandski sustav vrlo povoljan i za same zdravstvene djelatnike budući su im premije osiguranja značajno niže nego u zemljama s klasičnim sustavom osiguranja od odštetne odgovornosti.³² Opći je zaključak kako je najveći doprinos novozelandskog kao i drugih alternativnih sustava osiguranja od odštetne odgovornosti otklanjanje od zdravstvenih djelatnika tereta straha od moguće parnice u kojoj bi se dokazivala njegova krivnja za nastalu neželjenu posljedicu.³³

2.4. Francuski „mješoviti“ model osiguranja od odštetne odgovornosti

U Francuskoj je do 2002.g. također bio na snazi klasični sustav osiguranja odštetne odgovornosti. No, medicinski napredak, razvitak terapijskih metoda

²⁹ Rok je prekluzivan.

³⁰ Davis -Lay-Fitzjohn, nav.djelo, str. 164.

³¹ Bismark, M.- Paterson,R.,"No-Fault Compensation in New Zealand: Harmonizing Injury Compensation, Provider Accountability, and Patient Safety", *Health Affairs*, January/February 2006 25(1)str .279.

³² Bismark-Paterson, nav.djelo str. 27.

³³ Lowes, R.,"Malpractice: Do other countries hold the key? "Medical Economics, 2003. Dostupno na internet adresi: <http://medicaleconomics.modernmedicine.com/memag/article/articleDetail.jsp?id=111474>

i tehnološka unaprijeđenja, ogroman broj sudskih postupaka³⁴, uvjetovale se traženje novog načina osiguranja pacijenata, kako bi zaštitili liječnike od povećane odgovornosti, a istodobno zaštitili pacijente i osigurali im naknadu štete koja je posljedica liječničke greške³⁵. To je rezultiralo donošenjem tzv. „Kušnerovog“ zakona³⁶ iz 2002.g. Zakonom je regulirano područje koje se odnosi na prava u slučaju bolesti i na unapređenje kvalitete zdravstvenog sustava. Bolnice i druge zdravstvene institucije,³⁷ odgovaraju bez obzira na moguću krivnju, za bolničke infekcije i za greške zdravstvenih proizvoda. Prema čl. 98. i 100. Zakona, obvezno osiguranje od odgovornosti za štete uzrokovane trećim osobama za vrijeme pregleda, dijagnosticiranja, liječenja, dužni su sklopiti svi liječnici privatnici, sve pravne osobe (izuzev države), a koje se bave zdravstvenom djelatnošću, kao i svi proizvođači i isporučitelji finalnih zdravstvenih proizvoda. Zakonom je formirano tijelo Nacionalni ured za odštete zbog liječničke nezgode, koji provodi postupak obrade i isplate odštete. Prema odredbi čl.1142-1 Zakona o javnom zdravstvu, u slučaju kad ne postoji odgovornost profesionalca, žrtva terapijske nezgode, tj. medicinske nezgode (komplikacije) ili bolesti čiji je uzrok u liječenju ili bolničkih infekcija, ima pravo na naknadu štete, ali samo ukoliko dokaže uzročnu posljedičnu vezu između povrede i medicinskog tretmana, ukoliko je povreda uzrokovala trajno pogoršanje pacijentovog zdravstvenog stanja koje je prouzročilo invalidnost u minimalnom postotku od 25 %³⁸. Dakle, u francuskom sustavu osiguranja od odštetne odgovornosti prihvaćen je tzv. „no fault“ sustav samo u dijelu i samo za slučajeve invalidnosti koji prelaze 25 %. Francuski sustav ostaje uglavnom i dalje na polju odštetne odgovornosti po načelu krivnje, i to poglavito sa subjektivnom odgovornosti, a kao novinu i i specifičnu implementaciju u svoj sustav uvodi, po uzoru na skandinavske zemlje, odgovornost bez krivnje za bolest, medicinsku nezgodu, bolničke infekcije i greške u sanitarnom materijalu, odnosno proizvodu koja ima za posljedicu kod pacijenta invalidnost od najmanje 25 %.

U prvih nekoliko godina primjene izmijenjenog sustava osiguranja od odštetne odgovornosti u Francuskoj samo je 5 % oštećenih koji su podnijeli zahtjeve za isplatu naknade takvo obeštećenje i dobilo.³⁹

³⁴ Smatra se da su sudske tužbe jedan od razloga poskupljenja zdravstvenog sustava u Francuskoj, vidi u: Minnik, W., „Frankreich hat gewält“, Versicherungswirtschaft, br. 9/2007. str. 697.

³⁵ Tekst dostupan na internet adresi: <http://www.esrcs.org/eurotimes/August2003/regmatters.asp>

³⁶ Loi No 2002-303 od 4.3.2002 tekst zakona na izvornom jeziku dotupan na internet adresi: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000227015&dateTexte=>. Zakon se kolokvijalno naziva Kušnerovim zakonom zbog njegovog inicijatora, tadašnjeg ministra zdravstva B. Kuschnera.

³⁷ Eliashberg, C., „Risques et assurances de responsabilité civile“, Paris, str. 298.

³⁸ Tekst „UK tell its ophthalmologists to apologize for errors“ dostupan na internet adresi: <http://www.esrcs.org/eurotimes/August2003/regmatters.asp>

³⁹ Allen, I., „European complaint mechanisms vary widely“ ,Canadian Medical Association Journal, 2008,178(11): 1409–1411.

3. KOJI BI OD POSTOJEĆIH MODELA ODGOVARAO HRVATSKOJ ?

3.1. Komparativne prednosti i nedostaci postojećih svjetskih modela

Uvodno smo istaknuli kako još uvijek velika većina zemalja primijenjuje tzv. "klasični sustav" osiguranja od odštetne odgovornosti, sa nacionalnim specifičnostima. Taj je sustav koji se procesnoppravno temelji na općim pravilima građanskog prava postao zadnjih desetljeća „uteg“ za veliki broj nacionalnih zdravstvenih sustava i državnih proračuna. Uzrok tomu je enormni porast broja sudskih parnica s područja medicinskog prava s dosuđivanim velikim iznosima naknade štete. U nekim od ekonomski najrazvijenijim zemljama svijeta ekonomska težina problema je tolika da već utječe na pad kvalitete zdravstvene zaštite. To se događa iz razloga što se osigurtavatelji povlače sa tržišta osiguranja, budući im osiguranje tako velikih rizika kakvi su u medicini nije više isplativo, kao i zato što liječnici privatnici ne mogu priuštiti plaćati visoke police osiguranja te zatvaraju svoje privatne prakse. Također i neke bolnice prestaju s izvođenjem nekih od najrizičnijih medicinskih postupaka.⁴⁰ Sve su ovo razlozi zašto je temetika osiguranja od odštetne odgovornosti posljednjih godina u žiži zanimanja medicinske i pravne javnosti diljem svijeta. Svi se trude iznaći sustav koji bi ekonomski bio što racionalniji i koji bi na najbolji mogući način zaštitio interese i pacijenata, i liječnika.

Ono što alternativni, skandinavski tzv. „no fault“ sustav čini specifičnim i jedinstvenim jest činjenica da se u ovom modelu osigurava pacijent od mogućih šteta nastalih medicinskim tretmanom po njegovo zdravlje ili život. No, iako se sustav zove osiguranje pacijenata, njime su istovremeno osigurani i pacijenti te sami liječnici od posljedica njihove profesionalne odgovornosti, i to godišnjim uplaćivanjem u za to namijenjen fond. Ovaj se sustav ne temelji na subjektivnoj odgovornosti liječnika za štetu koja podrazumijeva utvrđivanje štetnika, štete i kauzalnog nekusa između štete i šteten radnje koja ju je uzrokovala te krivnje počinitelja. Iz švedskog sustava koji je zapravo pretvoren iz građanskoprocenog u administrativni postupak izbačeni su pojmovi kao krivnja, nepažnja i općenito odgovornost medicinskog djelatnika, no isplata naknade štete pacijentu je uvjetovana neprikladnom zdravstvenom njegom, odnosno nastankom ozljede koja se mogla izbjeći.⁴¹ Prema ovom modelu, što nam se svakako čini jednom od najvećih, ako ne i najvećom komparativnom prednošću nad „klasičnim“ modelom

⁴⁰ Proso, M., „ Osiguranje liječnika i pacijenata od odštetne odgovornosti“, magistarski rad, 2005. str. 81. i dalje.

⁴¹ Ukoliko pacijent smatra da je liječnik prilikom obavljanja medicinskog tretmana propustio upotrijebiti dužnu pažnju i počinio liječničku grešku može se zahtjevom obratiti MRB-u –(Odboru za medicinsku odgovornost), koji će po provođenju interne istrage protiv dotičnog liječnika poduzeti određene disciplinske mjere od ukora, novčane kazne pa sve do krajnje mjere, koja se ipak rijetko izriče oduzimanja licence za obavljanje liječničke prakse, Danzon, nav.djelo, str.238.

je činjenica da je s jedne strane važno utvrditi nastanak greške i posljedice koju je izazvala, dakle ozljede pacijenta u svrhu njene evidencije, kako se u budućnosti ne bi dogodila slična situacija. S druge strane ugovori o osiguranju pacijenata koje liječnici sklapaju sa lokalnom tijelima vlasti služe liječnicima u iste svrhe kao i klasični ugovor o osiguranju od odgovornosti pri obavljanju profesionalne djelatnosti. (baš zato što nije u potpunosti isključena mogućnost podnošenja tužbe oštećenog pacijenta sudu zbog štete nastale navodnom liječničkom greškom). Ovaj alternativni administrativni postupak jeftiniji je te pacijentu omogućava lakši i brži put do isplate naknade štete. Sa stajališta zaštite i pacijenata i liječnika, ovaj je sustav svakako najprihvatljiviji. Međutim, taj sustav je dostupan samo ekonomsko-socijalno najrazvijenijim zemljama, budući s jedne strane uključuje i odgovornost, odnosno osiguranje za medicinsku grešku, a s druge strane i način financiranja traži širu osnovicu obveznika. To ga, mišljenja smo, čini nedostupnim manje bogatim zemljama. Komparativna prednost „alternativnih sustava osiguranja“, kakav je primijenjen u skandinavskim zemljama te Novom Zelandu se ogleda i u uklanjanju psihološkog pritiska koji utvrđivanje krivnje pojedinog zdravstvenog djelatnika nosi sa sobom. Kao eventualan nedostatak, i to za pacijente, mogli bismo navesti činjenicu kako bi u ovakvom sustavu iznosi naknade štete bili unaprijed određeni tj. limitirani, a ne ostavljeni na prosudbu suca (uz stručnu procijenu medicinskog vještačenja) u sudskom postupku. No, to je moguće izbjeći, kao i u skandinavskim zemljama ostavljajući mogućnost nezadovoljnom pacijentu da naknadu štete ostvari putem suda. Francuski „mješoviti“ sustav kao da uzima najbolje od dvaju suprotstavljenih modela te ih kombinira u specifičan francuski „miks“. On se i dalje temelji na klasičnim općim pravilima odštetnog prava, ali, što se čini kao veliki plus, za najteže negativne posljedice nastale u sustavu pružanja zdravstvene zaštite uvodi sustav koji se ne temelji na krivnji zdravstvenog djelatnika. Taj dio francuskog sustava se pretvara u administrativni postupak gdje je francuskom pacijentu olakšan i ubrzan postupak dobivanja naknade štete, no u manjim iznosima od onih koji bi mu eventualno bio isplaćen u sudskom postupku.

3.2. Mogućnost uvođenja postojećih sustava u hrvatski zdravstveni sustav?

U hrvatskim zdravstveno pravnim krugovima već se neko vrijeme priča o napuštanju „tradicionalnog“ sustava odgovornosti zdravstvenih djelatnika za štetu počinjenu pacijentima u sustavu pružanja zdravstvene zaštite i prelazak na tzv. „no fault“ sustav koji se ne temelji na krivnji liječnika. U zadnje vrijeme, nakon inicijalnog poleta od strane Hrvatske liječničke komore i Ministarstva zdravstva, ta je inicijativa ipak zamrla. Probajmo, unatoč tomu, vidjeti koji bi od postojećih sustava najbolje odgovarao hrvatskim prilikama?

Uvođenjem „skandinavskog“ modela napustio bi se sad postojeći „klasični“ model odštete subjektivne odgovornosti liječnika za nastalu štetu, prema kojem

pacijent da bi ostvario pravo na naknadu štete mora u sudskom postupku dokazati kako je ista nastala određenim stupnjem krivnje određenog liječnika. Uvođenjem sustava obeštećenja „bez krivnje zdravstvenog djelatnika“ i uvođenjem fonda za prikupljanje sredstava za isplatu naknade štete hrvatskom uvelike bi bio skraćen i olakšan put do dobijanja naknade za pretrpljenu štetu. Također ne smiju se zanemariti i posljedice koje bi ova promjena imala za pravosudni sustav. Ovim bi se modelom, naše je mišljenje, uvelike rasteretili sudovi, budući bi se naknade štete za oštećene pacijente rješavale u administrativnom postupku. Eventualna krivnja određenog liječnika ili drugog zdravstvenog djelatnika stvar je drugog i odvojenog postupka, koji sa naknadom štete pacijentu nije nužno povezan. Velika je prednost ovog sustava i u obvezi prijave i registracije svih nastalih neželjenih događaja, čime se ostvaruje visoka transparentnost zdravstvenog sustava, što kod nas i nije bio slučaj. Mišljenja smo kako postoje velike komparativne prednosti ovog sustava osiguranja od odgovornosti zdravstvenih djelatnika. No, postavlja se temeljno pitanje koliko je ovakav sustav uopće realno moguće primijeniti u hrvatski zdravstveni sustav na stupnju razvitka kakav je danas ?

Mislimo da je odgovor, bar za sada, negativan. To je zasigurno i razlog zašto je žustra inicijativa i rasprava za uvođenje promjena u hrvatski zdravstveni sustav zastala. Naime inicijalno ispitivanje javnosti putem javnih medija nije pokazalo osobitu spremnost društvene zajednice za najavljene promjene. To je prema našem mišljenju bilo itekako očekivano. Glavni je razlog, čini nam se, što ovakav predloženi ili pak sličan sustav pretpostavlja vrlo visoki stupanj socijalnog razvitka (koji je baš u zemljama europskog sjevera u velikoj mjeri ostvaren, pa se zbog toga te zemlje i nazivalju socijalnim državama) te još važnije ekonomskog prosperiteta određene društvene zajednice. Diskutabilno je koliko su ti društveno-ekonomski preduvjeti prisutni u hrvatskoj zbilji. Mišljenje je autorice ovog rada kako je promjena domaćeg sustava osiguranja od odštetne odgovornosti itekako potrebna, te kako bi se najbolji rezultati pokazali promjenom koja ne bi bila odveć revolucionarna, a kojom bi se najbezbolnije i evolutivno uvodile promjene u zdravstveni sustav. Analiza instituta osiguranja od profesionalne odgovornosti u ovom radu navodi nas na neminovan zaključak kako bi u realnosti hrvatskog i zdravstvenog sustava kakav je trenutno, prebacivanje iz sustava fakultativnog u obvezno liječničko osiguranje, po uzoru na neke druge profesionalne djelatnosti kojih je osiguranje obvezatno, bilo dobro rješenje. Sustav obvezatnog osiguranja od odštetne odgovornosti u medicini, mišljenja smo, bio bi najbolji kako za hrvatske pacijente tako i liječnike. Liječnici ne bi više obavljali tako tešku i zahtjevu djelatnost kakva je medicinska bez “zaštite”- ugovora o osiguranju od odgovornosti, što je u svijetu nezamislivo, a pacijenti bi imali veću sigurnost i donekle olakšani put dobijanja naknade za pretrpljene štete. Obvezatnošću osiguranja od odštetne odgovornosti povećao bi se, naravno broj osiguranika, a to bi posrednim utjecajem, čini nam se, smanjilo broj sudskih parnica jer bi se pacijenti u puno većoj mjeri nego je to sada slučaj mogli nagoditi s bolnicama i osiguravajućim društvima i na taj način izbjeći svima neugodne sudske postupke.

4. ZAKLJUČNE NAPOMENE

Ovaj rad imao je namjeru pobliže prikazati jedno od trenutno najaktualnijih pitanja sa područja medicinskog prava pitanje sustava osiguranja od odštetne odgovornosti u zdravstvenoj djelatnosti. Alarmantni svjetski podaci govore kako su upravo greške prilikom medicinskih tretmana jedan od glavnih uzroka smrtnosti stanovništva, a od toga veliki postotak otpada upravo na greške uzrokovane ljudskim faktorom. U velikom broju zemalja osiguranje za slučaj profesionalne odgovornosti jedan je od načina ublažavanja potencijalno pogubnih utjecaja koje sudske tužbe i postupci protiv liječnika imaju na njihovu profesionalnu budućnost. No, kao što je u radu bilo riječi, za sada samo mali postotak liječničke populacije u Hrvatskoj ima sklopljen ugovor o osiguranju od profesionalne odgovornosti, kao što niti sve bolnice nisu osigurane za slučaj liječničke greške. Te činjenice kazuju kako kod nas u samih zdravstvenih djelatnika još nije dovoljno razvijena svijest o potrebi takve zaštite od neželjenih posljedica profesionalne djelatnosti koje sa sobom mogu donijeti teške financijske gubitke, onemogućavajući čak i daljnje bavljenje profesijom. U ovom radu smo prikazali „de lege lata“ nekoliko postojećih svjetskih sustava osiguranja od odgovornosti, uključujući „klasični“ domaći koji se temelji na subjektivnoj odgovornosti zdravstvenih djelatnika koja se dokazuje prema općim pravilim građanskog prava u sudskom postupku, dok se liječnici i privatnici fakultativno osiguravajućih društava prisutnih na hrvatskom tržištu. Skandinavski- „alternativni“ sustav novim, reklo bi se, u velikoj mjeri pojednostavljenim administrativnim sustavom uklanja neugodan odnos suparništva liječnika i pacijenta koji stoje na suprotnim stranama uklanjajući iz predmeta odgovornosti liječnika neugodne pojmove poput krivice i odgovornosti. To je sada već čuveni tzv. „no-fault“ sustav odgovornosti liječnika tj. sustav koji se ne bazira na tradicionalnom građanskopravnom pojmu odgovornosti. Iako su posljedice izbacivanja iz sustava stare terminologije uglavnom psihološke i formalnopravne prirode, ipak one olakšavaju položaj liječnika u situacijama kada je već šteta pacijentu nastupila, a rezultati su se pokazali uspješnima. Novi Zeland je također uveo sličan sustav liječničke odgovornosti za greške nastale tijekom liječenja putem svoga općeg osiguranja građana od nesretnog slučaja. Francuska je krenula jednim „srednjim“ putem kombinirajući „klasični“ i „alternativni“ sustav osiguranja od odštetne odgovornosti. Kakvi su francuski rezultati ipak je, nakon tek nekoliko godina primjene sustava još rano govoriti. Odštetno pravo klasičnog tipa, kakvo je kod nas i još uvijek većini svjetskih zemalja, utemeljeno na subjektivnoj (ili pak što je rjeđi slučaj objektivnoj odgovornosti) za nastalu štetu više ne služi svojoj svrsi. Naime veliki broj sudskih postupaka i visoke svote isplaćenih odšteta prijete krahom zdravstvenih sustava, a iz perspektive oštećenog pacijenta put ka dobijanju naknade štete neizvjestan je i nadasve dugotrajan. Jedno od mogućih rješenja, kao što smo vidjeli, koje se autorici čini najoptimalnijim, bilo bi, prema uzoru na neke druge djelatnosti i profesije, uvođenje sustava obveznog osiguranja od odštetne odgovornosti u medicini.

SYSTEMS OF INSURANCES FOR COMPENSATIONS IN HEALTH CARE ACTIVITY

Progress in medical science and praxis in contemporary tehnologically developed society brings increased number of errors made by medical practioneers during medical treatments, as well as greater number of iatrogenic deseases and injuries. Professional medical liability insurance helps physicians as well as other medical stuff members to alleviate economical risks of their profession, and enables them to preform their professional duties freely and at their best. This paper will display »de lege lata« contemporary croatian professional medical liability insurance legislation, comparative overview of other countries medical liability systems as well as try to propose ”de lege ferenda” new possibilities to improve existing croatian system by implementation of mandatory medical liability insurance.

Key words: *medical liability insurance, professional liability, physicians, patients, damages*