



Ni med cvetjem ni pravice: sličnosti i razlike Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama i Zakona o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti – Treba li nam Zakon o zaštiti osoba sa zaraznim bolestima?

Ain't no justice in a flowerbed: Similarities and differences between the Law on the protection of persons with mental disabilities and the Law on the protection of the population from infectious diseases – Do we need the Law on the protection of persons with infectious diseases?

Goran Arbanas^{1,2✉} , Sunčana Roksandić^{3,4}

¹ Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb

² Medicinski fakultet u Rijeci, Rijeka

³ Katedra za kazneno pravo, Unesco Chair Unit Bioethics, Haifa

⁴ Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb

Deskriptori

PRISILNI SMJEŠTAJ MENTALNIH BOLESNIKA – zakonodavstvo; KONTROLA ZARAZNIH BOLESTI – zakonodavstvo; JAVNO ZDRAVSTVO – zakonodavstvo; LJUDSKA PRAVA; PRAVO NA ZDRAVLJE; PRAVA PACIJENATA; INFORMIRANI PRISTANAK; COVID-19; PANDEMIJA

Descriptors

COMMITMENT OF MENTALLY ILL – legislation and jurisprudence; COMMUNICABLE DISEASE CONTROL – legislation and jurisprudence; PUBLIC HEALTH – legislation and jurisprudence; HUMAN RIGHTS; RIGHT TO HEALTH; HUMAN RIGHTS; PATIENT RIGHT; INFORMED CONSENT; COVID-19; PANDEMICS

SAŽETAK. Pandemija COVID-19 otvorila je neka nova pitanja u pružanju zdravstvene zaštite na koja je nužno odgovoriti u suočavanju s ovom pandemijom. Kako se pandemija COVID-19 javila u razdoblju poštivanja „ljudskih prava“, u ovom članku uspoređujemo odredbe koje se tiču zaštite zdravlja te ograničavanje prava dviju ranjivih kategorija, osoba s duševnim smetnjama i osoba za koje postoji sumnja da boluju ili boluju od zaraznih bolesti, budući da se radi o kategorijama osoba čija sloboda može biti ograničena bez njihove volje u određenim slučajevima. Članak ukazuje na nedorečenosti Zakona o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti vezano uz (sudsku) kontrolu izrečenih sigurnosnih mjera, poglavito u usporedbi sa Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. U zaključku navodimo možebitna rješenja uočenih nedorečenosti. Autori analiziraju pravnu zaštitu navedenih kategorija osoba u odnosu na ostvarivanje njihovog prava na zdravlje i u kontekstu čl. 16 Ustava RH koji omogućuje ograničavanje prava i sloboda da bi se zaštitila sloboda i prava drugih ljudi, pravni poredak, javni moral i zdravlje, što mora biti razmjerno naravi potrebe za ograničavanjem.

SUMMARY. The COVID-19 pandemic has opened new questions in rendering of health care that need to be addressed. As the COVID-19 pandemic occurred during the period of respect for “human rights”, in this article the authors are comparing the provisions concerning health protection and restriction of the rights of two vulnerable categories, persons with mental disorders, and persons suspected of suffering from, or suffering from infectious diseases. Both vulnerable groups are categories of persons whose liberty may be restricted without their will in certain cases. The article points out certain vagueness of the Law on the Protection of the Population from Infectious Diseases regarding the (judicial) control of imposed security measures, especially in comparison with the Law on the Protection of Persons with Mental Disabilities. In the conclusion, the authors are providing some possible solutions to the observed ambiguities. The authors analyze the legal protection of these categories of persons in relation to the exercise of their right to health and in the context of Art. 16 of the Constitution of the Republic of Croatia. This Article enables the restriction of rights and freedoms in order to protect the freedoms and rights of other people, legal order, public morals and health, which must be proportionate to the nature of the need for restriction.

*Ni med cvetjem ni pravice,
rekel to je fijoalice
smardlivi terputec
jalnuš, tvardogutec.
(Miroslav Krleža, Balade Petrice Kerempuha)¹*

Uvodna razmatranja

Definicija zdravlja Svjetske zdravstvene organizacije sveobuhvatno je postavljena: *Zdravlje nije samo odsut-*

Ovaj rad dijelom je načinjen u sklopu projekta Hrvatske naklade za znanost CORONA-04-2086 *Život u doba bolesti COVID-19 – socijalne implikacije za sigurnost i dobrobit ranjivih skupina u europskom kontekstu.*

✉ Adresa za dopisivanje:

Doc. dr. sc. Goran Arbanas, dr. med., <https://orcid.org/0000-0002-2770-0942>
Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb i Medicinski fakultet u Rijeci, Rijeka, Hrvatska,
e-pošta: goran.arbanas@bolnica-vrapce.hr

Primljeno 15. prosinca 2020., prihvaćeno 27. rujna 2021.

nost bolesti i onesposobljenosti, nego potpuno tjelesno, psihičko i socijalno blagostanje. Temeljno je pravo svakog čovjeka da posjeduje najviši stupanj zdravlja koji može postići, a nejednakost zdravstvenih prilika u svijetu, pogotovo što se tiče zaraznih bolesti, pogibeljna je za sve.²

U čl. 1 i 2 Konvencije o zaštiti ljudskih bića i dostojanstva ljudskog bića³ izričito je navedeno kako stranke ove Konvencije štite dostojanstvo i identitet svih ljudskih bića i jamče svima, bez diskriminacije, poštovanje njihova integriteta i drugih prava i temeljnih sloboda u pogledu primjene biologije i medicine. Interes i dobrobit ljudskog bića imaju prednost nad samim interesom društva ili znanosti. Živimo u vremenu koje potvrđuje važnost praktične primjene propisanog jer smo svakoga dana svjedoci nejednakosti u pristupu zdravstvenim uslugama koja uvelike doprinosi povoljnim ili nepovoljnim ishodima liječenjima od COVID-19 diljem svijeta.^{4,5}

Hrvatska, na tragu svoga štamparovskog naslijeđa,⁶ dočekala je prvi val pandemije COVID-19 u proljeće 2020. godine nastojeći zaštititi ravnopravno sve svoje stanovništvo, posebice ranjive skupine. Povoljni ishod nije uvijek bio moguć. Dogodile su se i okolnosti koje su omogućile ponegdje proboj virusa u domove za starije i nemoćne osobe, posebno ranjivu skupinu u pandemiji COVID-19, što je javnost dočekala s povećanim emocijama zahtijevajući pravodobnu istragu mjerodavnih tijela.⁷ Početkom 2021. pandemija je još uvijek u tijeku, kapaciteti zdravstvenih ustanova sve su manje dostupni i čini se da je sustav na rubu granica izdržljivosti.⁸ Izmjene Zakona o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti (ZZPZB) iz prosinca 2020. idu za ojačanjem represivnih mjera kako bi se smanjilo širenje virusa.⁹

U Republici Hrvatskoj zdravstvena djelatnost je određena kao javna djelatnost od državnog interesa. Nitko ne smije ugroziti zdravlje drugih (čl. 5 st. 2. i 3. Zakona o zdravstvenoj zaštiti /ZZZ-a/).¹⁰ Napomena kako je svatko obavezan brinuti se o svome zdravlju od značaja je i za utvrđivanje tko je odgovoran i za koje ponašanje za kazneno djelo iz čl. 180. Kaznenog zakona – širenje i prenošenje zarazne bolesti. Pravni se sustav pobrinuo da za ovo djelo mogu odgovarati uz fizičke i pravne osobe.¹¹ Kazneni zakon je kao *ultima ratio* zaštitio ono što smatra najbitnijim i posebno zaštićenim vrijednostima u okviru obavljanja zdravstvene djelatnosti.¹² U tome se podudara s načelima ustrojstva zdravstvene djelatnosti i obavljanja zdravstvene skrbi. Pravo na zdravlje pruženo bez diskriminacije zahtijeva i pažljivo promišljanje regulacije pružanja zdravstvenih usluga ranjivim skupinama, kao što su osobe s duševnim smetnjama, starije osobe te osobe oboljele od zaraznih bolesti. Dakle, razumijevanje prava na zdravlje bitno je i radi razumijevanja prava i

obveza svakoga od nas, kao i zakonodavaca i vršitelja izvršne vlasti u kreiranju mjera u suzbijanju pandemije COVID-19, dakle postupanje prema osobama koje imaju ili postoji sumnja da imaju COVID-19.

Pravo na zdravlje višeslojno je pravo. Zdravlje i pravo na zdravlje, baš zato što je tako bitno za čovjeka, određeno je kao jedno od najviših pravih dobara zaštićeno Ustavom RH¹³ (v. čl. 59, 65 i 70 te čl. 16, 32, 34 i 50) te brojim međunarodnim i europskim konvencijama i dokumentima (npr. Međunarodni pakt o gospodarskim, socijalnim i kulturnim pravima¹⁴, Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini s dodatnim protokolima, UNESCO-ova Opća deklaracija o bioetici i ljudskim pravima¹⁵ itd.). Pakt daje i širu zaštitu prava na zdravlje, uključujući čitav niz društveno-ekonomskih čimbenika koji unaprjeđuju uvjete za zdrav život čovjeka kao što su pravo na pristup pitkoj vodi, pravo na hranu, zdravu okolinu, o čemu će biti govora u sljedećem poglavlju.

Obavljanje zdravstvene djelatnosti vrlo je odgovoran, ali i riskantan posao te zdravstveni radnici svoju djelatnost obavljaju, odnosno moraju obavljati s vrlo visokim stupnjem opreza i odgovornosti, uslijed čega moraju biti svjesni visokog rizika koji se pojavljuje ili se može pojaviti prilikom pružanja zdravstvene zaštite.¹⁶ Činjenica da se zdravstveni radnici profesionalno bave pružanjem zdravstvene zaštite kao javnom djelatnošću stavlja ih u položaj povećane odgovornosti sa standardom pažnje dobrog profesionalca koji moraju primijeniti prilikom obavljanja svoje djelatnosti.¹⁷

U ovom ćemo članku usporediti odredbe koje se tiču zaštite zdravlja dviju ranjivih kategorija, osoba s duševnim smetnjama i osoba za koje postoji sumnja da boluju ili boluju od zaraznih bolesti. Članak ukazuje na nedorečenosti potonjeg. Iako se radi o specifičnoj kategoriji osoba, poglavito imajući u vidu opasnosti zaraznih bolesti za javno zdravlje, ne smije se zaboraviti kako je dostojanstvo pojedinca vodeće načelo u pružanju zdravstvenih usluga bez obzira na tip bolesti u pitanju.¹⁸

Pristup lijekovima i zdravstvenoj skrbi kao dijelovi međunarodno priznatog prava na zdravlje – što sve treba biti omogućeno svim građanima

Pravo na zdravlje navedeno je u čl. 25 Opće Deklaracije o ljudskim pravima (dalje u tekstu: UDHR)¹⁹ i regulirano čl. 12 Međunarodnog pakta o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima (dalje u tekstu: Pakt)¹⁴. Pravo na zdravlje sadrži i slobode: pravo na slobodu od nekonsenzualnoga medicinskog tretmana, kao što su medicinski eksperimenti i istraživanja ili prisilna sterilizacija, i na oslobođanje od mučenja i drugoga okrutnog, neljudskog ili ponižavajućeg postupanja ili kažnjavanja. Nediskriminacija i jednakost temeljni su

principi i ključne komponente prava na zdravlje. U svakom slučaju, države moraju osigurati, u najmanju ruku, minimalnu²⁰ razinu pristupa osnovnim materijalnim komponentama prava na zdravlje, poput pružanja esencijalnih lijekova,²¹ osnovnu primarnu skrb²² i zdravstvenu zaštitu majke i djeteta. Dakle, pravo na zdravstvenu skrb i pravo na lijekove elementi su prava na zdravlje koji su međunarodno prihvaćeni.

Države moraju jamčiti pravo na zdravlje u najvećoj mjeri svojih raspoloživih sredstava (čl. 2. Pakta). Nema opravdanja za nedostatak zaštite ranjivih članova društva od diskriminacije temeljene na zdravlju, a međunarodni Pakt zahtijeva da se pravo na zdravlje ostvari bez ikakve diskriminacije (čl. 1 para 2). Univerzalni pristup skrbi i liječenju posebno je važan za određene bolesti, poput HIV-a/AIDS-a. Jasno je da je navedeno ključno i za sprječavanje širenja COVID-19 (SARS-CoV-2) i za zaštitu osoba s duševnim smetnjama.

Sukladno čl. 89. ZZZ-a, u izvanrednim okolnostima, ako je ugrožen proces pružanja zdravstvene zaštite ili postoji neposredna opasnost za život ili zdravlje osoba, ravnatelj je dužan o tim okolnostima bez odgađanja obavijestiti ministarstvo nadležno za zdravlje i Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ). Da je pojava epidemije i sigurnosno pitanje, kako ističu Mamić i Roksandić,²³ vidljivo je i iz čl. 57. ZPPZB-a, koji nije mijenjan, a propisuje da u slučaju zlorabe biološkog agensa ili elementarnih nesreća (poplava, potres, požar, prometna nesreća, nesreća u rudniku ili na drugom radilištu i dr.) koje mogu dovesti do epidemije ili do oboljenja od zarazne bolesti velikog broja osoba ministar može po potrebi odrediti i ove mjere radi sprječavanja i suzbijanja zaraznih bolesti: mobilizaciju zdravstvenih radnika i drugih osoba, rekviziciju opreme, lijekova, medicinskih proizvoda, prijevoznih sredstava, privremenu uporabu poslovnih i drugih prostorija za pružanje zdravstvene zaštite, izolaciju i liječenje te određivanje posebnih zadataka pravnim osobama koje obavljaju zdravstvenu djelatnost i privatnim zdravstvenim radnicima.

Reakcija pojedinih država na pojavu virusa SARS-CoV-2 i bolesti COVID-19 poseban je izazov ne samo za uspostavljene zdravstvene sustave, nego i za poštivanje ljudskih prava općenito i proklamirane vrijednosti Europske Unije i Ustava Republike Hrvatske.

Ne(jednakost) pacijenata pred zakonom i liječnikom – odlučivanje o „životima nevrijednim življenja“ – negiranje autonomije i dostojanstva pojedinca

Liječenje i medicinska praksa u posljednjih su se stotinjak godina, uz napredak u području ljudskih prava, promijenili iz paternalističkog stajališta u kojem liječnik zna što je za bolesnika (pacijenta) najbolje u suradnički (savjetodavni, partnerski) stav gdje liječnik

(i drugi zdravstveni djelatnici) bolesniku služi kao suradnik, stručnjak koji daje savjete, koji nudi moguća rješenja ili upute za poboljšanje zdravlja ili liječenje bolesti.^{24,25} Ponekad regulacija povećane zaštite ljudskih prava, uključujući i za oživotvorenje prava na zdravlje, slijedi nakon sustavnih i rasprostranjenih povreda čovječnosti. Nürnberško suđenje najznačajnijim liječnicima Trećeg Reicha u predmetu Brandt i ostali^{26,27} za ratne zločine i zločine protiv čovječnosti počinjene podvrgavanjem zatočenika logora smrti medicinskim eksperimentima i provođenjem programa eutanazije ljudi nevrijednih življenja, ostavilo je neizbrisiv trag u razvoju medicinskog prava, bioetike i ljudskih prava.^{28–30} Problematizirajući odnos ovih disciplina, Annas ističe kako upravo Nürnberški kodeks predstavlja „vezivno tkivo koje povezuje ljudska prava, bioetiku i medicinsko pravo te se može ustvrditi da je upravo u Nürnberškom suđenju nacističkim liječnicima rođena moderna bioetika.“³¹ Ne smije se zaboraviti niti na brojne eksperimente koji su rađeni za vrijeme Drugoga svjetskog rata vezano uz infektivne bolesti,³² a čija otkrivanja su zasigurno ojačala potrebu regulacije i zaštite prava pacijenata.

U suđenju nacističkim liječnicima u predmetu Brandt i ostali, prvome od dvanaest nürnberških suđenja pred Vojnim tribunalom Sjedinjenih Američkih Država koja su uslijedila nakon glavnoga nürnberškog suđenja utvrđeno je deset načela za procjenu dopuštenosti provođenja eksperimenata na ljudima, danas poznatih pod nazivom *Nürnberški kodeks* – dekalog koji „slavi slobodu i ljudsko dostojanstvo“^{33–35}. Istaknuto mjesto u dekalogu pripada prvom načelu da je pristanak na eksperimentiranje „apsolutno esencijalan“.³⁵ Posebno je utvrđeno kako dužnost i odgovornost za utvrđivanje kvalitete pristanka počiva na svakom pojedincu koji inicira, usmjerava ili se upušta u istraživanje te da je to osobna dužnost i odgovornost koja se ne može nekažnjeno prenijeti na drugoga. Informirani pristanak postaje od tog trenutka nezaobilazan ne samo za valjanost medicinskog istraživanja, nego i za pružanje zdravstvenih usluga općenito. Hrvatski Zakon o zaštiti pacijenta to izrijekom i navodi.³⁶

Prema paternalističkom modelu, koji zanemaruje načelo autonomije i protivan je informiranom pristanku, liječnik skrbi o bolesniku slično kao što roditelj skrbi o svome djetetu, u njegovu najboljem interesu. Liječnik je taj koji zna što je najbolje za bolesnika i ima znanja koja bolesnik nema te čak može i skrivati neke informacije od bolesnika, jer smatra da je tako bolje za bolesnika (opet vrlo slično skrivanju potpune istine od djeteta, kada smatramo da će spoznaja djetetu donijeti više štete nego koristi). Primjer ovog skrivanja istine jest skrivanje činjenice da osoba npr. boluje od smrtonosnog karcinoma te da je bolje da ne zna istinu. Drugi model jest model autonomije, prema kojemu su liječ-

nik i bolesnik dvije odrasle, odgovorne osobe i bolesnik ima autonomiju da donosi odluke o sebi. Prema ovom modelu bolesnik može donijeti i odluke za koje liječnik ne mora smatrati da su u bolesnikovu najboljem interesu, dok god je bolesnik ove odluke donio svojom voljom, uz raspolaganje svim važnim informacijama, a na temelju svojih životnih stavova.³⁷ U većini zemalja u svijetu (zasigurno u svim europskim zemljama) prihvaćen je model autonomije, a zaštita prava pacijenata pomno je regulirana. No, u praksi postoje i dalje brojne situacije u kojima unatoč javno deklariranom prihvaćanju modela autonomije (i suradništva) postoje brojne implicitne, skrivene i prikrivene paternalističke ideje.³⁸ One su najviše vidljive upravo u pristupu osobama s duševnim smetnjama, ali i u mjerama zaštite od zaraznih bolesti. Ponekad opravdano, ponekad neopravdano.

Dakle, upravo na temeljima važnosti postojanja informiranog pristanka razvio se model autonomnog odlučivanja. Informirani pristanak znači da bolesnik donosi vlastite odluke, na temelju podataka (informacija) koje dobije od svog liječnika i drugih zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika, uzimajući u obzir sve rizike, nuspojave, moguće štetne događaje, kao i koristi, dobrobiti i mogućnosti liječenja, ali i vlastite stavove i stajališta o životu i bolesti te uzimajući u obzir svoja moralna, vjerska, filozofska, kulturna i osobna stajališta.^{39–42} Iz ovakve medicinske prakse u kojoj pojedinac ima pravo donositi vlastite odluke o svome zdravlju i liječenju izuzeti su oni bolesnici koji zbog svoje bolesti mogu ugrožavati svoj ili tuđi život, zdravlje ili sigurnost.

Ovdje valja opet podsjetiti na povijest. Ideja uništenja bezvrijednih života u nacističkoj Njemačkoj sustavno je realizirana, osim vršenjem kriminalnih eksperimenata u okviru programa T-4, provođenjem eutanazije osoba s duševnim smetnjama protiv njihove volje. Idejni tvorac pojma života nevrijednog življenja glasoviti je teoretičar kaznenog prava, Karl Binding, koji je svoja stajališta bazirao na učenju dobitnika Nobelove nagrade za fiziologiju i medicinu Alexisa Carrela, koji je predlagao eutanaziranje zločinaca i osoba s duševnim smetnjama.⁴³ U glasovitom djelu napisanome u koautorstvu s psihijatrom Alfredom Hockeom, *Dopustivost uništenja bezvrijednih života*⁴⁴, korištenom od strane nacista kao opravdanje programa T-4, Binding je, pošavši od premise da osobe s duševnim smetnjama nemaju pravno relevantnu volju pa istu za njih očituje netko drugi, i od premise da je samoubojstvo legalno, izveo konkluziju da i o njihovom samoubojstvu treba odlučivati netko drugi, a kako je njihov život bezvrijedan, racionalno je uništiti ga.⁴⁵ Program T-4 započeo je 1939. godine Hitlerovim dopuštanjem da Brandt odredi izvjestan broj liječnika koji će pružiti „smrt iz milosrđa“. Takva je „milost“ u narednih godinu i pol dana u stotinama bolnica uka-

zana više od 70.000 ljudi, u onome što se može opisati kao „glavna proba za uništenje Židova, homoseksualaca, komunista, Cigana, Slavena i ratnih zarobljenika koja će ubrzo uslijediti“.^{46,47}

Poput mnogih drugih njemačkih liječnika toga vremena, Brandt je smatrao kako zdravlje društva u cjelini ima prednost pred zdravljem pojedinaca. Na društvo se gledalo kao na jedinstveni organizam koji je trebalo izliječiti, stoga se na njegove najslabije i neizlječive članove gledalo kao na dijelove koje bi trebalo odstraniti. Zaštita pojedinca zapravo nije ni postojala jer je pokleknula pred tada shvaćenom „općom dobrobiti“.

Upravo poučene takvim naslijedom, europske su države posebno oprezne pri postupanju s osobama koji ne mogu same odlučiti o svom zdravlju i postavljaju stroge pravne okvire koji služe zaštiti prava tih osoba.

Zarazne bolesti, njihove epidemije i pandemije bile su od velikog utjecaja na ratove i oružane sukobe od davnina. Na propast civilizacija i razvoj povijesti čovječanstva duboko su utjecale. Kuga u Ateni promijenila je ravnotežu snaga između Atene i Sparte, završavajući zlatno doba Perikla i Atenine prevlasti u antičko doba. S padom Grčke i nakon toga Rimskog Carstva, velikim dijelom uzrokovanim „Justinijanovom kugom“, povijest se zauvijek promijenila. Starosjediлаčka populacija, izložena virulentnim infekcijama od strane imunih osvajača, desetkovala je domorodačku populaciju te kao rezultat doprinijela promijeni povijesti. U doba istraživanja, invazija Europljana u Latinskoj Americi, Aziji, Indiji i Africi ne bi imala takve posljedice po domorodačko stanovništvo da nije bilo virusa na koje potonji nisu bili imuni.

Često se zaboravlja pristup koji je bio kroz povijest karakterističan prema osobama koje su bile nositelji virusa, odnosno oboljele od bolesti koje su se pojavile kao epidemije.⁴⁸ Osim zvjerskih eksperimenata nad tim osobama u određenim povijesnim razdobljima, virusi su korišteni i kao oružje protiv domicilnog stanovništva kao dio borbe za prevlast nad teritorijem. Danas, možda i zbog povijesnog iskustva, UN je posebno pozvao države članice i međunarodnu zajednicu da uključe specifične potrebe i prioritete domorodačkih naroda u rješavanju globalnog izbijanja COVID-19.⁴⁹ Kao i kod osoba s duševnim bolestima, malo se toga pitalo u povijesti i osobe koje su bile oboljele od zaraznih bolesti. Navedene sličnosti postupanja prema tim dvjema skupinama ranjivih osoba ponukale su nas na usporedbu zakonske regulacije.

Dvije skupine bolesnika kod kojih se zakonski može odrediti prisilno liječenje i ograničavanje kretanja

U ovom ćemo poglavlju ukazati na brojne duboke razlike između ovih dviju skupina bolesnika koje proizlaze iz različitog stajališta zakonodavca prema njima, iako obje kategorije imaju pravo na zdravlje.

Ustav u čl. 16. omogućuje ograničavanje prava i sloboda da bi se zaštitila sloboda i prava drugih ljudi, pravni poredak, javni moral i zdravlje, što mora biti razmjerno naravi potrebe za ograničavanjem. Ova dilema između ograničavanja prava jedne osobe radi zaštite prava druge osobe bila je temom više sudskih odluka i stručnih rasprava i u kontekstu zdravstvene zaštite, vezano uz obvezno cijepljenje.⁵⁰ Pri poštivanju prava osobe na donošenje odluka o liječenju mora se uzeti u obzir da pravo na odlučivanje ne smije ugroziti javno zdravlje, odnosno zdravlje drugih. U slučaju ugroze vlastitog ili tuđeg života, zdravlja ili sigurnosti, kada se provodi prisilni smještaj ili liječenje, potrebno je uskladiti s jedne strane opasnost po život, zdravlje ili sigurnost drugih ljudi (ili same osobe prema sebi), tj. prava na zdrav život¹² i prava osobe na donošenje odluka o svom liječenju. Pri tome ograničenje prava mora biti razmjerno naravi potrebe za ograničavanjem prava.

U današnjoj medicinskoj praksi postoje dvije skupine bolesnika kod kojih se zakonski može odrediti prisilno liječenje i ograničavanje kretanja: duševni i zarazni (infektološki) bolesnici, koji mogu nositi rizik po zdravlje ili život drugih (ili sebe). Dok se o jednoj od ovih skupina bolesnika (osoba s duševnim smetnjama) i do sada puno govorilo, pisalo i bili su prisutni u medijima, kao i u znanstvenim i stručnim radovima, o drugoj skupini (oboljelih od zaraznih bolesti) gotovo se uopće nije govorilo zadnjih desetljeća sve do proljeća 2020., tj. do pojave pandemije koju uzrokuje COVID-19.

Već sami nazivi zakona kojima se reguliraju ove dvije skupine bolesnika govore o tome kakav je stav zakonodavca prema ovim bolesnicima. Zakon kojim se reguliraju prisilni smještaj i prisilno zadržavanje osoba s težim duševnim smetnjama jest Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (ZZODS).⁵¹ Zakon kojim se regulira obvezna izolacija i liječenje te ograničavanje kretanja oboljelih od zaraznih bolesti (ili onih pod sumnjom od obolijevanja) jest Zakon o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti (ZZPZB). Već sami nazivi zakona ukazuju da se prvim zakonom štite osobe s duševnim smetnjama (premda oni također u određenim slučajevima predstavljaju rizik za život, zdravlje i sigurnost drugih ljudi), dok se drugim štiti pučanstvo (od oboljelih od zaraznih bolesti). Već ova činjenica o razlici u nazivu zakona govori o osnovnoj intenciji zakonodavca i poimanju razmjernosti u ograničavanju ljudskih prava.

U oba slučaja intencija države trebala bi biti ista (tj. zaštita građana – kako od zaraznih bolesti, tako i od duševnih bolesti), uz poštivanje prava oboljelih – no razlike, što zakonski opravdane, što zakonski neopravdane, ipak postoje.

Zakonski propisi i procedura kod određivanja prisilnog (nedobrovoljnog) liječenja i smještaja, odnosno obveznog liječenja i izolacije

Prisilna hospitalizacija, smještaj, zadržavanje i izolacija predstavljaju oblike lišenja (ograničavanja) slobode, čak i kad se provode u stanu (kući, domu) bolesne osobe, jer se osoba lišava temeljnog prava na kretanje⁵², ali ponekad i adekvatne zdravstvene skrbi. U svakom slučaju, ograničenje slobode trebalo bi se provoditi na zakonit način, uz poštivanje svih standarda vezanih uz lišenje slobode općenito i oživotvorenje prava na zdravlje. Europska konvencija za ljudska prava⁵³ napominje da nitko ne smije biti lišen slobode, osim u skladu sa zakonom propisanim postupkom. Hrvatski Ustav u čl. 22. kaže da o oduzimanju i ograničenju slobode odlučuje sud. Lišenje slobode iz zdravstvenih razloga najviše je u praksi do sada dolazilo do izražaja u primjeni nad osobama s duševnim smetnjama koje su zbog činjenice teške duševne bolesti neposredno i aktualno opasne za svoju okolinu, a lišenje slobode nad njima propisano je odredbama *lex specialis* zakona, ZZODS-a. Pojava COVID-19 to je pitanje otvorila i za osobe koje boluju od te bolesti ili postoji sumnja da su oboljele.

U ZZODS-u se vrlo detaljno opisuje pravni i medicinski postupak u slučaju kad liječnik utvrdi da neka osoba zbog svoje duševne bolesti ugrožava vlastiti ili tuđi život, zdravlje ili sigurnost. Psihijatar ima rok od 48 sati u kojem mora utvrditi postoje li razlozi za prisilno zadržavanje (čl. 29. st. 1.). Drugim riječima, psihijatar ima 48 sati za provođenje svih dijagnostičkih postupaka, tijekom kojih mora utvrditi od koje duševne bolesti i kojeg intenziteta osoba boluje te postoji li ozbiljna i izravna ugroza tuđeg ili života bolesnika. Ako je prisilno zadržavanje potrebno, tada se aktivira postupak na način da psihijatrijska ustanova bez odgode, a najkasnije 12 sati od odluke o prisilnom zadržavanju, o tome obavještava nadležni županijski sud.

Nakon toga, prisilni smještaj je pod ingerencijom nadležnoga županijskog suda. Sudac najkasnije u roku od 72 sata mora posjetiti prisilno zadržanu osobu u psihijatrijskoj ustanovi i saslušati je, izvršiti uvid u medicinsku dokumentaciju i saslušati voditelja odjela (čl. 36. ZZODS-a).

ZZODS jasno propisuje da se u slučaju ovakvog „civilnog“, „neforenzičkog“ (vidi kasnije u tekstu) prijema osoba zadržava u psihijatrijskoj ustanovi (čl. 31.). Ukoliko sud utvrdi da su zadovoljeni uvjeti iz čl. 27. ZZODS-a donijet će rješenje o prisilnom smještaju koje traje do 30 dana, a računajući od dana kada je psihijatar donio odluku o prisilnom zadržavanju.

Posebnu kategoriju prisilno smještenih duševnih bolesnika čine forenzički bolesnici, tj. oni koji su pretходно počinili neko protupravno djelo i kod kojih je psihijatrijskim vještačenjem utvrđeno da su djelo po-

činili pod utjecajem duševne bolesti zbog koje nisu bili sposobni shvatiti značenje svojega postupanja ili kontrolirati svoju volju (tzv. neubrojive osobe) te kod kojih postoji vjerojatnost od počinjenja novog težeg djela u budućnosti, upravo zbog ove bolesti i da je za otklanjanje te opasnosti potrebno njezino liječenje u psihijatrijskoj ustanovi (čl. 51.). I za njih je jasno propisano u koje se ustanove oni smještaju, pod kojim uvjetima, u kojim situacijama se ovaj smještaj može produživati i koje su njihove mogućnosti kontrole ovog postupka.

Postupanje prema osobama koje boluju od zaraznih bolesti (pr)opisano je u ZZPZB-u. U čl. 21. propisuje se da se osobe koje su oboljele ili za koje se sumnja da boluju od zaraznih bolesti obvezno izoliraju i liječe u zdravstvenim ustanovama, u stanu ili u drugim odgovarajućim objektima ako tako procijeni doktor opće medicine. Sukladno odredbi čl. 21. st. 2. i 3. ZZPZB-a iznimno, a prema epidemiološkoj ocjeni Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (HZJZ), odnosno Zavoda za javno zdravstvo županije, odnosno Grada Zagreba, ili prema procjeni doktora medicine specijalista epidemiologije, odnosno drugoga nadležnog doktora medicine određene specijalnosti, osobama za koje se utvrdi da su oboljele, za koje se posumnja da boluju od bolesti COVID-19 uzrokovane virusom SARS-CoV-2 ili zdravim osobama koje su bile u kontaktu s oboljelim osobama od te bolesti, odnosno dolaze iz područja zahvaćenog bolešću COVID-19 uzrokovanom virusom SARS-CoV-2, može se odrediti izolacija u vlastitom domu, odnosno u drugom odgovarajućem prostoru – samoizolacija ako za to postoje odgovarajući uvjeti.

Suprotno mjerama koje se provode kod duševnih bolesnika, u ovom zakonu nije propisano tko je taj koji pokreće postupak (tj. nije jasno propisano tko je osoba ili ustanova koja će pokrenuti postupak obveznog izoliranja i liječenja – je li to liječnik opće [obiteljske] medicine ili doktor medicine specijalist epidemiologije, koji se spominju u čl. 7. istog zakona u kojemu se kaže da su osobe koje stalno ili povremeno izlučuju klice zarazne bolesti obvezne pridržavati se propisanih mjera i uputa) i koliko će dugo liječenje (ili izolaciju) provoditi. Također, nisu propisane mjere kontrole i nadzora ovog postupka od strane suda kao kada se radi o osobama s duševnim smetnjama i njihovom prisilnom smještaju, i u konačnici, nije propisano da se treba obavijestiti nadležni sud, već se ova mjera provodi bez kontrole suda ukoliko ne dođe do upravnog postupka.

Također, zakonodavac je u potpunosti propustio normirati postupanje u slučaju kad osoba sa zaraznom bolešću ne želi pristati na ovo obvezno izoliranje i liječenje, što je jasno učinio kada je riječ o osobi s duševnim smetnjama. Nejasno je tko treba u tom slučaju obavijestiti nadležno tijelo od zdravstvenih radnika (infektolog, epidemiolog, liječnik obiteljske medicine ili zdravstvena ustanova), niti koja sve tijela treba oba-

vijestiti (treba li obavijestiti državni inspektorat, policiju o sumnji na počinjenje prekršaja, kaznenog djela, državno odvjetništvo, HZJZ?). Policija jest uvijek ovlaštena za postupanje, no, za razliku od postupanja prema osobama s duševnim smetnjama, nije normirano što bi pravosudni sustav u tom slučaju trebao učiniti – uputiti osobu na liječenje u infektološku bolnicu (jer je osobi određeno [doduše svojevolljno, bez sudjelovanja kontrolnih mehanizama sudstva] obvezno izoliranje i liječenje u zdravstvenoj ustanovi) ili bi osobu trebalo pritvoriti, tj. smjestiti je u pravosudni sustav (jer je prekršila zakon). Doduše, Kazneni zakon propisuje mogućnost određivanja posebnih obveza počinitelju, ali propisuje i da se posebne obveze koje uključuju liječenje mogu izreći samo uz pristanak počinitelja (čl. 63, odnosno čl. 62 st. 2 toč. 4., 5. i 6.). Za to bi ipak trebalo čekati okončanje kaznenog postupka, što je, kada je u pitanju suzbijanje zaraznih bolesti, apsolutno neučinkovito. Nadalje, razdoblje zadržavanja bez sudske zaštite u slučaju duševnih bolesnika može trajati maksimalno 60 sati, a u slučaju oboljelih od zaraznih bolesti takva neposredna sudska zaštita u ZZPZB-u nije propisana.

ZZODS jasno navodi da se medicinski postupak mora primjenjivati u najboljem interesu osobe s duševnim smetnjama i na način koji u najmanjoj mjeri ograničava njezina prava (čl. 9. st. 1.), drugim riječima jasno se navodi i napominje da se mora voditi briga o tome da se prava osobe s duševnim smetnjama ograničavaju samo onoliko koliko je to potrebno, što je i u skladu s načelom razmjernosti. U stavku 2. istog članka napominje se da se prednost pred prisilnim mjerama treba dati dobrovoljnom prihvaćanju suradnje u medicinskom postupku i uvažavanju želja i potreba osobe s duševnim smetnjama.

I dok se pri propisivanju postupanja osoba s duševnim smetnjama s pravom ponavlja osiguravanje prava duševnih bolesnika, u ZZPZB-u naglašava se obveza osoba oboljelih od zaraznih bolesti, kao i onih koje izlučuju klice zaraznih bolesti, da se pridržavaju propisanih mjera i uputa (čl. 7.), uopće ne spominjući potrebu da se osiguraju prava ovih osoba i njihove želje u liječenju koliko god je to moguće. Ovdje valja podsjetiti kako Zakon o zaštiti prava pacijenata, kao *lex generalis* navodi u svom članku 2 kako se svakom pacijentu jamči opće i jednako pravo na kvalitetnu i kontinuiranu zdravstvenu zaštitu primjerenu njegovom zdravstvenom stanju, sukladno općeprihvaćenim stručnim standardima i etičkim načelima, u najboljem interesu pacijenta uz poštivanje njegovih osobnih stavova.

Zanimljiva je i razlika u terminologiji pri propisivanju obveznog (prisilnog) izoliranja, smještaja i liječenja bolesnika – za osobe s duševnim smetnjama navodi se kako ih se prisilno smješta, dok se za oboljele od

zaraznih bolesti određuje obvezna izolacija i liječenje. Čak i ova jezična razlika govori o temeljnom stavu zakonodavca u jednom, odnosno drugom primjeru.

Budući da je primarno zaštitno dobro ZZODS-a sama osoba s duševnim smetnjama, a ZZPZB-a zdravlje drugih, ova jezična razlika ipak otkriva složenost samih zakona, odnosno mješovitost zaštićenih pravnih dobara u oba navedena zakona.

Bolest ili sumnja na bolest

U slučaju duševnih bolesnika, prisilno zadržavanje i smještaj mogući su samo ako osoba ima teže duševne smetnje (čl. 27. ZZODS-a). Dakle, osobi moraju biti dijagnosticirane duševne smetnje (a ne samo sumnja na duševnu smetnju). Također, nije dovoljno da se radi o bilo kojoj duševnoj smetnji, već to mora biti teža duševna smetnja, koja je u zakonu definirana kao ona koja po svojoj naravi ili intenzitetu ograničava ili otežava psihičke funkcije osobe u toj mjeri da joj je neophodna psihijatrijska pomoć (čl. 3.). I u slučaju forenzičkih psihijatrijskih bolesnika (tj. neubrojivih osoba) osoba mora imati težu duševnu smetnju, koja je utvrđena postupkom vještačenja u kaznenom postupku.

Suprotno tomu, u slučaju zaraznih bolesti čl. 21. ZZPZB-a predviđa da se osoba za koju se sumnja da boluje od zarazne bolesti obvezno izolira i liječi. Dakle, dovoljna je sumnja za lišenje slobode i prisilno liječenje, suprotno duševnim bolesnicima kod kojih je potrebna potvrda prisutnosti duševne bolesti, razmjerno naravi pogibelji. To je opravdano kada je u pitanju pandemija, ali ipak bi ovlast izricanja i mogućnost hitne kontrole izrečene mjere trebala biti nedvosmisleno i jasno propisana.

Osim što se kod osoba s duševnim bolestima zahtijeva da se potvrdi duševna bolest prije zadržavanja, još se izrijeком naglašava da se psihijatrijska dijagnoza mora temeljiti na važećim međunarodno priznatim klasifikacijama mentalnih poremećaja.⁵⁴ Poznato je da postoji stigmatizacija ne samo prema osobama s duševnim smetnjama, već i prema psihijatrima i drugim stručnjacima koji se bave duševnim bolestima te ponekad prema psihijatriji kao struci,^{55,56} ali i zbog povijesnih iskustava, osobe koje se prisilno smještaju moraju imati najveću moguću pravnu zaštitu. No, imaju li dovoljnu zaštitu osobe za koje postoji sumnja da boluju ili su oboljele od zaraznih bolesti? Imaju li zaštitu epidemiolozi i drugi stručnjaci koji su izloženi najvećem stresu i ugrozi u pružanju zdravstvene zaštite usred pandemije i mogućeg kolapsa zdravstvenog sustava?

Europski sud za ljudska prava u svojim odlukama polazi od toga da bi se osobi oboljeloj od duševne bolesti moralo pouzdano dokazati („objektivnim medicinskim vještačenjem“) da je riječ o duševno oboljeloj osobi.⁵⁷ Iz prakse Europskog suda za ljudska prava, kako je potvrđeno u predmetu *Enhorn protiv Švedske*

(br. no. 56529/00, od 25.1.2005.)⁵⁸ koji se izričito odnosio na zaraznu bolest podnositelja – HIV-pozitivan status – proizlazi da je zakonito ograničenje slobode moguće samo ukoliko postoje slijedeće okolnosti: 1) da širenje zarazne bolesti predstavlja opasnost za javno zdravlje ili sigurnost te 2) da je lišenje slobode zaražene osobe jedina mjera kojom se može spriječiti širenje zarazne bolesti, zato što su sve druge mjere iskušane i bile su neuspješne. Oba kriterija moraju biti ispunjena kumulativno, što znači da kada prestane postojati samo jedan od njih, tada prestaje i zakonska osnova lišenja slobode. Dakle, za razliku od osoba s duševnim smetnjama, koje mogu biti lišene slobode i zbog ugrožavanja sebe samih, kao i radi vlastitog liječenja (v. ESLJP Veliko vijeće, *Rooman protiv Belgije*, br. 18052/11 od 31. 1. 2019.), osobe pod sumnjom ili koje su zaražene zaraznim bolestima mogu biti lišene slobode isključivo ako za to postoje socijalni sigurnosni razlozi.⁵⁹ No, samo kao zadnja mjera i uz poštivanje razmjernosti.

Stvaran ili potencijalni rizik

Dakle, da bi se prisilno zadržalo i smjestilo osobu s duševnim smetnjama, ova osoba mora ozbiljno i izravno ugrožavati vlastiti ili tuđi život, zdravlje ili sigurnost. Drugim riječima, nije dovoljno da osoba u blažoj mjeri ili potencijalno ugrožava sebe ili druge. Također, ova ugroza mora biti upravo zbog težih duševnih smetnji, a ne zbog kojega drugog razloga. Mora postojati stvaran rizik.

Za neubrojive osobe (radi se o osobama kod kojih je u kaznenom postupku utvrđeno da su počinile neko protupravno djelo) da bi ih se prisilno smjestilo u psihijatrijsku ustanovu potrebno je da je vještak psihijatar utvrdio da postoji vjerojatnost da bi ta osoba zbog težih duševnih smetnji (zbog kojih je nastupila njezina neubrojivost) mogla ponovno počiniti teže kazneno djelo.

U slučaju zaraznih bolesti, obolijevanje pa čak i sumnja da osoba boluje od zaraznih bolesti dovoljna je da joj se odredi obvezno izoliranje i liječenje, znači već kada postoji potencijalni rizik. Upravo radi toga, potrebno je da je ovaj „medicinski dio“ dijagnoze bude što je moguće vjerodostojniji i provjeren. Liječnici i mikrobiolozi ovdje, kako izgleda, zamjenjuju jasno reguliranu pravnu zaštitu kada se radi o ograničavanju prava pojedinca.

Načelo proporcionalnosti u odnosu prema predviđenim rizicima i mogućim posljedicama

Svako ograničenje slobode ili prava moralo bi biti razmjerno naravi potrebe za ograničenjem u svakome pojedinom slučaju. I dok za forenzičke bolesnike

znamo da je najveći broj onih koji se nalaze na liječenju u sklopu prisilnog smještaja po čl. 51. ZZODS-a zbog protupravnog djela ubojstva, dakle njihove opasnosti za druge, u slučaju zaraznih bolesti poznato je da je mogućnost zaraze drugih osoba iznimno velika, ali nije došlo do iste namjerno (u velikoj većini slučajeva). Stoga, potencijalan rizik za opasnost drugih osoba postoji u oba slučaja, iako su preduvjeti za izolaciju različiti. Ograničavanje sloboda duševnih bolesnika strogo je kontrolirano i traži se stvaran rizik, dok je kod zaraznih bolesti dovoljan potencijalan rizik bez obzira na ličnost osobe.

Također, kod duševnih bolesnika zahtijeva se manje restriktivan model (liječenje na slobodi) ako je njime moguće umanjiti rizik od počinjenja novog djela u budućnosti. Istovjetno, čl. 21. ZZPZB-a također predviđa da se osobe mogu liječiti u stanu, ako za to postoje uvjeti prema procjeni doktora opće (obiteljske) medicine. Ovdje dolazi do izražaja da se i ZZPZB-om i ZZODS-om štite individualna i kolektivna pravna dobra. Pitanje je, kako smo već istaknuli, jesu li uvjeti u domu primjereni za brzo reagiranje u svakom pojedinom slučaju u slučaju naglog pogoršanja bolesti. U slučaju pandemije, jasno je da svi za koje postoje sumnja da imaju bolest ne mogu biti u zdravstvenoj ustanovi, već samo oni za koje se pokaže zdravstvena potreba.

Mogućnost kontrole

Zakonodavac je predvidio da prisilno liječenje duševnih bolesnika mora biti pod sudskim nadzorom te je u čl. 13. ZZODS-a jasno naveo da svako prisilno zadržavanje u psihijatrijskoj ustanovi podliježe sudskom nadzoru. Prisilno zadržana i prisilno smještena osoba, kao i njezin odvjetnik, imaju pravo na žalbu protiv rješenja kojom joj se određuje prisilni smještaj (čl. 42. st. 1.). S druge strane, psihijatrijska ustanova ima pravo na žalbu u slučaju određivanja otpusta prisilno smještene osobe (čl. 42. st. 3.). I neubrojive osobe (koje su dakle prethodno već počinile protupravno djelo) imaju pravo jednom u šest mjeseci predlagati otpust iz psihijatrijske ustanove (čl. 58.).

ZZODS je naložio i uspostavljanje Povjerenstva za zaštitu osoba s duševnim smetnjama, čiji je jedan od glavnih zadataka ispitivati pojedinačne slučajeve prisilnog zadržavanja i smještaja u psihijatrijsku ustanovu te predlagati preporuke radi otklanjanja uočenih nepravilnosti (čl. 74.). Ovo povjerenstvo ima 11 članova, od čega je pet psihijatar, četiri stručnjaka iz područja prava, jedan iz područja socijalnog rada, a jedan predstavnik udruga registriranih iz područja zaštite ljudskih prava (čl. 75. ZZODS-a).

U slučaju osoba oboljelih od zaraznih bolesti i kod kojih postoji sumnja da boluju od zaraznih bolesti zakonodavac nije jasno predvidio za sve slučajeve izri-

canja mjera mogućnost kontrole ovog obveznog (prisilnog) liječenja odnosno samoizolacije. Nadzor nad provedbom mjera za zaštitu pučanstva od zaraznih bolesti obavljaju nadležni sanitarni inspektori Državnog inspektorata, čije su ovlasti proširene izmjenom čl. 69. ZZPZB-a pretposljednjom novelom Zakona. Mjere iz članka 68. i 69. ZZPZB-a naređuju se rješenjem. Žalba odnosno tužba protiv tih rješenja ne odgađa njihovo izvršenje. Jednako tako, ako sanitarni inspektor Državnog inspektorata prilikom inspeksijskog nadzora ocijeni da postoji epidemiološka indikacija koja zahtijeva da se hitno poduzme određena mjera zbog uklanjanja opasnosti za zdravlje i život pučanstva, naredit će usmenim rješenjem izvršenje takve mjere bez odgađanja. Dakle, nije omogućeno pravo na žalbu na samoizolaciju u svim situacijama, primjerice kada je mjera usmeno izrečena od strane epidemiologa, već samo kada npr. rješenje o samoizolaciji donese državni inspektor, što znači da nisu svi građani u jednakom položaju ovisno o pravu na žalbu iako se na njima provode potencijalno i iste mjere.

Naime, nadležni liječnik ili ustanova u slučaju zarazne bolesti ne moraju o izrečenim mjerama obavijestiti sud, niti će osoba dobiti odvjetnika. Također, ne postoji posebno tijelo koje bi pratilo provođenje pojedinačnih slučajeva obveznog (prisilnog) liječenja ili samoizolacije, niti predlagalo preporuke za otklanjanje uočenih nepravilnosti (kao što je to predviđeno u slučaju duševnih bolesnika). Ovdje moramo reći da će u tom slučaju opet primijeniti kao *lex generalis* Zakon o zaštiti prava pacijenata i moramo izreći sumnju je li pravo na zdravlje i zaštitu dostojanstva pojedinca dovoljno zajamčeno nedorečenim propisivanjem mogućnosti nadzora kako to trenutno čini ZZPZB.

Trajanje mjere

Prisilno zadržavanje osobe s duševnim smetnjama bez sudskog rješenja može trajati najdulje osam dana od trenutka donošenja odluke o prisilnom zadržavanju (čl. 36. ZZODS-a). Budući da psihijatar ima razdoblje od 48 sati u kojem može odlučivati o potrebi prisilnog zadržavanja, to znači da je maksimalna mogućnost u kojoj psihijatar može odlučivati o nečijem prisilnom zadržavanju bez sudske odluke deset dana.

Prisilni smještaj može trajati do 30 dana, no prije isteka prisilnog smještaja psihijatrijska ustanova može predložiti sudu produženje prisilnog smještaja. Sud može produžiti smještaj do tri mjeseca, a svaki daljnji prisilni smještaj može se produžiti rješenjem suda do šest mjeseci (čl. 40. ZZODS-a).

Drugim riječima, u slučaju duševnih bolesnika dužina trajanja prisilnog smještaja jasno je definirana zakonom i kod svakog produženja ovo produženje određuje sud, a nikada psihijatar. Psihijatrijska ustanova predlaže produženje, no o njemu odlučuje sud.

Važno je napomenuti da trajanje prisilnog smještaja ne traje do završetka liječenja, već samo do trenutka kada su prestali razlozi za prisilni smještaj (čl. 47.). Dakle, premda osoba i dalje boluje od iste teške duševne bolesti i premda ova bolest može biti jednakog intenziteta i iste vrste kliničke slike, u trenutku kad prestane opasnost po vlastiti ili tuđi život, zdravlje ili sigurnost, prestaju trajati razlozi za prisilni smještaj i osobu treba (ako dobrovoljno ne pristaje na hospitalizaciju) pustiti iz psihijatrijske ustanove (premda je bolesna i neizliječena).

Trajanje prisilnog smještaja neubrojive osobe u psihijatrijsku ustanovu određuje se na šest mjeseci (čl. 51. ZZODS-a), nakon čega se može produžiti. Prisilni smještaj neubrojive osobe može trajati najdulje do isteka najviše propisane kazne za protupravno djelo koje je neubrojiva osoba počinila (čl. 56. ZZODS-a). Drugim riječima, nakon isteka najviše propisane kazne, čak i ako je ocjena psihijataru da postoji i nadalje visoki rizik od počinjenja novoga kaznenog djela u budućnosti, zbog duševne bolesti zbog koje je neubrojivost nastupila, mjera prisilnog smještaja ne može se produžiti, osim u slučajevima kada su prisutni razlozi iz čl. 27. ZZODS-a (tzv. civilni prisilni smještaj). No, valja napomenuti da kod forenzičkih bolesnika, u trenutku kada je liječenje trajalo onoliko koliko je najviše propisana kazna za isto djelo, osoba se nalazi (već godinama) u bolnici, redovito uzima terapiju te je njezino stanje aktualno stabilno i u tom trenutku ne ugrožava život, zdravlje ili sigurnost ozbiljno i izravno, već (zbog vrste bolesti, česte nekritičnosti prema svom psihičkom stanju, bolesti i potrebi liječenja) postoji iznimno veliki rizik da će osoba u budućnosti prekinuti svoje liječenje i dovesti se u stanje pogoršanja u kojem će biti povećan rizik od počinjenja novog djela. No, istekom najviše propisane kazne prestaju vrijediti ovi kriteriji za neubrojive osobe te se propituju kriteriji za neforenzičke pacijente, koji zahtijevaju izravnu ugrozu.

U slučaju zaraznih bolesti, pogotovo nedovoljno poznatih, nije uvijek lako odrediti trajanje liječenja odnosno izolacije i mora se ostaviti prostora za brze reakcije promjena u trajanju samoizolacije ovisno o medicinskim spoznajama. No, važnost mogućnosti kontrole i zaštita od potencijalne zloporabe instituta samoizolacije time je još veća jer nije izgledno da bi osoba bila otpuštena iz zdravstvene ustanove ili samoizolacije ako postoje medicinske indikacije da se i dalje liječi, odnosno (samo)izolira jer je i dalje zarazna.

Drugo mišljenje

U postupku prisilnog smještaja duševnih bolesnika, ako sudac to smatra potrebnim, odredit će provođenje psihijatrijskog vještačenja od strane psihijatra koji nije zaposlen u psihijatrijskoj ustanovi u kojoj se nalazi prisilno zadržana osoba. Također, sama prisilno zadržana

osoba ili njezin odvjetnik mogu tražiti vještačenje od strane psihijatra koji nije zaposlen u istoj psihijatrijskoj ustanovi (čl. 37. st. 2. ZZODS). Ovaj psihijatar mora osobno pregledati prisilno zadržanu osobu, tj. nije moguće da svoje vještačenje temelji na medicinskoj dokumentaciji, bez osobnog pregleda (čl. 37. st. 4.). Također, prisilno zadržana osoba ima pravo postavljati pitanja vještaku i drugim osobama na raspravi (čl. 37. st. 7.). Prisilno zadržana osoba ima pravo zatražiti od suda da na raspravi budu prisutne dvije osobe koje ona sama odredi (čl. 37. st. 9.).

Za razliku od duševnih bolesti, u slučaju obveznog liječenja od zaraznih bolesti, osobi kojoj je određena izolacija i liječenje nije omogućeno, ali ni zabranjeno, barem prema odredbama ZZPZB-a, da zatraži vještačenje, tj. da zatraži drugo mišljenje infektologa (ili epidemiologa) koji radi u drugoj ustanovi, odnosno liječnika opće medicine. U slučaju provođenja epidemioloških mjera moguće je da različita društva imaju različita stajališta (što je vidljivo i u različitim pristupima aktualnoj pandemiji COVID-19). Tako je moguće i da drugi infektolog i epidemiolog mogu imati različito mišljenje o potrebi liječenja ili izolacije, a što osoba kojoj je određeno obvezno liječenje nije u mogućnosti ostvariti jer su mjere prisilne naravi ako naravno postoje medicinske indikacije za iste.

Medicinskim vještačenjem od strane osobe koja ne sudjeluje u liječenju osobe (što je ostvareno u slučaju osoba s duševnim smetnjama) tu se osobu štiti od svojevoljnog odlučivanja o pitanju slobode kretanja te prava na kvalitetno vještačenje u sudskom postupku.⁵⁷ Potpunom odsutnošću uloge suda te odsutnošću potrebe vještačenja kod osoba oboljelih od zaraznih bolesti zaboravlja se na mogućnost svojevoljnog odlučivanja o pitanju slobode kretanja kod ove skupine ljudi. Pravo na drugo stručno mišljenje propisano je i Zakonom o zaštiti prava pacijenata (čl. 10.). Postoje i presude Ustavnog suda RH koje ocjenjuju da vještačenje ne može provoditi osoba koja je istodobno zadužena za liječenje iste osobe, budući da takvo postupanje nije pravično.⁵⁷

Mora se ovdje navesti da je upravo transparentnost mjera za zaštitu pučanstva od zaraznih bolesti i telefonskih linija za informiranje ministarstva nadležnog za zdravlje, HZJZ-a i gradskih zavoda za javno zdravlje iznimno bitna. Navedene mjere, ovisno o epidemiološkim indikacijama, mogu značajno zadirati u slobode i prava pojedinaca. Mjere donosi ministar nadležan za zdravlje na prijedlog Hrvatskog zavoda za javno zdravlje, sukladno čl. 47. ZZPZB-a, osim iznimno. Tada i Stožer civilne zaštite ima pravo naređivati mjere koje se, kao i mjere ministra nadležnog za zdravlje, objavljuju javnosti u *Narodnim novinama*. Dakle, kada je proglašena epidemija zarazne bolesti ili opasnost od epidemije zarazne bolesti u odnosu na koju je i Svjet-

ska zdravstvena organizacija proglasila pandemiju, odnosno epidemiju ili opasnost od nje, sigurnosne mjere iz st. 1. do 3. članka 47. ZZPZB može odlukom narediti, u suradnji s Ministarstvom zdravstva i Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo, i Stožer civilne zaštite Republike Hrvatske. Odluke Stožera donose se pod neposrednim nadzorom Vlade Republike Hrvatske. Sigurnosne mjere iz st. 2. čl. 47. ZZPZB-a koje naređuje ministar i Stožer civilne zaštite Republike Hrvatske objavljuju se u *Narodnim novinama*.

Liječenje ili smještaj i izolacija

ZZODS jasno predviđa da osoba s duševnim smetnjama ima pravo sudjelovati u planiranju i provođenju svojeg liječenja, rehabilitacije i resocijalizacije (čl. 14. st. 1.). Također, osoba s duševnim smetnjama ima pravo predlagati premještaj u drugu psihijatrijsku ustanovu.

No, postoji ipak jedna smjernica u liječenju osobe koja boluje od duševnih bolesti. Zakonodavac je propisao da se prisilno zadržanu osobu ne liječi na način koji bi onemogućio njezino saslušanje, ako je to moguće s obzirom na njezino zdravstveno stanje (čl. 36. st. 1.). Ovdje se može postaviti pitanje: je li pravo osobe na primjereni sudski postupak važnije od njezina prava na najbolje i najadekvatnije liječenje?⁶⁰

Osim toga, ZZODS u propisivanju pravila o prisilnom smještaju ustvari ne određuje prisilno liječenje osobe, već njezin prisilni smještaj. Iz toga se može iščitati namjera zakonodavca, upotrebom riječi „smještaj“, da jasno ukaže na to da se ne može provoditi prisilno liječenje (već samo smještaj, tj. čuvanje osobe).

Neubrojive se osobe čija je neubrojivost nastupila upravo zbog teže duševne smetnje upućuje na prisilni smještaj u psihijatrijsku ustanovu. Dakle, i u ovom slučaju izostalo je upućivanje na liječenje. Premda zakon u čl. 51. jasno kaže da je ovoj osobi radi otklanjanja opasnosti da bi mogla počinuti teže kazneno djelo potrebno njezino liječenje u psihijatrijskoj ustanovi, ovoj se osobi (ipak) određuje (samo) prisilni smještaj u psihijatrijsku ustanovu. Samo u slučaju liječenja na slobodi (tj. kod neubrojivih osoba kojima nije određen prisilni smještaj), ove se osobe upućuju na psihijatrijsko liječenje (čl. 51. st. 2.).

U slučaju osobe koja je oboljela ili za koju se sumnja da je oboljela od zarazne bolesti obvezno se određuje izolacija i liječenje. Jasno je da se osoba za koju se sumnja da je oboljela (ali joj bolest još nije potvrđena) još ne treba liječiti, ali se mora izolirati. Dakle, za razliku od osoba s duševnim bolestima, gdje se čak i u slučaju neubrojivih osoba koje imaju teške duševne smetnje, kao i osoba koje zbog svoje duševne bolesti ugrožavaju tuđi ili svoj život, zdravlje ili sigurnost ne određuje liječenje, već samo prisilni smještaj, osobama oboljelim (ili onima za koje se sumnja da boluju) od zaraznih

bolesti određuje se liječenje. Ove jezične razlike trebalo bi uskladiti gdje god je to moguće i skladu s načelom razmjernosti.

Zaključci

ZZODS i ZZPZB su iznimno važni zakoni koji reguliraju liječenje i ograničenje prava odnosno dosege slobode posebno ranjivih skupina u točno određenim slučajevima. Kako oba zakona reguliraju ograničavanje prava i sloboda pojedinaca, a kako bi se zaštitio život i zdravlje drugih, a i samih adresata, valja ipak uvijek vrlo pažljivo odvojiti sva potencijalna kršenja ljudskih prava pri propisivanju potrebnih ograničenja naših sloboda, poštujući naravno različitosti u postupanju i hitnosti postupanja pri određivanju pojedinačnih mjera. Jasna mogućnost kontrole propisanih mjera uvijek mora postojati. Dodatno, kada su u pitanju zakoni koji reguliraju pravo na zdravlje, važno je znati što taj pojam obuhvaća prije pribjegavanja izmjena određenih zakonskih odredbi. Sva zajamčena prava moraju biti zagarantirana ranjivim osobama u što je moguće većem obimu jer time pokazujemo koliko smo zaista država vladavine prava. U slučaju postavljanja ograničenja valja se rukovoditi standardima Europskog suda za ljudska prava. Npr. u ZZODS-u se prvenstveno brine o zaštiti prava duševnih bolesnika, ali se ponekad u tome zanemaruje njihovo pravo na zdrav život, budući da je naglasak na prisilnom smještaju, a ne na prisilnom liječenju, i to u strogo propisanim okolnostima. No, radi brojnih zloporaba kroz povijest skoro svaki korak u liječenju podliježe kontroli, kao i traženju pristanka gdje god je to moguće. S druge strane, ZZPZB se isključivo bavi zaštitom zdravlja i života drugih (tj. pučanstva), bez jasno propisane zaštite prava oboljelih od zaraznih bolesti kroz sudsku kontrolu ili kontrolu posebno ustanovljenog tijela kakvo ima i ZZODS. Jasno je da je kod pojave pandemija riječ o sigurnosnoj ugrozi, ali baš zato kontrola izrečenih mjera, koja može biti i hitna, treba biti jasno propisana.

Dakle, kroz brojne primjere pokazali smo da u slučaju duševnih bolesti zakonodavac nastoji zaštititi duševnog bolesnika od samovolje psihijatra jasnim propisivanjem različitih opravdanih mehanizama za zaštitu prava bolesnika. Ujedno se kod ZZPZB-a zanemaruje mogućnost da i druge medicinske struke ili Stožer civilne zaštite mogu biti jednako skloni nes(a)vjesnom ugrožavanju prava drugih osoba i nerazmjernom ili nedovoljno učinkovitom propisivanju posebnih mjera, odnosno liječnici druge struke ili sanitarni inspektori pojedinačnih mjera. Ono što je ipak uvijek moguće, i ne mora se posebno propisivati, jest kontrola pojedinačno izrečenih mjera od strane Ustavnog suda. Ukoliko se odluka liječnika opće prakse, odnosno epidemiologa, u slučaju izricanja pojedinačnih sigurnosnih

mjera može smatrati općim aktom, iako ne postoji mogućnost žalbe kao u drugim slučajevima kada mjere izriče inspektorat, moguće je podnijeti upravnu tužbu. No, za te postupke treba vrijeme. Čini se da su liječnici svjesni ovog nedostatka u zakonu te s oprezom pribjegavaju određivanju pojedinačnih mjera.

Svakako treba naglasiti da mi ni na koji način ne želimo ovime umanjiti važnost zaštite pučanstava od raznih bolesti i važnost uloga nadležnih tijela u sprječavanju epidemije, jer je upravo javnozdravstvenim mjerama ostvareno iskorjenjivanje velikih boginja, difterije i dječje paralize i mnoge su zarazne bolesti stavljene pod kontrolu. No važno je pri tome poštivati ljudska prava pri ostvarivanju prava na zdravlje. Poglavito danas, kada živimo u razdoblju djelovanja Europskog suda za ljudska prava i jamčenja zaštite prava pojedinaca. Potreba propisivanja kontrole vodi k većem isključivanju mogućnosti zlorabiranja, što je za osobe s duševnim smetnjama velikim dijelom kroz ZZOSD i učinjeno.

No, ne smijemo zanemariti novu kategoriju ranjivih osoba – osoba oboljelih od zaraznih bolesti. Treba li nam Zakon o zaštiti osoba sa zaraznim bolestima ili će u slijedećoj noveli ZZPZB-a zakonopisac dati prednost uvođenju odredaba koje ujednačavaju i propisuju kontrolu izrečenih i poštivanih mjera? Autori se zalažu za potonje. Jedino tada možemo govoriti o oživotvorenju prava na zdravlje i osiguranju zdravstvene zaštite za sve građane i učinkovitom odgovoru na pandemiju. U svakom slučaju treba opet naglasiti da smo svi kao pojedinci odgovorni i za vlastito zdravlje i zdravlje drugih. No, na državi je osiguranje oživotvorenja toga prava.

LITERATURA

1. Krlježa M. Balade Petrice Kerempuha. Zagreb: Novi Liber; 2013, str. 16–18.
2. Svjetska zdravstvena organizacija. Preambula. World Health Organisation. Preamble of the Constitution. Dostupno na: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf. Pristupljeno: 11. 12. 2020.
3. Zakon o potvrđivanju Konvencije o zaštiti ljudskih bića i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine: Konvencija o ljudskim pravima i biomedicini. Narodne novine br. 13/2003.
4. Druml M, Roksandić Vidlička S. Virus and Terrorism, 2020, Global Atrocity Justice. 2020. Dostupno na: <https://justice-360.com/virus-terrorism>. Pristupljeno: 11. 12. 2020.
5. Boseley S. Nine out of 10 in poor nations to miss out on inoculation as west buys up Covid vaccines. The Guardian International Edition. 2020. Dostupno na: <https://www.theguardian.com/society/2020/dec/09/nine-out-of-10-in-poor-nations-to-miss-out-on-inoculation-as-west-buys-up-covid-vaccines>. Pristupljeno: 11. 12. 2020.
6. Dugač Ž, Fatović-Ferenčić S, Kovačić L, Kovačević T. Care for health cannot be limited to one country or one town only, it must extend to entire world: the role of Andrija Štampar in the building of the World Health Organization. Croat Med J 2008;49(6):697–708.
7. Nacional. Starački dom u Splitu se evakuira zbog koronavirusa, CAPAK „Bolest je vjerojatno unio netko od osoblja“. 2020. Dostupno na: <https://www.nacional.hr/zbog-sumnjena-koronavirus-evakuira-se-staracki-dom-u-splitu/>. Pristupljeno: 11. 12. 2020.
8. DM HUBOL. Sustav praćenja kontakata se raspao, recite istinu. 2020 Nov 24. HRT. Dostupno na: <https://vijesti.hrt.hr/681323/hubol-sustav-pracenja-kontaktata-se-raspao-recite-istinu>. Pristupljeno: 11. 12. 2020.
9. Zakon o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti. Narodne novine 79/2007, 113/2008, 43/2009, 130/2017, 114/2018, 47/2020, 134/2020.
10. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Narodne novine 100/2018, 125/2019, 147/2020.
11. Zakon o odgovornosti pravnih osoba za kaznena djela. Narodne novine 151/2003, 110/2007, 45/2011, 143/2012.
12. Roksandić Vidlička S. Kaznena djela protiv zdravlja ljudi. U: Cvitanović L, Derenčinović D, Turković K, Munivrana Vajda M, Dragičević Prtenjača M, Maršavelski A i sur. Kazneno pravo: Posebni dio. Zagreb: Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2018, str. 253–68.
13. Ustav RH. Narodne novine 56/1990, 135/1997, 113/2000, 28/2001, 76/2010, 5/2014.
14. Međunarodni pakt o gospodarskim, socijalnim i kulturnim pravima. Opća skupština Ujedinjenih naroda 16. prosinca 1966. (Rezolucija br. 2200 A /XXI/), stupio na snagu 23. ožujka 1976.
15. UNESCO, Opća Deklaracija o bioetici i ljudskim pravima, 19. listopada 2005.
16. Turković K, Roksandić S. Reforma kaznenog zakonodavstva u području zdravstva – Kaznena djela protiv zdravlja ljudi *de lege ferenda*. U: Turković K, Roksandić Vidlička S, Maršavelski A, ur. Hrestomatija medicinskoga prava. Zagreb: Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2016, str. 862.
17. Babić T, Roksandić S. Osnove zdravstvenog prava. Zagreb: Tipex; 2006.
18. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics, 7. izd. Oxford: University Press; 2012.
19. UN Opća Skupština, Universal Declaration of Human Rights. 1947. Dostupno na: <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>. Pristupljeno: 11. 12. 2020.
20. Međunarodni pakt o gospodarskim, socijalnim i kulturnim pravima, Opći komentar broj 14., paragraf 43.
21. Chirwa DM. The right to health in international law: Its implications for the obligations of state and non-state actors in ensuring access to essential medicine. South African Journal of Human Rights. 2003;19(4):541–66.
22. UN Office of the High Commissioner for Human Rights, The right to health, Fact Sheet No. 31, pg. 5. Para 43–45 of the CESCR General Comment No. 14.
23. Roksandić S, Mamić K. Širenje zaraznih bolesti kao prijetnja ostvarivanju ljudske sigurnosti i kaznenopravni mehanizmi u sprječavanju širenja bolesti COVID-19. Hrvatski ljetopis za kaznene znanosti i praksu. 2020;27(2):681–714.
24. Gregurek R. Psihološka medicina. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
25. Jahng KH, Martin LR, Golin CE, DiMatteo MR. Preferences for medical collaboration: patient – physician congruence and patient outcomes. Patient Educ Couns 2005;57:308–14.
26. The United States of America against Karl Brandt, Siegfried Handloser, Paul Rostock, Oskar Schroeder, Karl Genzken, Karl

- Gebhardt, Kurt Blome, Rudolf Brandt, Joachim Mrugowsky, Helmut Poppendick, Wolfram Sievers, Gerhard Rose, Siegfried Ruff, Hans Wolfgang Romberg, Viktor Brack, Hermann Becker-Freyseng, Georg August Wetz, Konrad Schaefer, Waldemar Hoven, Wilhelm Beiglboeck, Adolf Pokorny, Herta Oberheuser, and Fritz Fischer, *Defendants*. Spis predmeta dostupan u: *Trials of War Criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Control Council Law No. 10*, Vol. 1. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office; 1949.
27. *Trials of War Criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Control Council Law No. 10*, Vol. 2. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office; 1949, str. 1–352.
 28. Roksandić Vidlička S, Galiot V. Eksperimenti na ljudima kao zločin protiv čovječnosti: od Nürnberškog medicinskog suđenja do predmeta Pfizer. *Godišnjak Akademije pravnih znanosti Hrvatske*. 2016;1:186–253.
 29. Freyhofer HH. *The Nuremberg Medical Trial, The Holocaust and the Origin of the Nuremberg Medical Code*. New York: Palgrave Macmillan; 2004.
 30. Schaller BR. *Understanding Bioethics and the Law, The Promises and Perils of the Brave New World of Biotechnology*. Westport and London; 2008.
 31. Annas GJ. The Legacy of the Nuremberg Doctors' Trial to American Bioethics and Human Rights. *Minnesota J Law Scie Technol*. 2009;10:19–40.
 32. Sabbatini S. The infectious diseases experiments conducted on human guinea pigs by Nazis in concentration camps. *Infez Med*. 2013;21(2):151–66.
 33. Josipović I, Krapac D, Novoselec P. Stalni međunarodni kazneni sud. *Zagreb*; 2001, rub. toč. 35.
 34. Bassiouni MC, Baffes TG, Evrard JT. An Appraisal of Human Experimentation in International Law and Practice: The Need for International Regulation of Human Experimentation. *J Crim Law Criminol*. 1981;72:1597–666.
 35. Katz J. Human Sacrifice and Human Experimentation: Reflections at Nuremberg. *Yale J Int Law*. 1997;22(2):401–18.
 36. *Zakon o zaštiti prava pacijenata*. Narodne novine 169/2004, 37/2008.
 37. Bransford CL. Reconciling paternalism and empowerment in clinical practice: an intersubjective perspective. *Social Work*. 2011;56(1):33–41.
 38. Subramani S. The social construction of incompetency: moving beyond embedded paternalism toward the practice of respect. *Health Care Anal*. 2020;30.
 39. Proso M. Neka pravna pitanja informiranog pristanka u hrvatskoj legislativi i praksi. *Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu*. 2006;43(2):103–14.
 40. Sorta-Bilajac I. Informirani pristanak – konceptualni, empirijski i normativni problemi. *Med Flum*. 2011;47(1):37–47.
 41. Jeremić V. Informirani pristanak: komunikacija između liječnika i bolesnika. *European Journal of Bioethics*. 2013;4(7): 525–33.
 42. Turković K. Informirani pristanak i pravo na odbijanje tretmana u Republici Hrvatskoj. U: Turković K, Roksandić Vidlička S, Maršavelski A, ur. *Hrestomatija hrvatskoga medicinskog prava*. Zagreb: Pravni fakultet Zagreb; 2016, str. 551–6.
 43. Carrel A. *Man, the Unknown*. New York; 1935, str. 12.
 44. Hoche AE, Binding K. *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens – Ihr Maß und ihre Form*, Verlag von Felix Meiner in Leipzig 1920, S.32. Dostupno na: <http://www.th-hoffmann.eu/archiv/binding/binding.hoche.1920.pdf>. Pristupljeno 11. prosinca 2020.
 45. Turković K, Roksandić Vidlička S, Maršavelski A. Pravni položaj osoba s duševnim smetnjama prema novom Kaznenom zakonu. *Zbornik radova V. kongresa pravnika u zdravstvu s međunarodnim sudjelovanjem*. U: Turković K, Roksandić Vidlička S, Maršavelski A, ur. *Hrestomatija hrvatskoga medicinskog prava*. Zagreb: Pravni fakultet; 2016, str. 225–32.
 46. Polšek D. *Sudbina odabranih: Eugeničko nasljeđe u vrijeme genske tehnologije*. ArTrezor: Zagreb; 2004, str. 102–4.
 47. Lifton RJ. *The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology of Genocide*. New York: Basic Books; 1988, str. 21–134.
 48. Cuhuna BA. *Historical Aspects of infectious diseases, Part 1*. *Infect Dis Clin North Am*. 2004;xi–xv.
 49. UN. COVID-19 and Indigenous peoples. Department of Economic and Social Affairs. Dostupno na: <https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/covid-19.html>. Pristupljeno: 11. 12. 2020.
 50. Šego M. Obvezno cijepljenje djece – kršenje ljudskih prava roditelja ili zaštita prava djeteta? *Pravni Vjesn*. 2014;30(2): 377–91.
 51. *Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama*. Narodne novine 76/2014.
 52. Čemalović O, Mukić E. Prisilno zadržavanje i prisilni smještaj osoba sa duševnim smetnjama u zdravstvene ustanove – medicinski i pravni aspekti. *Fondacija Centar za javno pravo*. Knjiga sažetaka Stručna rasprava o smještaju pacijenata s duševnim smetnjama u ustanove socijalne zaštite. Sarajevo; 2014, str. 1–7.
 53. *Konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda*. Narodne novine 8/97, 6/99, 14/02, 13/03, 9/05, 1/06, 2/10.
 54. *Američka psihijatrijska udruga*. *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*. 5. izd. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2015.
 55. Sercu C, Ayala RA, Bracke P. How does stigma influence mental health nursing identities? An ethnographic study of the meaning of stigma for nursing role identities in two Belgian psychiatric hospitals. *Int J Nurs Stud*. 2015;52:307–16.
 56. Arbanas G, Bošnjak D, Sabo T. Impact of a nursing in psychiatry course on students' attitudes toward mental health disorders. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2017;8:1–7.
 57. Đuras I. Prisilni smještaj okrivljenika kao duševno oboljelih osoba – ustavni i konvencijski standardi u praksi hrvatskih sudova. *Liječn Vjesn*. 2018;140:267–273.
 58. *Europski sud za ljudska prava, Enhorn protiv Švedske*, br. 56529/00 od 25. 1. 2005.
 59. Roksandić S, Grđan K. Covid i naše slobode 1–7. 2020. Dostupno na: <https://www.autograf.hr/covid-19-i-nase-slobode-1/>. Pristupljeno: 11. 12. 2020.
 60. Roksandić Vidlička S, Zibar L, Čizmić J, Grđan K. Pravo Jehovinih svjedoka na ostvarivanje kirurške zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj – prema vrijedećim zakonima (*de lege lata*). *Liječn Vjesn*. 2017;139:91–8.