

zahtjeva. O tome u Sloveniji ne postoji statistika na nivou svih osiguravatelja, svako osiguravajuće društvo za sebe tvrdi da je postotak slučajeva u kojima je potrebno plaćati odštete zastrašujući. Analize rada jednoga slovenskog osiguravajućeg društva govore da je od 80 zahtjeva postavljenih u jednoj godini, 60 bilo opravdano. To dokazuje na jednoj strani izrazit porast broja stručnih pogrešaka, a na drugoj strani vjerovanje pacijenata da za stručne greške imaju pravo na odštetu.

U cijelom sustavu iznimka su oni koji su zadovoljni, a to su odvjetnici i najrazličitiji posrednici jer oni savjetujući pacijente koji smatraju da je u njihovu liječenju nastala stručna pogreška, budu uvijek plaćeni s jedne ili druge strane.

Na kraju svi zajedno ne možemo i ne smijemo biti zadovoljni i moramo težiti da se odgovornost i samokritičnost liječnika razvije do te mjere da pacijente liječimo temeljem najveće stručnosti, s rezultatima pri kojima će broj stručnih pogrešaka padati. Za svaku stručnu pogrešku koju doživi pojedini pacijent mora postojati postupak moralne i financijske naknade.

Samo tako je moguće ponovno uspostaviti visok stupanj međusobnog povjerenja pacijent-liječnik.

LITERATURA

1. Philosophie, Die Untersuchung der (Aller) Wahrheit, <http://reifeentwicklungprozess.heim.at/KuFehler.htm>, okt. 2006.
2. *Sponsel R.* Iatrogenie – Krank durch Behandlung, <http://www.sgipr.org/doceval/epidem/iatrgen.htm>
3. *Hansis LM, Hart D.* Medizinische Behandlungsfehler in Deutschland, Robert Koch Institut 2001: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?_uid=gastg&p_aid=
4. *Balažic J.* Obravnava zdravstvene napake skozi zgodovino, 19. učna delavnica za zdravnike družinske medicine. Ljubljana, Zbirka PIP 2002.
5. *Kersnik J.* Opredelitev in oblika zdravstvenih napak, 19. učna delavnica za zdravnike družinske medicine. Ljubljana, Zbirka PIP 2002.
6. *Scheibe O.* Was ist chirurgischer Standard? In: H.W. Waclawiczek, O. Boeckl: Standards in der Chirurgie 2000; 2–7. Zuckschwerdt Verl.
7. *Rostan V.* Was macht einen medizinischen Fehler für Patienten inakzeptabel?, 2005, http://www.thieme.de/viamedici/medizin/aerztliches_han_deln/studie_arztfehler.html
8. *Brandstetter G.* Ärztliche Kunstfehler und Arzthaftung, <http://www.arztfehler.at/>
9. *Neu RAJ, Petersen D, Schellmann WD.* Arzthaftung Steinkopff Darmstadt Verl, 2001.
10. *Shara J, Brandt L.* Patientenaufklärung, Orthopäde 2008;37:793–802.
11. *Živčec Kalan G, Dobnikar B.* Pravne podlage za odgovornost zdravnika s pojasnili in primeri iz prakse, 19. učna delavnica za zdravnike družinske medicine. Ljubljana, Zbirka PIP 2002.

MEDICINSKA POGREŠKA – PROFESIONALNA ODGOVORNOST ZA ŠTETE U BOSNI I HERCEGOVINI

MEDICAL ERROR – PROFESSIONAL LIABILITY FOR MALPRACTICE IN BOSNIA AND HERZEGOVINA

NURKA PRANJIĆ*

Deskriptori: Medicinske pogreške; Nesavjesno liječenje; Zakonska odgovornost; Bosna i Hercegovina

Sažetak. Zdravstvena se zaštita često uspoređuje s avijacijom jer mnogi faktori koji dovode do pogreške u oba su područja slični. U ovom revijalnom članku navode se literaturne činjenice u vezi s etičkim, zakonskim i praktičnim aspektima građanskopravne odgovornosti u slučaju medicinske pogreške. Građanskopravna odgovornost za štete u medicini jedan je od najvažnijih dijelova zakonodavstva koji regulira zdravstvenu zaštitu. Liječničke komore bi mogle imati vrlo važnu ulogu u alternativnoj metodi rješavanja medicinske pogreške. Da bi se smanjila učestalost pogrešaka, potrebno je imati konstruktivan pristup. Medicinske se pogreške moraju istraživati. Da bi se ovo postiglo, u vodiče prakse mora se uvesti da liječnici sami prijavljuju svoje pogreške pacijentima ili njihovim obiteljima.

Descriptors: Medical errors; Malpractice; Liability, legal; Bosnia-Herzegovina

Summary. Medical care is frequently compared to aviation, as many of the factors which lead to errors in both fields are similar. In this article we review the literature on such events and discuss the ethical, legal and practical aspects of civil liability in the case of medical error. Ethics, professional policy and the law, as well as the relevant empirical literature, suggest that timely and candid disclosure should be standard practice. In harmonization to ethical codex, the physician is obliged to inform the patient about the origin of medical error. Civil liability is one of the most important parts of law that regulates health care service. Medical chambers could be having a very important role in alternative methods of medical error disciplinary screening proceedings. Guidelines for disclosure of medical error to patients, and their families if necessary, are proposed.

Liječ Vjesn 2009;131:229–232

* Katedra za medicinu rada, Medicinski fakultet Univerziteta u Tuzli i Ljekarska komora Tuzlanskog kantona, Tuzla, Bosna i Hercegovina (Nurka Pranjić, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Dr. N. Pranjić, Katedra za medicinu rada, Medicinski fakultet Univerziteta u Tuzli i Ljekarska komora Tuzlanskog kantona, 75 000 Tuzla, Bosna i Hercegovina

Primljeno 12. prosinca 2008., prihvaćeno 1. travnja 2009.

Liječnici (i drugi zdravstveni radnici) u svojoj su svakodnevnoj praksi izloženi određenom riziku od nastupa medicinske pogreške. Najveći rizik od medicinske pogreške imaju liječnici kirurških grana i liječnici koji provode invazivne dijagnostičke metode, premda se nijedna liječnička specijalnost ne može izuzeti kao nerizična. U Americi medicinska pogreška uzrokuje 44 000 do 98 000 smrti koje se nisu nužno trebale dogoditi i 1 000 000 neželjenih komplikacija svake godine.¹ Rezultati studija objavljenih u SAD-u, Australiji i Izraelu pokazali su da se stopa šteta-neželjenih posljedica izazvanih pogrešnim tretmanom pacijenta kreće od 3,7% do 10% u odnosu na ukupan broj pacijenata primljenih na bolničko liječenje.² Pilot-studija u Londonu pokazala je stopu od 6,7%.³

Poznato je da je u starom Babilonu, u Hamurabijevu zakoniku (1728.–1686. pr. n. e.) bilo propisano da ako pacijent umre ili izgubi oko pri operativnom tretmanu, onda liječnik gubi obje ruke.⁴⁻⁵ Strah od kazne kočio je razvoj kirurgije. U staroegipatskoj medicini isticalo se da je liječnik odgovoran za smrt pacijenta svojim životom. Hipokrat (460–377. godine pr. n. e.) govorio je da kod liječenja bolesnika uvijek treba paziti na dvije stvari: koristiti ili barem ne škoditi.⁵

U suvremenoj medicini pojam stručne ili liječničke pogreške prvi put se spominje polovicom XIX. stoljeća. Naime, njemački liječnik i političar Rudolf Virchow prvi je pokušao definirati liječničku pogrešku smatrajući da ona predstavlja kršenje općepriзнatih pravila vještine liječnika zbog odsutnosti potrebne pažnje ili opreznosti liječnika. Medicinske pogreške se najčešće odnose na pogrešnu dijagnozu, izbor terapijskih postupaka i lijekova, neobavješćavanje pacijenata o predstojećem medicinskom zahvatu, odsutnost pristanka pacijenta na poduzetu medicinsku intervenciju, propuste u vođenju medicinske dokumentacije, nepoštovanje mjera asepse ili izostanak brige za sprečavanje nastanka i širenja infekcije i bolesti, i drugo. Do pogrešaka dolazi zbog nedovoljne vještine ili znanja, neispravne procjene, zastarjelih podataka ili predrasuda liječnika – da se mora žuriti, da »od simptoma ne vidi pacijenta«.⁶

Danas se problemom medicinske ili liječničke pogreške bave mnogobrojni pravni i medicinski teoretičari širom svijeta. Medicinska pogreška obično podrazumijeva nepropisne medicinske radnje ili pogreške u medicinskoj praksi. Ona se može definirati kao postupanje liječnika suprotno pravilima medicinske struke i općepriзнatih medicinskim standardima (latinski: *contra legem artis*) i uz odsutnost potrebne pažnje – pažnje dobrog stručnjaka.

Etička odgovornost liječnika u slučaju medicinske pogreške

Liječnik ima etičku odgovornost da izvjesti pacijenta ili članove njegove obitelji da je načinio pogrešku, osobito ako je ta pogreška prouzrokovala štetu. Kad liječnik s razumijevanjem objasni obitelji pacijenta ili njemu samom što se dogodilo njegovom krivnjom, reakcije mogu biti krajnje iznenađujuće. One se kreću od oprostaja do razumijevanja situacije i traženja realnih rješenja da se stanje popravi. Tada je jedino moguće gledati na pogrešku s namjerom da se problem riješi. Ovo je put da se razmotri što se moglo učiniti drukčije i što bi trebalo promijeniti u medicinskom postupku zdravstvenog radnika ili zdravstvene ustanove kako bi se pogreška izbjegla. Ne treba zaboraviti da će liječnici uvijek praviti pogreške. O pogreškama treba otvoreno govoriti s kolegama u timu. Sigurnost pacijenta i dobrobit liječnika bit će mnogo bolje zadovoljene ako smo zauzeli iskren stav u

otkrivanju i analizi pogrešaka koje smo napravili, kako prema njima tako i prema sebi samima.⁷

Građanskopravna odgovornost u slučaju nastupa medicinske pogreške

Kad iz takvog nepropisnog postupka nastane šteta, postavlja se pitanje građanskopravne odgovornosti zbog nastale štete, postupajućeg liječnika ili drugoga medicinskog osoblja, ili medicinske ustanove u kojoj je liječnik djelovao. Šteta koja može nastati kao rezultat liječničke pogreške odnosi se na najveće čovjekove vrijednosti: život i zdravlje. Ona može biti materijalna i nematerijalna, primarna i sekundarna, odnosno može se odnositi na samog pacijenta ili treće osobe iz njegova okruženja. Šteta može nastati na dva načina: aktivnim ponašanjem liječnika koji nanosi štetu poduzimanjem štetne medicinske radnje ili pasivnim ponašanjem liječnika koji nije poduzeo potrebne medicinske radnje.

Oštećeni, suočen s medicinskim propustom liječnika iz kojega je rezultirala šteta ima veoma težak zadatak da dokaže uzročnu vezu između postupaka liječnika u danom slučaju i nastale štete. S druge strane, liječnik za kojega se pretpostavlja da je načinio medicinsku pogrešku ima težak zadatak da dokaže da je poduzeo sve što je bilo potrebno i medicinski ispravno te da je šteta nastupila iz sasvim drugog uzroka, izvan njegova djelovanja. Medicinska ustanova ima interes da se o »incidentnoj situaciji« što manje govori.

Kad je riječ o građanskopravnoj odgovornosti, treba imati na umu da za nju nije dovoljna svaka prirodna uzročna veza između liječničke pogreške i štete na strani pacijenta ili nekoga trećeg. Pravno relevantnom smatra se jedino ona liječnička pogreška koja je izazvala adekvatnu štetnu posljedicu. Da bi se potvrdila adekvatna uzročnost, nepropisan postupak liječnika mora biti općenito prikladan da izazove nastalu štetu, a ne samo uvjetovan posebnim i neočekivanim (neobičajenim) okolnostima, o kojima se, po redovitom toku stvari, ne vodi računa. Zahtjev adekvatnosti uzročne veze iziskuje da se liječniku, odnosno medicinskoj ustanovi pripisuju samo oni uzroci štete koji su u vrijeme medicinskog tretmana bili općenito predvidljivi, dok se sasvim nevjerojatne okolnosti ne uzimaju u obzir, jer se one odgovornoj osobi, pravedno, ne bi trebale pripisati. Na primjer: ako se liječniku pripisuje pogrešno postavljena dijagnoza jer je pacijent bio upućen u radiološki kabinet radi provođenja dijagnostičke pretrage, a da je na putu prema radiološkom kabinetu doživio prometnu nesreću i zadobio tjelesnu ozljedu. U ovom slučaju pogreška u dijagnozi nije adekvatan uzrok tjelesne ozljede. Ali, ako liječnik, upotrebom kratica, napiše nejasan recept, pa ga magistar farmacije krivo razumije i odredi pogrešnu dozu lijeka od čijih posljedica pacijent umre, tada postoji adekvatna uzročna veza. Oštećeni koji je pretrpio štetu zbog medicinske pogreške može ostvariti svoje pravo na naknadu štete pred sudom, u parničnom postupku, podnošenjem tužbenog zahtjeva s dokazima i činjenicama koji to potvrđuju. Tuženi liječnik ili medicinska ustanova u roku od 30 dana od prijma tužbe mora podnijeti odgovor na tužbu. U odgovoru Ustanova (misli se na zdravstvenu ustanovu u kojoj liječnik radi) mora istaknuti sve procesne prigovore i izjasniti se da li priznaje ili osporava tužbeni zahtjev. Ako osporava tužbeni zahtjev, mora navesti činjenice na kojima zasniva svoje navode i dokaze kojima se te činjenice potvrđuju. To je njegova zakonska obaveza, jer pravilo o teretu dokazivanja nalaze da strana koja osporava postojanje nekog prava snosi teret dokazivanja. Sva pravila o postupanju u građanskoj parnici propi-

sao je Zakon o parničnom postupku. Nepoznavanje Zakona nikoga ne opravdava. To znači da liječnik ili medicinska ustanova moraju nužno angažirati opunomoćenika u ovoj parnici. Iako predstavlja redoviti, opći pravni put zaštite građanskih prava, parnica u ovoj vrsti spora nije najbolji put pravne zaštite.⁸

Adekvatna uzročnost u procjeni medicinske pogreške

Dok je prirodna ili logična uzročna veza faktičko pitanje, *adekvatna uzročnost* je pravno pitanje. Utvrđivanje uzročne veze zadatak je medicinskih vještaka, dok je procjena adekvatne veze nadležnost suda. Ta se ocjena ne zasniva na logičnom mišljenju, nego na praktičnom razumu koji je prilagođen zahtjevima pravednosti. Praksa je pokazala da pojam adekvatne uzročne veze predstavlja procjenu određenog razvoja događaja. Procjena da je razvoj događaja bio neadekvatan događa se rijetko. Individualna preosjetljivost pacijenta u obliku sklonosti alergijama ne smatra se neočekivanom i nevjerovatnom, premda je ona veoma rijetka. Jer liječnik mora uzeti pacijenta takvog kakav jest.⁸⁻¹¹

Što je primarna i sekundarna šteta u slučaju nastupa medicinske pogreške?

Često se stručna pogreška koju u liječenju pacijenta načini jedan liječnik da ispravi propisnim radom drugog liječnika. Međutim, događa se da i drugi liječnik, koji kasnije liječi istog pacijenta, ne primijeti, pa ne ispravi pogrešku prvoga, ili ispravljajući tuđu pogrešku, i sam pogriješi te načini novu, sekundarnu. Tada pacijent trpi *primarnu i sekundarnu štetu*.⁸⁻¹¹ Za primarnu štetu odgovoran je prvi, a za sekundarnu štetu drugi liječnik uz pretpostavku da za njihovi udjeli u prouzrokovanoj šteti mogu utvrditi, jer inače im slijedi solidarna odgovornost. Međutim, u praksi se često postavlja pitanje treba li možda prvi liječnik snositi odgovornost za ukupnu štetu nanесenu pacijentu. Ili, može li se dogoditi da se pogreška drugog liječnika također pripiše prvom liječniku koji je načinio primarnu štetu? Zbog posljedica nastale pogreške liječnika, pacijent je često prisiljen podvrgnuti se daljnjem liječenju od strane drugog liječnika i izložiti se riziku njegove pogreške. Ako se pak dogodi da i on pogriješi, onda je jasno da između pogreške prvog liječnika (primarne štete) i sekundarne štete nastale pogreškom drugog liječnika postoji prirodna ili normalna uzročna veza. Prvi liječnik je posredno prouzrokovao i sekundarnu pacijentovu štetu, pa se opravdano postavlja pitanje ima li mjesta njegovoj odgovornosti u sekundarnoj šteti. To je osobito važno u slučaju kad drugi liječnik nije odgovoran zbog sekundarne štete. Ako bi liječnik koji je prouzrokovao primarnu štetu pogreškom bio oslobođen odgovornosti za sekundarnu štetu, nju bi morao snositi sam pacijent. No, i kad odgovornost drugog liječnika nije isključena, pitanje odgovornosti prvoga nije nevažna jer ono nagovještava mogućnost da oba liječnika budu solidarni dužnici oštećenom pacijentu.

Vrlo je važno razgraničiti odgovornost liječnika koji su, jedan za drugim, pogrešno liječili istog pacijenta. Prvi liječnik treba da odgovara za sve štetne posljedice koje je njegova pogreška adekvatno izazvala. To podrazumijeva i odgovornost zbog pogreške drugog liječnika koji je kasnije liječio istog pacijenta, ako je potreba za tim liječenjem uvjetovana pogreškom prvoga. Miješanje drugog liječnika u liječenje istog pacijenta bilo je objektivno potrebno i očekivano, pa zato rizik od pogreške treba da bude odgovornost prvog liječnika. Međutim, za neadekvatne posljedice pogreške

drugog liječnika prvi liječnik ne snosi odgovornost. To je u slučaju kad pogrešan prvi tretman nad pacijentom nije povod za drugi i kad između njih postoji samo slučajna veza.¹² To je slučaj kad dva liječnika istodobno liječe istog pacijenta, ali od različitih bolesti i obojica načine neku pogrešku. Osim toga, prvi liječnik neće odgovarati za sekundarnu štetu ako je ona posljedica velike pogreške drugog liječnika u slučaju grube nepažnje. Tada znatno veća nanесena šteta drugog liječnika neutralizira, potiskuje ili u cijelosti umanjuje građanskopravnu odgovornost prvog liječnika. U ovom slučaju za sekundarnu štetu pacijenta odgovara samo drugi liječnik.⁷

Alternativni način rješavanja sporova u slučaju medicinske pogreške

Više europskih zemalja izabralo je alternativnu metodu rješavanja sporova u slučaju medicinske pogreške formiranjem komisija za vještačenje medicinske pogreške pri regionalnim liječničkim komorama, zajedno s udruženjima zdravstvenih ustanova. Takav primjer susrećemo u Njemačkoj i Austriji. U Americi, Švicarskoj i Nizozemskoj liječničke komore posjeduju izvansudske organe za rješavanje ovih slučajeva. Zakon o bolnicama Francuske predviđa da se u svakoj bolnici formira Komisija za posredovanje, a čiji je zadatak da istraži uzroke pretpostavljene medicinske pogreške. Kada se odgovornost bolnice učini očiglednom, tada je moguće napraviti ugovor o poravnanju između bolnice i pacijenta. Pacijent u ovom slučaju dobiva odštetu brže i na jednostavniji način, a bolnica koja čuva svoj ugled sprečava gubitak materijalnih troškova u obično dugome sudskom sporu. Ove su odluke neobvezujuće, a ako neka od dvije strane nije zadovoljna ovim postupkom, može tražiti sudsku zaštitu u redovitome parničnom postupku pred sudom. Posrednici, medijatori – liječnici ili vještaci u ovom postupku su neutralni i eksperti koji posjeduju specifično znanje – stručnost. Posredovanje – medijacija nova je procedura u nas (zasnovana na Zakonu o posredovanju – medijaciji), ali još nije zaživjela u praksi i svoje prednosti pokazat će u budućnosti.¹⁻¹²

Primjeri medicinske pogreške iz prakse bosanskohercegovačkih sudova

Prema podacima kantonalnih tužilaštava u Federaciji Bosne i Hercegovine (FBiH), u posljednje dvije godine podignuto je 15 građanskopravnih prijava i optužnica protiv liječnika zbog sumnje da se radi o nesavjesnom ili nestručnom liječenju, dok je u dva slučaja liječnicima izrečena uvjetna kazna. Uvjetna kazna na Općinskom sudu u Tuzli izrečena je ginekologu koji je vlasnik i radi u privatnoj poliklinici u Tuzli. U ovom slučaju je protupravno prekinuta trudnoća malodobnoj adolescentici bez suglasnosti roditelja. Druga izrečena uvjetna kazna zbog nesavjesnog liječenja odnosila se na postavljanje pogrešne dijagnoze karcinoma dojke od strane liječnice u bolnici u Bihaću, nakon čega je oštećenoj u operativnom tretmanu odstranjena dojka.

Okružno tužilaštvo u Banjoj Luci pokrenulo je dvije parnice na sudu zbog građanskopravne odgovornosti u vezi s nesavjesnim pružanjem liječničke pomoći, a trenutno se vodi istraga o pet prijavljenih slučajeva na toj osnovi. U tužilaštvima Istočno Sarajevo, Trebinje i Doboj nije bilo prijavljenih slučajeva koji se odnose na medicinsku pogrešku. U Bijeljini se posljednjih nekoliko godina vodi parnica koja poziva na građanskopravnu odgovornost gineko-

loga koji je vodio porod prilikom kojeg je umrlo novorođenče, a majka zbog komplikacija na reproduktivnim organima više neće moći imati djece. Komisija koju je formiralo Ministarstvo zdravstva i socijalne zaštite Republike Srpske naknadno je utvrdila da je ovom prilikom ginekolog nepotrebno upotrijebio vakuum, a porodaj je trebalo obaviti prirodnom putem.

Zaključak

Iz sudskomedicinske prakse poznato je da se najveći broj pritužbi na stručni rad liječnika odnosi na specijaliste kirurških grana. Ovi liječnici po prirodi svoje profesije češće su izloženi nepredvidivim situacijama kao što su slučajevi anatomskih varijacija u toku kirurških intervencija. Pritužbe na eventualne medicinske pogreške kirurga odnose se najčešće na slučajeve svakodnevnih kirurških prakse: appendectomy, cholecystectomy, hernioectomy, tonsillectomy, sectio cesarea i slično. Kod nepovoljnog ishoda, čak i kod teško oboljelih pacijenata ili teško ozljeđenih, ako nastupi smrt u toku operativnog tretmana, obično se sumnja i krivnja prebacuje na rad kirurga. Odgovornost liječnika regulirana je Krivičnim zakonom Federacije Bosne i Hercegovine u dijelu nesavjesno liječenje. Nadalje ne postoji proceduralna koordinacija između sudova i liječničkih komora u FBiH. Čak kad jedan liječnik bude optužen na toj osnovi, Liječnička komora nema službenu informaciju o tome i ne postupa u skladu s odredbama svog Statuta. Drugi je problem što alternativna metoda rješavanja sporova u slučaju medicinske pogreške nije zaživjela iako je predviđena Statutom i pravilnicima rada komisija i Suda časti Ljekarske komore Tuzlanskog kantona. Postoji čak i mogućnost da zbog nepostojanja liječničke komore na nivou FBiH, čak i ako bi nekom liječniku u jednom kantonu bila oduzeta dozvola za rad, on bi slobodno mogao raditi u drugom kantonu. U Bosni i Hercegovini ne postoje protokoli liječenja koji obvezuju zdravstvene radnike da rade po istim procedurama, već postoje samo vodiči dobre prakse koji se preporučuju za određivanje terapije i liječenje pacijenata. Nužno je usvojiti obvezujuće procedure i protokole, jer bi se tek tada znalo je li netko od liječnika ili drugih zdravstvenih radnika prekršio pravila liječenja ili načinio stručnu pogrešku nesavjesnog liječenja. Klinike Univerzitetsko-kli-

ničkog centra u Tuzli imaju svoje protokole kojih se drže, ali oni nisu priznati od državnih ili stručnih udruženja. To u praksi znači da ako pacijent iznenada umre tokom liječenja ili kirurške intervencije, treba procijeniti da li se radi o očekivanom ishodu koji se javlja u 0,6% slučajeva ili je smrt posljedica medicinske pogreške.

Liječnici i zdravstveno osoblje imaju mogućnost osiguranja od medicinske greške. Ova vrsta osiguranja liječnika postoji već dugo u svijetu. Cijene premije za liječničku pogrešku primjerene su našim uvjetima života i rada. Takvo osiguranje u zapadnim zemljama iznosi nekoliko desetina tisuća eura. Za osiguranje jednog od naših najvećih bolničkih centara, na svotu osiguranja od 30 000 eura po osiguranom slučaju i ukupno 120 000 eura za godinu dana potrebno je mjesečno izdvojiti na ime premije osiguranja simboličnih 0,81 eura. Ljekarska komora Tuzlanskog kantona nedavno je pokrenula aktivnosti da osigura sve liječnike Tuzlanskog kantona od rizika medicinske pogreške.

LITERATURA

1. *Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors.* To err is human: building a safer health system. Washington: National Academy Press; 2000.
2. *Brennan T, Leape L, Laird N i sur.* Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991;324:370–6.
3. *Smith R.* All changed, changed utterly: British medicine will be transformed by the Bristol case. *Br Med J* 1998;316:1917–8.
4. *Grmek MD.* Prilog poznavanju nastave iz sudske medicine u Zagrebu prije 100 godina. *Liječ Vjesn* 1966;88:831–4.
5. *Gnjidić Ž, Fatović-Ferenčić S.* Povijest medicinskog vještačenja. U: Gnjidić Ž, Bilić R i suradnici. Uvod u medicinsko vještačenje. Zagreb, Medicinska naklada 2008.
6. *Kapp M.* Legal anxieties and medical mistakes. *J Gen Intern Med* 1997;12:787–8.
7. *Wu AW, Cavanaugh TA, McPhee SJ, Lo B, Micco GP.* To tell the truth – ethical and practical issues in disclosing medical mistakes to patients. *J Gen Intern Med* 1997;12:770–5.
8. *Aleksandrić B.* Krivično delo nesavjesnog lečenja. *Svet rada* 2005;2: 139–42.
9. *Wu AW.* Medical errors: the second victim. *Br Med J* 2000;320:726–7.
10. *Bosk CL.* Forgive and remember: managing medical failure. Chicago: University of Chicago Press, 1979.
11. *Witman AB, Park DM, Hardin SB.* How do patients want physicians to handle mistakes? *Arch Intern Med* 1996;156:2565–9.
12. *Binder R.* Liability for the Psychiatrist Expert Witness. *Am J Psychiatry* 2002;159:1818.