

Дејан Ц. Решеџар  
Адвокатска комора Војводине  
ORCID: 0000-0001-5285-468X

## КРИВИЧНОПРАВНИ АСПЕКТИ ЛЕКАРСКЕ ГРЕШКЕ И НЕСАВЈЕСНО ПРУЖАЊЕ ЛЕКАРСКЕ ПОМОЋИ\*

### Примјер Србије и Словеније

**САЖЕТАК:** Здравље људи је кривичним законодавством предвиђено као важан заштитни објекат. Иако је циљ у раду сваког љекара побољшање здравља и излечење пацијента, понекад дође и до случајева љекарске грешке. Аутор у раду најприје разматра дефинисање појма љекарска грешка, осврће се на основну подјелу и раздваја појам љекарске грешке од сличних појмова као што су несрећан случај и компликација. Љекарска грешка постојаће у случају ако се утврди узрочна веза између радње љекара и озбиљног нарушавања здравља пацијента или наступање смртног исхода. Да би избјегао да дође до љекарске грешке доктор је дужан да пацијенту објасни евентуалне ризике у лијечењу, као и ризике у току самог оперативног захвата и постоперативном току, као и да пацијент да сагласност прије медицинског захвата. Аутор даље разматра конкретно кривично дјело – Несавјесно пружање љекарске помоћи и анализира га у позитивном праву и кривичном праву Словеније гдје долази до интересантних закључака о сличности прописаних санкција као и да је кривично дјело – Несавјесно пружање љекарске помоћи *delicta propria*, јер је сужен и специфичан круг оних лица која се могу наћи у улози извршиоца кривичног дјела.

---

\* Рад је примљен 16. 11. 2019, а прихваћен за објављивање 5. 4. 2020. године.

**Кључне речи:** љекарска грешка, несрећан случај, компликација, несавјесно лијечење болесника, несавјесно пружање љекарске помоћи, пристанак пацијента

## УВОД

Здравље људи се убраја у једно од најважнијих заштитних објеката. Право на заштиту здравља представља једно од права која су прописана у Уставу. Здравље људи се штити бројним прописима, а кривичноправна заштита је нужна само у случајевима драстичног угрожавања или повреде здравља људи.<sup>1</sup>

Постоје многобројни прописи у области здравства и све се више говори о здравственом законодавству као посебно установљеној области, односно о медицинском праву као посебној грани права, а тиме и посебној научној дисциплини.<sup>2</sup>

Најважнији циљ у раду и дјеловању сваког љекара би требало да буде сигурност и оздрављење пацијента. Међутим, како је медицина једна од наука које се највише и најбрже развијају долази до одређених пропуста па и грешака, јер сви људи, а самим тим и љекари гријеше у обављању свог посла (*errare humanum est*). Али, ипак треба обратити пажњу јер су љекарске грешке веома тешке и опасне и могу да угрозе здравље и живот човјека (пацијента).

Љекарске грешке настају и због тога што медицинска наука није савршена и што њена сазнања нису увијек и у сваком случају довољна гаранција да се неће учинити оштећење здрављу или животу пацијента. Наиме, љекар не посједује математички прецизну универзалну вагу или некакав савршени инструмент да може тачно да постави дијагнозу, крене у ток лијечења, упусти се у медицински захват и лијечење после медицинског захвата (постоперативни ток). Он се зато ослања на знање, искуство, одобрене научне методе медицинске науке и струке у пружању медицинских услуга. Многе нове методе за дијагностику, терапију, оперативни захват или постоперативни ток захтијевају од љекара врло брижљиву и сталну, континуирану едукацију и надоградњу њихових стручних знања. То је веома важно како те исте методе можда погрешном употребом не би *ipso facto* постале додатни узрок љекарских грешака. По неким подацима из иностране праксе о љекарским грешкама, на подручју

<sup>1</sup> Тако и Стојановић, З. (2012). *Коментар кривичног законика*, Београд, Службени гласник, 711.

<sup>2</sup> *Ibid.*

Сједињених Америчких Држава после 2000. године годишње од љекарске грешке умре између 44.000 и 98.000 пацијената.<sup>3</sup> Чак и ако се узме доњи број, то љекарске грешке чини осмим узроком смртности, примјера ради више него у саобраћајним несрећама (44.458).<sup>4</sup>

Нека скорија истраживања указала су на много већи број умрлих пацијената од последица љекарске грешке учињене од стране доктора и здравствених радника у САД и то на нивоу око 250.000 на годину дана.<sup>5</sup>

Из несавјесног лијечења, у чијој бити почива као средишњи елемент љекарска грешка, могу да проистекну различите врсте одговорности за љекара:

- дисциплинска – струковна тијела доносе санкције од којих је најтежа санкција губитак лиценце;
- грађанскоправна – у чијој је суштини одштетни захтјев и намирње штете пацијенту проузроковане љекарском грешком;
- прекршајна – која прописује новчане санкције;
- кривичноправна – која има за циљ да кроз заштиту индивидуалног интереса (појединачни објект заштите) штити шири друштвени интерес.

Кривично право у овој области, наводи Стојановић, би требало да буде *ultima ratio* (последње средство) за којим треба посегнути.<sup>6</sup> Ипак, важно је да се лоша пракса и љекарске грешке као и несавјесно лијечење не сакривају, већ да се о њима разговара и пише у стручним медицинским круговима, како би се анализом оног што је учињено унаприједило стручно медицинско знање и како би се стало на пут константном понављању истих или сличних грешака.

## МЕДИЦИНСКИ НЕСРЕЋНИ СЛУЧАЈ – КОМПЛИКАЦИЈА

Процес лијечења и оздрављења болесника може имати некада непредвидиве токове. Могу се појавити одређене околности које љекар или стручно особље нису уопште могли да предвиде. Један од могућих кри-

<sup>3</sup> Turković, K. (2006). Novi pogledi u svijetlu na odgovornost liječnika za liječničku grešku. *Medicina in pravo*, Zbornik radova. Maribor, 223.

<sup>4</sup> Dežman, Z. (2010). Zakon o pacijentovih pravica in njegov kazenskoopravni vidik, *Medicina in pravo*, Zbornik radova. Maribor, 376.

<sup>5</sup> Ђуришић, Ј. (2017). Спорна питања у вези са кривичним дјелом несавјесно пружање љекарске помоћи, *Анали Правног факултета у Београду*, LXV, 1/2017, 158.

<sup>6</sup> Стојановић, З. (2012). *Коментар кривичног законика*. Београд: Службени гласник, 727.

теријума да би се разликовале љекарске грешке од оних догађаја за које љекар у принципу не одговара јесте појам *медицинског несрећног случаја*. Тако неки аутори одређују појам медицинског несрећног случаја као лош исход лијечења који је изазван случајно или стицајем неповољних околности, а њих објективно није било могуће предвидјети.<sup>7</sup> Такође, једна од дефиниција несрећног случаја јесте да је то несрећа при лијечењу као ненамјеран, неочекиван, случајан догађај који се догодио упркос потребној брзи и то у најширем смислу.<sup>8</sup> Тако, В. Флис наводи и пластичан примјер – у операционој сали одломи се држач свјетилке и свјетилка падне на пацијента. Ова дефиниција полази од претпоставке да су приликом лијечења били спријечени сви услови који могу да доведу до наступања потенцијалне несреће и сведени су на раван најнижег ризика. Ако говоримо о оваквом и сличним случајевима у оквиру лијечења, није могуће говорити о постојању љекарске грешке.

Међутим, у литератури наилазимо на случај из медицинске праксе у којем је пацијенту дат лијек на који је он био алергичан. На први мах рекло би се несрећан случај. Али чињеница да је дежурни љекар, који је примио пацијента као хитан случај, пропустио да погледа прву страницу здравствене књижице на којој је било јасно написано да је пацијент алергичан на одређене лијекове, па је услиједило то да је љекар наложио медицинској сестри да пацијенту да инјекцију која је садржала између осталих и лијек на који је пацијент био алергичан, квалификован је у једној пресуди Окружног суда у Београду као љекарска грешка, због које је тај љекар одговарао за кривично дјело несавјесно лијечење.<sup>9</sup>

Слично несрећном случају се наводи и када процес лијечења претрпи одређене компликације, што није риједак случај у пракси. Тако *компликација* је заплет – сплет околности који се догоди у току лијечења а појави се насумице и упркос предвиђањима која се нису могла спријечити.<sup>10</sup> Компликација која се појави, тако у току лијечења или после почетка процеса лијечења није несрећан случај, нити струковна (стручна) грешка. Флис наводи да јој мањкају у цјелости још два атрибута који означавају

<sup>7</sup> Draškić, M. (2006). Lekarska greška, teškoća definisanja. *Medicina in pravo*, Zbornik radova. Maribor, 247.

<sup>8</sup> Flis, V. (2006). Medicinska napaka. *Medicina in pravo*, Zbornik radova. Maribor, 234.

<sup>9</sup> Draškić, M. (2006). *Op. cit.*

<sup>10</sup> Polajnar-Pavčnik, A. (2006). Zaplet, napaka in pravne posledice. *Medicina in pravo*, Zbornik radova. Maribor, 217.

несрећу: *ненамјерно и неочекивано* догађање. Компликације се, дакле, догађају и при највећем степену пажње. „Оне су знан и неизоставан исход љекарског позива – акције.”<sup>11</sup>

Када се почне са процесом лијечења, свјесно се пристаје на могућност, била она минимална или само хипотетичка, да може да се деси компликација. Када се говори о компликацији почесто се мисли на догађаје који су повезани са кривичном одговорношћу љекара,<sup>12</sup> а то доноси извјесно бремене (терет) у односу љекара и пацијента.

Једноставно речено, несрећни случајеви настају због различитих непредвидљивих околности које произилазе из саме болести, из организма, спољних фактора, па се зато и не сматрају љекарском грешком.<sup>13</sup>

## ЉЕКАРСКА ГРЕШКА

Постоје, могли бисмо рећи тешкоће у дефинисању појма љекарске грешке. Сматра се да је појам љекарске грешке практично уобличио Рудолф Вирхов (Virchow) још у другој половини деветнаестог вијека који је љекарску грешку тада дефинисао као струковну грешку љекара (*Kunstfehler der Ärzte*) и кршење општепознатих и признатих правила струке због мањка нужне и дужне пажње. Укратко, то је поступање при лијечењу *contra legem artis*.<sup>14</sup> Нису изостале, међутим, ни критике Вирховљеве дефиниције љекарске грешке. Најчешћи приговор био је то да је број општепознатих и признатих правила у медицини веома мали и да се не може свести само на повреду таквих правила.<sup>15</sup>

Други аутори су тврдили да у медицини и нема општепризнатих правила вјештине лијечења и да се не може медицинска наука упоредити са нпр. грађевинарством. У савременој Њемачкој правној теорији преовладава став да појам *стручна љекарска грешка* уопште и не треба употребљавати због своје нејасноће и вишезначности.<sup>16</sup>

---

<sup>11</sup> Flis, V. (2006). Medicinska napaka. *Medicina in pravo*, Zbornik radova. Maribor, 234.

<sup>12</sup> Zwitter, M. (2006). Zapleti in etične dileme pri zdravljenju. *Medicina in pravo*, Zbornik radova. Maribor, 255.

<sup>13</sup> Draškić, M. (2006). Lekarska greška, teškoća definisanja. *Medicina in pravo*, Zbornik radova, Maribor. 248.

<sup>14</sup> Ivanjko, Š. (2006). Odgovornost in zavarovanje odgovornosti zdravnika. *Medicina in pravo*, Zbornik radova. Maribor, 179.

<sup>15</sup> Радишић, Ј. (1996). Лекарске грешке у светлости правних разматрања. *Актуелни проблеми у медицини*. Београд, 161.

<sup>16</sup> *Ibid.*, 164.

У савременој правној теорији, а мисли се првенствено на њемачку и аустријску правну теорију, владајуће је увјерење да „љекар гријеши само онда када не поступа према правилима медицинске науке, односно кад поступа погрешно са становишта медицинских знања – љекарска грешка у ужем смислу”.<sup>17</sup>

У нашем законодавству појам стручне грешке срећемо у Закону о здравственој заштити<sup>18</sup> Републике Србије на мјесту гдје то није баш уобичајено, у одјељку Закона у ком се говори о здравственим радницима и здравственим сарадницима и то је одјељак који је посвећен добијању, обнављању и губљењу лиценце. У чл. 185. ст. 1. т. 2. Закон предвиђа следеће:

„...ако у обављању здравствене делатности начини **стручну грешку** којом се нарушава, односно погоршава здравствено стање пацијента.”

Даље, у следећем чл. 186. ст. 1, Закон предвиђа следеће:

„Под стручном грешком, у смислу овог закона, подразумева се несавесно обављање здравствене делатности у виду занемаривања професионалних дужности у пружању здравствене заштите, непажње или пропуштања, односно непридржавања утврђених правила струке и професионалних вештина у пружању здравствене заштите, које доводи до повреде, оштећења, погоршања здравља или губитка делова тела пацијента.”<sup>19</sup>

Дакле, наш законодавац јасно је предвидио елементе које радња здравствених радника односно сарадника мора да садржи да би се сматрала стручном грешком и производила кривичноправно дејство, а то су прије свега *несавјесност* у обављању здравствених услуга, *занемаривање професионалних дужности*, *непридржавања утврђених правила струке* и *професионалних вештина* у пружању здравствене заштите, а које *проузрокују* оштећење, погоршање или губитак дјелова тијела пацијента. Јасно је, дакле, да се законодавац одлучио за каузалитет, односно везу између стручне грешке љекара или медицинског особља и погоршања пацијентовог здравља.

На овом мјесту можемо поставити једно питање а у вези је са љекарском грешком – да ли се свако огријешење о правила вјештине лијечења може сматрати љекарском грешком, или постоје и таква дјеловања љекара која када су учињена немају карактер љекарске грешке? Тако Радишић наводи да један од могућих одговора долази из швајцарског Савезног суда, који је још одавно почео да у својој пракси разликује *праве* (неопростиве)

<sup>17</sup> Draškić, М. (2006). Lekarska greška, teškoća definisanja. *Medicina in pravo*, Zbornik radova. Maribor, 247.

<sup>18</sup> Закон о здравственој заштити, *Службени гласник РС*, бр. 25/2019.

<sup>19</sup> *Ibid.*, чл. 186.

љкарске грешке и *нејправе* (опростиве) љкарске грешке – *омашке*. Према том становишту:

„...љкарска грешка је поступак у коме се љкар није придржавао општеутврђених начела медицинске науке или технике, а омашка је погрешна радња љкара која настаје због несавршенства науке или човјека.”<sup>20</sup>

Разлог је разумљив – биолошка варијабилност је тако велика да је немогуће математички тачно одредити исход лијечења.<sup>21</sup>

Међутим, појавиле су се озбиљне резерве око појма љкарске грешке у правној литератури и због оцјене да је тај појам можда превише узак, па да не обухвата све непрописне поступке љкара према пацијенту, него само оне поступке који су у очигледном нескладу са правилима медицинске науке. Тако схваћено, грешка у постављању дијагнозе не би се могла сматрати љкарском грешком у ужем смислу, зато што не постоје општепозната правила медицинске науке и струке о вјештини постављања дијагнозе.<sup>22</sup>

У литератури срећемо и подјелу љкарских грешака на *активне* (које се врше радњом) и *пасивне љкарске грешке* (које се врше нечињењем дужне радње). С аспекта извршења радње сматрамо да ово кривично дјело може бити последица активног дјеловања љкара односно здравственог радника. Када кажемо активно дјеловање – мислимо на чињење тј. радњу коју треба урадити, предузети. Међутим, одговорност због љкарске грешке нечињења не утврђује се на основу ње саме, него на основу онога што представља њену супротност, тј. замишљеног исправног поступања љкара у конкретном случају.<sup>23</sup> У медицини је тако познато несналажење љкара које је проузроковано његовим великим страхом или збуњеношћу пред потенцијалним ризицима оперативног захвата, тзв. „операцијски транс”.<sup>24</sup>

Изазивање или неспречавање инфекције спада у такозване „пратеће љкарске грешке”. Зараза човјека микроорганизмима представља повреду здравља и оштећење здравља а може да доведе и до губитка живота. Тако

<sup>20</sup> Радишић, Ј. (1996). Лекарске грешке у светлости правних разматрања. *Активни проблеми у медицини*. Београд, 164–165.

<sup>21</sup> Flis, V. (2006). Medicinska napaka. *Medicina in pravo*, Zbornik radova. Maribor, 237.

<sup>22</sup> Draškić, M. (2006). Lekarska greška, teškoća definisanja. *Medicina in pravo*, Zbornik radova. Maribor, 248. Упоредити за другачије мишљење: Polajner-Pavčnik, A. (2006). Zaplet, napaka in pravne posledice. *Medicina in pravo*, Zbornik radova. Maribor.

<sup>23</sup> Радишић, Ј. (2012) Одговорност лекара због смрти пацијента изазване нехатним нечињењем – поглед у немачку правну теорију и праксу. *Анали Правног факултета у Београду*. Београд, 33.

<sup>24</sup> Draškić, M. (2006). *Op. cit.*, 248–249.

се у судској пракси инфекције туберкулозом, тифусом, шарлахом и трипером третирају као тјелесне повреде. Стога је нормално да инфекција повлачи одговорност оних чијом је грешком настала. Таква одговорност предвиђена је у Кривичном законнику Републике Србије – КЗ Србије<sup>25</sup> преношење заразне болести у чл. 249. а затим и несавјесно пружање љекарске помоћи у чл. 251.<sup>26</sup>

### Стандард пажње љекара

Није свака љекарска грешка последица несавјесног лијечења пацијента која за собом повлачи и одређену врсту одговорности. Тако, несавјесно лијечење чине само оне љекарске грешке које произилазе из љекаревог несавјесног поступања, дакле оне су последица повреде *сѿандарда дужне пажње* или недостатка потребних знања или вјештина. Као стандард дужне пажње узима се *пажња савјесног и разумног љекара истје специјализације у истим или сличним условима*.<sup>27</sup>

Кривична одговорност љекара знатно је рјеђа у пракси од грађанске одговорности. Једна од главних разлика између ова два типа одговорности јесте у стандарду дужне пажње којег љекар треба да повриједи да би услиједила одговорност. Кривична одговорност тако следује само за *грубу непажњу* љекара.<sup>28</sup>

### ПРАВО ПАЦИЈЕНТА НА ОБАВЈЕШТЕЊЕ<sup>29</sup>

Однос љекара и пацијента је етичка категорија прије свега, али и правна и медицинска и то веома компликована. Иако се у модерној медицини у последњим деценијама иде ка томе да се одбаце патерналистичке теорије, можемо констатовати да је одбачена премиса доктора као „бога у бијелом мантилу”, а прихваћено је становиште да су љекар и пацијент, иако различитог положаја, у том односу са истим циљем – оздрављење пацијента.

<sup>25</sup> Кривични Законик Републике Србије, *Службени гласник РС*, бр. 85/05, 88/05, 107/05, 72/09, 111/09, 121/12, 104/13, 108/2014, 94/2016. и 35/2019.

<sup>26</sup> Радишић, Ј. (2014). Одговорност због штете нанете пацијенту инфекцијама – лагодан поглед у праксу немачких судова. *Европска ревија за право осигурања*, Vol. 4/2014, 16.

<sup>27</sup> Turković, K. (2006). Novi pogledi u svijetlu na odgovornost liječnika za liječničku grešku. *Medicina in pravo*, Zbornik radova. Maribor, 225.

<sup>28</sup> *Ibid.*, 228.

<sup>29</sup> У словеначком праву користи се израз – „појаснилна должност”.



Међутим, као у сваком двостраном правном односу, и у овом случају постоји одређена обавеза на страни љекара прије него што предузме радњу лијечења пацијента, као и право пацијента с друге стране. Кршењем те обавезе љекар поступа погрешно и то често доводи до неке од врста одговорности љекара, а врло често и до кривичноправне одговорности.

Наиме, љекар је дужан да прије било какве предузете интервенције, тј. радње лијечења, пацијента темељно обавијести, тј. да му појасни пажњом доброг стручњака све појединости везане за планирано оздрављење. Општа дужност појашњења прописана је медицинским законодавством Републике Словеније – (Закон о пацијентовим правима,<sup>30</sup> Закон о неизљечивим болестима,<sup>31</sup> Закон о душевном здрављу).<sup>32</sup> Дужност појашњења прописана је и у праву Републике Србије.<sup>33</sup>

Појашњење о медицинском захвату јесте у ствари појашњење о ризику. При појашњавању о ризику битно је да се пацијенту појасни све о облику и могућности наступања ризика, као и ризик од настанка несрећних последица у току захвата или после њега.<sup>34</sup>

Љекар мора пацијенту да појасни и аргументује све разлоге за и против предложене терапијске методе, како би се пацијент лакше и објективније одлучио која му метода у погледу трајања, начина извршења и могућих ризика највише одговара. Тако пацијент мора знати какав ризик може да има планирана терапија и таква се обавјештења морају давати опрезно и поступно.<sup>35</sup>

<sup>30</sup> Закон о пацијентовим правима, *Uradni list Republike Slovenije*, št. 15/2008. и 55/17.

<sup>31</sup> Закон о неизљечивим болестима, *Uradni list Republike Slovenije*, št. 33/2006.

<sup>32</sup> Закон о душевном здрављу, *Uradni list Republike Slovenije*, št. 77/08, 46/15. – одл. УС и 44/19 – одл. УС.

<sup>33</sup> Дужност појашњења пацијенту прописана је првенствено у Закону о правима пацијента (*Службени гласник РС*, бр. 45/2013. и 25/2019. – др. закон) и то у чл. 10. законског текста „Пацијент има право да од надлежног здравственог радника благовремено добије обавештење, које му је потребно како би донео одлуку да пристане или не пристане на предложену медицинску меру. Обавештење из ст. 1. овог члана обухвата: 1) дијагнозу и прогнозу болести; 2) кратак опис, циљ и корист од предложене медицинске мере, време трајања и могуће последице предузимања, односно непредузимања предложене медицинске мере; 3) врсту и вероватноћу могућих ризика, болне и друге споредне или трајне последице; 4) алтернативне методе лечења; 5) могуће промене пацијентовог стања после предузимања предложене медицинске мере, као и могуће нужне промене у начину живота пацијента; 6) дејство лекова и могуће споредне последице тог дејства. Обавештење из ст. 1. и 2. овог члана надлежни здравствени радник дужан је дати пацијенту и без тражења.” Одредбу о праву појашњења садржи и Закон о заштити особа са душевним сметњама у чл. 16. (*Службени гласник РС*, бр. 45/2013).

<sup>34</sup> Flis, V., Gorišek, J. (2006). Privolitev in zdravnikovo ukrepanje. *Medicina in pravo*, Zbornik radova. Maribor, 89.

<sup>35</sup> Čizmić, J. (2008). Pravo pacijenta na obaviještenost. *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*, Vol. 29, br. 1,7.

У литератури наилазимо на мишљења о елементима које свако појашњење пацијенту мора садржати да би било правно ваљано, а првенствено се ослањају на аустријску и њемачку модерну доктрину. Ти елементи су:

- појашњење дијагнозе;
- појашњење прогнозе лијечења;
- појашњење о захвату;
- појашњење о могућности успјешног оздрављења;
- појашњење о степену ризика од компликације;
- појашњење о неуспјешном исходу лијечења.

Ови елементи морају бити присутни већ код општег објашњења, па све до посебних објашњења пацијенту.<sup>36</sup>

Љекар мора дати појашњење пацијенту у току разговора с њим. Информација коју пацијент прима требало би да буде јасна, кратка, недвосмислена и уз минималну употребу стручних израза, ако је то могуће.<sup>37</sup> Не морају се све информације саопштити одједном пацијенту, а количина информација која се саопштава зависи од тога колико је пацијент у тренутку саопштавања способан да прими и да схвати.<sup>38</sup>

Поставља се питање – ко може дати појашњење пацијенту. Тако, пацијенту појашњење треба да пружи управо љекар, а не неко из његовог тима (болничар, медицинска сестра, лаборант, љекар на стажирању или обављању праксе или слично). Модерна њемачка правна теорија каже да појашњење треба да пружи управо љекар који треба да предузме медицински захват.

Поменули смо већ да појашњење пацијенту треба да дође кроз разговор између њега и љекара. Унапријед написан образац објашњења, које би потом пацијент потписао, не би био правно ваљан. Ипак, уколико овакав образац пацијент добије у разумном року прије медицинског захвата и ако након тако добијених информација поразговара са љекарем, овај вид се сматра правно ваљаним појашњењем. У Швајцарској правној пракси, у таквим примјерима говори се о *двостепеном начину објашњења*. Међутим, када год се љекар позове на двостепени начин објашњења, он мора доказати да је са тим пацијентом заправо обавио разговор.<sup>39</sup>

<sup>36</sup> Flis, V., Gorišek, J. (2006). Privolitev in zdravnikovo ukrepanje. *Medicina in pravo*, Zbornik radova. Maribor, 91.

<sup>37</sup> Čizmić, J. (2008). Pravo pacijenta na obaviještenost. *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*, Vol. 29, br. 1, 10.

<sup>38</sup> Turković K. (2006). Prava pacijenta na suodlučivanje prema Zakonu o zaštiti prava pacijenta. *Medicina in pravo*, Zbornik radova. Maribor, 105.

<sup>39</sup> Двостепени начин објашњења и разговор са љекарем види у: Flis, V., Gorišek, J. *Op. cit.*, 91–92.

У теорији и пракси се даље поставило питање колико износи разуман рок, односно колико прије медицинског захвата пацијент треба да добије појашњење. Сматра се да је довољно да пацијент добије појашњење око медицинског захвата један дан пред планирани медицински захват (операцију). У случају мање компликованих захвата довољно је дати пацијенту појашњење и на сам дан захвата, а некада је довољно и непосредно пред медицински захват.<sup>40</sup>

## НЕСАВЈЕСНО ПРУЖАЊЕ ЛЕКАРСКЕ ПОМОЋИ – чл. 251. КЗ СРБИЈЕ

Правни системи кривичноправној одговорности за несавјесно лијечење приступају на два начина. Једни не предвиђају посебна кривична дјела за лекарске грешке извршене над пацијентима, већ лекари одговарају за инкриминације из закона ако су остварили законска бића дјела. Најчешће то буду кривична дјела због одговорности проузроковања смрти из нехата или наношење тешке тјелесне повреде из нехата. Други правни системи, у које се убрајају и земље бивше Југославије, имају већином у својим кривичним законима посебну инкриминацију. Тако Казнени закон Републике Словеније (КЗ Словеније)<sup>41</sup> садржи одредбу (*malotarno zdravljenje*) у чл. 179, а КЗ Републике Србије садржи идентичну инкриминацију у чл. 251:

„1) Лекар који при пружању лекарске помоћи примени очигледно неподобно средство или очигледно неподобан начин лечења или не примени одговарајуће хигијенске мјере или уопште очигледно несавесно поступа и тиме проузрокује погоршање здравственог стања неког лица, казниће се затвором од 3 месеца до 3 године.

2) Казном из става 1) овог члана казниће се и други здравствени радник који при пружању медицинске помоћи или неге или при вршењу друге здравствене делатности очигледно несавесно поступа и тиме проузрокује погоршање здравственог стања неког лица.

3) Ако је дело из става 1) и 2) овог члана учињено из нехата, учинилац ће се казнити новчаном казном или затвором до једне године.”<sup>42</sup>

---

<sup>40</sup> Kraljić, S. (2010). Nekateri vidiki pacientove avtonomije. *Medicina in pravo*, Zbornik radova. Maribor, 190–191.

<sup>41</sup> Казнени закон Републике Словеније, *Uradni list RS*, št. 50/12 – uradno prečiščeno besedilo, 6/16 – popr., 54/15, 38/16. и 27/17.

<sup>42</sup> Кривични законик Републике Србије – КЗ, *Службени гласник РС*, бр. 85/05, 88/05, 107/05, 72/09, 111/09, 121/12, 104/13, 108/2014, 94/2016. и 35/2019.

У ставу 1) постављена је радња извршења у члану закона алтернативно:

- примјена очигледно неподобног средства;
- примјена очигледно неподобног начина лијечења;
- непримјена одговарајућих хигијенских мјера;
- уопште очигледно несавјесно поступање.

**Први облик.**– Лијечење у смислу овог кривичног дјела обухвата постављање дијагнозе и одређивање и примјену терапије. До примјене средстава за лијечење по правилу долази после постављања дијагнозе. Чак и постављање погрешне дијагнозе, које за последицу има примјену неподобног средства лијечења, улази у појам овог облика радње извршења.<sup>43</sup> У оквиру појма *средство лијечења* обухваћена су сва средства која се уносе у организам или стављају на тијело ради постављања дијагнозе или из разлога превенције.<sup>44</sup> *Нейподобно средство* је оно средство које према правилима струке није предвиђено за лијечење одређене болести. Другачије речено, неподобно средство подразумијева све оно што у дјелатности љекара драстично одступа од важећих, општеприхваћених принципа и правила медицинске науке и праксе, односно оно што представља упадљиву грешку која превазилази оквири медицинске толеранције. С тим у вези везан је следећи дио решења Апелационог суда у Новом Саду, којим је усвојена жалба Основног јавног тужиоца и укинута ослобађајућа пресуда за окривљену те предмет враћен на поновно суђење:

„Међутим, првостепени суд приликом утврђивања ових чињеница превиђа да је окривљеној и по њеном признању, дакле у питању су неспорне чињенице, током указивања лекарске помоћи дотичном пацијенту било познато следеће:

– из упута С. х. п. радна дијагноза 'ангина пекторис' што се по њеном сопственом тумачењу 'може односити на много тога у вези са болешћу крвних судова срца' (записник о главном претресу од 23. 10. 2013. године стране 3–4);

– ЕКГ налаз из Х. п. са високим шилјатим Т таласима уз елевацију СТ спојнице у серији прекордијалних одвода;

– од пацијента узет податак о претходном инфаркту и шлогу.

С обзиром на ово, посебно имајући у виду наведену дијагнозу и њено тумачење те дијагнозе, заиста изненађује да је првостепени суд могао

<sup>43</sup> Стојановић З. (2012). *Коментар кривичног законика*. Београд: Службени гласник, 727.

<sup>44</sup> Савић С. (2010). Лекарска делетност и кривична одговорност. *Научни часопис ургентне медицине – хало 94*, Vol. 16. бр. 2, 56. Београд.

да у задњем реду стране 6 своје одлуке наведе како је јасно да окривљена није могла знати да је пацијент упућен због срчаних тегоба.

Према налазу и мишљењу Судско медицинског одбора М. ф. у Б. од 8. 2. 2013. године (листови 45–52/23 списка), посебно усменом исказу члана овог одбора вештака др. Н. на главном претресу од 23. 4. 2014. године, а које доказе првостепени суд у свему прихвата, горе назначени подаци са којима је окривљена неспорно располагала критичном приликом, по медицинској науци и кардиолошкој пракси су морали бити сасвим довољни да окривљена одреди терапију из тог налаза, а како се то с правом указује жалбом.”<sup>45</sup>

Неподобност средства, дакле, подразумејева све оно што у дјелатности љекара драстично одступа од важећих, општеприхваћених принципа и правила медицинске науке и праксе, односно оно што представља упадљиву грешку која превазилази оквире медицинске толеранције. Докторица из наведене судске одлуке је знала, или је на основу свог стручног искуства и знања морала знати да неодређивање терапије за болест срца може довести до *узрочно-последичне* везе нарушавања здравља пацијента, а у овом случају смрти пацијента, што доводи до постојања љекарске грешке а иста до постојања кривичног дјела несавјесно лијечење болесника. Сматрамо да докторица у наведеном случају непостављањем дијагнозе извршава кривично дјело и то радњом нечињења, тј. пропуштањем чињења дужне радње према гаранту тј. пацијенту. Јер, како наводи Вуковић с чијим ставом се слажемо, кривична одговорност за оmissивне деликте не подразумејева обично нечињење, већ је то пропуштање дужног чињења.<sup>46</sup>

Стојановић с разлогом поставља питање како одредити појам „очигледности”. То је, наводи он, извјесно степеновање неподобности. „Очигледно” представља *упадљиву грешку* љекара којом се грубо крше правила медицинске струке и науке.<sup>47</sup> Из овако постављене радње у тексту закона и из ње изведене дужности савјесног поступања у пружању љекарске помоћи, другачије речено – шта ће се подразумевати под конкретном дужношћу зависиће од низа чињеница. На примјер: о каквој је повреди или обољењу ријеч, које је љекар струке, у каквим околностима пружа помоћ, која су средства љекару на располагању итд. Циљ предузетих радњи је ипак јасан – спречавање последица на објекту заштите.<sup>48</sup>

<sup>45</sup> Решење Апелационог суда у Новом Саду КЖ – 1 – 1445/15. од 14. 1. 2016.

<sup>46</sup> Вуковић, И. (2013). *Кривична дела неправог нечињења*. Правни факултет Универзитета у Београду, 160.

<sup>47</sup> Стојановић, З. (2012). *Коментар кривичног законика*. Београд: Службени гласник, 728.

<sup>48</sup> Вуковић, И. *Op. cit.*, 161.

Имајућу у виду претходно речено, у пракси се очигледно неподобним средством лијечења може навести давање лијека пеницилина пацијенту у чијој се медицинској документацији јасно наводи да је пацијент на овај лијек алергичан.<sup>49</sup>

**Други облик** љекаревог дјеловања из става 1) јесте да он употреби очигледно неподобан начин лијечења. И у овом случају мора да постоји висок степен неподобности начина лијечења. Очигледно неподобан начин лијечења би био на примјер одлука да се пацијент код кога је дијагностификован расцјеп слезине са крварењем у трбушну дупљу третира конзервативно (неоперативно), а не хируршки, оперативно.<sup>50</sup> Савић наводи да се очигледно неподобним начином лијечења може сматрати и дијагностички или терапијски поступак који је адекватно индикован, али је изведен на погрешан начин.

**Трећи облик** радње извршења који је постављен алтернативно у ставу 1) јесте непримјењивање одговарајућих хигијенских мјера. Овај облик радње извршења појављује се због специфичности медицинских захвата (примјер – обавезна стерилизација код хируршких захвата). Дужност понашања према здравственим прописима везаним за хигијену имају и други здравствени радници, а не само љекари, па постоји могућност зато да се и они појаве као саучесници или саизвршиоци код овог кривичног дјела. На овом мјесту предочићемо један примјер из судске праксе Савезне Републике Њемачке.<sup>51</sup>

„Професор медицинског факултета, који је радио на клиници за торакалну хирургију, оперисао би годишње по неколико стотина пацијената. За вријеме обављања своје дјелатности није се подвргавао редовној здравственој контроли, тако да није знао да је инфициран хепатитисом Б. Болест је услед нелијечења постала хронична, а од њега је потицала врло велика опасност инфекције. У кривичном поступку, који је вођен против њега, утврђено је да је заразио 12 својих пацијената приликом операција срца. Суд у Ахену га је осудио због кривичног дјела нехатне тјелесне повреде, а ту пресуду потврдио је и Савезни врховни суд Њемачке. Суд није пребацивао окривљеном грешке у операцијама које је извршавао, него му

<sup>49</sup> Draškić, M. (2006). Lekarska greška, teškoća definisanja. *Medicina in pravo*, Zbornik radova. Maribor, 247.

<sup>50</sup> Савић, С. (2010). Лекарска делетност и кривична одговорност. *Научни часопис ур-зенине медицине – хало 94*, Vol. 16, бр. 2. Београд, 57.

<sup>51</sup> Примјер је интересантан са аспекта дужности придржавања хигијенских мјера прописаних императивним нормама. Иако је Суд у Ахену љекара осудио за нехатни облик кривичног дјела тјелесне повреде а не кривичног дјела несавјесног пружања љекарске помоћи, сматрамо да је примјеру из судске праксе овдје мјесто због интересантног начина резонувања суда, без обзира што поменути суд није нашао да постоји кривично дјело несавјесно пружање љекарске помоћи.

замјера што није контролисао своје здравље сваке године и спознао да је био носилац опасног вируса.”<sup>52</sup>

Непримјена одговарајућих хигијенских мјера као облик несавјесног поступања љекара може се односити на неадекватну припрему хирурга и операционе сале који нису у складу са принципима асепсе и антисепсе у хирургији.

**Четврти облик** радње је прописан можемо рећи непрецизно „уопште несавјесно поступа” и може обухватити остале случајеве несавјесног поступања љекара, тј. санкционисање несавјесности у било којој форми и фази медицинског поступка, а не само у процесу лијечења у ужем смислу, на примјер – љекар је пропустио да утврди дијагнозу пацијенту и отпусти пацијента из болнице, међутим по доласку кући пацијенту се стање нагло погорша, и услед такве клиничке слике и протоком одређеног времена умре ван здравствене установе.

Код кривичног дјела несавјесног пружања љекарске помоћи мора да наступи последица која се огледа у томе што се погоршава здравствено стање пацијента, или се проузрокује смрт лица (пацијента). Квалификациона околност иако није наведена у чл. 251, наведена је у чл. 259. – ако се радњом из ст. 1, 2. или 3. чл. 251. проузрокује смрт лица казна је *заствор од 2 до 12 година*.

Став 2.– У овом ставу прописано је да извршилац може бити било који здравствени радник (а да није љекар, нпр. – медицинска сестра, техничар, лаборант итд.). И у овом случају потребан је веома висок степен несавјесности. Узрочна веза огледа се у погоршању здравственог стања лица која је проузрокована радњом извршења учиниоца.

Кривица.– На субјективном плану учиниоца кривичног дјела потребан је умишљај. Циљним тумачењем и имајући у виду природу и конструкцију кривичног дјела то мора бити *евентуални умишљај*.<sup>53</sup> Учиниоца несавјесно поступа, има свијест о томе, али на то пристаје. Рохин

---

<sup>52</sup> Пресуда Савезног врховног суда Њемачке БГХ из 2003. године, наведено према: Радишић, Ј. (2014) Одговорност због штете нанијете пацијенту инфекцијама – лагодан поглед у праксу њемачких судова, *Евројска ревија за право осигурања*, Vol. 4/2014, 15.

<sup>53</sup> Сличан став заступа и Стојановић и наводи да евентуални умишљај мора обухватати сопствено несавесно поступање, као и пристајање на последицу. Ако би постојао директан умишљај, радило би се о другом кривичном дјелу у зависности од тежине и врсте проузроковане последице. Сматрамо да би се у случају постојања директног умишљаја остварили елементи бића неког другог кривичног дјела а не несавјесно пружање љекарске помоћи из чл. 251, а свакако долазе у обзир кривична дјела против живота и тијела, јер ова група кривичних дјела има сличности са групом кривичних дјела против здравља људи, посебно кад је у питању последица.

тако наводи да је Савезни суд Немачке у више наврата користио формулацију да се може говорити о *dolus eventualis*-у.

„...ако учинилац спроведе своју намјеру, упркос изразитој опасности (...) и ако препусти случају да ли ће опасност, коју је он препознао, наступити или неће. Ако је са друге стране учинилац свјестан да ствара само незнатну опасност, онда му по правилу морамо веровати да се уздао у ненаступање последице и да се није одлучио против заштићеног правног добра.”<sup>54</sup>

Став 3) предвиђа нехатни облик кривице. Тако Стојановић наводи да су могући и свјесни и несвјесни нехат.<sup>55</sup> Међутим, у литератури срећемо и нешто другачије ставове о кривици лекара.

„Правна квалификација 'нехата' и 'умишљаја', поставља се у случајевима када лекар свјесно поступа супротно правилима струке и науке. То правно питање, понекад представља питање клиничке аутономије, када лекар доноси одлуку, нпр. код болесника оболелог од малигне болести да даје хемиотерапију упркос ниском броју тромбоцита, уз адекватну надокнаду крвних плочица, у покушају да спасе живот болесника. Конкретни случај се и завршио продужењем живота болеснице за четири мјесеца, да би умрла од ширења основне болести.”<sup>56</sup>

Питање је да ли би се у том случају могло говорити о „свјесном нехату” да се завршио смрћу болеснице непосредно после примања горепоменуте терапије.

„Уколико се прихвати став да је последица лекарске грешке погоршање здравственог стања болесника – тада не може постојати директан умишљај. Уколико се прихвати становиште да је последица лекарске грешке стварање опасности за здравље и живот болесника – тада облици кривице могу бити: свјестан и несвјестан нехат и евентуални и директни умишљај (лекар поступа са циљем да изазове опасност по здравље и живот болесника – директан, или лекар може тако поступати пристајући на евентуално наступање опасности – евентуални). У овој ситуацији, директан умишљај се јавља када лекар примењује експериментално недовољно испитано средство лечења – битно је да лекар ту не жели да наступи погоршање здравственог стања већ жели да наступи опасност по здравље или живот болесника.”<sup>57</sup>

<sup>54</sup> Roxin, C. (2010). Über den dolus eventualis. *CRIMEN* (I) 1/2010 5–17.

<sup>55</sup> Стојановић, З. (2012). *Коментар кривичног законика*. Београд: Службени гласник, 729.

<sup>56</sup> Радосављевић, Т. (2014). магистарска теза – *Правна регулација лекарске дјелатности у Србији*, Београд, 49–50.

<sup>57</sup> *Ibid.*, 50.



Наш законодавац предвиђа могућност извршења дјела из умишљаја и нехата. Међутим, у нашој судској пракси, иначе врло сиромашној пре-судама за кривично дјело несавјесно лијечење, најчешће се догађа да се љекарска грешка чини из нехата не из умишљаја, а ако умишљај и посто-ји онда је евентуални.

Централни проблем кривице код нехата није елеменат воље, него елеменат свијести. Треба установити: да ли је љекар био свјестан, од-носно да ли је могао и морао бити свјестан да ће настати опасност по здравље или живот болесника. Љекар је свјестан да његово поступање у конкретном случају није у складу са правилима медицинске струке, нау-ке и праксе, односно није тога свјестан, а према датим околностима и својим личним својствима је могао и морао бити свјестан.<sup>58</sup> Несвјесни нехат се најчешће јавља као облик кривице. Љекар уопште није свјестан неподобности поступака које предузима, иако је на основу свих околно-сти и својих личних својстава које поседује као љекар, био дужан да зна и могао је знати. Захваљујући стручним знањима које љекар поседује, његова могућност да предвиди наступање негативне последице је већа него код обичних људи.

## НЕСАВЈЕСНО ПРУЖАЊЕ ЉЕКАРСКЕ ПОМОЋИ<sup>59</sup> – КЗ СЛОВЕНИЈЕ

Словеначки кривични законик познаје инкриминацију несавјесног пружања љекарске помоћи. У XX поглављу у чл. 179. постоји инкрими-нација слична оној у нашем кривичном праву (malomarno zdravljenje in opravljanje zdravilske dejavnosti).<sup>60</sup>

Радња извршења у ст. 1. означава дјеловање насупрот љекарске науке и струке. Извршилац кривичног дјела у ст. 1. може бити искљу-

<sup>58</sup> Радишић. Ј. (2008). *Медицинско право*. Београд, 164.

<sup>59</sup> У словеначком КЗ се ово кривично дјело назива „маломарно здрављење”.

<sup>60</sup> Изворни текст члана словеначког КЗ гласи:

„1) Zdravnik, ki pri opravljanju zdravniške dejavnosti iz malomarnosti ravna v nasprotju s pravili zdravniške znanosti in stroke in tako povzroči, da se komu občutno poslabša zdravje, se kaznuje z zaporom do treh let.

2) Enako se kaznuje:

1. zdravstveni delavec, ki pri svoji zdravstveni dejavnosti iz malomarnosti ravna v na-sprotju s pravili stroke, pa pri tem povzroči, da se komu občutno poslabša zdravje ali

2. zdravilec, ki pri opravljanju dovoljene zdravilske dejavnosti iz malomarnosti neustre-zno izbere in uporabi zdravilski sistem ali zdravilsko metodo, pa pri tem povzroči, da se komu občutno poslabša zdravje.

3. Če zaradi dejanja iz prvega ali drugega odstavka kdo umre, se storilec kaznuje z zapo-rom od enega do osmih let.”

чиво љекар. Да би се доказало постојање љекарске грешке и погоршања здравља пацијента, потребно је да постоји *узрочна веза између радње и последице*. Радња из става један је љекарево несавјесно дјеловање насупрот правила медицинске науке и струке, а последица је погоршање здравља и то не било какво већ озбиљно погоршање здравља пацијента. *Утврђивање узрочне везе* важно је да би се одредило да ли постоји одговорност на страни љекара за штетне последице за које љекар треба да одговара. Извјесност о наступању неке чињенице која судији треба да пружи доказ, не смије се идентификовати са апсолутном елиминацијом сваке друге могућности. За одржив каузални развој говори претежна вјероватноћа, довољан је дакле висок степен вјероватноће. Узрочна веза између љекарске грешке и смрти пацијента сматра се утврђеном само ако је суд, на основу мишљења медицинских вештака, дошао до закључка да би прописно понашање лекара спасило или продужило живот пацијента са вероватноћом која се граничи са сигурношћу. Вјероватноћа која се граничи са сигурношћу значи степен извјесности који искључује сваку разумну сумњу.

Такву каузалност као веома битну за постојање овог кривичног дјела потврђује и Врховни суд Републике Словеније у својој пресуди:

„У примјеру здравственог третмана труднице кривичноправну заштиту прије несавјесног лијечења ужива трудница, а посредно тако и плод који је с њеним тијелом нераздвојно, нераскидиво повезан. За постојање кривичног дјела је довољан услов погоршање здравља труднице, које је у пракси због нераскидиве везаности с плодом рачунајући примјер погоршања здравља или чак смрт плода које су последица радње љекара насупрот правила љекарске струке. Кривично дјело несавјесног лијечења по ст. 1. чл. 190. (стари КЗ Словеније) извршава љекар, који при вршењу љекарске дјелатности несавјесно ради у супротности с правилима љекарске науке и струке и тако проузрочи, да се коме озбиљно погорша здравље. Кривичноправно заштићено добро при извршењу тог кривичног дјела јесте здравље особе, коју је лијечио љекар. Ембрион, наиме, не ужива самосталну кривичноправну заштиту, али посредно правно заштићен преко заштите здравља труднице све до порођаја, кад се плод у кривичноправном смислу почиње рачунати човјеком.”<sup>61</sup>

У ст. 2. видимо да извршилац може бити и здравствени радник који није љекар. Извршилац дјелује путем два модалитета извршења:

- који дјелује насупрот здравствене науке и струке,
- погрешно изабере и употреби медицинско средство (систем) или здравствену методу.

<sup>61</sup> Пресуда Врховног суда Републике Словеније: Sodba I Ips 273/2010. од 7. 7. 2011.

Видимо да је слично као и у српском закону потребан степен несавјесности у обављању медицинске радње. Такође, мора да постоји и узрочна веза. У ст. 1. као и у ст. 2. то је озбиљно погоршање здравља пацијента које је проузроковано радњом извршења (узрочна веза).

У ст. 3. прописана је законом квалификаторна (отежавајућа) околност, а то је: ако *пацијент* умре услед радњи из ст. 1. или 2. Казна за овај облик је затвор од једне до осам година. Каузална веза је потребна као елемент да би радња извршења из ст. 3. произвела последицу. Љекарска грешка или пропуст треба да буду толико несавјесни и тешки да од последице несавјесности извршиоца пацијент умре. Значи да је у кривицу љекара или здравственог радника могуће као субјективни елемент приписати квалификовану околност – смрт пацијента. Тако, Виши суд у Цељу правилно указује на љекарску грешку и постојање каузалне везе са погоршањем стања пацијента које на крају доводи до пацијентове смрти:

„Притужба окружног државног тужиоца се усваја па се пресуда суда 1. степена преиначује, тако да је оптужени З. Т. крив, јер је из нехата проузрочио смрт А. Т. с тим да је као љекар био одговоран за њу на одјелу за општу и жилну хирургију С. б. Ц. гдје је била дана 4. 9. 1998. премјештена после операције ради сплета цријева, и до премјештаја је нормално текао опоравак на интензивној њези. До дана 10. 9. љекар није одредио никакав дијагностички преглед иако се пацијенту 6. 9. 1998. врло повисила тјелесна температура, која данима није спадала, а с обзиром на то да је ради оперативног тока имала постављен венски катетер, љекар је морао и могао предвидјети да се развила упала. После 10. 9. љекар је наложио претрагу трбушне дупље и анализу крви, па на тај начин није урадио ништа несавјесно да би пронашао узрок за повишену тјелесну температуру, упркос томе, ултразвучна претрага није потврдила претпоставку о упали у трбушној дупљи, а анализе крви су указивале на запаљенски процес и да је имала повишену температуру закључно са 13. 9. Те околности би најмне морале сугерисати љекару да обави микробиолошке претраге, друге ултразвучне прегледе и рендгенско снимање плућа, да укључи у случај специјалисту инфектолога и представи случај групи љекара специјалиста; па стога насупрот правила љекарске струке ништа није предузео све до 17. 9. па је упала била касно откривена, ради тога А. Т. више није било могуће излјечити, тако да је она на дан 18. 9. преминула, што је узроковала сепса неколико унутрашњих органа. Тиме је љекар учинио кривично дјело прузроковања смрти из нехата, по ст. 1, чл. 129. КЗ.”<sup>62</sup>

С аспекта извршења радње сматрамо да ово кривично дјело може бити последица активног дјеловања љекара односно здравственог радника. Када кажемо активно дјеловање – мислимо на чињење тј. радњу коју

<sup>62</sup> Пресуда Вишег суда у Цељу Кп 394/2004, од 11. 1. 2005. (прије доношења новог КЗ који познаје кривично дјело несавјесно лијечење).

треба урадити, предузети. Међутим, ово кривично дјело могуће је урадити и нечињењем, односно пропуштањем онога што је требало да се уради у одређеној ситуацији (на примјер недавање антишок терапије пацијенту код кога се испољило алергијско дејство после примања антибиотика).

Извршилац кривичног дјела у првом ставу је љекар, а у другом ставу здравствени радник који није љекар. Поред особа са медицинским факултетом и стоматолошким факултетом, ту се убрајају као потенцијални извршиоци лица са одговарајућом дипломом из иностранства, сестре, бабице, техничари, инструменталисти, лаборанти итд.<sup>63</sup> Извршилац треба да радњу изврши на начин *и тако проузрочи* наводи Корошец, што би по његовом мишљењу био објективни услов инкриминације.<sup>64</sup> Узрочно-последична веза је потребно да постоји. Другачије је код става три, наводи даље Корошец, када се љекарском грешком проузрочи тешко оштећење здравља људи или наступи нечија смрт. Тада говоримо о немару односно нештићењу здравља и живота, који се испољава као објективни услов инкриминације чија последица погађа здравствени систем вриједности.<sup>65</sup>

### **Пристанак повријеђеног (пацијента) и искључење противправности**

Противправност је дјеловање које објективно крши правну норму, које шкоди праву као систему у цјелини и зато је забрањено.<sup>66</sup> О противправности у кривичном праву говоримо најчешће када разматрамо да ли постоји неки основ за искључење противправности.<sup>67</sup> У медицинском кривичном праву посебно је занимљив и веома често се говори о пристанку повријеђеног (пристанку пацијента) као основа искључења противправности.

<sup>63</sup> Deisinger, M. (2002). *Kazenski zakonik z komentarjem*. Ljubljana: GV založba, 285.

<sup>64</sup> Korošec, D. (2016). *Medicinsko kazensko pravo*. Ljubljana: GV Založba, 496.

<sup>65</sup> *Ibid.*, 497.

<sup>66</sup> Golob, P. (2010). *Kazenska odgovornost in informirana privolitiev: Ali je zdravljenje res kaznivo dejanje. Medicina in pravo, Zbornik radova*. Maribor, 404.

<sup>67</sup> У кривичном праву постоји могућност искључења противправности (па самим тим и кривичног дјела) онда кад су испуњени одређени услови. Основи искључења противправности дијеле се у двије групе према томе да ли су изричито прописани Кривичним закоником или то нису. У основе искључења противправности предвиђених кривичним законодавством убрајају се: нужна одбрана, крајња нужда и дело малог значаја. У основе искључења противправности који нису предвиђени у самом тексту закона већ се до њих дошло у теорији или рецепцијом страних законодавстава, а који у принципу нису спорни и могу се примјењивати у нашем праву. То су: вршење службене дужности, наређење претпостављеног, пристанак повређеног, дозвољени ризик, вршење родитељског права, љекарска интервенција.

Пристанак повријеђеног у кривичном праву односи се на озбиљну, слободну, свјесно изјављену сагласност повријеђеног на нанесену му повреду.<sup>68</sup> Из овакве дефиниције пристанка повријеђеног проистиче да мора да испуњава следеће елементе:

- да је дат несумњиво, да објективно постоји,
- да је дат прије извршења кривичног дјела, а не накнадно,
- да је лице које даје пристанак способно да пристанак даје,
- да је пристанак озбиљан и слободно дат.

Пристанак повријеђеног можемо посматрати на пољу противправности као оригинерни институт који искључује противправност. Како он релативно дуго постоји у кривичноправној теорији из њега су произишли претпостављени пристанак, хипотетички пристанак и нама нарочито занимљив пристанак пацијента.

Реформом кривичног законодавства у Словенији и доношењем КЗ–1 пацијент је од пасивног субјекта постао активан субјекат у процесу лијечења. Лијечење без пристанка пацијента обично повлачи за собом неко кривично дјело (нпр. тјелесне повреде). Тако, новим КЗ и споредним законодавством је предвиђено да љекар мора добити пристанак пацијента прије медицинског захвата. У складу са начелом *Volenti non fit iniuria* пристанак пацијента искључује постојање кривичног дјела на другом степену (елементу кривичног дјела). Словенија је тако морала напустити становиште запостављања (игнорисања) воље пацијента у општем појму кривичног дјела. Словеначки законодавац је 2008. године стао на становиште у правцу категоричне заштите аутономије пацијента.<sup>69</sup>

Аутономија пацијенту омогућава да одлучи да ли ће допринијети позитивно или негативно свом оздрављењу и животу. Основна правила о самоодлучивању пацијента су утврђена сетом медицинских закона:

- Закон о пацијентовим правима,
- Закон о неизљечивим болестима,
- Закон о душевном здрављу.

Можемо констатовати да су овим сетом медицинских закона и доношењем новог КЗ–1 аутономија пацијента (пристанак) и његова форма, садржај, елементи, адресати и услови потпуно заокружени. Ако је љекарска грешка један од предуслова за постојање кривичног дјела *malomarnog zdravljenja*, можемо рећи да је *пристанак пацијента* други неопходан елемент који претходи самом љекарском захвату. Другачије речено, недостатак пристанка пацијента, тј. посег у медицински захват без па-

<sup>68</sup> Чејовић, Б. (1974). *Кривичноправни проблеми трансплантације делова људског тела*. Београд, 233.

<sup>69</sup> Korošec, D. (2016). *Medicinsko kazensko pravo*. Ljubljana: GV Založba, 117.

цијентове воље, често доводи до постојања кривичног дјела. Поставља се питање када и како се даје пристанак на медицинску интервенцију. Пацијент који има правни капацитет да пристанак да мора бити свјестан и дати пристанак прије медицинског захвата. У Њемачкој правној теорији искристалисало се мишљење да се за теже захвате мора дати пристанак на посебном обрасцу, тј. писани пристанак. За лакше захвате довољан је усмени пристанак пацијента. Може чак да се пристанак да неком конклюдентном радњом као што је климање главе, стисак руке, погледом итд. За особе које немају пословну способност, пристанак дају законом прописана лица.

Пристанак никако не може бити правно ваљан ако се односи на недозвољене противправне радње и медицинске поступке, на пример – пристанак на недозвољен абортус.<sup>70</sup>

Када је у питању пристанак пацијента, можемо поставити једно питање – да ли ће љекар одговарати ако није информисао на прописан начин пацијента, нити је добио пристанак за медицински третман, а лијечење ипак прође успјешно? Да ли у овом случају постоји љекарска грешка и кривично дјело? Оговор на ова питања можемо наћи у самом бићу кривичног дјела несавјесно пружање љекарске помоћи. Наиме, у чл. 251. ст. 1. КЗ Србије законодавац предвиђа каузалитет између радње кривичног дјела и наступања последице на објекту заштите кривичноправне норме, а то је погоршање здравља пацијента. Ако лијечење прође успјешно и пацијент се опорави, за постојање кривичног дјела мањка битан дио прописане норме, јер здравље пацијента није погоршано, па се самим тим и постојање кривичног дјела услед неадекватне информисаности пацијента искључује на 2. елементу постојања кривичног дјела – предвиђеност у закону. Кривичног неправна, дакле нема, јер осим предвиђености у закону недостаје и узрочно-последична веза између радње љекара и погоршања здравља пацијента, али сматрамо да има мјеста дисциплинској и грађанскоправној одговорности.<sup>71</sup>

Још један институт који треба поменути у оквиру овог поглавља о противправности јесте претпостављени пристанак који заслужује наша ближа разматрања због свог практичног значаја у медицинској сфери, с обзиром на то да је предузимање медицинског захвата могуће и без пристанка пацијента (у неким случајевима). У њемачкој правној литератури искристалисало се мишљење да ако се током операције појави потреба

<sup>70</sup> Ivanjko, Š. (2006). Odgovornost in zavarovanje odgovornosti zdravnikov. *Medicina in pravo*, Zbornik radova. Maribor, 180.

<sup>71</sup> Дисциплинска одговорност може постојати због кршења процедуре самог лијечења (пропусти око добијања пристанка пацијента).

за њеним проширењем, а проширење операције се није могло претпоставити, оно се ипак може обавити само на основу процјене љекара који предузима захват, а он је неодложно потребан. Ако се одлука може одложити, изостала би неопходна претпоставка за предузимање захвата.<sup>72</sup> Претпостављени пристанак је супсидијаран у односу на пристанак повријеђеног. У швајцарској пракси се уобличио правило да пацијент мора бити унапријед обавијештен о могућем проширењу медицинског захвата. Ако се у току операције појаве непознате околности које могу угрозити живот пацијента, због којих је медицинску интервенцију потребно проширити, љекар такав захват мора извести и пацијенту после медицинске интервенције ново стање потпуно објаснити и накнадно добити пристанак.<sup>73</sup> Како видимо из упоредног права, а посебно швајцарског и њемачког права, могућа је правна конструкција накнадни пристанак пацијента, који би могао да искључи противправност медицинског захвата.

### Елемент кривичног дјела – кривица

Да би једно дјело било кривично дјело поред бити и противправности по КЗ-1 Републике Словеније мора да постоји и последњи елемент општег појма кривичног дјела. То је субјективни доживљај извршиоца према радњи кривичног дјела или кривица.

Медицинско право је врло често поље одштетних, грађанскоправних захтјева, а ријетко кривичноправно поље. То је зато што је кривицу љекара приликом вршења своје дужности теже доказати. У оквиру чл. 179. степен кривице који се тражи од учиниоца јесте нехат, и то свјесни и несвјесни нехат. Границе нехата су у великој мјери зависиле од стандарда и бриге или пажње које опет дефинише стање медицинске струке.<sup>74</sup>

Постоје одређене термилошке и суштинске разлике између двије врсте нехата, свјесног и несвјесног. При *свјесном нехату* учинилац кривичног дјела има свијест о могућности настанка забрањене последице. Има он правилну представу о могућем развоју узрочног тока, али олако мисли да би могао спријечити настанак последице (озбиљно погоршање здравља или смрт пацијента). Код *несвјесног нехата* учинилац има такву представу да могућности настанка штетне последице нема, иако би, сма-

---

<sup>72</sup> Вуковић, И. (2014). Претпостављени пристанак у кривичном праву. *Crimen*, V, 1/2014, 54.

<sup>73</sup> Flis, V., Gorišek J. (2006). Privolitev in zdravnikovo ukrepanje. *Medicina in pravo*, Zbornik radova. Maribor, 95.

<sup>74</sup> Korošec, D. (2016). *Medicinsko kazensko pravo*. Ljubljana: GV Založba, 502.

тра Дежман, у складу са захтјевима медицинске струке и науке и своје личне карактеристике и стручно искуство он ту представу морао имати.<sup>75</sup>

Улога стварне и правне заблуде је због стручности код потенцијалног извршиоца кривичног дјела несавјесног пружања љекарске помоћи скоро минимална.<sup>76</sup>

Тако КЗ–1 Републике Словеније наводи да није крив онај који направи дјело у стварној заблуди. Било да је стварна заблуда отклоњива или неотклоњива, њима је заједничко што учинилац има погрешну представу о развоју узрочног тока. Дјело учињено у неотклоњивој стварној заблуди није кривично дјело.

Заправо тешко је претпоставити да би један такав стручњак као што је љекар специјалиста могао имати тако погрешну представу о узрочно-последичном дјеловању. Тешко је замислити да један медицински експерт под одређеним условима и околностима помисли да је његово дјеловање допуштено и некажњиво.

## ЗАКЉУЧАК

Поље модерне медицине је веома ризично подручје. У његовом центру налазе се љекар (здравствени радник) и пацијент. Савремена наука је одбацила патерналистичке теорије и теорије државе као гувернанте. Такође је одбацила и став „љекар као Бог у бијелом мантилу” и љекар зна најбоље. Насупрот томе, модерна медицина и кривично право њих виде као једнаке стране у том односу. Најважнији циљ у обављању љекарске дужности би требала бити сигурност пацијента и његово оздрављење.

У раду смо видјели да приликом обављања свог посла љекари гријеше (*errare humanum est*), али су љекарске грешке посебно опасне и тешке јер могу да угрозе здравље и живот човјека (пацијента).

Није свака љекарска грешка у кривичноправном смислу важна. То је, пак, само она љекарска грешка која проузрокује погоршање здравља, тешко погоршање здравља или смрт пацијента. Можемо слободно тврдити да је права љекарска грешка која је кривичноправно релевантна есенцијални дио кривичног дјела несавјесног лијечења (*malomarno zdravljenje*).

Међутим да би једна љекарска грешка произвела кривично правно дјелство потребно је доказати да је постојала узрочна веза између радње

<sup>75</sup> Dežman, Z. (2010). *Zakon o pacientovih pravicah in njegov kazenskopравни vidik. Medicina in pravo*, Zbornik radova. Maribor, 385.

<sup>76</sup> Korošec, D. (2016). *Medicinsko kazensko pravo*. Ljubljana: GV Založba, 503.



љекара и озбиљног нарушавања здравља пацијента, или проузроковање пацијентове смрти. Утврђивање узрочне везе важно је да би се одредило да ли постоји одговорност на страни љекара за штетне последице за које љекар треба да одговара. Извјесност о наступању неке чињенице која судији треба да пружи доказ, не смије се идентификовати са апсолутном елиминацијом сваке друге могућности. За одржив каузални развој говори претежна вјероватноћа, довољан је дакле висок степен вјероватноће. Узрочна веза између љекарске грешке и смрти пацијента сматра се утврђеном само ако је суд, на основу мишљења медицинских вештака, дошао до закључка да би прописно понашање љекара спасило или продужило живот пацијента са вероватноћом која се граничи са сигурношћу. Вјероватноћа која се граничи са сигурношћу значи степен извјесности који искључује сваку разумну сумњу.

Осим пажљивог обављања своје дужности љекар је дужан да прије медицинског захвата пружи информације пацијенту о планираном медицинском захвату. Таква дужност (*pojasnilna dolžnost*) једнако је прописана законодавством Србије и Словеније. Пацијент има право да му се објасни:

- дијагноза;
- медицинска примјена резултата и исхода;
- препоручени преглед и захват;
- могући ризици лијечења;
- могуће замјене за препоручени поступак;
- постоперативни ток итд.

У пракси се искристалисало мишљење да је довољно да се један дан прије компликованих медицинских захвата пацијенту појасни све везано за медицински захват. Уколико је у питању лакши захват, нпр. амбулантно лијечење, дужност појашњења ваљана је и на сам дан захвата или непосредно пред захват.

Реформом здравственог законодавства у Републици Словенији и доношењем низа медицинских закона, као и новог КЗ–1, пацијент постаје господар свога тијела и може слободно да одлучује да ли ће да пристане или ће да одбије одређену медицинску интервенцију на свом тијелу. У раду смо видјели да *prisstanak pacijentia* може бити елемент за искључење противправности. Међутим, ако љекар не добије пристанак пацијента а упусти се у медицински захват, може да оствари објективни услов инкриминације за кривично дјело тешка тјелесна повреда. Пристанак пацијента и из њега изведен *prejiosstavljени prisstanak* представљају тиме битан елемент у општем појму кривичног дјела у медицинском кривичном праву.

Упоређујући кривичне законе Србије и Словеније видимо подударности у вези са кривичним дјелом несавјесно лијечење. Првенствено радња извршења је скоро идентично постављена. Такође у ставу 1) идентично је прописано за оба закона да извршилац може бити само љекар. Идентична одредба је у ставу 2) гдје је прописано да извршилац може бити и здравствени радник који није љекар, нпр. лица са медицинском дипломом из иностранства, сестре, бабице, техничари, лаборанти, инструменталисти итд.

Анализом оба закона утврдили смо да су и *кривичне санкције врло сличне*:

1. у ст. 1. српски законодавац предвиђа казну затвора од 3 мјесеца до 3 године;

2. у ст. 1. словеначки законодавац предвиђа казну затвора до 3 године;

3. у ст. 2. српски законодавац предвиђа исту казну из ст. 1. за здравственог радника – од 3 мјесеца до 3 године;

4. у ст. 2. словеначки законодавац предвиђа исту казну из ст. 1. за здравственог радника – до 3 године затвора;

5. у ст. 3. српски законодавац предвиђа нехатни облик кривичног дјела уз казну алтернативно постављену новчану казну или затвор до 1 године;

6. у ст. 3. словеначки законодавац предвиђа квалификовани облик дјела проузрокован смрћу лица (пацијента). Казна за овај облик је од 1 до 8 година затвора;

7. наступање квалификованог облика, смрт лица, српски законодавац прописује у чл. 259. ст. 1. – казна затвора од 2 до 12 година.

На овом мјесту остаје нам питање кривице учиниоца кривичног дјела несавјесно пружање љекарске помоћи. Да ли учинилац кривичног дјела дјело чини из умишљаја или из нехата? У српском КЗ прва два става учинилац ради умишљајно, док је за трећи став прописан нехат, како свјесни тако и несвјесни нехат. Неки теоретичари сматрају да је могућ и директни умишљај. У словеначком КЗ–1 у оквиру чл. 179. кажњив је нехат, свјесни и несвјесни.

Остаје нам још једно питање које није довољно објашњено. То је утицај стварне заблуде на искључење кривице љекара или здравственог радника. Имајући у виду да је љекарска и уопште медицинска дужност веома стручна и професионална, сматрамо да један такав професионалац који поступа са пажњом доброг стручњака тешко да би могао имати толико погрешну представу о узрочном догађају. Заблуда би требало да

буде таква да лекар из датих околности случаја мисли да је његова радња допуштена, па тако и некажњива.

Сматрамо, ипак, да је због свега горе изреченог, улога стварне заблуде код кривичног дјела несавјесно лијечење скоро па минимална.

## ЛИТЕРАТУРА

- Вуковић, И. (2014). Претпостављени пристанак у кривичном праву, *Crimen*, V, 1/2014. Правни факултет Универзитета у Београду, 51–61.
- Вуковић, И. (2013). *Кривична дела неправог нечињења*. Београд: Правни факултет Универзитета у Београду.
- Golob, P., (2010). Kazenska odgovornost in informirana privolitev: Ali je zdravljenje res kaznivo dejanje. *Medicina in pravo*, Zbornik radova. Maribor, 401–409.
- Dežman, Z., (2010). Zakon o pacijentovih pravicah in njegov kazenskopravni vidik. *Medicina in pravo*. Maribor, 375–388.
- Deisinger, M., (2002). *Kazenski zakonik z komentarjem*, Ljubljana: GV Založba.
- Draškić, M., (2006). Lekarska greška, teškoća definisanja. *Medicina in pravo*, Zbornik radova. Maribor, 245–250.
- Ђуришић, Ј. (2017). Спорна питања у вези са кривичним дјелом несавјесно пружање лекарске помоћи. *Анали Правног факултета у Београду*, LXV, 1/2017, 151–168.
- Zwitter, M. (2006). Zapleti in etične dileme pri zdravljenju. *Medicina in pravo*, Zbornik radova. Maribor, 251–258.
- Ivanjko, Š., (2010). Odgovornost in zavarovanje odgovornosti zdravnika, *Medicina in pravo*, Zbornik radova. Maribor, 177–186.
- Korošec, D., (2016). *Medicinsko kazensko pravo*, Ljubljana: GV Založba.
- Kraljić, S., (2010). Nekateri vidiki pacientove avtonomije, *Medicina in pravo*, Zbornik radova. Maribor, 187–199.
- Polajnar-Pavčnik, A., (2006). Zaplet, napaka in pravne posledice. *Medicina in pravo*, Zbornik radova. Maribor, 217–222.
- Радишић, Ј. (2014). Одговорност због штете нанете пацијенту инфекцијама – логан поглед у праксу немачких судова. *Европска ревија за право осигурања*, Vol. 4. 14–26.
- Радишић, Ј. (2012). Одговорност лекара због смрти пацијента изазване нехатним нечињењем – поглед у немачку правну теорију и праксу. *Анали Правног факултета у Београду*, година LX, 1/2012, 20–34.
- Радишић, Ј. (2008). *Медицинско право*. Правни факултет Универзитета Унион у Београду. Београд: Издавачко предузеће „Номос”.
- Радишић, Ј. (1996). Лекарске грешке у светлости правних разматрања. *Актуелни проблеми у медицини*. Институт друштвених наука, Центар за савремена истраживања. Београд, 157–184.

- Радосављевић, Т. (2014). *Правна регулација лекарске дјелатности у Србији*, магистарска теза, Београд.
- Roxin, C. (2010). Über den doluseventualis, *Crimen* (I) 1/2010. Правни факултет Универзитета у Београду – превод Ивана Марковић, 5–17.
- Савић, С. (2010). Лекарска делатност и кривична одговорност. *Научни часопис ур-зентине медицине – хало 94*, Vol. 16. бр. 2. Београд, 54–65.
- Стојановић, З. (2012). *Коментар кривичног законика*, Београд: Службени гласник.
- Стојановић, З. (2006). *Кривично право*. Београд: Правна књига.
- Turković, K. (2006). Novi pogledi u svijetlu na odgovornost liječnika za liječničku grešku. *Medicina in pravo*, Zbornik radova. Maribor, 223–232.
- Turković, K. (2006). Prava pacijenta na suodlučivanje prema Zakonu o zaštiti prava pacijenta. *Medicina in pravo*, Zbornik radova. Maribor, 101–113.
- Flis, V., (2006). Medicinska napaka. *Medicina in pravo*, Zbornik radova. Maribor, 223–244.
- Flis, V. & Gorišek, J. (2006). Privolitev in zdravnikovo ukrepanje. *Medicina in pravo*, Zbornik radova. Maribor, 85–99.
- Чејовић, Б., (1974). *Кривичноправни проблеми трансланиације делова људског тела*, докторска дисертација. Београд
- Čizmić, J., (2008). Pravo pacijenta na obaviještenost. *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*, Vol. 29, бр. 1, 1–17.

### **Закони**

- Kazneni zakon Republike Slovenije, *Uradni list RS*, št. 50/12. – uradno prečiščeno besedilo, 6/16. – popr., 54/15, 38/16. i 27/17.
- Кривични законик Републике Србије – КЗ, *Службени гласник РС*, бр. 85/05, 88/05, 107/05, 72/09, 111/09, 121/12, 104/13, 108/2014, 94/2016. и 35/2019.
- Закон о заштити особа са душевним сметњама, *Службени гласник РС*, бр. 45/2013.
- Закон о здравственој заштити Србије, *Службени гласник РС*, бр. 25/2019.
- Закон о правима пацијента, *Службени гласник РС*, бр. 45/2013. и 25/2019. – др. закон.
- Закон о пацијентовим правима, *Uradni list RS*, št. 15/2008. i 55/17.
- Закон о неизлјечивим болестима, *Uradni list RS*, št. 33/2006.
- Закон о душевном здрављу, *Uradni list RS*, št. 77/08, 46/15. – odl. US i 44/19. – odl. US.

### **Пресуде и решења**

- Пресуда Врховног суда Републике Словеније, I Ips 273/2010. од 7. 7. 2011.
- Пресуда Вишег суда у Цељу, Кп 394/2004. од 11. 1. 2005.
- Пресуда Савезног врховног суда Њемачке од 14. 3. 2003.
- Решење Апелационог суда у Новом Саду, КЖ–1–1445/15. од 14. 1. 2016.

## CRIMINAL LAW ASPECTS OF MEDICAL ERROR AND MEDICAL MALPRACTICE

### The case of Serbia and Slovenia

Original Scientific Paper

*Dejan C. Rešetar*

Bar Association of Vojvodina

#### S u m m a r y

Human health is seen by criminal law as an important protective object. Although the goal in everyday doctors' practice is to improve the health and to cure the patient, sometimes there are cases of medical error. In this paper the author first discusses the definition of the term medical error, looks at the basic division and separates the concept of medical error from similar concepts such as unfortunate results and complications. A medical error will exist if a causal link is established between the doctor's action and the serious impairment of the patient's health, or a fatal outcome. In order to avoid medical errors, a doctor is obliged to explain to the patient the possible risks involved in the treatment, as well as the risks during surgery and postoperative care, as well as to obtain consent from the patient. The author further discusses the specific criminal offence – Medical malpractice and systematically analyses the criminal act, as found in the criminal law of the Republic of Serbia and the Republic of Slovenia. He underlines the similarity of the criminal sanctions proscribed by the laws of Serbia and Slovenia. Further, he concludes that the specific criminal act is *delicta propria*, because the number of persons who may be found in the role of perpetrator is very narrow and specific.

**Keywords:** medical error in criminal law, medical accident, medical complication, causation, patient consent, medical malpractice