

*Др Мирса Мијачић<sup>1</sup>*

**УЧЕШЋЕ ЛЕКАРА РАЗЛИЧИТИХ  
СПЕЦИЈАЛНОСТИ У СПРОВОЂЕЊУ  
ДИЈАГНОСТИЧКИХ МЕРА И  
ЊИХОВА ОДГОВОРНОСТ<sup>2</sup>**

1. Лекари различитих струка раде све више заједно, као један тим који опслужује истог пацијента. Неспорно је да је тимски рад и добар и ризиан. Добар, јер више глава може боље да расуђује и да закључује. И више очију може јасније да види. Осим тога, кад је тим експерата на окупу, онда је болеснику мало лакше. Но, има тим и своје сиве зоне. Ако постоје пропусти у организацији рада, у координацији у предузимању мера, или у информацији о предузетим мерама, или у квалификованости оних који те мере извршавају, јасно је да се то може негативно одразити и на дијагнозу и на даљи медицински третман болесника. У правној теорији се пропусти, односно грешке које отуда настају систематизују као: 1) недостаци у комуникацији, 2) недостаци у координацији, 3) недостаци у квалификацији и 4) недостаци у разграничењу надлежности.

2. Са повећањем броја лица која се у конкретном случају укључена у старање о пацијенту, разједињеност међу њима бива већа, па се зато повећава и ризик од грешака. Постоји, дакле, нешто већи ризик за тимски рад и кад је дијагноза у питању. Ко треба да сноси тај повећани ризик евентуалних медицинских грешака? Да ли пацијент, или медицинска установа, односно медицински радник? И даље, да ли поред одговорности због властитих грешака које су се поткрале долази у обзир и одговорност због грешака и осталих учесника у тиму, тј. суодговорност?

3. Утврђивање разумних граница грађанскоправне одговорности медицинских посленика олакшавају начело стриктне поделе рада у медицини и начело поверења.

---

<sup>1</sup> редовни професор Правног факултета у Нишу

<sup>2</sup> рад представља скраћену верзију реферата саопштеног на научном скупу: "Лекарска дијагноза као медицински и правни проблем", одржаном 19. и 20. новембра 1997. године у Београду, у организацији Југословесног удружења за медицинско право и Института за судску медицину Медицинског факултета у Београду.

Кад је реч о начелу поделе рада, разликују се хоризонтална и вертикална подела рада. Хоризонтална подразумева разграничење медицинских задатака између сарадника једнаког ранга, на пример, хирурга - оператора и анестезиолога, као лекара специјалиста који суделују у једном тиму. Вертикална подела рада постоји међу сарадницима који стоје у односу надређености и подређености, на пример, између лекара и помоћног медицинског особља, између оператора и анестезиолога, на једној страни, и инструменталисте, на другој.

У складу са начелом стриктне поделе рада у медицини, свако ради свој део посла и идговара за евентуалне грешке. То правило важи и кад је рад тимски. У систему хоризонталне поделе рада лекар сваке струке надлежан је за задатке који њему припадају, и нико из друге стручне гране нема право да њему издаје упутства за рад и да га надзирава. У погледу одговорности важи принцип појединачне и властите одговорности, тако да сваки специјалиста сноси сам одговорност за све задатке који су му поверени да их самостално обавља на основу образовања или функције.

Као наличје одговорности за властите поступке у систему стриктне поделе рада, следује и начело поверења. По том начелу, свако ко суделује у медицинском третману над пацијентом може се поуздати у то да сви остали учесници своје задатке извршавају зналачки и са дужном пажњом. Оператор верује налазима интернисте, односно лекарима других специјалности.

4. Кад је реч о тимском раду лекара, јако је значајно да се ради координирано и са узајамним поверењем једних у друге. Да би се могло узајамно веровати, потребно је да је знање и искуство отприлике једнако. У погледу дијагнозе, за коју се каже да представља пола излечења ако је правилно постављена, доктори медицине данас имају задатак да дијагнозу и поставе и провере. Кад тимски раде, свако има своје место и своју одговорност. И за свој део посла, и за оно што је други урадио. Мислим да је одговорност за властите пропусте неспорна и кад смо нешто лоше урадили и кад нисмо довољно опрезни у вези са поступцима других. Разуме се, да ми не можемо да проверимо рад других стручних људи са којима нисмо довољно једнаки. И кад је колега млађи по званичној номинацији, он је за свој део дијагнозе властити господар. Лекар опште медицине и лекар специјалиста имају своје засебне домене одлучивања о дијагностици. Лекари различитих специјалности имају исти третман и кад ординира лекар интерниста. Једино је функција та која може да наметне одговарајући увид у рад тима, и одговарајућу одговорност за његове пропусте.

Дијагноза се, као што је речено, мора проверавати. Кад је то могуће и значајно треба да се контролише налаз који је иоле сумњив. Мисли се на контролу од стране истоветних стручњака. И оргдинирајући лекар је самосталан у провери нађених резултата. Јасно је да је он као главни лекар конкретног болесника и дужан да то иницира. И одговара ако је занемарио ту повећану обавезу за конкретног пацијента. Тада је његова одговорност иста као и одговорност лекара који је дао сумњив налаз као вредносно исправан.

5. Кад је реч о интердисциплинарној сарадњи, један од најчешћих облика јесте сарадња између ординирајућег лекара и лекара специјалисте коме је он упутио пацијента. Лекар специјалиста ради самостално и, по правилу, сам одговара за своје грешке. Ординирајући лекар, начелно, не одговара због пропуста у раду специјалисте, осим у случају кад је настанку грешке допринео својим мањкавим обавештењем или мањкавом сарадњом.

Тако, лекар који је пацијента упутио радиологу може се ослонити на своје веровање да је радиолог све мере прописно предузео, и да је вредност прибелешки исправно користио. Радиолог одговара због грешке у тумачењу снимка која се могла избећи, уколико је његов налаз био одлучујући за операцију која према исправној оцени снимка не би ни била нужна. Само у случају кад ординирајући, оператор на пример, рентгенске и друге техничке снимке може боље него радиолог да протумачи и да њихову вредност искористи, он треба дијагнозу и налаз специјалисте још једном да преиспита. Контрола од стране оператора сматра се потребном ако је могућа и ако је оперативни захтав тежак и опасан. С друге стране, радиолог де, по правилу, може ослонити на своје веровање да је лекар специјалиста, који му је пацијента упутио, индикацију дијагностичких мера проверио и потврдио према правилима лекарске струке. Шта више, он је дужан да се ослони на индикацију коју је поставио лекар који му је пацијента упутио, јер он сам није у могућности да има прегледа свих специјалних питања из различитих области медицине и да њима влада.

Међутим, ниједан лекар који учествује у интердисциплинарној сарадњи не сме "отворених очију" да прихвати опасност по свог пацијента, уколико је неки други лекар, по његовом мишљењу, нешто погрешно учинио, или, пак, озбиљно сумња да би се могло радити о грешци. Тада се прелази граница начела повећења и могућа је солидарна одговорност.

Ево једног примера из иностране медицинске, односно судске праксе (*Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, бр. 6/1995, стр. 635.).

Интерниста је код пацијента дијагностификовао Hidrargirozu (тровање живом) и утврдио да су узрок томе амалгамска пуњења и тринаест зуба пацијентових. Стога је упутио пацијента стоматологу, који је извадио свих тринаест зуба. Доцнијим вештачењем је установљено да је требало извадити само два зуба, а да је једанаест зуба извађено непотребно. Испитивање је, наиме, показало да у коренима повиђених зуба није било повећане токсиколошке супстанце која је вредна помена. Пошто се пацијент није могао сагласити са вађењем здравих зуба, намеће се питање ко је у овом случају одговоран што је до тога дошло: стоматолог који је зубе извадио, или интерниста који је поргешно поставио индикацију за њихово вађење. Ако је процена интернисте према стању медицинске науке и искуства била очигледно погрешна, његова је одговорност несумњива. Али, уколико је и стоматологу морало бити јасно да мера коју је предложио интерниста није медицински индикована, долази у обзир и његова одговорност.

6. Кад је реч о грађанскоправној одговорности, у нашем праву према пацијенту одговара здравствена установа за своје раднике. Радник одговара солидарно са здравственом установом само ако је штету проузроковао намерно. Лекар, односно лекарски тим одговара у регресном поступку према здравственој установи. При томе, нема њихове одговорности за најмању грешку (*culpa levis*). Регресно се одговара једино за умишљај (*dolus*) и за грубу грешку (*culpa lata*). Постоји још једна олакшица за појединце из тима. Иако их је више, њихова је регресна одговорност раздвојена, тако да ризик инсолвентности појединаца пада на здравствену установу. Једино у случају проузроковања штете умишљајним кривичним делом. они у регресном поступку одговарају солидарно. Закон о радним односима Републике Србије, регулишући материјалну одговорност, у члану 106. став 8. прописује: "Запослени који је у раду или у вези са радом намерно или крајњом непажњом проузроковао штету трећем лицу, а коју је надокнадио послодавац, дужан је да послодавцу надокнади износ плаћене штете." У погледу регресне одговорности више лица, овим Законом су у члану 106, став 2, 3 и 4. прописана специјална правила:

"Ако штету проузрокује више запослених, сваки запослени је одговоран за део штете коју је проузроковао.

Ако се за сваког запосленог из става 2. овог члана не може утврдити део штете коју је проузроковао, сматра се да су сви запослени из тог става подједнако одговорни и штеу накнађују у једнаким деловима.

Ако је више запослених проузроковало штету кривичним делом са умишљајем, за штету одговарају солидарно".

Да ли је то добро решење? Кад је намерно штета изазвана, постоји солидарна одговорност појединаца и здравствене установе према непосредно оштећеном болеснику, а раздјељена према здравственој установи. То није логично. Зато се залажемо и за солидарну регресну одговорност у случају намерног проузроковања штете.