

PRAVO NA PRISTUP PODACIMA U MEDICINSKOJ DOKUMENTACIJI

Dr. sc. Jozo Čizmić, izvanredni profesor
Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu

UDK: 61:002
342.732:007
Ur.: 5. studenog 2008.
Pr.: 10. prosinca 2008.
Izvorni znanstveni članak

Medicinska dokumentacija jest dokument o tijeku pacijentove bolesti i liječenja, odnosno o zdravstvenom stanju pacijenta, načinu rada na mjestu pružanja zdravstvene zaštite te uputa danih u svrhu ostvarivanja pacijentovih prava na zdravstvenu zaštitu, koji je nastao u zdravstvenoj ustanovi i koji je potpisan od ovlaštenog zdravstvenog radnika (najčešće liječnika).

U radu autor nakon objašnjenja pojma medicinske dokumentacije, ukazuje na: svrhu, sadržaj i vrste medicinske dokumentacije, dužnost i način vođenja medicinske dokumentacije, pravo pacijenta na uvid u svoju medicinsku dokumentaciju, ali i na pravo trećih osoba na uvid u medicinsku dokumentaciju, neke podzakonske propise kojima se uređuje dužnost vođenja, sadržaj i čuvanje medicinske dokumentacije, kao i posljedice nepridržavanja navedenih dužnosti te na kraju, i na odgovornost za vođenje medicinske dokumentacije i čuvanje tajnosti podataka iz medicinske dokumentacije.

Ključne riječi: *medicinska dokumentacija, medicinsko pravo, medical documentation, medical law.*

I. Uvod

1/ Zdravstvene ustanove i drugi organizacijski oblici obavljanja zdravstvene djelatnosti vode razne **evidencije** koje služe kao izvor podataka za statistička istraživanja u području zdravstva, a koriste se za praćenje i proučavanje zdravstvenog stanja stanovništva, programiranje i planiranje zdravstvene zaštite, odnosno poduzimanje potrebnih mjera zdravstvene zaštite, za potrebe društvene zajednice, obrane, izvješćivanje javnosti, za izvršavanje međunarodnih obveza te druge službene svrhe. Evidencija u području zdravstvene zaštite vodi se

upisivanjem podataka na sredstvima za vođenje evidencije – **medicinskoj dokumentaciji** (*medical documentation*).¹

Jedno od pacijentovih prava u ostvarivanju zdravstvene zaštite jest i **pravo na pristup medicinskoj dokumentaciji**, koje se temelji na pravu pacijenta na obaviještenost o svom zdravstvenom stanju, zajamčenu odredbama čl. 8 – 15. Zakona o zaštiti prava pacijenata (“Narodne novine”, broj 169/04., dalje – **ZOZPP**).² Pravo pacijenta na pristup medicinskoj dokumentaciji je strogo **osobno pravo**³ pa je pacijent jedini ovlašten koristiti se ovim pravom – pravom na povjerljivost podataka koji se odnose na stanje njegova zdravlja, uz mogućnost da ovo ovlaštenje može prenijeti i na druge osobe.⁴ Podaci o zdravstvenom stanju pacijenta nesumnjivo spadaju u osobne podatke, ne smiju se, u pravilu, otkrivati trećim osobama, a pravila o njihovoj zaštiti moraju poštivati svi subjekti.⁵

Treba ipak kazati da neke od **trećih osoba** iznimno imaju pravo na uvid u medicinsku dokumentaciju pacijenta i bez njegove suglasnosti. Tako je, primjerice, liječnik dužan medicinsku dokumentaciju na zahtjev predočiti

¹ Usp. TIMOTIĆ, B. – ANĐELSKI, H., *Zdravstveno zakonodavstvo*, Beograd, 2004., str. 174.-175.

² Više o tome kod TURKOVIĆ, K., *Informirani pristanak i pravo na odbijanje tretmana u Republici Hrvatskoj*, objavljen u zborniku radova sa savjetovanja “Aktualna pravna problematika u Zdravstvu”, Topusko 9. i 10. listopada 2008., str. 57.-85.; ČIZMIĆ, J., *Pravo pacijenata na obaviještenost, s posebnim osvrtom na zaštitu tajnosti podataka o zdravstvenom stanju pacijenta*, “Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci”, vol. 29, 2008., br. 1, str. 227.-275.; DULČIĆ, K. – BODIROGA VUKOBRAT, N., *Zaštita osobnih podataka pacijenta u europskom i hrvatskom pravu*, “Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci”, vol. 29, 2008., br. 1, str. 371.-411.

³ Pravo na povjerljivost podataka koji se odnose na stanje zdravlja pacijenta proizlazi iz **prava osobnosti** koje raznim sredstvima štiti personalitet čovjeka, budući da osobnost čovjeka nije samo psihološka kategorija, nego je i pravni pojam. Tako RADOLOVIĆ, A., *Pravo osobnosti u novom Zakonu o obveznim odnosima*, “Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci”, vol. 27., 2006., br. 1, str. 133. Opće je prihvaćeno stajalište da je jedno od subjektivnih prava osobnosti i pravo na privatnost, odnosno zaštitu privatnog života, koje pak jamči i tajnost podataka o čovjekovom privatnom životu, pa time i o stanju njegova zdravlja. Podrobnije o pravu osobnosti kod GAVELLA, N., *Osobna prava – I. dio*, Zagreb, 2000. i BODIROGA, N. – DULČIĆ, K., *Zaštita osobnih podataka u europskoj i hrvatskoj pravu*, “Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu”, god. 42, 2005., str. 327.-356.

⁴ “**Pacijent**” je svaka osoba, bez obzira na dob, spol, rasnu, vjersku i drugu pripadnost, imovno stanje, vrstu i stupanj zdravstvenih potreba, bolesna ili zdrava, koja u bilo kojoj zdravstvenoj ustanovi i/ili privatnoj praksi zatraži određenu uslugu ili nastoji zadovoljiti svoju zdravstvenu potrebu. U tom smislu pacijenti u najširem smislu riječi su svi građani s obzirom na svoju obvezu podvrgavanja mjerama primarne prevencije, odnosno onog dijela zdravstvene zaštite koji je od najšireg nacionalnog interesa i kojim su obuhvaćeni svi građani Republike Hrvatske koji su to rođenjem i državljanstvom. U uvjetima utvrđenima ZOZPP-om, drugim zakonima i međunarodnim ugovorima, pacijentima se smatraju i strani državljani koji koriste bilo koji oblik zdravstvene zaštite u zdravstvenim ustanovama i/ili privatnim praksama na području Republike Hrvatske” (ZOZPP, čl. 3. t. a/).

⁵ Tako i opširnije kod JELENC PUKLAVEC, A., *Zdravstvena dokumentacija, zasebnost in kazenski postopek*, zbornik “Medicina in pravo”, god. 1996.-1998., Maribor, 1998., str. 219.-220.

ministarstvu nadležnom za zdravstvo, tijelima državne uprave u skladu s posebnim propisima, Hrvatskoj liječničkoj komori ili sudbenoj vlasti.

Svaki pacijent ima pravo uvida u svu medicinsku dokumentaciju koja se tiče njegova zdravstvenog stanja. Pravo na pristup, odnosno uvid pacijenta u svoju medicinsku dokumentaciju odnosi se, kako na dokumentaciju koja se uručuje pacijentu nakon završenog liječničkog pregleda, tako i na **njegovu cjelokupnu medicinsku dokumentaciju**.⁶

Problemi koji se tiču zaštite pacijentove privatnosti i prava pacijenta na pristup i kopiranje medicinske dokumentacije predmet su i posebnog uređenja i ulaze u sadržaj, tzv. **ugovora o medicinskom tretmanu**, temeljem kojega je liječnik, kao davatelj zdravstvene usluge, dužan unijeti u medicinsku dokumentaciju podatke koji se tiču zdravlja pacijenta i postupaka izvršenih nad njim, uključujući i druge dokumente koji sadrže informacije nužne za potrební standard pažnje. Pacijent, pak kao principal, primatelj zdravstvene usluge, ima pravo na pristup medicinskoj dokumentaciji, ali ne i onda kada bi time bila povrijeđena privatnost drugih osoba.⁷

Pravo na uvid, odnosno na pristup osobnoj medicinskoj dokumentaciji **pridonosi odnosu povjerenja** između liječnika i pacijenta. Kada bi liječnik pacijentu odbio dopustiti razgledavanje njegove medicinske dokumentacije, to bi moglo dovesti u sumnju kvalitetu i ispravnost pružene zdravstvene zaštite, što bi svakako štetilo i ugledu liječnika.⁸

2/ Medicinska dokumentacija je svaki dokument koji je nastao u zdravstvenoj ustanovi, potpisan od zdravstvenog radnika, najčešće liječnika.⁹ Po svom sadržaju medicinska dokumentacija je skup svih pisanih ili na drugi način priređenih dokumenata (na elektronskom mediju i sl.),¹⁰ u kojima su sadržani stručno relevantni podaci o pacijentovoj bolesti i o njegovu zdravstvenom stanju te upute o liječenju i upute dane u svrhu ostvarivanja pacijentovih prava na zdravstvenu zaštitu (ZOZPP, čl. 3. t. c/). Medicinska dokumentacija može se definirati i kao dokument o tijeku pacijentove bolesti i liječenja,¹¹ odnosno svaki zapis koji sadrži podatke o zdravstvenom stanju pacijenta, kao i o načinu rada na mjestu pružanja te zaštite.¹²

⁶ Usp. GRBČIĆ, Ž., *Kakva prava pruža Zakon o zaštiti pacijenata*, "Informator", god. LII, 2005., br. 5145, str. 41.

⁷ Vidi MUJOVIĆ-ZORNIĆ, H., *Ugovor o medicinskom tretmanu*, "Strani pravni život", 2001., br. 1-3, str. 260.-261.

⁸ Tako RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo*, Beograd, 2004., str. 149.

⁹ Vidi ČUKIĆ, D., *Pravo na medicinsku istinu preko medicinske dokumentacije – teškoće, greške, predlog mjera za njihovo otklanjanje*, "Pravni život", vol. LI, 2002., br. 9, str. 260.

¹⁰ *Dokument* (lat.) jest isprava, odnosno pisani dokaz, a dokumentacija jest materijal koji služi za dokumentiranje (*Leksikon JLZ*, Zagreb, 1974., str. 222.), odnosno pisani ili službeni podaci o nekom predmetu. FILIPOVIĆ, M., *Rječnik stranih riječi*, Zagreb, 1988., str. 88.

¹¹ Tako TURKOVIĆ, K. – DIKA, M. – GORETA, M. – ĐURĐEVIĆ, Z., *Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama s komentarom i priložima*, Zagreb, 2001., str. 116.

¹² Vidi PETROVIĆ, F. – STANOJEVIĆ, S. – MARČETIĆ, LJ., *Zaštita i valorizacija medicinske dokumentacije*, Beograd, 1995., str. 16.

Medicinska dokumentacija nije nužno istovjetna **zdravstvenom kartonu** (*medical record*) pacijenta,¹³ a posebno to nije u onim zemljama u kojima se liječenje u pravilu odvija na različitim mjestima.¹⁴

U medicinsku dokumentaciju bi svakako trebalo ubrojiti i podatke, odnosno dokumentaciju o zdravstvenom stanju pacijenta s kojom **raspolože i koju čuva sam pacijent**. Naime, ponekad je korisno (primjerice, zbog mogućeg gubitka ili zamjene pojedinih podataka i/ili priloga iz medicinske dokumentacije, zbog eventualne zaštite prava pacijenta pred drugim tijelima i sl.) ili, čak, nužno da se takva dokumentacija nalazi kod pacijenta, štoviše i uz pacijenta (npr., knjižica dijabetičkih bolesnika, trudnička knjižica; razni lančići, značke, narukvice, koji upozoravaju na postojanje neke bolesti, preosjetljivost na neke lijekove, krvnu grupu i sl.).¹⁵

Na žalost, problematika medicinske dokumentacije i njezina pravnog značenja vrlo se rijetko ili nikako tumači studentima prava i pravnicima, a neprijeporno zaslužuje njihovu punu pozornost i poznavanje vrsta, sadržaja i forme medicinske dokumentacije, posebno zbog njezina značenja za pravosuđe gdje predstavlja izvor važnih podataka.¹⁶

II. Svrha i cilj medicinske dokumentacije

Medicinska dokumentacija ima višestruku svrhu. U prvom redu, zadatak joj je **omogućiti pravilno liječenje** pacijenta i **znanstveno istraživanje**, pa mora biti tako vođena da može u svakom trenutku drugim liječnicima i pacijentu dati točne podatke o poduzetim dijagnostičkim i terapijskim mjerama. Ti su podaci značajni i onima koji u konačnici snose troškove liječenja.¹⁷ Cilj medicinske dokumentacije je, dakle praćenje i utvrđivanje tijeka bolesti u postupku liječenja bolesnika, koje provode određeni zdravstveni djelatnici i zdravstvene ustanove odgovorni za liječenje konkretnog pacijenta.¹⁸

¹³ (Elektronski) **zdravstveni karton** je skup svih podataka pacijenta, koji su nastali tijekom različitih epizoda liječenja pacijenta. On predstavlja pregled povijesti pacijentovog zdravstvenog stanja i kao takav temeljni je izvor podataka u tijeku liječenja pacijenta. Pruža zdravstvenim djelatnicima mnoštvo iscrpnih mogućnosti koja im pomažu u liječenju, povećavaju efikasnost i profirabilnost te pomaže biti usuglašena sa standardima i propisima. Podatak na stranici http://www.info-grad.hr/c85/elektronski_zdravstveni_karton/.

¹⁴ Zakon o evidencijama u oblasti zdravstva ("Službeni list SFRJ", broj 22/78., 18/88., dalje – **ZEOZ**) na posredan način definira oblik "osnovne medicinske dokumentacije" kao individualni karton, registar knjiga, povijest bolesti, sredstva za automatsku obradu podataka te druga sredstva za vođenje evidencije određena propisom nadležnog organa (ZEOZ, čl. 3. st. 1.).

¹⁵ JAKŠIĆ, Ž. *Medicinska dokumentacija*. U: Jakšić, Ž. i sur., *Socijalna medicina*. Praktikum II., 5. izd., Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1989., str. 355.-372.

¹⁶ Usp. JELAČIĆ, O., *O nastavi iz sudske medicine na pravnim fakultetima*, "Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu", XIV, 1977., str. 235.

¹⁷ Tako RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo*, Beograd, 2004., str. 144.-145.

¹⁸ Vidi OPDERBECKE, H. W. – WEISSAUER, W., *Aerztliche Dokumentation und Pflege dokumentation*, "Medizinrecht", 1984., br. 6, str. 211.

Na temelju medicinske dokumentacije **pišu se dnevna i periodična izvješća** za potrebe evidencija, a **izdaju se i financijski dokumenti za plaćanje zdravstvenih usluga**.¹⁹

Medicinska dokumentacija (bilješke i prilozi) liječniku služi da bi se **podsjetio** na rezultate pretraga, situaciju, svoja razmišljanja i namjere, kad se sretne s istim bolesnikom nakon nekog vremena.²⁰

Mogli bi, primjerice spomenuti i da magistar farmacije ne smije bez recepta ili medicinske dokumentacije izdati lijek koji ima odobrenje za stavljanje u promet na recept sukladno posebnome zakonu (Zakon o ljekarništvu, "Narodne novine", broj 121/03., dalje – **ZOLK**, čl. 22.).²¹ Magistar farmacije u dežurstvu obvezan je izdati samo lijek na recept koji ima oznaku hitnosti, odnosno samo lijek na temelju drugoga relevantnog medicinskog dokumenta koji ima oznaku hitnosti (ZOLK, čl. 23.). Tijekom rada, magistar farmacije dužan je uskratiti izdavanje lijeka ili medicinskoga proizvoda u slučaju neispravne medicinske dokumentacije (ZOLK, čl. 24.).

Uredno vođena dokumentacija ne služi samo kao oslonac liječniku za podsjećanje, nego je i u interesu pacijenta imati urednu medicinsku dokumentaciju.²² Naime, zbog loše, odnosno nepravilno vođene medicinske dokumentacije, pacijenti često ne mogu **dokazati i ostvariti svoja prava**.²³ Uredno vođena medicinska dokumentacija od osobite je važnosti za zaštitu prava pacijenata **pred sudom**,²⁴ ali isto tako ona može poslužiti i liječnicima za obranu njihovih prava ako pacijent protiv njih pokrene sudski postupak.²⁵ Naime, medicinska dokumentacija, odnosno (neki) njezini sastavni dijelovi imaju dokaznu snagu javnih isprava, pa sud, na temelju zakona mora uzeti kao istinito ono što se u medicinskoj dokumentaciji potvrđuje ili određuje (arg. Zakon o parničnom postupku, "Narodne novine", broj 53/91., 91/92., 112/99., 88/01., 117/03., 88/05., 2/07. Odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske, 84/08, dalje – **ZPP**, čl. 230. st. 1.).²⁶ Svakako, dopušteno je dokazivati da su u

¹⁹ Tako i podrobnije kod JAKŠIĆ, Ž. *Medicinska dokumentacija*. U: Jakšić, Ž. i sur., *Socijalna medicina*. Praktikum II., 5. izd., Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1989., str. 355.-372.

²⁰ *Ibid.*, str. 355.-372.

²¹ Tako RADIĆ, M., *Zakon o ljekarništvu*, u knjizi Zbirka zdravstvenih zakona s obrazloženjem, Zagreb, 2003., str. 188.

²² Potanje o tome kod MUJOVIĆ-ZORNIĆ, H. – SJENIČIĆ, M., *Kodeks lekarske etike kao izraz staleške samoregulative u medicini*, "Pravni informator", 2003., str. 6.

²³ Vidi ČUKIĆ, D., *Pravo na medicinsku istinu preko medicinske dokumentacije – teškoće, greške, predlog mjera za njihovo otklanjanje*, "Pravni život", vol. LI, 2002., br. 9, str. 259.; NIKOLIĆ, K., *Krivično-pravna odgovornost ljekara zbog neurednog vođenja medicinske dokumentacije*, "Pravni život", 1998., br. 9., str. 268.

²⁴ Usp. BOŠKOVIĆ, Z., *Zakon o zaštiti prava pacijenata – Reforma zdravstvenog zakonodavstva Republike Hrvatske*, "Pravo u gospodarstvu", vol. 44., 2005., br. 1, str. 90.

²⁵ Vidi kod TURKOVIĆ, K. – DIKA, M. – GORETA, M. – ĐURĐEVIĆ, Z., *Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama s komentarom i prilogima*, Zagreb, 2001., str. 116.

²⁶ U tom je smislu Vrhovni sud Republike Hrvatske donio odluku, Rev 930/94. od 4. svibnja 1994., prema kojoj je potvrdio nadležnog liječnika o nesposobnosti radnika za rad javna isprava čija

medicinskoj dokumentaciji neistinito utvrđene činjenice ili da je nepravilno sastavljena, a ako sud posumnja u autentičnost medicinske dokumentacije, odnosno pojedinih njezinih dijelova, može zatražiti da se o tomu izjasni zdravstvena ustanova i/ili zdravstveni djelatnik od kojega bi ona trebala potjecati (arg. ZPP, čl. 230. st. 3. i 4.).²⁷

III. Sadržaj i vrste medicinske dokumentacije

1/ Medicinsku dokumentaciju **sačinjavaju različiti dokumenti**, kao što su: otpusno pismo, liječničko uvjerenje,²⁸ rendgenološki snimci, rezultati laboratorijskih pretraga, temperaturno – terapijske – dijetetske liste,²⁹ uputnice (drugim specijalistima, laboratorijima, ustanovama), operacijske liste, CT nalazi, anamneze, potvrda o smrti i sl.³⁰ Što je medicinska dokumentacija potpunija, to je i kvalitetnija.^{31 32}

Medicinska dokumentacija sastoji se ponajviše od **liječnikovih zabilješki** o nalazima glede pacijentovog zdravstvenog stanja i o poduzetim terapijskim mjerama. Medicinska dokumentacija treba sadržavati podatke o onome što je liječniku priopćio pacijent, onome što je liječnik sam uočio, dijagnosticirao,

se istinitost može osporavati u parnici svim dokaznim sredstvima. Odluka je objavljena u Izboru odluka Vrhovnog suda RH, br. 1994/244.

²⁷ Podrobnije o tome kod TRIVA, S. – DIKA, M., *Građansko parnično procesno pravo*, Zagreb, 2004., str. 512.-515.

²⁸ Liječničko uvjerenje je po svom sadržaju i obliku isprava, odnosno pismeno u kojemu autor (liječnik) upisuje svoja neposredna opažanja i svoje stručno mišljenje o opaženim okolnostima. Po sadržaju je slično iskazu svjedoka, jer služi kao izvor informacija o neposrednim opažanjima liječnika, a isto tako je uvelike slično iskazu vještaka, jer izražava nalaz i mišljenje liječnika kao stručno verzirane osobe. Tako PETROVIĆ, V., *Lekarsko uverenje kao dokazno sredstvo u krivičnim stvarima*, "Pravni život", god. IV, 1955., br. 4, str. 1.

²⁹ Svrha je temperaturne liste definiranje svakodnevnih terapijskih postupaka, a davanje lijekova mora biti identično zapisu na listi. Liječnik mora upisivati na temperaturnu listu sve lijekove i njihove doze, infuzijske otopine, transfuzije itd., a ti podaci moraju biti sadržani i u otpusnom pismu.

³⁰ Usp. ČUKIĆ, D., *Pravo na medicinsku istinu preko medicinske dokumentacije – teškoće, greške, predlog mjera za njihovo otklanjanje*, "Pravni život", vol. LI, 2002., br. 9, str. 261.

³¹ Tako TURKOVIĆ, K. – DIKA, M. – GORETA, M. – ĐURĐEVIĆ, Z., *Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama s komentarom i priložima*, Zagreb, 2001., str. 116.

³² U pogledu sadržaja medicinske dokumentacije, Weed je u stručnu literaturu i praksu uveo pojam, tzv. "problemima orijentirane dokumentacije". Naime, držao je da se zbog velikog broja nalaza i drugih priloga te zbog uključenosti u liječenje pacijenta većeg broja zdravstvenih djelatnika, može ponekad izgubiti iz vida temeljni problem zbog kojeg je pacijent pristupio liječenju. Zbog toga je nužno sustavno urediti medicinsku dokumentaciju, pa drži da se ona mora sastojati od 4 temeljna dijela: a/ temeljnih podataka o bolesniku (generalije, socijalne prilike, psihološki profil i sl.); b/ lista problema (svi medicinski problemi u užem smislu i socijalnomedicinski problemi) i c/ plan za rješenje svih problema (dijagnostički, terapijski, pouke bolesniku, druge aktivnosti za ispunjenje plana) d/ bilješke o praćenju stanja. WEED, L. L., *Medical record that guide and teach*, N. Eng. J. Med., 1968, str. 593.-600. Vidi o tome detaljnije kod JAKŠIĆ, Ž. *Medicinska dokumentacija*. U: Jakšić, Ž. i sur., *Socijalna medicina*. Praktikum II., 5. izd., Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1989., str. 355.-372.

zaključio i proveo (primjerice, plan liječenja, stupanj uključenosti samoga pacijenta u njegovo liječenje, detalje o primijenjenim metodama liječenja i lijekovima, koji su lijekovi i koliko često davani, kakva je bila reakcija pacijenta na njih, informacije koje su dane pacijentu glede liječenja i njegovih prava, usmene ili pisane pristanke koje je davao pacijent tijekom liječenja, ocjene njegove sposobnosti za davanje pristanka i sl.).³³ Usto, liječnik je dužan u pacijentovom zdravstvenom kartonu čuvati i laboratorijske nalaze, razne tehničke pokazatelje, kao i svoje osobne dojmove i zapažanja, a obvezno anamnezu, tegobe pacijenta, dijagnostičke mjere i dijagnozu, terapiju i rezultate terapije, savjete date pacijentu i datume.³⁴ Dakle, posebnost medicinske dokumentacije je u tomu što ona, pored **objektivnih nalaza**, sadrži i **subjektivne ocjene liječnika** koje objašnjavaju njegove postupke.³⁵

Osim pisane dokumentacije, prikupljaju se i brojni (**tehnički**) **zapisi** druge vrste, primjerice rendgenske slike, laboratorijski nalazi, EKG i drugi biosignali te ostala pomoćna dijagnostička sredstva.³⁶

U medicinskopravnoj teoriji postoji **klasifikacija medicinske dokumentacije** na: osnovnu medicinsku dokumentaciju; pomoćna sredstva za vođenje evidencije (dnevna evidencija o radu i posjetama, registar kartoteke, primjerice) te na izvješća – individualna (primjerice, prijava porođaja, pobačaja, profesionalnih oboljenja, nesreća na poslu, zaraznih bolesti, primjerice) i periodične/zbirne (primjerice, izvješća službe medicine rada; specijalističkih službi; o broju i vrsti izvršenih operacija po odjelima). Osnovna medicinska dokumentacija predstavlja primarno registriranje podataka o svakoj osobi kojoj je pružena zdravstvena zaštita, a vodi se u svim zdravstvenim ustanovama i na svim radnim mjestima na kojima se ostvaruje kontakt s korisnicima zdravstvenih usluga.³⁷ U tu bi dokumentaciju mogli, primjerice, svrstati: zdravstveni karton, protokol bolesnika, protokol umrlih, protokol operiranih; protokol intervencija, protokol kućne njege i liječenja; matičnu knjigu osoba smještenih u stacioniranoj zdravstvenoj ustanovi, povijest bolesti; temperaturno-terapijske liste; dijetetske liste; otpusne liste s epikrizom; liste anestezije; karton o potrošnji lijekova; razne knjige evidencije itd.³⁸

2/ U bivšoj SFR Jugoslaviji propisi su predviđali i uređivali različite **vrste** medicinske dokumentacije. Tako se medicinska dokumentacija dijelila s obzirom

³³ Podrobnije kod TURKOVIĆ, K. – DIKA, M. – GORETA, M. – ĐURĐEVIĆ, Z., *Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama s komentarom i priložima*, Zagreb, 2001., str. 116.

³⁴ Vidi MUJOVIĆ-ZORNIĆ, H. – SJENIČIĆ, M., *Kodeks lekarske etike kao izraz staleške samoregulative u medicini*, "Pravni informator", 2003., str. 6.

³⁵ Usp. RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo*, Beograd, 2004., str. 143.

³⁶ Tako i podrobnije kod JAKŠIĆ, Ž. *Medicinska dokumentacija*. U: Jakšić, Ž. i sur., *Socijalna medicina. Praktikum II.*, 5. izd., Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1989., str. 355.-372. Vidi i BOCKELMANN, P., *Die Dokumentationspflicht des Arztes und ihre Konsequenzen*, Berlin, 1985., str. 700.

³⁷ Vidi TIMOTIĆ, B. – ANĐELSKI, H., *Zdravstveno zakonodavstvo*, Beograd, 2004., str. 175.

³⁸ *Ibid.*, str. 175.-176.

na mjesto nastanka (bolnička, ambulantna, zavodska); s obzirom na sadržaj i značaj za državu (ona koja je namijenjena za određene evidencije/registre, koja je namijenjena za medicinske svrhe, odnosno liječenje te ona koja služi pacijentu za ostvarivanje određenih njegovih prava); s obzirom na njezino vremensko važenje (aktivna i pasivna, odnosno ona u uporabi i arhivirana); s obzirom na nosač sadržaja zdravstvenih podataka (papir, rendgenske snimke, biozapisi, informatički zapisi, elektronske osobne kartice, magnetski i laserski nosači i sl.) te na primarnu i sekundarnu dokumentaciju (nastalu u neposrednom odnosu liječnika i pacijenta, odnosno nastalu kao sinteza različitih primarnih dokumenata).³⁹

Iako se pod pojmom "medicinska dokumentacija" misli prvenstveno na liječničku dokumentaciju, medicinska dokumentacija po svom izvoru nastanka svakako obuhvaća i dokumentaciju koju su priredili i drugi zdravstveni djelatnici. Tako medicinska dokumentacija u **ljekarničkoj djelatnosti** obuhvaća: očevidnike koji se vode pri obavljanju ljekarničke djelatnosti; medicinsku dokumentaciju za propisivanje i izdavanje lijekova i medicinskih proizvoda (ZOLK, čl. 30.). Način propisivanja, vrstu i sadržaj recepta, doznake i medicinski dokumenti korisnika na temelju kojeg magistar farmacije može izraditi, odnosno izdati lijek ili medicinski proizvod te se postupak izdavanja propisuje posebnim pravilnikom na prijedlog nadležnih komora ministar nadležan za zdravstvo.⁴⁰ **Stomatološka dokumentacija** sastoji se od kartona sa statusom, povijesti bolesti, rendgenskih snimaka te fotografija (Zakon o stomatološkoj djelatnosti, "Narodne novine", broj 121/03., dalje – **ZOSD**, čl. 29. st. 3.).

Vođenje **sestrinske dokumentacije**, kojom se evidentiraju svi provedeni postupci tijekom 24 sata, jedna je od dužnosti medicinske sestre (Zakon o sestrištvu, "Narodne novine", broj 121/03., dalje -**ZOS**, čl. 16.). Sestrinska dokumentacija sadrži: sestrinsku listu;⁴¹ sažetak praćenja stanja pacijenta tije-

³⁹ Tako i detaljnije kod FLIS, V., *Medicinska dokumentacija in pravice bolnikov*, zbornik "Medicina in pravo", god. 1996.-1998., Maribor, 1998., str. 234.-235.

⁴⁰ Vidi detaljnije kod BABIĆ, T. – ROKSANDIĆ, S., *Osnove zdravstvenog prava*, Zagreb, 2006., str. 133.

⁴¹ Medicinska sestra obvezna je evidentirati sve provedene postupke na **sestrinskoj listi** za svakog pojedinog pacijenta na svim razinama zdravstvene zaštite. Sestrinska lista jest skup podataka koji služe kontroli kvalitete planirane i provedene zdravstvene njege, a sadržaj i obrazac sestrinske liste na prijedlog Hrvatske komore medicinskih sestara propisuje ministar nadležan za zdravstvo (ZOS, čl. 17.). Sestrinska lista je jedna od novosti u našem zdravstvenom sustavu, a u Europi i svijetu, gdje već postoji, pokazala se vrlo korisnom za pacijente, medicinske sestre i zdravstvene ustanove, jer se na temelju nje u svakom trenutku može utvrditi je li planirana zdravstvena njega stvarno i provedena. Vidi RADIĆ, M., *Zakon o sestrištvu*, u knjizi *Zbirka zdravstvenih zakona s obrazloženjem*, Zagreb, 2003., str. 166. i BOŠKOVIĆ, Z., *Medicina i pravo*, Zagreb, 2007., str. 77. Sestrinska lista predviđena je za upotrebu na bolničkim odjelima, za pacijente koji borave duže od 24 sata. Sestrinska skrb dokumentira se na različite načine, ovisno o organizaciji sestrinske službe, kategoriji pacijenta, potrebama tih pacijenata, vrsti odjela, razini zdravstvene zaštite te o obrazovanosti medicinskih sestara. Primjenom Sestrinske liste, što neće biti nimalo jednostavno ni lako, bitno će se poboljšati kvaliteta zdravstvene skrbi, a time i zadovoljstvo pacijenata.

kom hospitalizacije; sažetak trajnog praćenja postupaka trajno praćenje stanja pacijenta (*decursus*); plan zdravstvene njege; lista provedenih sestrinskih postupaka; evidencija ordinirane i primijenjene terapije; unos i izlučivanje tekućina; procjena bola; lista za praćenje dekubitusa; nadzorna lista rizičnih postupaka u zdravstvenoj njezi; izvješće o incidentu (spriječenom ili nastalom); otpusno pismo zdravstvene njege; sestrinske dijagnoze proizašle iz obrazaca po Gordonovoj; lista okretanja pacijenta; Braden skala za procjenu sklonosti dekubitusu; Knoll skala; Norton skala; Glasgow koma skala; trauma score; Morseova ljestvica za procjenu rizika za pad i upute o vođenju sestrinske liste.⁴² Primjena sestrinske dokumentacije osigurava mogućnost praćenja kvalitete i količine provedenih postupaka, a posebno naglašavamo mogućnost trajnog praćenja stanja bolesnika. Bez evidencije sestrinskog rada izuzetno je teško evaluirati zdravstvenu njegu provedenu u bolničkoj skrbi, a gotovo nemoguće planirati potreban broj medicinskih sestara. Sestrinska dokumentacija također predstavlja zbir podataka koji mogu služiti u istraživačke i statističke svrhe. Dijelovi sestrinske dokumentacije osiguravaju kontinuitet skrbi i pravovremeno uključivanje patronažne službe i djelatnosti zdravstvene njege u kući. Bitno je također naglasiti da dokumentiranjem sestrinskog rada, bolesnik postaje partner u skrbi, čime se uvažavaju odredbe ZOZPP-a. Uvođenje sestrinske dokumentacije predstavlja veliki doprinos poboljšanju bolničke skrbi i njezina primjena može donijeti samo pozitivne učinke, kako za pacijente, tako i za nadležno ministarstvo.⁴³

Dokumentiranje sestrinskog rada učinit će sestrinski rad vidljivim. Dobiveni podaci poslužiti će i za izračunavanje broja medicinskih sestara potrebnih za provođenje 24 – satne zdravstvene njege, a medicinske sestre će poticati na istraživački rad. STUŽIĆ, V., *Sestrinska dokumentacija*, "Sestrinski list KB Merkur", 2006., br. 4, str. 6.

⁴² Hrvatska komora medicinskih sestara objavila je Sestrinsku dokumentaciju u službenom glasilu Komore "Plavom fokusu", čime je ispunila obavezu koja proizlazi iz članka 27., točke 3. ZOS-a.

⁴³ Usp. ŠIMUNEC, D., **vms, predsjednica HKMS, izvadak iz** dopisa ministru zdravstva i socijalne skrbi, 03. srpanj 2006. (Klasa: 011-02/06-02/03Ur. broj: 381-1-06-02.). Podatak na stranici www.hkms.hr/.

Sestrinska dokumentacija pokazatelj je kvalitete i kontinuiteta zdravstvene skrbi. Važnost dokumentiranja isticale su i F. Nightingale i V. Henderson, a osobito dolazi do izražaja primjenom procesa zdravstvene njege 70- ih godina prošlog stoljeća u SAD-u. Sestrinska dokumentacija je: 1. dio odgovornosti medicinske sestre za pruženu skrb, osigurava prikupljanje podataka o pacijentovim potrebama, ciljevima sestrinske skrbi, provedenim intervencijama i učinkovitosti, 2. služi za pravnu zaštitu, osigurava najbolje dokaze o pacijentovu stanju, 3. sadržava kronološki pregled skrbi, osigurava kontinuitet, olakšava komunikaciju među članovima tima, 4. utječe na troškove u zdravstvu, omogućava sestrama da uz što manje troškova udovolje sve većim zahtjevima i očekivanjima te pružaju visokokvalitetnu zdravstvenu skrb na najučinkovitiji način, 5. standard sestrinske prakse, potiče na sestrinska istraživanja, služi u obrazovne svrhe. STUŽIĆ, V., *Sestrinska dokumentacija*, "Sestrinski list KB Merkur", 2006., br. 4, str. 6.

IV. Dužnost vođenja medicinske dokumentacije

Ranije, dok se držalo da medicinska dokumentacija ima isključivo privatni karakter te služi liječnicima kao podsjetnik o poduzetim dijagnostičkim i terapijskim mjerama, njezino vođenje nije bilo obvezno. Danas je, pak u medicinskopravnoj teoriji i praksi prevladavajuće stajalište, a u tom smislu su i brojna zakonodavna rješenja, da je **vođenje medicinske dokumentacije opća (javnopravna) dužnost** liječnika, odnosno zdravstvenih djelatnika i zdravstvenih ustanova. Štoviše, ako između pacijenta i liječnika, odnosno zdravstvene ustanove postoji ugovor o medicinskim uslugama, dužnost vođenja medicinske dokumentacije ima istovremeno i zaseban obveznopravni karakter.⁴⁴ Upisivanje podataka u medicinsku dokumentaciju je dužnost nadležnih osoba i organa i obavlja se na temelju rezultata pregleda i dokumentacije zdravstvene ustanove odnosno na temelju javnih i drugih isprava te na temelju izjave osobe od koje se uzimaju podaci koji se upisuju u dokumentaciju (ZEOZ, čl. 20.).

Liječnik je dužan voditi točnu, iscrpnu i datiranu medicinsku dokumentaciju u skladu s propisima o evidencijama na području zdravstva, koja u svakom trenutku može pružiti dostatne podatke o zdravstvenom stanju pacijenta i njegovu liječenju (Zakon o lječništvu, "Narodne novine", broj 121/03., dalje – **ZOLJ**, čl. 23. st. 1.). U slučaju preseljenja pacijenta, odnosno ako pacijent izabere drugog liječnika, tada su liječnik, zdravstvena ustanova, trgovačko društvo, odnosno druga pravna osoba koja obavlja zdravstvenu djelatnost, dužni novoizabranom liječniku predati svu zdravstvenu dokumentaciju o pacijentu te, sukladno propisima o vođenju i čuvanju medicinske dokumentacije, pohraniti potpisanu izjavu o preuzetoj medicinskoj dokumentaciji (ZOLJ, čl. 25.).

I zdravstveni radnici **privatne prakse** dužni su voditi zdravstvenu dokumentaciju i drugu evidenciju o osobama kojima pružaju zdravstvenu zaštitu i podnositi izvješće o tomu nadležnoj zdravstvenoj ustanovi u skladu s propisima o evidencijama u djelatnosti zdravstva (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, "Narodne novine", broj 121/03., 48/05., 85/06., dalje – **ZOZZ**, čl. 149. st. 1. t. 3.).

Doktor stomatologije dužan je voditi točnu, iscrpnu i datiranu stomatološku dokumentaciju o stanju pacijenta i njegovu liječenju u skladu s propisima o evidencijama na području zdravstva. Tu je dokumentaciju dužan na zahtjev predočiti ministarstvu nadležnom za zdravstvo, tijelima državne uprave u skladu s posebnim propisima, Komori ili sudbenoj vlasti (ZOSD, čl. 29. st. 1.).

Medicinski biokemičar dužan je voditi točnu, iscrpnu i datiranu medicinsku dokumentaciju u skladu s propisima o evidencijama na području zdravstva, koja u svakom trenutku može pružiti dostatne podatke (Zakon o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti, "Narodne novine", broj 121/03., dalje – **ZOMBD**, čl. 18. st. 1.). Ova odredba posebno je značajna u medicinsko-biokemijskoj djelatnosti, jer je dijagnostika temelj za postavljanje dijagnoza i daljnje liječenje.⁴⁵

⁴⁴ Tako RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo*, Beograd, 2004., str. 145.

⁴⁵ Usp. RADIĆ, M., *Zakon o medicinsko-biokemijskoj djelatnosti*, u knjizi *Zbirka zdravstvenih zakona s obrazloženjem*, Zagreb, 2003., str. 142.

V. Uredno vođenje medicinske dokumentacije

1/ Potpuna, precizna, jasno i uredno vođena medicinska dokumentacija najznačajniji je činitelj za dobivanje relevantnih podataka o kakvoći obnašanja liječničke djelatnosti.⁴⁶ Medicinska dokumentacija je uredno vođena i onda ako zabilježeni podaci nisu jasni medicinskom laiku, jer je bitno da budu razumljivi stručnjaku.

Medicinska dokumentacija koja se uručuje pacijentu po završenom liječničkom pregledu, odnosno po završenom liječenju, propisuje se posebnim zakonom/zakonima kojim(a) se uređuju vrste i sadržaj te način vođenja, čuvanja, prikupljanja i raspolaganja medicinskom dokumentacijom (ZOLJ, čl. 23. st. 3.). Način vođenja, čuvanja, prikupljanja i raspolaganja medicinskom dokumentacijom treba podrobnije propisati pravilnikom ministar nadležan za zdravstvo (ZOZZ, čl. 122. st. 5.).

Zbog nevođenja ili neurednog vođenja medicinske dokumentacije pacijent može doživjeti značajnu **štetu**. Primjerice, zbog nedostatka podataka ili pogrešnih podataka u medicinskoj dokumentaciji liječnik može steći pogrešnu predstavu o zdravstvenom stanju pacijenta, postaviti pogrešnu dijagnozu i odrediti neodgovarajuću terapiju. Zbog nedostataka u vođenju ili nevođenja medicinske dokumentacije pacijentu može biti onemogućeno dokazati svoje pravo na naknadu štete zbog liječničke pogreške. Uvidom u praksu u (stacioniranim) zdravstvenim ustanovama mogu se naći brojni primjeri neurednog vođenja dokumentacije, s puno pogrešaka, mijenjanja dokumentacije, naknadnog dodavanja podataka i sl. Donošenjem ZOZPP-a nastojalo se otkloniti navedene propuste.⁴⁷

2/ Za točnost i potpunost upisanih podataka **odgovoran je (zdravstveni) radnik** koji upisuje podatke, kao i osoba od koje se podaci uzimaju i koja je dala izjavu o podacima koji se upisuju u medicinsku dokumentaciju (ZEOZ, čl. 22.).⁴⁸

Ako pacijenta liječi više zdravstvenih djelatnika zajedno (primjerice, kod obavljanja operativnog zahvata),⁴⁹ svaki od njih bi trebao zasebno sačiniti zabilješku o svojim radnjama, svakako ako se te radnje mogu odvojiti (primjerice,

⁴⁶ Vidi NIKOLIĆ, K., *Krivično-pravna odgovornost ljekara zbog neurednog vođenja medicinske dokumentacije*, "Pravni život", 1998., br. 9., str. 263.

⁴⁷ Podrobnije kod BOŠKOVIĆ, Z., *Zakon o zaštiti prava pacijenata – Reforma zdravstvenog zakonodavstva Republike Hrvatske*, "Pravo u gospodarstvu", vol. 44., 2005., br. 1, str. 90.

⁴⁸ Vidi šire o tome kod IVANJKO, Š., *Medicinska dokumentacija pri opravljavanju zavarovalne djelatnosti*, zbornik "Medicina in pravo", god. 1996.-1998., Maribor, 1998., str. 257.-258.

⁴⁹ **Zdravstveni djelatnik** je doktor medicine ili stomatologije te svaki drugi stručno obrazovani medicinski djelatnik koji je uključen u sustav pružanja zdravstvene zaštite i koji temeljem posebnih zakona ima odgovarajuća prava, obveze i odgovornosti, a zaposlen je u zdravstvenoj ustanovi/ privatnoj praksi. Kada se ostvarivanje određenih pacijentovih prava odnosi na nemedicinske usluge koje su mu potrebne tijekom pružanja zdravstvene zaštite, tada se odredbe ZOZPP-a odnose i na djelatnike čije obrazovanje nije medicinsko, ali su zaposleni u zdravstvenoj ustanovi (ZOZPP, čl. 3. t. e/).

anesteziolog i operater). U protivnom, odgovorni liječnik treba upisati i radnje svojih suradnika.⁵⁰

U slučaju preseljenja pacijenta, odnosno ako pacijent izabere drugog liječnika, tada su liječnik, zdravstvena ustanova, trgovačko društvo, odnosno druga pravna osoba koja obavlja zdravstvenu djelatnost, dužni novoizabranom liječniku predati svu zdravstvenu dokumentaciju o pacijentu te sukladno propisima o vođenju i čuvanju medicinske dokumentacije pohraniti potpisanu izjavu o preuzetoj medicinskoj dokumentaciji (ZOLJ, čl. 25.).

Liječnik je ovlašten izdavati **liječničke svjedodžbe** samo nakon liječničkog pregleda i uvida u postojeću medicinsku dokumentaciju osobe za koju se izdaje svjedodžba i nakon točno utvrđenih činjenica koje treba potvrditi u svjedodžbi, prema svom najboljem znanju i savjesti (ZOLJ, čl. 24.).

3/ Liječnik je dužan medicinsku dokumentaciju voditi **pravovremeno**. Trebao bi sukcesivno unositi zabilješke u medicinsku dokumentaciju, neposredno nakon poduzetih dijagnostičkih i terapijskih mjera, dok su mu još svježije impresije o pojedinostima liječenja pacijenta. Dužnost pravovremenog vođenja medicinske dokumentacije svakako uključuje i dužnost pravovremenog izdavanja dokumentacije pacijentu. Primjerice, pravovremenog izdavanja otpusnog pisma pacijentu radi ostvarenja preporučene daljnje zdravstvene zaštite.

4/ Osim što mora biti pravovremena, medicinska dokumentacija mora biti **potpuna i istinita**, odnosno točna.⁵¹

Pacijentu se mora priznati pravo da od liječnika koji ga je liječio zatraži **sačiniti, ispraviti ili dopuniti** medicinsku dokumentaciju.⁵² Dakle, pacijent svakako ima pravo tražiti ispravak, dovršenje, poništenje i ažuriranje osobnih i medicinskih podataka, koji se odnose na njega, a koji nisu točni, dovršeni, jasni i ažurirani ili nisu bitni za dijagnozu, liječenje i skrb.⁵³ Pogrešni podaci o zdravstvenoj skrbi ne smiju se brisati, nego ih se ispravlja tako da je uvijek moguće rekonstruirati podatke koji su prvotno bili uneseni.

Prema stajalištu sudske prakse, u pravilu se drži da je ono što je upisano u medicinskoj dokumentaciji **istinito**, odnosno stvarno i učinjeno, a da se ono o čemu nema pisanog traga nije ni dogodilo.⁵⁴

⁵⁰ Tako SCHMID, H., *Ueber den notwendigen Inhalt arztlichen Dokumentation*, "Neue Juristische Wochenschrift", 1987., br. 12, str. 682., podatak kod RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo*, Beograd, 2004., str. 148.

⁵¹ Usp. MUJOVIĆ-ZORNIĆ, H. – SJENIČIĆ, M., *Kodeks lekarske etike kao izraz staleške samoregulative u medicini*, "Pravni informator", 2003., str. 6.

⁵² Tako RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo*, Beograd, 2004., str. 152.

⁵³ Vidi *Europsku konvenciju o unapređenju prava pacijenata*, Amsterdam 1994., detaljnije kod GOSIĆ, N., *Privatnost i povjerenje u medicinskoj etici i bioetici*, "Sestrinski edukacijski magazin", god. II, 2005., br. 2, str. 4.

⁵⁴ Usp. TURKOVIĆ, K. – DIKA, M. – GORETA, M. – ĐURĐEVIĆ, Z., *Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama s komentarom i priložima*, Zagreb, 2001., str. 116.

5/ Medicinska dokumentacija mora biti **pisana čitkim i razumljivim** stilom (najbolje pisaćim strojem ili na računalu) i mora biti adekvatan odraz tretmana koji je pacijentu pružen.⁵⁵

Odredbama čl. 12. st. 5. ZOZZ-a predviđeno je da će se način vođenja, čuvanja, prikupljanja i raspolaganja medicinskom dokumentacijom propisati **pravilnikom** kojeg treba donijeti ministar nadležan za zdravstvo.⁵⁶ Ova je odredba u **suprotnosti** s odredbom čl. 23. st. 3. ZOZPP-a prema kojoj se medicinska dokumentacija, koja se uručuje pacijentu po završenom liječničkom pregledu, odnosno po završenom liječenju propisuje treba propisati **posebnim zakonom** kojim se uređuju vrste i sadržaj te način vođenja, čuvanja, prikupljanja i raspolaganja medicinskom dokumentacijom.

Koliko nam je poznato zakonodavac, odnosno ministar nadležan za zdravstvo nije još donijelo niti posebni zakon niti (sveobuhvatni) pravilnik kojim bi se uredilo vrste i sadržaj, te način vođenja, čuvanja, prikupljanja i raspolaganja medicinskom dokumentacijom. Treba ipak napomenuti da su doneseni i neki provedbeni pravilnici kojima se izravno ili posredno uređuje i problematika medicinske dokumentacije, ali samo za pojedina područja zdravstvene djelatnosti,⁵⁷ o čemu će se detaljnije elaborirati u poglavlju VII/. Do donošenja ovih posebnih propisa, vođenje i sadržaj medicinske dokumentacije u Republici Hrvatskoj još uvijek je uređen, između ostalog, i preuzetim ZEOZ-om. Naime, Republika Hrvatska preuzela je ZEOZ kao republički zakon Zakonom o preuzimanju saveznih zakona iz oblasti zdravstva koji se u Republici Hrvatskoj primjenjuju kao republički zakoni ("Narodne novine", br. 53/91., v. čl. 1. točka 1.).⁵⁸ ZEOZ propisuje da pri vođenju evidencije treba primjenjivati jedinstvena

⁵⁵ *Ibid.*, str. 116.

⁵⁶ Treba napomenuti da je ovaj st. 5. čl. 122. ZOZZ-a promijenjen, odnosno formuliran odredbom čl. 47. Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti ("Narodne novine", broj 85/06.). Dotadašnji st. 5. čl. 122. propisivao je da će se način vođenja, čuvanja, prikupljanja i raspolaganja medicinskom dokumentacijom urediti posebnim zakonom. U javnosti su se povodom ove izmjene pojavile određene dvojbe i neslaganja zbog toga što se drži da ovako osjetljivu materiju ne bi trebalo uređivati podzakonskim propisom (pravilnikom kojeg treba donijeti ministar nadležan za zdravstvo) jer to nije u skladu s jačanjem čovjekove (pacijentove) osobnosti i čini se suprotnim ustavnom načelu pravne sigurnosti. Tako i detaljnije kod BOŠKOVIĆ, Z., *Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti*, "Informator", br. 5475-5476. od 26. i 30. kolovoza 2006.

⁵⁷ Vidi primjerice Pravilnik o provedbi zakona o evidencijama u oblasti zdravstva za primarnu i specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu ("Narodne novine", broj 4/95.) i Pravilnik o provedbi zakona o evidencijama u oblasti zdravstva na području zdravstvene zaštite gerijatrijskih bolesnika ("Narodne novine", broj 82/02.).

⁵⁸ Treba napomenuti da su se neke odredbe ZEOZ-a izmijenile odredbama Zakona o izmjenama i dopunama zakona kojima su određene novčane kazne za privredne prijestupe i prekršaje ("Narodne novine", broj 26/93.), na način da se spomenutim Zakonom, radi povećanja novčanih kazni, mijenjaju i dopunjuju odredbe ZEOZ-a koje sadrže novčane kazne za privredne prijestupe i prekršaje, i to: u članku 25. stavku 1. riječi: "200.000 do 2.000.000 dinara" zamjenjuju se riječima: "u dinarskoj protuvrijednosti 250 do 1200 DEM". U stavku 2. riječi: "40.000 do 400.000 dinara" zamjenjuju se riječima: "u dinarskoj protuvrijednosti 120 do 300 DEM". U članku 26. riječi: "100.000 do 400.000 dinara" zamjenjuju se riječima: "u dinarskoj protuvrijednosti 120 do

metodološka načela i statističke standarde (definicije, klasifikacije, nomenklature – v. ZEOZ, čl. 4.). Zdravstvene ustanove, trgovačka društva za obavljanje zdravstvene djelatnosti i zdravstveni radnici koji obavljaju privatnu praksu dužni su voditi evidenciju o posjetima, zdravstvenim uslugama, utvrđenim bolestima, stanjima i ozljedama (ZEOZ, čl. 1. t. 7.), koja treba sadržavati podatke o: 1/ datumu posjeta i vrsti pružene usluge; 2/ rezultatu pregleda, dijagnozi odnosno utvrđenom stanju; 3/ terapiji; 4/ komplikacijama za vrijeme liječenja; 5/ rehabilitaciji; 6/ uzroku privremene nesposobnosti, odnosno spriječenosti za rad; 7/ trajanju privremene nesposobnosti odnosno spriječenosti za rad; 8/ ocjeni radne sposobnosti te 9/ uzroku smrti. Usto, zdravstvene ustanove koje pružaju stacionarnu zdravstvenu zaštitu, trebaju, pored navedenih podataka, voditi i evidenciju koja sadrži podatke o: 1/ trajanju i ishodu stacionarnog liječenja i 2/ datumu i vrsti izvršenih kirurških zahvata (v. ZEOZ, čl. 12.). Osim navedenih, u medicinskoj dokumentaciji treba evidentirati i opće podatke o pregledanim, oboljelim, ozlijeđenim, liječenim i drugim osobama kojima je pružena zdravstvena zaštita, i to: 1/ ime, prezime i jedinstveni matični broj; 2/ spol; 3/ dan, mjesec i godina rođenja; 4/ bračno stanje; 5/ zanimanje; 6/ mjesto i adresu stalnog boravka; 7/ oblik zdravstvene zaštite; 8/ registarski broj i šifru djelatnosti; 9/ kategoriju zdravstvenog osiguranja i 10/ osobni broj osiguranika (ZEOZ, čl. 18.).

6/ Podatke, koji se unose u evidenciju o posjetima, zdravstvenim uslugama, utvrđenim bolestima, stanjima i ozljedama treba **čuvati kao podatke trajne vrijednosti** (ZEOZ, čl. 23.), a mogu se čuvati i na mikrofilmu.⁵⁹ Primjerice, javno arhivsko gradivo koje se odnosi na osobne podatke, pa tako i na liječničku dokumentaciju, dostupno je za korištenje 70 godina nakon svoga nastanka, odnosno 100 godina od rođenja osobe na koju se odnosi (Zakona o arhivskom gradivu i arhivima, "Narodne novine", br. 105/97., dalje – **ZAGA**, čl. 21. st. 1.),⁶⁰ a pravo na njezino korištenje imaju svi korisnici pod jednakim uvjetima (ZAGA, čl. 18.). Medicinska dokumentacija, kao javno arhivsko gradivo u arhivima, daje se na korištenje u službene svrhe, za znanstveno istraživanje i u publicističke svrhe, potrebe nastave, izložbe i objavljivanje, radi ostvarenja ili zaštite osobnih prava i u druge opravdane svrhe (ZAGA, čl. 19.).

Čuvanje medicinske dokumentacije ne može, ipak, trajati beskonačno. Usto, svi oblici medicinske dokumentacije nemaju trajnu vrijednost i vrijeme za koje ih treba čuvati različito je i nedovoljno precizno određeno. U medicinskopravnoj teoriji postoji mišljenje da bi medicinsku dokumentaciju, kao dokazno sredstvo,

250 DEM". U članku 27. riječi: "40.000 do 200.000 dinara" zamjenjuju se riječima: "u dinarskoj protuvrijednosti 50 do 120 DEM". U članku 28. riječi: "40.000 do 400.000 dinara" zamjenjuju se riječima: "u dinarskoj protuvrijednosti 50 do 120 DEM".

⁵⁹ Vidi Zakon o izmjenama i dopunama ZEOZ-a ("Službeni list SFRJ", broj 18/88.), čl. 1.

⁶⁰ Navedeno arhivsko gradivo, odnosno medicinska dokumentacija, može se koristiti i prije predviđenoga roka, ako je od nastanka namijenjena javnosti ili ako na to pristane osoba na koju se ona odnosi, odnosno njezin bračni drug, djeca ili roditelji poslije njezine smrti (ZAGA, čl. 21. st. 2.).

trebalo čuvati **najmanje do isteka zastarnog roka** gonjenja zbog kaznenog djela nesavjesnog liječenja i potraživanja za naknadu štete zbog liječničke pogreške.⁶¹

Posebno značajna odredba ZOLJ-a jest ona o dužnosti čuvanja medicinske dokumentacije koju bi svaki **liječnik** morao dobro proučiti i primjenjivati u svome radu.⁶² Naime, liječnik ili odgovorna osoba zdravstvene ustanove, trgovačkog društva ili druge pravne osobe koja obavlja zdravstvenu djelatnost dužni su čuvati podatke o ambulantom liječenju bolesnika deset godina nakon završenog liječenja, a nakon toga roka obvezni su postupiti prema propisima o čuvanju dokumentacije (ZOLJ, čl. 23. st. 4.). Vidjeli smo da ako pacijent preseli, odnosno ako pacijent izabere drugog liječnika, tada su liječnik ili odgovorna osoba zdravstvene ustanove, trgovačkog društva ili druge pravne osobe koja obavlja zdravstvenu djelatnost, dužni novoizabranome liječniku predati svu medicinsku dokumentaciju o pacijentu te sukladno propisima o vođenju i čuvanju medicinske dokumentacije pohraniti propisanu izjavu o preuzetoj medicinskoj dokumentaciji.⁶³

I **doktor stomatologije** obavezan je čuvati podatke o liječenju pacijenta deset godina nakon završenog liječenja, a nakon toga roka, obavezan je postupiti prema propisima o čuvanju dokumentacije (ZOSD, čl. 29. st. 5.).⁶⁴ Kod pretrage stomatološke ordinacije ne smije biti povrijeđena tajnost stomatološke dokumentacije i predmeta na štetu pacijenata, a pregled stomatološke ordinacije treba ograničiti samo na one dokumente i predmete koji su u izravnoj vezi s kaznenim djelom zbog kojeg se vodi postupak (ZOSD, čl. 29. st. 4.). Dokazi pribavljeni u protivnosti s ovim odredbama ne mogu se upotrijebiti u postupku protiv doktora stomatologije i njegovih pacijenata.⁶⁵

ZOMBD ne određuje rok čuvanja **medicinsko-biokemijske dokumentacije**, ali bi taj rok trebao biti jednak, kao i za čuvanje dokumentacije u ostalim zdravstvenim djelatnostima, odnosno deset godina.⁶⁶ Kod pretrage medicinsko-biokemijskog laboratorija ne smije biti povrijeđena tajnost medicinsko-biokemijske dokumentacije i predmeta na štetu pacijenata. Pregled medicinsko-biokemijskog laboratorija treba ograničiti samo na pregled onih dokumenata i predmeta koji su u izravnoj svezi s kaznenim djelom zbog kojeg se vodi postupak (ZOMBD, čl. 19. st. 4.). Dokazi pribavljeni u protivnosti s ovim

⁶¹ Tako i podrobnije kod DEUTSCH, E. – SPICKHOFF, A., *Medizinrecht*, Berlin, 2002., str. 303.

⁶² Vidi kod IVANČEVIĆ, N., *Zakon o lječništvu*, u knjizi Zbirka zdravstvenih zakona s obrazloženjem, Zagreb, 2003., str. 91.

⁶³ Usp. BABIĆ, T. – ROKSANDIĆ, S., *Osnove zdravstvenog prava*, Zagreb, 2006., str. 107.

⁶⁴ Vidi POLIĆ, J., *Zakon o stomatološkoj djelatnosti*, u knjizi Zbirka zdravstvenih zakona s obrazloženjem, Zagreb, 2003., str. 118.

⁶⁵ Podrobnije kod BABIĆ, T. – ROKSANDIĆ, S., *Osnove zdravstvenog prava*, Zagreb, 2006., str. 114.

⁶⁶ *Ibid.*, str. 120.

odredbama ne mogu se upotrijebiti u postupku protiv medicinskog biokemičara i njegovih pacijenata.

Liječnička dokumentacija o liječenju osobe s duševnim smetnjama dostupna je isključivo sudu za potrebe postupka koji je u tijeku i sadržava samo one podatke koji su prijeko potrebni za ostvarenje svrhe zbog koje se zahtijeva njezina dostava (Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, "Narodne novine", broj 111/97., 128/99., dalje – **ZZODS**, čl. 18. st. 1. i 2.). Izjave osobe s duševnim smetnjama sadržane u liječničkoj dokumentaciji koje se odnose na počinjenje nekoga kaznenog djela, ne mogu se koristiti kao dokaz u sudskom postupku. Podaci iz liječničke dokumentacije, koji su potrebni za ostvarenje zdravstvene, socijalne, obiteljskoppravne ili mirovinske zaštite mogu se dati za službene svrhe na zahtjev tijela nadležnih za tu zaštitu samo uz suglasnost osoba s duševnim smetnjama. Ako one nisu sposobne dati suglasnost onda samo ukoliko se osnovano vjeruje da se osoba s duševnim smetnjama ne bi protivila davanju navedenih podataka (ZZODS, čl. 18. st. 4.). Dakle, za službene svrhe na zahtjev tijela nadležnih za tu zaštitu mogu se dati samo podaci iz liječničke dokumentacije koji su potrebni za ostvarenje zdravstvene, socijalne, obiteljskoppravne ili mirovinske zaštite, a ne i cijela medicinska dokumentacija.⁶⁷

7/ Prema stajalištu medicinskopravne teorije, **pogreške, odnosno propusti** u vođenju medicinske dokumentacije mogu se, u pravilu svrstati u nekoliko skupina: **a/** pogreške i propusti nastali zbog nepoznavanja vrsta povreda; **b/** pogreške i propusti nastali zbog nenavođenja točne lokalizacije povreda; **c/** greške i propusti nastali zbog nepotpunog opisivanja povreda i **d/** pogreške i propusti nastali zbog nekritičnog postavljanja dijagnoze.⁶⁸

Pacijenti najčešće imaju pritužbe na nemogućnost dobivanja medicinske dokumentacije te na naknadno mijenjanje, brisanje i dodavanje podataka, ovisno o potrebi onoga od koga se traži medicinska dokumentacija.⁶⁹ Pogreške se, primjerice očituju i u tomu što se ne navode sve povrede koje je pacijent imao prilikom prijema, nego samo one opasne po život, potom što nije prepoznata vrsta povrede, ili je pogrešno upisana lokalizacija povrede.⁷⁰ Veličine povreda mjere se uspoređivanjem s nekim predmetima, kao dječji dlan, orah, jaje i sl., a lokalizacija se navodi krajnje neprecizno.⁷¹ Ponekad su recepti nečitljivi, a uputnice specijalistu ne sadrže sve potrebne podatke.⁷²

⁶⁷ Tako TURKOVIĆ, K. – DIKA, M. – GORETA, M. – ĐURĐEVIĆ, Z., *Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama s komentarom i priložima*, Zagreb, 2001., str. 114.

⁶⁸ Usp. NIKOLIĆ, K., *Krivično-pravna odgovornost ljekara zbog neurednog vođenja medicinske dokumentacije*, "Pravni život", 1998., br. 9., str. 265.-266.

⁶⁹ Vidi "Pacijent danas", 2004., br. 11-12, str. 15.

⁷⁰ Tako ČUKIĆ, D., *Pravo na medicinsku istinu preko medicinske dokumentacije – teškoće, greške, predlog mjera za njihovo otklanjanje*, "Pravni život", vol. LI, 2002., br. 9, str. 260.

⁷¹ Vidi JELAČIĆ, O., *Sudsko-medicinski aspekt kvalifikacije tjelesnih povreda*, "Zbornik Pravnog fakulteta u Splitu", god. XVII, 1980., str. 87.

⁷² Usp. JAKŠIĆ, Ž. *Medicinska dokumentacija*. U: Jakšić, Ž. i sur., *Socijalna medicina. Praktikum II*. 5. izd., Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1989., str. 355.-372.

Jedan od uzroka loše kvalitete medicinske dokumentacije leži i u neafirmativnom (nemarnom, nehajnom, površnom) pristupu liječnika u vođenju medicinske dokumentacije.⁷³ Uzrok pogreškama treba tražiti i u tomu što liječnik, koji pruža prvu pomoć pacijentu ponekad mora prvenstveno misliti na to da mu hitno pomogne i eventualno ga spasi od smrti, a pri tome ne misli da mu treba osigurati i mogućnost da kasnije ostvari neka svoja prava.⁷⁴

VI. Pravo pacijenta i drugih osoba na uvid u medicinsku dokumentaciju

1/ Pravo pacijenta na uvid u svoju medicinsku dokumentaciju –

1.1. Liječnik je dužan na zahtjev dati na uvid pacijentu svu medicinsku dokumentaciju koja se odnosi na dijagnostiku i liječenje njegove bolesti (ZOLJ, čl. 23. st. 3.).⁷⁵ Drugim riječima, pacijent ima pravo na pristup cjelokupnoj medicinskoj dokumentaciji koja se odnosi na dijagnostiku i liječenje njegove bolesti (ZOZPP, čl. 23. st. 1.). Dakle, pravo na pristup medicinskoj dokumentaciji ne odnosi se na **podatke o trećim osobama**.

Međutim, bez obzira na postojanje propisa, u praksi još uvijek postoje poteškoće oko davanja i dobivanja dokumentacije na uvid, ponajviše zbog toga jer još uvijek nije eksplicitno riješeno pitanje **vlasništva medicinske dokumentacije**, odnosno je li ta dokumentacija vlasništvo pacijenta ili liječnika (zdravstvenog radnika) koji mu pruža zdravstvenu uslugu/zaštitu, odnosno zdravstvene ustanove u kojoj mu se ta zaštita pruža.⁷⁶

Odredbe ZOZZ-a i ostalih zakona iz područja zdravstva kojima se jamči pravo pacijentima na pristup svojoj medicinskoj dokumentaciji utemeljene su, među ostalim, i na rješenjima utvrđenim **Konvencijom o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskog bića u pogledu primjene biologije i medicine** ("Narodne novine – Međunarodni ugovori", br. 13/03., 18/03., 3/06., objavom stupila na snagu u odnosu na Republiku Hrvatsku 1. ožujka 2003.),⁷⁷ koja u članku 10.

⁷³ Tako NIKOLIĆ, K., *Krivično-pravna odgovornost ljekara zbog neurednog vođenja medicinske dokumentacije*, "Pravni život", 1998., br. 9, str. 267.

⁷⁴ Vidi JELAČIĆ, O., *Sudsko-medicinski aspekt kvalifikacije tjelesnih povreda*, "Zbornik Pravnog fakulteta u Splitu", god. XVII, 1980., str. 86.

⁷⁵ Primjerice, i doktor stomatologije obavezan je na zahtjev pacijenta dati mu na uvid svu stomatološku dokumentaciju koja se odnosi na dijagnostiku i liječenje njegove bolesti (ZOSD, čl. 29. st. 4.).

⁷⁶ Usp. BABIĆ, T. – ROKSANDIĆ, S., *Osnove zdravstvenog prava*, Zagreb, 2006., str. 114. Postoji, suprotno, mišljenje da je liječnička dokumentacija kao pisani dokument vlasništvo bolnice, odnosno liječnika privatne prakse, te da oni imaju dužnost osigurati povjerljivost, privatnost i sigurnost te dokumentacije. Vidi TURKOVIĆ, K. – DIKA, M. – GORETA, M. – ĐURĐEVIĆ, Z., *Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama s komentarom i prilogama*, Zagreb, 2001., str. 113.

⁷⁷ Podrobnije o ovoj Konvenciji vidi kod: HERVEY, T. K. – McHALE, J. V., *Health Law and the European Union*, Cambridge, 2004., str. 164.-65.; HLAČA, N., *O bioetici u povodu potpisa u Vijeću Europe dvaju međunarodnih dokumenata s bioetičnim sadržajima*, "Vladavina prava", god. II, 1998., br. 3-4, str. 45.-52.; MUJOVIĆ ZORNIĆ, H., *Perspektive medicinskog prava u svjetlosti*

jamči pravo na privatni život i informaciju u pogledu svoga zdravlja. Naime, svatko je ovlašten znati za svaku prikupljenu informaciju o svome zdravstvenom stanju, ali ipak treba uvažiti želje pojedinaca da ne budu informirani, a usto, u iznimnim slučajevima, zakonom se mogu postaviti ograničenja u korištenju navedenog prava u interesu pacijenta.⁷⁸ Zaštita osobnih prava, kao jednog od temeljnih ljudskih prava, zajamčena je i konvencijom Vijeća Europe – *Convention for the Protection of Individuals with regard to Automatic Processing of Personal Data* iz 1981. godine (European Treaty Series, No. 108). Konvencija za zaštitu određenih vrsta podataka predviđa dodatne strožije uvjete, među ostalim i za podatke o zdravstvenom stanju pacijenta koji ne smiju biti predmetom automatske obrade podataka ako nacionalnim propisima nije zajamčena učinkovita zaštita. Osoba na koju se medicinski podaci odnose ne bi imala pravo neposrednog pristupa podacima koji su elektronski pohranjeni, nego bi to pravo mogla ostvariti posredstvom liječnika ili druge osobe koja radi u zdravstvenoj ustanovi.⁷⁹ I *Europska deklaracija o unapređenju prava pacijenata* jamči pacijentima pravo na pristup svojoj medicinskoj dokumentaciji, tehničkim zapisima i svim drugim podacima i zapisima koji se odnose na njihovu dijagnozu, liječenje i njegu te im jamči i pravo na primjerak njihova dosjea (zdravstvenog kartona) i zapisa ili njihovih dijelova.⁸⁰

Pacijent ima pravo o svome trošku zahtijevati **presliku svoje medicinske dokumentacije** (ZOZPP, čl. 23. st. 1.). Pravo pacijenta na pristup njegovoj medicinskoj dokumentaciji sadrži, pored prava na uvid i preslikavanje izvorne medicinske dokumentacije, i pravo na obavijest o **bitnim aspektima medicinskog tretmana** koji je nad njim obavljen, uključujući i **imena zdravstvenih djelatnika** koji su sudjelovali u njegovom liječenju, kao i podatak gdje se, odnosno kod koga **nalazi medicinska dokumentacija** i njegovi drugi osobni podaci.⁸¹

Treba napomenuti kako je ponekad davanje dokumentacije na uvid u koliziji s dužnosti čuvanja profesionalne tajne, što zdravstvene radnike često dovodi u dvojbu.⁸²

Evropske konvencije o ljudskim pravima i biomedicini, zbornik radova “Aktualnosti građanskog i trgovačkog zakonodavstva i pravne prakse”, Neum – Mostar, 2004., str. 137.-145.

⁷⁸ Vidi o tome kod JADRO, D. – HRABRIĆ, M. – KRAMARIĆ, D., *Zakon o zdravstvenoj zaštiti*, u knjizi Zbirka zdravstvenih zakona s obrazloženjem, Zagreb, 2003., str. 16.-17.

⁷⁹ Tako i detaljnije o tome kod ČEBULJ, J., *Načela varstva osebnih podatkov na področju medicine*, zbornik “Medicina in pravo”, god. 1996.-1998., Maribor, 1998., str. 212.-215.

⁸⁰ Detaljnije o tome kod MUJOVIĆ ZORNIĆ, H., *Perspektive medicinskog prava u svjetlosti Evropske konvencije o ljudskim pravima i biomedicini*, zbornik radova “Aktualnosti građanskog i trgovačkog zakonodavstva i pravne prakse”, Neum – Mostar, 2004., str. 137.; DRAŠKIĆ, M., *Prava pacijenata – kraj paternalističkog koncepta medicine*, “Pravni život”, 1998., br. 9, str. 254.-256.; BOŠKOVIĆ, Z., *Prava pacijenata na primjerenu obaviještenost i odlučivanje*, “Informator”, br. 5343. od 21. svibnja 2005., str. 18.; URLEP, F., *Pojasnilna dolžnost v splošni medicini*, rad u zborniku “Medicina in pravo – pojasnilna dolžnost”, Maribor, 1995., str. 129.-131.

⁸¹ Usp. DEUTSCH, E. – SPICKHOFF, A., *Medizinrecht*, Berlin, 2002., str. 310.

⁸² BABIĆ, T. – ROKSANDIĆ, S., *Osnove zdravstvenog prava*, Zagreb, 2006., str. 114. Dužnost čuvanja liječničke tajne nije apsolutna, pa liječnik ne postupa neovlašteno, odnosno protupravno ako

1.2. Pravo pacijenta na pristup njegovoj medicinskoj dokumentaciji, zajamčeno odredbom čl. 23. ZOZPP-a, ipak može biti podložno određenim **ograničenjima**. Prema stajalištu medicinskopravne teorije, liječnik bi mogao pacijentu, primjerice uskratiti uvid u dokumentacije koja sadrži podatak da boluje od neizlječive bolesti,⁸³ uvid u bilješke o subjektivnim dojmovima liječnika o pacijentu i njegovim srodnicima, o privremenoj dijagnozi koja je kasnije odbačena kao pogrešna, o neopravdanim primjedbama pacijenta tijekom liječenja i sl. Ograničenje prava na pristup (uvid) medicinskoj dokumentaciji posebno je izraženo u odnosu na pacijente koji se liječe od psihičkih bolesti. Liječnici bi trebali odrediti koji dijelovi medicinske dokumentacije podliježu navedenim ograničenjima.⁸⁴ Prema odredbama *Convention for the Protection of Individuals with regard to Automatic Processing of Personal Data* iz 1981. godine, pravo na uvid u medicinsku dokumentaciju može biti ograničeno samo u onim slučajevima u kojima je to određeno zakonom, odnosno kada to nalažu razlozi državne i javne sigurnosti ili sprječavanja kaznenih djela; ako bi pristup medicinskoj dokumentaciji štetio zdravlju osobe na koju se ti podaci odnose i koja zahtjeva uvid u dokumentaciju te ako bi uvid u medicinsku dokumentaciju štetio drugim osobama.⁸⁵

Kao što pacijent ima pravo dati usmenu ili pisanu izjavu o osobama koje mogu biti obaviještene o njegovu prijemu u stacionarnu zdravstvenu ustanovu, kao i o njegovom zdravstvenom stanju, tako pacijent može imenovati i osobe kojima zabranjuje davanje tih podataka (ZOZPP, čl. 25. st. 2.). Pristup medicinskoj dokumentaciji ograničen je na **određeni krug ovlaštenih osoba** koje moraju biti upoznate sa zakonskom regulativom i ograničenjima koja postoje u svezi s pristupom medicinskoj dokumentaciji.⁸⁶

tajnu otkrije iz **opravdanih razloga**. Tako liječnik nema obvezu čuvanja tajne: ako su ga pacijent ili njegov zakonski zastupnik oslobodili te obveze; ako okolnosti konkretnog slučaja opravdavaju pretpostavku da je ovlaštena osoba (pacijent ili njegov zakonski zastupnik) suglasna s otkrivanjem tajne; ako podatke koji predstavljaju liječničku tajnu radi liječenja pacijenta treba odati drugom liječniku; ako čuvanje tajne bitno ugrožava život ili zdravlje pacijenta, ili život, zdravlje ili neki drugi pretežniji interes trećih osoba; ako ga na odavanje tajne obvezuju zakonski propisi (i u tom slučaju liječnik o tome treba izvijestiti pacijenta); ako podatke koji predstavljaju liječničku tajnu treba dostaviti ovlaštenim tijelima; ako podatke koji predstavljaju liječničku tajnu objavljuje na predavanjima ili u znanstvenim publikacijama (uz zaštitu identiteta pacijenta); te ako čuvanje tajne bitno ugrožava neki pretežniji interes samog liječnika. Tako i podrobnije kod ČIZMIĆ, J., *Pravno uređenje instituta liječničke tajne u hrvatskom pravu*, "Pravo i porezi", god. XVI., 2007., br. 2., str. 19-23.

⁸³ Ovo je stajalište u skladu i s odredbom čl. 2. t. 9. Kodeksa medicinske etike i deontologije (stupio na snagu 14. prosinca 2003.), kojom se propisuje da bolesnik ima pravo saznati istinu, kao i dobiti na uvid cjelokupnu medicinsku dokumentaciju o svojoj bolesti, ali iznimno od ovog pravila, ako liječnik ocijeni da će time bolesnik doći u težu zdravstvenu situaciju, nije dužan bolesniku reći istinu niti mu dati na uvid medicinsku dokumentaciju. Isto tako treba uzeti želju bolesnika da ne bude obaviješten o svojoj bolesti.

⁸⁴ RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo*, Beograd, 2004., str. 149.

⁸⁵ Tako i podrobnije o tome kod ČEBULJ, J., *Načela varstva osebnih podatkov na području medicine*, zbornik "Medicina in pravo", god. 1996.-1998., Maribor, 1998., str. 214.-215.

⁸⁶ Vidi TURKOVIĆ, K. – DIKA, M. – GORETA, M. – ĐURĐEVIĆ, Z., *Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama s komentarom i priložima*, Zagreb, 2001., str. 113.

Nakon smrti pacijenta njegova medicinska dokumentacija ne može biti dostupna trećim osobama, nego se mora čuvati kao profesionalna (liječnička) tajna. Ipak, u određenim se slučajevima odstupa od ovako strogog pravila, ponajviše u korist **bliskih srodnika i nasljednika**. Tako u slučaju smrti pacijenta pravo na uvid u njegovu medicinsku dokumentaciju ima bračni drug pacijenta, izvanbračni drug, punoljetno dijete, roditelj, punoljetni brat ili sestra te zakonski zastupnik, odnosno skrbnik pacijenta (ZOZPP, čl. 24. st. 1.). Svakako, ako to pacijent nije za života izrijekom zabranio. Protivljenje uvidu u medicinsku dokumentaciju tom krugu osoba, pacijent je dužan dati pisanom izjavom solemniziranom od strane javnog bilježnika (ZOZPP, čl. 24. st. 3.). Javni bilježnik je tada dužan cjelovito informirati pacijenta o značenju takve izjave.⁸⁷ Navedene (ovlaštene) osobe imaju pravo o svom trošku zahtijevati i presliku medicinske dokumentacije. Bliskim srodnicima se priznaje pravo na uvid u medicinsku dokumentaciju umrlog pacijenta, primjerice i zbog toga da bi mogli dokazati pogrešku liječnika i/ili drugih zdravstvenih djelatnika koji su pacijenta liječili, kako bi ostvarili pravo na naknadu štete. To pravo izvode iz osobnog prava pacijenta koje ne prestaje ni nakon njegove smrti.⁸⁸

2/ Pravo trećih osoba na uvid u medicinsku dokumentaciju, odnosno na saznanje o podacima iz medicinske dokumentacije

2.1. Tijekom obavljanja svoje profesije liječnik može otkriti ili utvrditi određene činjenice kod pacijenta koje nisu općepoznate i za koje pacijent ne želi da ih drugi doznaju. Saznanje takvih činjenica naziva se i predstavlja **liječničku tajnu** (engl. *medical professional secret*, franc. *secret professionnel des medecins*, *secret medical*, tal. *segreto medico*, njem. *artzliches Berufsgeheimnis*). Liječnička tajna je vrsta pozivne ili profesionalne tajne koja je vezana na obavljanje liječničkog poziva.⁸⁹ Pojam “čuvanja tajne” uvijek je pratio i uvijek će neminovno pratiti zdravstvenu struku, a sam će se sadržaj pojma prilagođavati razvitku znanosti i društva.⁹⁰ Sve ono što je liječnik obavljajući svoju dužnost saznao smatra se liječničkom tajnom (Kodeks medicinske etike i deontologije, “Narodne novine”, broj 55/08., čl. 2. st. 13.)⁹¹ a posebno sve ono što liječnik sazna o pacijentu koji mu se obrati za liječničku pomoć, a u svezi s njegovim zdravstvenim stanjem,

⁸⁷ Usp. JADRO, D. – KRAMARIĆ, D. – KATIĆ BUBAŠ, J., *Zakon o zaštiti prava pacijenata*, Zagreb, 2005., str. 9.

⁸⁸ Tako LAUFS, A. – UHLENBRUCK, *Handbuch des Arztrechts*, Munchen, 2002., str. 492.

⁸⁹ Usp. *Medicinska enciklopedija*, knjiga 4., Zagreb, MCMLXIX, str. 294.

⁹⁰ Vidi BABIĆ, T. – ROKSANDIĆ, S., *Osnove zdravstvenog prava*, Zagreb, 2006., str. 161.

⁹¹ Kodeks predstavlja rezultat zajedničkog rada Hrvatske liječničke komore i Hrvatskog liječničkog zbora na definiranju i donošenju jedinstvenog Kodeksa medicinske etike i deontologije. Tekst Kodeksa medicinske etike i deontologije objavljen je na oglasnoj ploči Komore dana 07. veljače 2008. godine, a stupio je na snagu dana 15. veljače 2008. godine. Kodeks je objavljen u “Narodnim novinama”, broj 55/08.

mora čuvati kao liječničku tajnu (ZOLJ, čl. 19.).⁹² Da bi neki podatak, odnosno činjenica imala karakter tajnosti, nije potrebno da pacijent posebno i izričito napomene njezinu povjerljivost, nego liječnik mora sam prosuditi stupanj povjerljivosti pojedinih činjenica.⁹³ Korist od čuvanja liječničke tajne ne bi trebalo procjenjivati po objektivnom kriteriju (kako bi se netko drugi na pacijentovom mjestu prema njoj odnosio), nego prema subjektivnom kriteriju, bez pravnog i moralnog vrednovanja,⁹⁴ odnosno osoba na koju se tajna odnosi mora i sama željeti da podatak bude nedostupan trećima. Apsolutna obveza čuvanja liječničke tajne mogla se zahtijevati i poštivati dok je postojao samo neposredni odnos između liječnika i pacijenta. Sa socijalizacijom medicine, pored liječnika u liječenju bolesnika, sudjeluje čitav niz osoba kao što su medicinske sestre, ljekarnici, stomatolozi, laboranti, bolničari, studenti, pa i administrativno osoblje, i sve su te osobe na neki način upućene u određenu tajnu. Zaštita liječničke tajne postaje sve teža i zbog kompjuterizacije medicinske dokumentacije, telemedicine i elektroničke obrade podataka,⁹⁵ obavljanja medicinske intervencije u različitim ustanovama, sudjelovanja u pružanju medicinske usluge sve većeg broja osoba i sve više vrsta zdravstvenih djelatnika, ali i zbog sve većeg opravdanog ili neopravdanog interesa javnosti i medija za informiranjem o zdravstvenom stanju pojedinih pacijenata (javnih osoba, mogućih zaraznih bolesti i sl.). Usto, medicinski podaci danas služe i potražuju ih, primjerice osiguravatelji (zbog ocjene rizika na strani osiguranika), poslodavci,⁹⁶ proizvođači lijekova (u marketinške svrhe), banke (ocjena rizika kreditiranja), državna tijela,⁹⁷ kao i u (druge) komercijalne svrhe.⁹⁸ Zbog svega navedenog, danas bi mogli govoriti i o službenoj, a ne samo o pozivnoj tajni. Odavanje liječničke tajne ima svoje **uzroke i pojavne oblike**. Do povrede liječničke tajne dolazi najčešće usmeno ili pismeno, ali postoje i drugi načini povrede čuvanja liječničke tajne, primjerice objavljivanje fotografskih snimaka, neopreznim objavljivanjem podataka o pojedinim bolesnicima u stručnoj literaturi i sl.⁹⁹ Do odavanja liječničke tajne može doći nepažnjom, iz neznanja (o pravu na privatnost i o propisima kojom je to pravo zaštićeno) ili namjerno (primjerice, zbog samoisticanja ili koristoljublja). Kao psihološki uzroci koji dovode do odavanja liječničke tajne mogu se navesti

⁹² Usp. IVANČEVIĆ, N., *Zakon o liječništvu*, rad u zborniku "Zbirka zdravstvenih zakona s obrazloženjem, Zagreb, 2003.", str. 91.

⁹³ Tako *Medicinska enciklopedija*, knjiga 4., Zagreb, MCMLXIX, str. 294.

⁹⁴ Usp. ULSENHEIMER, K., *Die arztliche Schweigepflicht*, objavljen u LAUFS-UHLENBRUCK, *Handbuch des Arztrechts*, Munchen, 2002., dalje – ULSENHEIMER, str. 551., podatak i kod RADIŠIĆ, J., *Dužnost čuvanja medicinske tajne*, "Anali Pravnog fakulteta u Beogradu", god. L., 2002., broj 3-4, str. 328.

⁹⁵ O tome podrobnije kod BOŠKOVIĆ, Z., *Profesionalna liječnička tajna*, "Informator", broj 5329. od 2. travnja 2005., str. 12.

⁹⁶ Usp. RISTIĆ, J., *Medicina i društvo*, Beograd, 1975., str. 82.-84.

⁹⁷ Vidi VRHOVAC, B., *Liječnička tajna*, "Liječničke novine", 2001., broj 5, str. 19.-20.

⁹⁸ Tako SANDOR, J., *Data Protection in Health Care, Beyond Biomedical Use*, "Frontiers of European Health Law", Yearbook 2002., str. 76.

⁹⁹ Usp. *Medicinska enciklopedija*, knjiga 4., Zagreb, MCMLXIX, str. 294.-295.

lakoumnost, zabluda, prinuda, strast za saznavanjem i odavanjem tajne, koristoljubivi uzroci i psihološka neuračunljivost, ljutnja, tuga i sl.¹⁰⁰ Pri tomu je nebitno na koji je način izvršeno otkrivanje tajne, je li tajna otkrivena jednoj ili više osoba, je li otkrivanje podataka objektivno moglo prouzročiti ili je prouzročilo neke štetne posljedice i sl., Ove okolnosti mogu, u pravilu, biti ocjenjivane kao otegotne okolnosti.¹⁰¹ Kontakti sa službama i profesijama nastalim radi zadovoljavanja egzistencijalnih potreba ljudi u velikom broju slučajeva dovode čovjeka u situaciju nužnog odavanja tajnih dijelova osobnosti.¹⁰² Primjerice, pri izlasku iz bolnice bolesnik dobije otpusnicu u kojoj je ispisana dijagnoza, koju je dužan pokazati poslodavcu radi pravdanja izostanka i odobravanja bolovanja.¹⁰³ Do otkrivanja liječničke tajne može doći i posredno, na zahtjev sudova ili drugih državnih tijela. Primjerice, sud može zahtijevati povijest bolesti nekog pacijenta radi sudsko-medicinskog vještačenja. Međutim, u povijesti bolesti i drugoj dokumentaciji mogu se pored relevantnih nalaziti i takvi podaci koji za sud nisu važni i potrebni u pogledu rješavanja konkretnog spora, a koje je liječnik saznao, utvrdio i zaveo u povijest bolesti i koji kao takvi predstavljaju liječničku tajnu. Otkrivanje i tih podataka zasigurno predstavlja nedopušteno otkrivanje liječničke tajne.¹⁰⁴ U bolnicama na krevetu svakog bolesnika izvještene su tzv. temperaturene liste s velikim brojem podataka o bolesniku (ime i prezime, godina rođenja, dijagnoza, zabilješke o temperaturi, pulsu, krvnom tlaku, ordiniranim lijekovima, datumima kirurških intervencija i raznih laboratorijskih pretraga i sl.). Liste stoje otvoreno i pristupačne su svakome tko dođe posjetiti toga ili drugog bolesnika u sobi.¹⁰⁵ Radnja otkrivanja može se obaviti, primjerice i tako što liječnik razgovara telefonom o tajnim podacima u prisustvu treće osobe koja može identificirati pacijenta na kojega se podaci odnose.¹⁰⁶ Otkrivanje liječničke tajne može se izvršiti i nečinjenjem, odnosno propuštanjem, primjerice ako liječnik pacijentovu medicinsku dokumentaciju ne pohrani na propisani način i time omogućujući neovlaštenim trećim osobama da je razgledaju ili odnesu.¹⁰⁷ Zdravstveni radnici dužni su čuvati kao profesionalnu tajnu sve što znaju o zdravstvenom stanju pacijenta. Na čuvanje profesionalne tajne obvezni su i drugi radnici u zdravstvu koji za nju saznaju u obavljanju svojih dužnosti, te studenti i učenici škola zdravstvenog usmjerenja, kao i sve druge osobe koje u obavljanju svojih dužnosti

¹⁰⁰ *Ibid.*, str. 295.

¹⁰¹ Vidi RAJIĆ, Z. – TOMIĆ, M. – MILJKO, Z., *Komentar Kaznenog zakona*, Mostar, 2000., str. 217.

¹⁰² Tako GOSIĆ, N., *Privatnost i povjerenje u medicinskoj etici i bioetici*, "Sestrinski edukacijski magazin", god. II, 2005., broj 2, str. 5.

¹⁰³ Usp. JELAČIĆ, O., *Liječnička tajna u našem zakonodavstvu*, "Zbornik radova Pravnoga fakulteta u Splitu", god X, 1973., str. 21.

¹⁰⁴ Tako MARIĆ, J. – LUKIĆ, M., *Pravna medicina*, Beograd, 1998., str. 344.

¹⁰⁵ Vidi JELAČIĆ, O., *Liječnička tajna u našem zakonodavstvu*, "Zbornik radova Pravnoga fakulteta u Splitu", god X, 1973., str. 21.

¹⁰⁶ Tako REHBERG, J., *Handbuch des Arztrechts*, Zurich, 1994., dalje – REHBERG, str. 345.

¹⁰⁷ Usp. RADIŠIĆ, J., *Dužnost čuvanja medicinske tajne*, "Anali Pravnog fakulteta u Beogradu", god. L., 2002., broj 3-4, str. 329.

dođu do podataka o zdravstvenom stanju pacijenta. Iznimno, navedene osobe dužne su podatke o zdravstvenom stanju pacijenta priopćiti na zahtjev ministarstva nadležnog za zdravstvo, drugih tijela državne uprave u skladu s posebnim propisima, nadležne komore ili sudbene vlasti (ZOZZ, čl. 122.).¹⁰⁸

2.2. Razvidno je da se obveza čuvanja liječničke tajne odnosi i proteže i na čuvanje tajnosti podataka iz medicinske dokumentacije, jer upravo medicinska dokumentacija sadrži najviše podataka o zdravstvenom stanju pacijenta.

Isto tako, kod **pretrage liječničke ordinacije** ne smije biti povrijeđena tajnost liječničke dokumentacije i predmeta na štetu pacijenata. Pregled liječničke ordinacije treba se ograničiti na pregled samo onih dokumenata i predmeta koji su u izravnoj svezi s kaznenim djelom zbog kojeg se vodi postupak (ZOLJ, čl. 26. st. 4.). U suprotnom, pribavljeni dokazi ne mogu se upotrijebiti u postupku protiv liječnika i njegovih pacijenata (ZOLJ, čl. 26. st. 5.).

Kako ne postoji idealna zaštita digitalnih podataka, posebne mjere zaštite treba posvetiti medicinskoj dokumentaciji, odnosno podacima o zdravstvenom stanju pacijenta **pohranjenim na elektronskim nosačima podataka**, jer su posebno podložni i izloženi zlouporabama, ponajviše u obliku neovlaštenog korištenja podataka od strane drugih osoba.¹⁰⁹ Liječnik ili odgovorna osoba zdravstvene ustanove, trgovačkog društva ili druge pravne osobe koja obavlja zdravstvenu djelatnost dužni su dokumentaciju koja se čuva na elektronskom mediju osigurati od mijenjanja, prijevremenog uništenja ili nedopuštenog korištenja (ZOLJ, čl. 23. st. 2.).

2.3. Međutim, dužnost čuvanja tajnosti podataka iz medicinske dokumentacije nije apsolutna, pa liječnik ne postupa neovlašteno, odnosno protupravno ako te podatke otkrije iz opravdanih razloga. Ukazat ćemo na neke od tih opravdanih razloga.

2.3.1. Ovlaštenje od strane pacijenta – Liječnik ili drugi zdravstveni djelatnik oslobođen je dužnosti šutnje o podacima iz medicinske dokumentacije u svim slučajevima u kojima pacijent pristaje na iznošenje tih podataka, odnosno, **samo uz odobrenje pacijenta**, roditelja ili skrbnika za malodobne osobe, a u slučaju njegove psihičke nesposobnosti ili smrti, uz odobrenje uže obitelji, skrbnika ili zakonskog zastupnika (ZOLJ, čl. 19.).¹¹⁰ Pacijent može osloboditi liječnika od dužnosti čuvanja tajnosti podataka iz medicinske dokumentacije, ali ga ne može prisiliti na odavanje tih podataka.¹¹¹ Osobito, ako liječnik drži da pacijent nije bio svjestan negativnih posljedica koje bi mu moglo prouzročiti otkrivanje liječničke tajne te ako smatra da pacijent želi da se podaci

¹⁰⁸ Podrobnije o liječničkoj tajni vidi kod ČIZMIĆ, J., *Pravno uređenje instituta liječničke tajne u hrvatskom pravu*, "Pravo i porezi", god. XVI., 2007., br. 2., str. 12-25.

¹⁰⁹ Usp. BOŠKOVIĆ, Z., *Zakon o liječništvu – Reforma zdravstvenog zakonodavstva Republike Hrvatske*, "Hrvatska pravna revija", god. III., 2003., br. 9., str. 80.

¹¹⁰ Vidi IVANČEVIĆ, N., *Zakon o liječništvu*, rad u zborniku "Zbirka zdravstvenih zakona s obrazloženjem", Zagreb, 2003., str. 91.

¹¹¹ Usp. *Medicinska enciklopedija*, knjiga 4., Zagreb, MCMLXIX, str. 295.

otkriju iz nekih posebnih razloga koji ne bi bili u skladu s njegovim ugledom i liječničkom etikom i sl.¹¹²

Temeljnu pretpostavku za obznanjivanje podataka čini kompatibilnost pacijenta. Odnosno, pristanak za odavanje vlastitih podataka bit će valjan ako je pacijent koji ga je dao bio svjestan, punoljetan i duševno zdrav. Ovaj vid (ovlaštenog) odavanja tajne svoje uporište ima u pravu svakog čovjeka raspolaganja svojim vlastitim dobrom.¹¹³

2.3.2. Pretpostavljena suglasnost pacijenta – Izjava volje pacijenta koja znači pristanak na otkrivanje podataka iz medicinske dokumentacije može se dati u bilo kojem obliku, na izričit način ili prešutno, konkludentnim radnjama. Pretpostavljeni pristanak pacijenta značajan je posebno u slučaju kada se pacijent nije sam u stanju izjasniti, primjerice ako je izgubio svijest ili zbog toga što je mentalno bolestan, kao i onda kada se iz okolnosti može zaključiti da pacijent nema interesa za čuvanjem tajnosti podataka.¹¹⁴ U dvojbi, liječnik treba polaziti od pretpostavke da pacijent ima volju da se njegovi podaci drže u tajnosti.¹¹⁵

U tom smislu ako pacijent u sudskom postupku imenuje svoga liječnika kao svjedoka, smatra se da ga je prešutno oslobodio obveze čuvanja liječničke tajne, odnosno čuvanja tajnosti podataka iz njegove medicinske dokumentacije.¹¹⁶ Ili, ako pacijent po uputi svoga izabranog liječnika (opće prakse, obiteljskog liječnika) ode specijalistu na pregled, drži se da prešutno pristaje da u nalaze, koje utvrdi specijalist, može imati uvid i njegov liječnik.¹¹⁷

2.3.3. Odavanje podataka drugom liječniku pacijenta – Ako više liječnika istovremeno ili jedan za drugim liječe istoga pacijenta, oni nemaju međusobnu obvezu čuvanja tajnosti podataka iz medicinske dokumentacije, svakako ukoliko je pacijent s time suglasan ili se njegova suglasnost može pretpostaviti.¹¹⁸ S obzirom na to da moderna medicinska praksa u liječenju uobičajeno uključuje liječničke timove i druge zdravstvene djelatnike, kao i osobe izvan toga kruga, liječnik mora biti siguran da pacijent razumije zašto i kada podaci iz medicinske dokumentacije, koji predstavljaju liječničku tajnu, mogu biti dostavljeni drugim članovima tima, kao i da drugi članovi tima razumiju da te podatke moraju čuvati kao liječničku tajnu.¹¹⁹ Liječnik koji upućuje bolesnika drugom liječniku dužan je obavijestiti ga o pojedinostima koje bi mogle na bilo koji način

¹¹² Tako JOVANOVIĆ, LJ., *Lekarska tajna – krivičnopravna razmatranja*, Beograd, 1959., str. 37.

¹¹³ Vidi POZAIĆ, V., *Teološki vidici liječničke tajne*, "Obnovljeni život", (56), 2001., broj 4, str. 447.-449.

¹¹⁴ Tako ULSENHEIMER, str. 556. Usp. STAUCH, M. – WHEAT, K., *Sourcebook on Medical Law*, London-Sydney, 1999., str. 224.

¹¹⁵ Usp. REHBERG, str. 135.

¹¹⁶ Vidi DEUTSCH, E. – SPICKHOFF, A., *Medizinrecht*, Munchen, 2003., str. 318.

¹¹⁷ Tako REHBERG, str. 349.

¹¹⁸ Vidi MUJOVIĆ ZORNIĆ, H. – SJENČIĆ, M., *Kodeks lekarske etike kao izraz staleške samoregulative u medicini*, "Pravni informator", 2003., str. 9.

¹¹⁹ Tako STAUCH, M. – WHEAT, K., *Sourcebook on Medical Law*, London-Sydney, 1999., str. 223.

naškoditi, odnosno ugroziti zdravlje ili život liječnika (Kodeks medicinske etike i deontologije, čl. 9. st. 4.). Tako, kada liječnik upućuje drugom liječniku ili u drugu ustanovu, trgovačko društvo, odnosno drugu pravnu osobu koja obavlja zdravstvenu djelatnost pacijenta koji bi zbog svog stanja ili ponašanja mogao ugroziti zdravlje, odnosno život liječnika, drugih zdravstvenih radnika ili drugih pacijenata, dužan ih je o tomu pravodobno obavijestiti telefonom, elektronički ili na drugi odgovarajući način (ZOLJ, čl. 28.), primjerice i stavljanjem odgovarajuće zabilješke u medicinskoj dokumentaciji.

2.3.4. Odavanje podataka iz medicinske dokumentacije na temelju propisa – Liječnik nije povrijedio dužnost čuvanja liječničke tajne ako je podatke iz medicinske dokumentacije obznanio, odnosno učinio dostupnim trećim osobama zbog toga što su ga na odavanje tih podataka obvezali zakonski (ili drugi) propisi. U takvom slučaju liječnik o tomu treba izvijestiti pacijenta. Zakonsko dopuštenje za zadiranje u privatnost treba, kao iznimku, tumačiti restriktivno.

Zdravstveni interesi trećih osoba mogu dovesti liječnika u moralnu dvojbu treba li odati ili prešutjeti podatke iz medicinske dokumentacije, kao, primjerice, kod postojanja zarazne bolesti. U takvim je slučajevima, u pravilu, dužnost liječnika jasno (zakonski) definirana, jer je on u prvom redu čuvar javnoga zdravlja.¹²⁰ U smislu kaznenopravne odgovornosti, KZ ne postavlja zaštitu apsolutno, jer određuje da kazneno djelo neovlaštenog otkrivanja profesionalne (liječničke) tajne ne postoji ako je otkrivanje tajne počinjeno u općem interesu ili interesu druge osobe, koji je pretežniji od interesa čuvanja tajne.^{121,122}

¹²⁰ Usp. *Medicinska enciklopedija*, knjiga 4., Zagreb, MCMLXIX, str. 295.

¹²¹ Vidi BABIĆ, T. – ROKSANDIĆ, S., *Osnove zdravstvenog prava*, Zagreb, 2006., str. 163.

¹²² Tako liječnik i drugi zdravstveni djelatnici ne mogu kao svjedoci uskratiti iskaz o onome što su u obavljanju svoga zanimanja saznali od okrivljenika, odnosno o liječničkoj tajni, ako se radi o kaznenom djelu kaznenopravne zaštite djece i maloljetnika iz članka 117. Zakona o sudovima za mladež (Zakon o kaznenom postupku, "Narodne novine", broj 110/97., 27/98., 58/99., 112/99., 58/02., 143/02., 62/03. – pročišćeni tekst, 115/06., dalje – ZKP, čl. 244. t. 5.), a liječnici, zubari, ljekarnici i primalje ne mogu kao svjedoci uskratiti iskaz o onome što su u obavljanju svoga zanimanja saznali od okrivljenika ako postoji zakonska osnova po kojoj su te osobe oslobođene dužnosti čuvanja tajne (ZKP, čl. 244. st. 2.). Liječnik je dužan podnijeti prijavu policiji ili državnom odvjetništvu kada tijekom obavljanja liječničke djelatnosti posumnja da je malodobnoj ili nemoćnoj osobi zdravstveno stanje ozbiljno ugroženo zapaštanjem ili zlostavljanjem (ZOLJ, čl. 22.). Liječnik je dužan obavijestiti policiju i o zlostavljanju djece od strane pacijenta, a posebno kad postoji opasnost da se ono ponovi, a o tome je dužan upozoriti i odgovorna tijela, obazrivo čuvajući privatnost i interes djeteta, odnosno malodobne osobe općenito (Kodeks medicinske etike i deontologije, čl. 2. st. 4.). Liječnik je dužan podnijeti prijavu policiji ili državnom odvjetništvu kada tijekom obavljanja liječničke djelatnosti posumnja da je smrt ili tjelesna ozljeda osobe nastala nasilno (ZOLJ, čl. 22.), bez obzira na to što bi time odao liječničku tajnu.

Prema odredbama Zakona o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti ("Narodne novine", broj 60/92., 29/94., dalje – ZPPZB), obvezi prijavljivanja zaraznih bolesti podliježu: a/ svako oboljenje ili smrt od zarazne bolesti navedene u čl. 3. ZPPZB-a ili od zarazne bolesti koju takvom odredi Vlada Republike Hrvatske; b/ svaka sumnja na oboljenje od Brill-Zinsserove bolesti, kolere, kuge, pjegavca, žute groznice ili virusnih hemoragijskih groznica; c/ svaka epidemija zaraznih bolesti; d/ svako izlučivanje klica trbušnog tifusa i e/ svako nošenje antigena virusne žutice tipa B i C i

2.3.5. Odavanje podataka iz medicinske dokumentacije na zahtjev ovlaštenog tijela – Dužnost čuvanja tajnosti podataka iz medicinske dokumentacije može prestati i na temelju odluka sudova ili javnim izjavama predstavnika službi koje brinu o javnoj sigurnosti zajednice. Tako je liječnik, odnosno drugi zdravstveni djelatnik, dužan medicinsku dokumentaciju na zahtjev predočiti **ministarstvu nadležnom za zdravstvo, tijelima državne uprave** u skladu s posebnim propisima, **Hrvatskoj liječničkoj komori** ili **sudbenoj vlasti** (ZOLJ, čl. 23. st. 1., ZOZZ, čl. 122. st. 4.). Budući da navedene institucije iznose samo jedan dio privatnosti i tajnosti podataka o pacijentima, onaj najnužniji vezan uz odgovarajuću odluku ili izjavu, za očekivati je da će sve ono što nije izrečeno, a ima razinu zaštite privatnosti i neodavanja tajne, ostati obvezom šutnje medicinskih i zdravstvenih djelatnika.^{123,124} U suprotnom, moglo bi na posredan način doći do otkrivanja liječničke tajne u pogledu podataka koji su sadržani u medicinskoj dokumentaciji, a nisu relevantni za postupak zbog kojeg je medicinska dokumentacija i zatražena.

Kada ovlaštena osoba, sukladno posebnome zakonu, preuzme medicinsku dokumentaciju dužna je izdati liječniku, odgovornoj osobi zdravstvene ustanove, trgovačkog društva, odnosno pravne osobe koja obavlja zdravstvenu djelatnost, **službenu potpisanu potvrdu o preuzimanju** s popisom preuzete medicinske dokumentacije (ZOLJ, čl. 23. st. 5.).

Liječnik nije dužan čuvati tajnost podataka iz medicinske dokumentacije prema **trećoj (pravnoj) osobi** u čije bi ime, uz pristanak pacijenta, vršio pregled. Primjerice, liječnik osiguravajućeg društva nije vezan tajnom prema svojem nalogodavcu. Tako liječnik nije vezan liječničkom tajnom niti ako treba dati obavijest nadležnom tijelu o teškom oboljenju pacijenta koje ga čini nesposobnim

antitijela na virus sindroma stečenog nedostatka imuniteta (ZZPZB, čl. 16. st. 1.). Prijavu treba podnijeti organizacija zdravstva i zdravstveni djelatnik koji obavlja poslove zdravstvene zaštite samostalno osobnim radom, nadležnom organu, odnosno ovlaštenoj organizaciji (ZZPZB, čl. 16. st. 2.). Štoviše, liječnik ili drugi zdravstveni djelatnik koji utvrdi oboljenje, sumnju da postoji oboljenje, ozljeda ili smrt od zarazne bolesti iz stavka 1. ovoga članka, a ne nalazi se na dužnosti u organizaciji zdravstva, dužan je o tomu bez odlaganja izvijestiti najbližu organizaciju zdravstva (ZZPZB, čl. 16. st. 3.). Prema odredbi čl. 72. ZZPZB-a novčanom kaznom od 5.000 do 25.000 kn kaznit će se za prekršaj liječnik ili drugi zdravstveni djelatnik ako organizaciju zdravstva ne izvijesti o oboljenju, ozljedi ili smrti od zarazne bolesti (ZZPZB, čl. 16. st. 3.), a prema odredbi čl. 70. ZZPZB-a, novčanom kaznom od 10.000 do 100.000 kn kaznit će se za prekršaj zdravstveni djelatnik koji obavlja poslove zdravstvene zaštite samostalno osobnim radom, ako ne obavlja prijavljivanje zaraznih bolesti, na način predviđen zakonom i propisima donesenim na temelju zakona (ZZPZB, čl. 16.).

¹²³ Usp. GOSIĆ, N., *Privatnost i povjerenje u medicinskoj etici i bioetici*, "Sestrinski edukacijski magazin", god. II, 2005., broj 2, str. 10.

¹²⁴ Europski sud za ljudska prava u slučaju *Z. protiv Finske* (Appl. No 22009/93 – no 9/1996/627/811, od 25. siječnja 1997.) zauzeo je stajalište kako povreda prava ne predstavlja to što je Sudu predana cjelokupna medicinska dokumentacija te što je cjelokupna uključena u sudski spis, ali bi povreda prava na privatnost nastala kad bi se spis s prijepisom medicinske dokumentacije dao u javnost. Podatak i opširnije kod DULČIĆ, K. – BODIROGA VUKOBRAT, N., *Zaštita osobnih podataka pacijenta u europskom i hrvatskom pravu*, "Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci", vol. 29, 2008., br. 1, str. 376.

za vožnju automobila i opasnim po ostale sudionike u prometu.¹²⁵ Slično, liječnik koji je na zahtjev roditelja obavio pregled djevojke, pa je utvrdio da je trudna, smije im priopćiti rezultate pregleda, što ne bi smio ako je pregled obavio na zahtjev same djevojke.¹²⁶

2.3.6. Odavanje podataka iz medicinske dokumentacije zbog pretežnog interesa trećih osoba – Ponekad su u pogledu čuvanja tajnosti podataka iz medicinske dokumentacije u sukobu interesi pojedinca (očuvati tajnost podataka) i interesi javnosti (primjerice, saznati o nekoj zaraznoj bolesti). Javni interes u pravilu je u drugom planu i dolazi do izražaja u prosudbi pretežnog interesa (načelo vaganja dobara).¹²⁷ Ocjenu o tome koji je interes pretežan predstavlja *quaestio facti* u svakom konkretnom slučaju.¹²⁸

Liječnik je tajnost podataka iz medicinske dokumentacije dužan čuvati osim u slučaju kad bi čuvanjem (liječničke) tajne **ugrozio život i zdravlje drugih ljudi** (arg. Kodeks, čl. 2. st. 13.). Naime, postoje situacije u kojima šutnja i neodavanje spomenutih podataka predstavlja opasnost i rizik za zajednicu. To su slučajevi u kojima zaštita zajednice ima prednost pred privatnosti pacijenta. Međutim, bitno je naglasiti da i u tim slučajevima zdravstveni djelatnici ne smiju odavati podatke izravno u javnost, nego se moraju obraćati odgovarajućim/nadležnim institucijama i službama koje mogu pomoći u rješavanju određenog problema.¹²⁹

Postoje i slučajevi u kojima bi šutnja, odnosno neodavanje podataka iz medicinske dokumentacije nanijelo štetu **konkretnim trećim (fizičkim) osobama**. Dio tih slučajeva uređen je zakonskim odredbama (primjerice, prenošenje spolnih i zaraznih bolesti).¹³⁰ Tako se drži da ne predstavlja povredu dužnosti čuvanja liječničke tajne obavijest supruzi da je njezin suprug zaražen HIV virusom, (a vrijedi i za ostale zarazne bolesti), jer se smatra da su život i zdravlje žene

¹²⁵ Vidi RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo*, Beograd, 2003., str. 140.

¹²⁶ Tako *Medicinska enciklopedija*, knjiga 4., Zagreb, MCMLXIX, str. 295.

¹²⁷ Vidi ŠEPAROVIĆ, Z., *Granice rizika*, Zagreb, 1998., str. 31.

¹²⁸ Usp. RAJIĆ, Z. – TOMIĆ, M. – MILJKO, Z., *Komentar Kaznenog zakona*, Mostar, 2000., str. 219.

¹²⁹ Najčešće je riječ o socijalnoj skrbi (primjerice u slučaju zlostavljanja djece i žena), policiji (slučajevi prometnih nesreća, izazvanih konzumiranjem alkohola ili nekih drugih opojnih droga, prijetnja ubojstvom, predoziranje ovisnika o drogama i sl.), odvjetništvu, sudovima (za slučajeve u kojima medicinski i zdravstveni djelatnici nisu postigli pristanak s pacijentima ili članovima njihove rodbine, a riječ je o intervencijama koje mogu spasiti život, medicinski i zdravstveni djelatnici – kako praksa nekih zemalja pokazuje – mogu se obratiti sudu za pomoć), institucijama i službama čije članove isto tako obvezuje profesionalna tajna. Na taj način u zaštiti zajedničkog dobra, na poziv medicinskih i zdravstvenih djelatnika, sudjeluju i svi oni koji su od društva zaduženi za zaštitu zajedničkog i društvenog dobra. POZAIĆ, V., *Teološki vidici liječničke tajne*, "Obnovljeni život", (56), 2001., broj 4, str. 447.-449.

¹³⁰ U tom smislu Pozaić navodi i primjer osobe koja je nasilna i predstavlja opasnost na radnom mjestu i u obitelji, odnosno kojoj psihofizičke sposobnosti ne dopuštaju dalje obavljanje javne djelatnosti te dovodi u pitanje živote drugih ljudi (primjerice, vozači javnog prijevoza, osobe čije radno mjesto zahtijeva rukovanje različitim kemijskim tvarima, otrovnim supstancama i eksplozivom), te drži da i za te slučajeve vrijedi isto profesionalno pravilo odavanja privatnih podataka, kao i u slučajevima prijetnje zajedničkog dobra. POZAIĆ, V., *Teološki vidici liječničke tajne*, "Obnovljeni život", (56), 2001., broj 4, str. 447.-449.

vrijedniji od dužnosti čuvanja tajne. Pored bračnog druga, liječnik bi morao biti ovlašten o tomu izvijestiti i druge osobe koje su bliske pacijentu, a posebno ako je prethodno bez uspjeha pokušao uvjeriti pacijenta da sam poduzme mjere zaštite.¹³¹

2.3.7. Otkrivanje podataka iz medicinske dokumentacije u znanstvenim publikacijama – Posebno pitanje upotrebe identifikacijskih podataka i saznanja koja imaju težinu tajne postavlja se kod upotrebe tih podataka i saznanja u znanstvene, nastavne, odnosno obrazovne svrhe, a pri tomu je posebno upitna količina identifikacijskih i drugih podataka koji omogućuju prepoznavanje određenog pacijenta ili dovođenje u svezu s njim.¹³² Iznošenje konkretnih slučajeva u **stručnim društvima ili stručnoj literaturi** s navođenjem imena bolesnika ili njegovom fotografijom, smatra se neovlaštenim odavanjem liječničke tajne.¹³³ Klinički i drugi materijali, pa i medicinska dokumentacija, koji se koriste u predavanjima ili znanstvenim tiskovinama moraju prikriti identitet osoba (s duševnim smetnjama) o kojima govore (arg. ZZODS, čl. 17. st. 7.). Dakle, ako podatke iz medicinske dokumentacije iznosi u znanstvenim publikacijama, na predavanjima i u stručnim priopćenjima, liječnik je dužan onemogućiti identifikaciju pacijenta na kojega se odnose objavljeni podaci.¹³⁴

2.3.8. Otkrivanje podataka iz medicinske dokumentacije zbog zaštite opravdanih interesa liječnika – Otkrivanje podataka iz medicinske dokumentacije pacijenta od strane njegova liječnika može biti opravdano ako bi na taj način liječnik **branio vlastite interese**. U medicinskopravnoj literaturi navodi se primjer kada pacijent ne želi liječniku platiti honorar, pa ga liječnik mora tužiti, odnosno, drugo, kada pacijent tuži liječnika i traži naknadu štete prouzročene liječenjem tvrdeći da poduzete medicinske mjere nisu bile indicirane. Drži se da u takvim situacijama ne bi trebalo očekivati da liječnik i dalje mora poštivati dužnost čuvanja tajnosti podataka iz medicinske dokumentacije, nego se smatra opravdanim da može izložiti te podatke kako bi se suprotstavio neutemeljenim zahtjevima pacijenta, odnosno kako bi ostvario svoje pravo na honorar.¹³⁵ U takvom slučaju, zdravstveni djelatnici brane sebe i svoju profesiju upravo onim podacima koje bi trebali čuvati kao tajnu.¹³⁶

¹³¹ Tako SCHLUND, G., *Specifische arztliche Mitteilungsmöglichkeiten*, objavljen kod LAUFS-UHLENBRUCK, *Handbuch des Arztrechts*, Munchen, 2002., str. 581., podatak i kod RADIŠIĆ, str. 141.

¹³² Vidi GOSIĆ, N., *Privatnost i povjerenje u medicinskoj etici i bioetici*, "Sestrinski edukacijski magazin", god. II, 2005., broj 2, str. 10.

¹³³ Usp. JELAČIĆ, O., *Pravni i deontološki aspekt lekarske delatnosti*, "Jugoslavenska revija za kriminologiju i krivično pravo", god. IX, 1971., br. 3, str. 472.

¹³⁴ Tako MUJOVIĆ ZORNIĆ, H. – SJENČIĆ, M., *Kodeks lekarske etike kao izraz staleške samoregulative u medicini*, "Pravni informator", 2003., str. 9.; STAUCH, M. – WHEAT, K., *Sourcebook on Medical Law*, London-Sydney, 1999., str. 250.

¹³⁵ Tako RADIŠIĆ, J., *Dužnost čuvanja medicinske tajne*, "Anali Pravnog fakulteta u Beogradu", god. L., 2002., broj 3-4, str. 334.-335.

¹³⁶ Vidi GOSIĆ, N., *Privatnost i povjerenje u medicinskoj etici i bioetici*, "Sestrinski edukacijski magazin", god. II, 2005., broj 2, str. 9.

Svakako, liječnik ne bi trebao biti dužan čuvati tajnost podataka iz medicinske dokumentacije ni onda kada bi to bitno **ugrozilo njegovo zdravlje i život**, odnosno ako i kada mu prijete izravna opasnost od pacijenta. U takvom slučaju liječnik bi mogao u ograničenom opsegu odati podatke iz medicinske dokumentacije, odnosno u onoj mjeri koja je potrebna za zaštitu njegova zdravlja i života.¹³⁷

VII. Podzakonski propisi

Dužnost vođenja, sadržaj i čuvanje medicinske dokumentacije, kao i posljedice nepridržavanja navedenih dužnosti, uređeni su, osim navedenim ZOZZ-om, ZOLJ-om, ZOZPP-om, ZOS-om, ZOBMD-om, ZOLK-om, ZOSD-om, ZZODS-om i brojnim **podzakonskim propisima**. U pravilu se radi o propisima kojima se uređuje usko specijalizirano područje djelovanja pojedinih zdravstvenih službi, pri čemu se koristi i medicinska dokumentacija, kako ona koju stvara ta zdravstvena služba, tako i ona nastala izvan nje. U pojedinim propisima vođenje, sadržaj i čuvanje medicinske dokumentacije podrobno su uređeni, dok se u drugima medicinska dokumentacija tek uzgredno spominje.

Naveli bismo samo neke od tih propisa.

1/ Vlada Republike Hrvatske je na sjednici održanoj 9. rujna 1999. godine donijela **Uredbu o opsegu i sadržaju medicinske dokumentacije** ("Narodne novine", broj 94/99., dalje – **UOSMD**), kojom se utvrđuje opseg i sadržaj medicinske dokumentacije koju je izabrani doktor medicine primarne zdravstvene zaštite koji je liječio osiguranika dužan prethodno pripremiti i sa svojim nalazom i mišljenjem dostaviti Hrvatskom zavodu za mirovinsko osiguranje radi vještačenja, u slučajevima određenim u članku 111. stavku 1. i 2. Zakona o mirovinskom osiguranju i članku 29. stavku 2. Zakona o zdravstvenom osiguranju (UOSMD, čl. 1.). Pod navedenom medicinskom dokumentacijom podrazumijeva se "Izvešće s nalazom i mišljenjem liječnika" propisano u članku 15. stavku 2. Uredbe o medicinskom vještačenju u mirovinskom osiguranju, otpusno pismo, prijepis povijesti bolesti zdravstvene ustanove u kojoj se osiguranik liječi, specijalističke i laboratorijske nalaze. U iznimnim slučajevima, kada to ovlašteni vještak smatra potrebnim, može se zatražiti od doktora medicine primarne zdravstvene zaštite i prijepis povijesti bolesti, prijepis zdravstvenog kartona, nalaze prethodnog pregleda, sistematskih i periodičnih pregleda (UOSMD, čl. 2.).

Pod opsegom medicinske dokumentacije, koja je potrebna za verifikaciju dijagnoze glavne bolesti, podrazumijeva se medicinska dokumentacija koja sadržava podatke: o početku bolesti ili ozljede, uzroku i okolnostima pod kojima je nastala bolest ili ozljeda; tijeku liječenja osiguranika s naznakom dana do kojeg se liječio, pod kojom dijagnozom i s kakvim uspjehom te tijekom medi-

¹³⁷ Usp. MUJOVIĆ ZORNIĆ, H. – SJENČIĆ, M., *Kodeks lekarske etike kao izraz staleške samoregulative u medicini*, "Pravni informator", 2003., str. 9.; GOSIĆ, N., *Privatnost i povjerenje u medicinskoj etici i bioetici*, "Sestrinski edukacijski magazin", god. II, 2005., broj 2, str. 10.

cinske rehabilitacije s naznakom zdravstvenih ustanova u kojima se osiguranik rehabilitirao, razdoblje u kojem je obavljena rehabilitacija, pod kojom dijagnozom i s kakvim uspjehom. Navedena medicinska dokumentacija treba sadržavati i sve podatke o postojećem zdravstvenom stanju, a posebno podatke o: opsegu anatomske oštećenja; opsegu funkcionalnog oštećenja; prognozi bolesti, odnosno, očekuje li se s vremenom poboljšanje zdravstvenog stanja, nepromijenjeno ili progredijentno pogoršanje zdravstvenog stanja. Medicinska dokumentacija potrebna za verifikaciju drugih bolesti koje utječu na radnu sposobnost treba dokazati postojeće stanje, tj. stanje anatomske i funkcionalne oštećenja (UOSMD, čl. 5.).

Medicinska dokumentacija mora biti jasna i precizna te sadržavati sve podatke iz pretraga i nalaza koji omogućavaju postavljanje dijagnoze bolesti. Nalaz i mišljenje liječnika mora biti napisano, u pravilu, pisačim strojem s iscrpnom anamnezom koja daje uvid u obiteljske, nasljedne i ranije bolesti, u početak, tijek i trajanje sadašnjih tegoba i bolesti. Opis nalaza liječnika mora biti precizan i iscrpan i ne smije sadržavati samo dijagnozu bolesti. Otpusno pismo ili prijepis povijesti bolesti zdravstvene ustanove u kojoj se osiguranik liječio, a koje se prilaže izvješću liječnika, mora sadržavati podatke o svim nalazima i pretragama koje su obavljene prije dolaska u zdravstvenu ustanovu tijekom liječenja ili nakon završenog liječenja, kako bi se verificirala dijagnoza bolesti osiguranika. Specijalistički nalazi moraju biti ispisani čitko, po mogućnosti pisačim strojem, na propisanim obrascima, a osim utvrđene dijagnoze moraju biti opisane i anatomske i funkcionalne promjene utvrđene pri specijalističkom pregledu. Klinički nalazi (EKG, spirometrija, B.M., scintigrafija, endoskopija itd.) prilažu se samo ako su učinjeni ambulantno i ako su potrebni za verifikaciju dijagnoze glavne bolesti. Laboratorijski nalazi prilažu se također ako su učinjeni ambulantno i ako su bitni radi verifikacije dijagnoze bolesti (UOSMD, čl. 6.).

Dakle, pod cjelokupnom medicinskom dokumentacijom podrazumijeva se medicinska dokumentacija koju je liječnik pripremio držeći se odgovarajućih odredaba UOSMD koje se odnose na konkretni slučaj, podrazumijevajući pod tim realizaciju medicinskih pretraga samo u onom opsegu koji je potreban za utvrđivanje zdravstvenog stanja. Treba napomenuti da medicinska dokumentacija ne obuhvaća: medicinsku dokumentaciju koju vještak tijekom vještačenja naknadno pribavlja, a koja UOSMD-om nije utvrđena kao obvezna; medicinsku dokumentaciju koju vještak pribavlja u iznimnim slučajevima, prema odredbi članka 2. stavka 2. UOSMD-a (UOSMD, čl. 7.).

2/ *Pravilnikom o provedbi zakona o evidencijama u oblasti zdravstva za primarnu i specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu* ("Narodne novine", broj 4/95.) propisuju se obrasci za izvješćivanje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti prilagođeni desetoj reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema,¹³⁸ koji se

¹³⁸ Primjena desete revizije *Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema* stupila je na snagu 1. siječnja 1995. godine Odlukom Ministarstva zdravstva, Klasa 950-01/94-01/02 Ur. broj 534-02-20-94-02 od 12. srpnja 1994. godine.

objavljaju kao prilog Pravilniku i čine njegov sastavni dio (Pravilnik, čl. 2.). Hrvatski zavod za javno zdravstvo dužan je sačiniti upute o popunjavanju i primjeni objavljenih izvještajnih obrazaca (Pravilnik, čl. 3.). Propisane obrasce dužne su ispunjavati te dostavljati u propisanim rokovima sve zdravstvene ustanove i zdravstveni djelatnici privatne prakse.

3/ *Pravilnikom o provedbi zakona o evidencijama u oblasti zdravstva na području zdravstvene zaštite gerijatrijskih bolesnika* ("Narodne novine", broj 82/02.), propisuju se obrasci za izvješćivanje na području zdravstvene zaštite gerijatrijskih bolesnika, tj. bolesnika starijih od 65 godina života.

Na području zdravstvene zaštite gerijatrijskih bolesnika popunjavaju se: a/ Evidencijska lista za praćenje zdravstvenih potreba starijih osiguranih osoba specifične zdravstvene zaštite u domovima za starije i nemoćne osobe te drugim ustanovama socijalne skrbi (Evidencijska lista br. 1); b/ Evidencijska lista za praćenje zdravstvenih potreba gerijatrijskih bolesnika u gerijatrijskim ustanovama (Evidencijska lista br. 2) te c/ Evidencijska lista za praćenje zdravstvenih potreba starijih osiguranih osoba opće medicine (Evidencijska lista br. 3). Propisani obrazac Evidencijske liste br. 1 obvezni su popunjavati domovi za starije i nemoćne osobe te druge ustanove socijalne skrbi u kojima su smješteni gerijatrijski bolesnici, a propisani obrazac Evidencijske liste br. 2 dužni su popunjavati gerijatrijske zdravstvene ustanove u kojima su smješteni gerijatrijski bolesnici. Propisani obrazac Evidencijske liste br. 3 obvezni su popunjavati doktori opće medicine u ordinacijama primarne zdravstvene zaštite. Popunjeni propisani obrasci dostavljaju se Centru za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo Grada Zagreba.

4/ Prema odredbi čl. 9. *Pravilnika o uvjetima i postupku ostvarivanja prava iz osnovnog zdravstvenog osiguranja s osnove ozljede na radu i profesionalne bolesti* ("Narodne novine", broj 32/03.), prijava o ozljedi na radu, odnosno profesionalnoj bolesti podnosi se na tiskanicama koje, u pogledu **prijave o ozljedi na radu**, sadrži: podatke o Zavodu i radnjama područnog ureda Zavoda; osnovne podatke o podnositelju prijave; osobne podatke o stradaljoj, odnosno oboljeloj osobi; podatke o prezimenu, imenu te funkciji radnika pod čijim neposrednim rukovođenjem je obavljan rad pri kome je nastao događaj na radu; podatke o prezimenu, imenu i funkciji radnika koji su se u vrijeme događaja na radu nalazili na mjestu gdje je on nastao; podatke o prezimenu, imenu i funkciji te vlastoručni potpis ovlaštenog radnika – poslodavca koji podnosi prijavu; podatke o događaju na radu, podatke u vezi s pružanim zdravstvenim uslugama, a koji se odnose na doktora medicine koji je pregledao ozlijeđenog, odnosno oboljelog radnika, zdravstvenu ustanovu u kojoj je pregledan ozlijeđeni, odnosno oboljeli radnik, ozlijeđeni dio tijela (šifra prema MKB), bolesti od kojih boluje ozlijeđeni radnik (šifra prema MKB) te predviđeno trajanje nesposobnosti za rad radnika.

Što se **prijave o profesionalnoj bolesti** tiče, pored podataka o Zavodu i radnjama područnog ureda Zavoda; osnovnih podataka o podnositelju prijave; osobnih podataka o stradaljoj, odnosno oboljeloj osobi; podataka o prezimenu,

imenu te funkciji radnika pod čijim neposrednim rukovođenjem je obavljan rad pri kome je nastao događaj na radu; podataka o prezimenu, imenu i funkciji te vlastoručnog potpisa ovlaštenog radnika – poslodavca koji podnosi prijavu, prijava treba sadržavati i podatak o bližoj oznaci mjesta na kojem je radnik obolio od profesionalne bolesti; podatak o nazivu ovlaštene zdravstvene ustanove, odnosno ovlaštenog specijalista medicine rada u privatnoj praksi koji su utvrdili profesionalno oboljenje; podatak o datumu kada je utvrđeno da je radnik obolio; podatak o nazivu profesionalne bolesti utvrđene Zakonom o listi profesionalnih bolesti, važećim na dan nastanka profesionalne bolesti; podatak o nazivu štetnog agensa – uzročnika oboljenja; podatak o vremenu koje je radnik proveo na obavljanju poslova i zadaća na mjestu rada gdje je utvrđeno profesionalno oboljenje; jesu li obavljene odgovarajući zdravstveni pregledi radnika u propisanim rokovima; jesu na osnovi rezultata zdravstvenih pregleda radnika, te rezultata dobivenih ispitivanjem radne okoline, predlagane i provedene mjere zaštite i sanacije te predviđeno trajanje nesposobnosti za rad radnika.

Prijava o ozljedi na radu, odnosno profesionalnoj bolesti, osim navedenih podataka obvezno sadrži i podatke o izvršenoj obvezi obavještanja mjesno nadležne službe inspekcije rada o nastaloj ozljedi na radu, odnosno profesionalnoj bolesti u skladu sa Zakonom o zaštiti na radu. Prijava o ozljedi na radu, odnosno profesionalnoj bolesti ispunjava se u šest primjeraka od kojih prvi pripada podnositelju prijave, drugi osiguranoj osobi Zavoda, treći izabranom doktoru medicine primarne zdravstvene zaštite, četvrti Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo, peti nadležnom inspektoratu rada Državnog inspektorata i šesti Zavodu. Podnositelj prijave o ozljedi na radu, odnosno profesionalnoj bolesti, odnosno osigurana osoba Zavoda na traženje podnositelja prijave obvezna je priložiti uz prijavu **medicinsku i drugu dokumentaciju** koja predstavlja činjeničnu osnovu za utvrđivanje uzročno-posljedične veze između mjesta nastalog događaja i nastale posljedice, odnosno za prihvaćanje ili neprihvaćanje podnijete prijave.

5/ Prema odredbama čl. 27. **Pravilnika o pravima, uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz osnovnog zdravstvenog osiguranja** ("Narodne novine", broj 93/03.), osigurana osoba mjere primarne zdravstvene zaštite, u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, ostvaruje kod izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite. Izabrani doktor opće medicine, među ostalim, upućuje osiguranu osobu temeljem njezinog prigovora s potrebnom dokumentacijom liječničkom povjerenstvu Zavoda radi davanja ocjene, nalaza i mišljenja, a isto tako odlučuje i o potrebi upućivanja osiguranika na ocjenu invalidnosti, upućuje ga na potrebnu dijagnostičku obradu te s kompletiranom medicinskom dokumentacijom upućuje osiguranika na ocjenu invalidnosti.

Kada izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite izdaje uputnicu za bolničko liječenje, uz nju je dužan priložiti cjelokupnu raspoloživu medicinsku dokumentaciju osigurane osobe (Pravilnik, čl. 43.).

O pravu na novčanu naknadu zbog privremene nesposobnosti, Zavod odlučuje, rješenjem po prethodno pribavljenom nalazu, ocjeni i mišljenju liječničkog povjerenstva područnog ureda Zavoda, a na temelju pisanog zahtjeva osiguranika

koji podnosi područnom uredu Zavoda nadležnom prema mjestu svog prebivališta, odnosno boravišta. Osiguranik je uz zahtjev među ostalim dužan priložiti i povijest bolesti izdanu od izabranog doktora medicine primarne zdravstvene zaštite ne stariju od 3 dana te medicinsku dokumentaciju o nastaloj bolesti. Na temelju zahtjeva osiguranika i priložene dokumentacije, nadležni područni ured Zavoda upućuje osiguranika liječničkom povjerenstvu područnog ureda Zavoda radi utvrđivanja privremene nesposobnosti, a osiguranik je dužan javiti se liječničkom povjerenstvu odmah, odnosno najkasnije u roku od tri dana (Pravilnik, čl. 75.). Liječničko povjerenstvo područnog ureda Zavoda, nalaz, ocjenu i mišljenje donosi na temelju navedene dokumentacije i pregleda osiguranika (Pravilnik, čl. 76.).

6/ Prema odredbi čl. 22. **Pravilnika o krvi i krvnim sastojcima** ("Narodne novine", broj 14/99.), davatelji plazme koji su podvrgnuti plazmaferezama uz udovoljavanje općim uvjetima za davatelje krvi, osim učestalosti davanja moraju među ostalim ispuniti i uvjet da doktor medicine treba najmanje jedanput godišnje pregleda cjelokupnu davateljevu (medicinsku) dokumentaciju. Zdravstvena ustanova koja je priredila krvne sastojke u dokumentaciji treba čuvati identifikacijski broj svake doze iz koje je pripremljen taj pripravak (Pravilnik, čl. 57. st. 2.). U slučaju vitalne ugroženosti bolesnika, njegov doktor medicine može zahtijevati skraćenje laboratorijskih testova ili izdavanje doze krvi ili krvnog pripravka prije završetka testova podudarnosti, ali takav zahtjev mora biti praćen pismenom dokumentacijom i njegovim potpisom (Pravilnik, čl. 70.).

7/ **Pravilnikom o ortopedskim i drugim pomagalima** ("Narodne novine", broj 93/03.), propisuje se pravo osiguranih osoba Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje iz obveznoga zdravstvenog osiguranja na pomagala (ortopedska, očna, tiflotehnička, slušna, surdotehnička, za omogućavanje glasnog govora, stomatološka te druga pomagala); popravak pomagala, rezervne dijelove i potrošni materijal te izradu pomagala određene kakvoće (Pravilnik, čl. 1.). Osigurana osoba ostvaruje pravo na određeno pomagalo, rezervni dio, potrošni materijal i popravak pomagala na temelju prethodnog odobrenja povjerenstva za ortopedska i druga pomagala (Pravilnik, čl. 6.). Povjerenstvo za ortopedska i druga pomagala iznimno može odobriti i pomagalo koje nije utvrđeno ovim Pravilnikom, i to na prijedlog ugovornog doktora te na temelju priložene odgovarajuće medicinske dokumentacije (Pravilnik, čl. 14.). Tako, primjerice, osigurana osoba može iznimno, zbog kongenitalnih anomalija i traume zubi i čeljusti, ostvariti pravo i na ortodontske uređaje i mostove i nakon 18. godine života, a liječničko povjerenstvo za ortopedska i druga pomagala Direkcije Zavoda može joj to odobriti na temelju priložene medicinske dokumentacije (Pravilnik, čl. 74. st. 6.).

8/ Prema odredbi čl. 25. **Pravilnika o uvjetima, organizaciji i načinu rada izvanbolničke hitne medicinske pomoći** ("Narodne novine", broj 146/03.), o radu djelatnosti izvanbolničke hitne medicinske pomoći vodi se **dokumentacija** na propisanim obrascima i to na: obrascu za prijam poziva hitne medicinske pomoći; obrascu za prijam poziva za hitni prijevoz; obrascu o kretanju timova

na terenu; obrascu za primopredaju vozila; obrascu o izvanrednom događaju; obrascu za trijažu kod većih nezgoda; obrascu medicinske dokumentacije o bolesniku; obrascu za praćenje postupka oživljavanja te obrascu provedenih postupaka medicinske sestre/medicinskog tehničara.

Popunjene navedene propisane obrasce zadržava za potrebe svoje evidencije ustanova za hitnu medicinsku pomoć i dom zdravlja. Popunjeni propisani obrazac za trijažu kod većih nezgoda sastavni je dio medicinske dokumentacije bolesnika koji se upućuje u zdravstvenu ustanovu radi postupka završnoga liječenja. Propisani obrasci medicinske dokumentacije o bolesniku te provedenih postupaka medicinske sestre/medicinskog tehničara popunjavaju se u dva primjerka, od kojih jedan za potrebe svoje evidencije zadržava ustanova za hitnu medicinsku pomoć i dom zdravlja, a drugi je sastavni dio medicinske dokumentacije bolesnika koji se upućuje u zdravstvenu ustanovu radi postupka završnoga liječenja (Pravilnik, čl. 26.).

9/ Pravilnikom o načinu pregleda umrlih te o utvrđivanju vremena i uzroka smrti ("Narodne novine", broj 121/99., 112/00.) utvrđuje se način pregleda umrlih osoba te način utvrđivanja vremena i uzroka smrti (Pravilnik, čl. 1.).

Pri pregledu mrtvozornik utvrđuje smrt, odnosno mrtvorodenost te vrijeme i uzrok smrti. Nakon što je utvrdio smrt, odnosno mrtvorodenost, mrtvozornik treba ispitati okolnosti pod kojima je nastupila te utvrditi uzrok smrti. Podatke o mjestu, vremenu i uzroku smrti umrle osobe prikuplja od ukućana i drugih osoba, koristeći za to i **medicinsku dokumentaciju** o liječenju umrlog. Građani su obvezni dati mrtvozorniku podatke koji su im poznati i omogućiti mu nesmetano obavljanje pregleda, a doktor medicine koji je u posljednjoj bolesti prije smrti liječio umrlu osobu, dužan je na traženje mrtvozornika dati izvješće radi lakšeg utvrđivanja uzroka smrti (Pravilnik, čl. 8.).

10/ Pravilnikom o utvrđivanju uvjeta zdravstvene sposobnosti članova posade pomorskih brodova i brodova unutarnje plovidbe ("Narodne novine", broj 111/02.) utvrđuju se uvjeti zdravstvene sposobnosti članova posade pomorskih brodova i brodova unutarnje plovidbe te se određuje sadržaj i način obavljanja: prethodnih zdravstvenih pregleda prije izdavanja pomorske ili brodarske knjižice, prije prvog zapošljavanja i prije upisa u obrazovne ustanove svih razina obrazovanja za pomorska i brodarska zvanja; sadržaj, način i rokovi obavljanja redovnih zdravstvenih pregleda kod produženja važenja pomorske ili brodarske knjižice i prije svakog novog zapošljavanja, odnosno ukrcaja na brod te nadzornih zdravstvenih pregleda po odluci specijaliste medicine rada, odnosno prilikom izdavanja ovlasti za određena zvanja na brodu (Pravilnik, čl. 1.).

Prilikom prethodnog, redovnog i nadzornog zdravstvenog pregleda, specijalist medicine rada može zatražiti uvid u **zdravstvenu dokumentaciju** osobe na pregledu, a koja je pohranjena kod njegovog izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite, drugih doktora medicine ili u drugim zdravstvenim ustanovama (Pravilnik, čl. 6.). U ordinaciji specijalista medicine rada vode se i pohranjuju kartoni zdravstvenog pregleda članova posade pomorskih brodova i brodova unutarnje plovidbe (Pravilnik čl. 33.). Navedenu medicinsku dokumen-

taciju, na temelju koje je dana ocjena zdravstvene sposobnosti, ovlaštena zdravstvena ustanova ili privatna ordinacija medicine rada ovlaštena za pregled članova posade pomorskih brodova i brodova unutarnje plovidbe, dužna je trajno čuvati. U slučaju da joj je oduzeto ovlaštenje za obavljanje zdravstvenih pregleda članova posade pomorskih brodova i brodova unutarnje plovidbe, ista je dužna svu medicinsku dokumentaciju o obavljenim pregledima dostaviti Hrvatskom zavodu za medicinu rada koji je treba trajno čuvati, odnosno predati zdravstvenoj ustanovi ili privatnoj ordinaciji medicine rada ovlaštenoj za obavljanje pregleda članova posade pomorskih brodova i brodova unutarnje plovidbe, a koja će preuzeti poslove (Pravilnik, čl. 34.).

Drugostupanjskom zdravstvenom povjerenstvu mora biti dostupna medicinska dokumentacija o prethodnim zdravstvenim pregledima, a po potrebi i medicinska dokumentacija od izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite, drugih doktora medicine ili drugih zdravstvenih ustanova, osobe koja je pozvana na pregled (Pravilnik, čl. 38.). Treba napomenuti da drugostupanjsko zdravstveno povjerenstvo može dati ocjenu zdravstvene sposobnosti i bez ponovnog zdravstvenog pregleda, samo na temelju medicinske dokumentacije, i to u roku od 30 dana od dana primitka zahtjeva (Pravilnik, čl. 37.).

11/ *Pravilnikom o poslovima na kojima radnik može raditi samo nakon prethodnog utvrđivanja zdravstvene sposobnosti* (“Narodne novine”, broj 59/02.), utvrđuju, među ostalim, i poslovi na kojima radnik može raditi samo nakon prethodnog utvrđivanja zdravstvene sposobnosti za obavljanje tih poslova te način utvrđivanja zdravstvene sposobnosti, rokovi u kojima se mora ponoviti utvrđivanje zdravstvene sposobnosti, sadržaj i način izdavanja svjedodžbe o zdravstvenoj sposobnosti (Pravilnik, čl. 1.).

Radnik, odnosno poslodavac, imaju na ocjenu zdravstvene sposobnosti pravo žalbe u pisanom obliku, u roku od 15 dana od dana primitka svjedodžbe o zdravstvenoj sposobnosti radnika, komisiji pri Hrvatskom zavodu za medicinu rada koju imenuje ravnatelj Hrvatskog zavoda za medicinu rada za svaki pojedini slučaj podnošenja žalbe. Komisija može donijeti konačnu ocjenu zdravstvene sposobnosti bez ponovnog zdravstvenog pregleda radnika, samo na temelju priložene **medicinske dokumentacije** i to u roku od 30 dana od dana primitka žalbe. Komisiji mora biti dostupna i medicinska dokumentacija o prethodnim zdravstvenim pregledima radnika, a po potrebi i medicinska dokumentacija od izabranog liječnika primarne zdravstvene zaštite o čijoj se zdravstvenoj sposobnosti odlučuje. Ocjena zdravstvene sposobnosti komisije je konačna i dostavlja se pregledanoj osobi, poslodavcu i Hrvatskom zavodu za medicinu rada (Pravilnik, čl. 7.).

12/ *Pravilnikom o načinu vođenja evidencije o izvršenim laboratorijskim ispitivanjima* (“Narodne novine”, broj 23/94.), propisuje se **način vođenja evidencije** o izvršenim laboratorijskim ispitivanjima i način dostavljanja izvješća o uzročnicima zaraznih bolesti, odnosno epidemije zaraznih bolesti (Pravilnik, čl. 1.). Evidenciju su dužne voditi zdravstvene ustanove u kojima se obavlja laboratorijsko ispitivanje uzročnika zaraznih bolesti, odnosno epidemije

zaraznih bolesti i provjera (verifikacija) laboratorijskog ispitivanja uzročnika zaraznih bolesti radi utvrđivanja dijagnoze (Pravilnik, čl. 2.) te su dužne voditi i knjigu bolesničkih uzoraka za bakteriološku obradu koja mora sadržavati: redni broj pod kojim je zaprimljen uzorak; datum primitka uzorka; ime i prezime bolesnika čiji je uzorak zaprimljen; naziv zdravstvene ustanove iz koje je uzorak poslan; vrstu uzorka i rezultat laboratorijskog ispitivanja (Pravilnik, čl. 3.). Zdravstvene ustanove dužne su dostaviti rezultat laboratorijskog ispitivanja doktoru medicine, odnosno doktoru medicine specijalisti koji je zatražio pretragu, te su dužne dostavljati i izvješće o uzročnicima zaraznih bolesti, odnosno epidemije zaraznih bolesti, svakih šest mjeseci Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo (Pravilnik, čl. 4. i 5.).

13/ Pravilnikom o načinu i rokovima provedbe neposrednog nadzora nad izvorima ionizirajućih zračenja, načinu mjerenja ozračenja djelatnika i bolesnika koji su izloženi ionizirajućim zračenjima, vođenju i sadržaju evidencija i registara te načinu izvješćivanja u vezi s tim zračenjima ("Narodne novine", broj 63/00.), propisuju se način i rokovi provedbe neposrednog nadzora nad izvorima ionizirajućih zračenja, način mjerenja osobnog ozračenja djelatnika i bolesnika koji su izloženi ionizirajućim zračenjima, obvezatan sadržaj izvješća o nadzoru i mjerenjima, **način vođenja i rokovi čuvanja potrebitih evidencija** te postupak izvješćivanja nadležnih tijela (Pravilnik, čl. 1.).

Hrvatski zavod za zaštitu od zračenja dužan je, na obrascima čiji oblik i sadržaj utvrđuje ravnatelj Hrvatskog zavoda za zaštitu od zračenja i/ili elektroničkim putem, **voditi evidencije** o ovlaštenim pravnim osobama, o pravnim i fizičkim osobama koje obavljaju djelatnosti s izvorima ionizirajućih zračenja, izvorima ionizirajućih zračenja, o djelatnicima i njihovom ozračenju tijekom rada s izvorima ionizirajućih zračenja i drugim podacima u svezi s ionizirajućim zračenjima. Podaci upisani u evidenciju koja se vodi na elektroničkom računalu upisuju se na odgovarajući medij kao sigurnosna kopija nakon upisa ili nakon upisa promjene (Pravilnik, čl. 37.). Hrvatski zavod za zaštitu od zračenja dužan je voditi i evidencije o pravnim ili fizičkim osobama koje obavljaju djelatnosti s izvorima ionizirajućih zračenja (Pravilnik, čl. 38.) te evidenciju rendgenskih uređaja, akceleratora i drugih uređaja i postrojenja koji proizvode ionizirajuće zračenje, a koriste se u medicini i stomatologiji, gospodarstvu, istraživanjima i javnim djelatnostima, koja sadrži ove podatke (Pravilnik, čl. 39.).

14/ Pravilnikom o obrascu suglasnosti te obrascu izjave o odbijanju pojedinog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka ("Narodne novine", broj 10/08.) uređuje se sadržaj obrasca suglasnosti kojom se prihvaća pojedini preporučeni dijagnostički, odnosno terapijski postupak (u daljnjem tekstu: Suglasnost) te sadržaj obrasca izjave o odbijanju pojedinog preporučenog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka (u daljnjem tekstu: Izjava o odbijanju) u zdravstvenim ustanovama, trgovačkim društvima koja obavljaju zdravstvenu djelatnost te kod privatnih zdravstvenih radnika (u daljnjem tekstu: nositelj zdravstvene djelatnosti), (Pravilnik, čl. 1.). Obrazac Suglasnosti treba sadržavati sljede-

će podatke: naziv preporučenog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka; naziv nositelja zdravstvene djelatnosti; ustrojstvena jedinica; ime i prezime pacijenta; datum rođenja, spol, mjesto rođenja, adresa stanovanja, matični broj osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju; ime i prezime zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika, (za pacijenta koji nije pri svijesti, za pacijenta s težom duševnom smetnjom te za poslovno nesposobnog ili maloljetnog pacijenta); potpis i faksimil doktora medicine; mjesto i datum ispunjavanja Suglasnosti (dan, mjesec, godina) te vlastoručni potpis pacijenta/zakonskog zastupnika/skrbnika (Pravilnik, čl. 2.). Sadržaj obavijesti o pojedinom preporučenom dijagnostičkom, odnosno terapijskom postupku koja se prilaže Suglasnosti treba utvrditi nositelj zdravstvene djelatnosti uz prethodno pribavljeno mišljenje nadležnih komora i uz suglasnost Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu (Pravilnik, čl. 3.). Odbijanje pojedinog preporučenog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka pacijent mora izraziti potpisivanjem obrasca Izjave o odbijanju (Pravilnik, čl. 4.). Obrazac Izjave o odbijanju treba sadržavati sljedeće podatke: naziv preporučenog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka; naziv nositelja zdravstvene djelatnosti; ustrojstvena jedinica; ime i prezime pacijenta, datum rođenja, spol, mjesto rođenja, adresa stanovanja, matični broj osigurane osobe u obveznom zdravstvenom osiguranju; ime i prezime zakonskog zastupnika, odnosno skrbnika, (za pacijenta koji nije pri svijesti, za pacijenta s težom duševnom smetnjom te za poslovno nesposobnog ili maloljetnog pacijenta); potpis i faksimil doktora medicine; mjesto i datum ispunjavanja Izjave o odbijanju (dan, mjesec, godina) te vlastoručni potpis pacijenta/zakonskog zastupnika/skrbnika (Pravilnik, čl. 5.).

VIII. Umjesto zaključka – odgovornost za vođenje medicinske dokumentacije i tajnost podataka

1/ Svaki liječnik koji zabilježi određene podatke u medicinsku dokumentaciju snosi odgovornost za ono što je zabilježio.¹³⁹ Loše vođena i neodgovarajuća medicinska dokumentacija može se smatrati oblikom **nesavjesnog liječenja**.¹⁴⁰

Dužnost vođenja medicinske dokumentacije liječnici mogu **povrijediti na različite načine** – propuštanjem (ako dokumentaciju uopće ne vode ili je ne vode potpuno i pravovremeno, odnosno ako je ne čuvaju i pohranjuju u skladu s propisima)¹⁴¹ i činjenjem (unošenjem netočnih podataka, oštećenjem ili uništenjem, preinakom ili prikriivanjem podataka iz medicinske dokumentacije),

¹³⁹ Usp. MUJOVIĆ-ZORNIĆ, H. – SJENIČIĆ, M., *Kodeks lekarske etike kao izraz staleške samoregulative u medicini*, "Pravni informator", 2003., str. 6.

¹⁴⁰ Vidi TURKOVIĆ, K. – DIKA, M. – GORETA, M. – ĐURĐEVIĆ, Z., *Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama s komentarom i priložima*, Zagreb, 2001., str. 116.

¹⁴¹ Primjerice, ako ne upiše, odnosno priloži u medicinsku dokumentaciju podatak o namjeri pacijenta da napusti zdravstvenu ustanovu ili ne upiše, odnosno priloži u medicinsku dokumentaciju podatak o samovoljnom napuštanju zdravstvene ustanove bez najave pacijenta (ZOZPP, čl. 42. t. 4. u svezi s čl. 27.).

a povredu svakako predstavlja i nedopuštanje pacijentu upoznati se sa sadržajem svoje medicinske dokumentacije.¹⁴²

U obavljanju **inspeksijskih** poslova zdravstveni inspektor osobito nadzire i način vođenja i korištenja odgovarajuće medicinske dokumentacije i evidencije (ZOZZ, čl. 173. t. 5.). Zdravstvene ustanove, trgovačka društva i privatni zdravstveni radnici kod kojih se obavlja inspeksijski nadzor dužni su zdravstvenom inspektoru omogućiti obavljanje nadzora i pružiti potrebne podatke i obavijesti. Inspektor u provođenju inspeksijskog nadzora pregledava, među ostalim, i medicinsku dokumentaciju zdravstvene ustanove, trgovačkog društva, odnosno zdravstvenog radnika, a inspektor tijekom inspeksijskog nadzora zbog mogućeg prikrivanja dokaza ima pravo privremeno izuzeti predmete i izvornu dokumentaciju, uz potvrdu (ZOZZ, čl. 170.).

2/ Neovlašteno odavanje podataka iz medicinske dokumentacije može, za osobu koja je povrijedila dužnost čuvanja tajnosti tih podataka, imati različite posljedice i odgovornosti. Zbog propusta u vođenju medicinske dokumentacije zdravstveni djelatnici i zdravstvene ustanove mogu **odgovarati** prekršajno, stegovno/disciplinski, kazнено i građanskopravno.

2.1. Moralne i psihološke posljedice – Uvodno treba kazati da nepoštivanje dužnosti čuvanja tajnosti podataka iz medicinske dokumentacije ima ponajviše štetne psihološke i moralne posljedice. Nepridržavanje etičkih načela od strane liječnika može dovesti do njegove stegovne i kaznene odgovornosti, ali je ono ipak najviše podvrgnuto sudu vlastite savjesti.¹⁴³ Za razliku od ostalih pravila medicinskog prava, etička su pravila redovito kodificirana u posebnim etičkim, odnosno deontološkim kodeksima,¹⁴⁴ u našem pravu u Kodeksu medicinske etike i deontologije.

2.2. Kaznena odgovornost – Ako se osobni podaci iz medicinske dokumentacije koriste suprotno zakonom dopuštenoj svrsi njihova prikupljanja, može se raditi i o **kaznom djelu** nedopuštene uporabe osobnih podataka (KZ, čl. 133.).¹⁴⁵ Moralna obveza liječnika da čuva tajnost podataka iz medicinske dokumentacije “pojačana” je, dakle i pravnim normama koje propisuju kaznenu odgovornost liječnika ako neovlašteno otkrije tajnu koju je saznao u obavljanju svoga poziva.¹⁴⁶ KZ propisuje da će se doktor medicine, doktor stomatologije, primalja ili drugi zdravstveni djelatnik, koji neovlašteno otkrije tajnu, koju je saznao u obavljanju svoga zvanja kazniti novčanom kaznom ili kaznom zatvora do šest mjeseci (arg. KZ, čl. 132. st. 1.), a kazneni postupak za navedeno kazneno djelo pokreće se povodom prijedloga (KZ, čl. 132. st. 3.). Ovom

¹⁴² U tom smislu RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo*, Beograd, 2004., str. 151.

¹⁴³ Usp. ZEČEVIĆ, D. i dr., *Sudska medicina i deontologija*, Zagreb, 2004., str. 320.

¹⁴⁴ Tako BOŠKOVIĆ, Z., *Kodeks medicinske etike i deontologije*, “Informator”, broj 5046-5047, od 17. i 20. srpnja 2002. godine, str. 1.

¹⁴⁵ Usp. TURKOVIĆ, K. – DIKA, M. – GORETA, M. – ĐURĐEVIĆ, Z., *Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama s komentarom i priložima*, Zagreb, 2001., str. 115.

¹⁴⁶ Vidi BOŠKOVIĆ, Z., *Profesionalna liječnička tajna*, “Informator”, broj 5329, od 2. travnja 2005., str. 11.

inkriminacijom osigurava se kaznenopravna zaštita podataka osobnog značaja, odnosno podataka koji se tiču određenog pojedinca i njegovog intimnog područja života.¹⁴⁷ Kazneno djelo odavanja liječničke tajne, pa time i podataka iz medicinske dokumentacije, spada u kategoriju *delicta propria*, odnosno mogu ga izvršiti samo one osobe koje vrše zdravstvenu službu, što u širem tumačenju pojma “zdravstvene službe” može obuhvatiti i zdravstvenu administraciju.¹⁴⁸ Radnja počinjenja je svako ponašanje liječnika kojom se tajna stavlja do znanja, kojom se prenosi, iskazuje nekoj trećoj, neovlaštenoj osobi.¹⁴⁹ Da bi ovo kazneno djelo postojalo, mora se raditi o neovlaštenom otkrivanju podataka iz medicinske dokumentacije, a u protivnom djelo neće postojati jer neće biti protupravno.¹⁵⁰

2.3. Prekršajna odgovornost – Zbog neovlaštenog odavanja podataka iz medicinske dokumentacije liječnik može odgovarati i prekršajno.¹⁵¹ **Liječnik** se može kazniti za **prekršaj** novčanom kaznom u iznosu od 5. 000, 00 do 10. 000,

¹⁴⁷ Usp. RAJIĆ, Z. – TOMIĆ, M. – MILJKO, Z., *Komentar Kaznenog zakona*, Mostar, 2000., str. 217.

¹⁴⁸ Tako *Medicinska enciklopedija*, knjiga 4., Zagreb, MCMLXIX, str. 295.

¹⁴⁹ Tajna doznana pri obavljanju poziva nije pristupačna širem krugu osoba. Interes i volja njezina vlasnika je da ostane u diskreciji, da ne postane dostupna i da ju ne sazna neovlaštena osoba. Vidi BAČIĆ, F. – PAVLOVIĆ, Š., *Komentar kaznenog zakona*, Zagreb, 2004., str. 548. Uvijek se radi o tajnama koje se tiču pojedinca, a ne i o onima koje se tiču ustanova, trgovačkih društava, organizacija i sl., jer su one obuhvaćene posebnim kaznenim djelima, kao što su djela otkrivanja službene, vojne, poslovne ili državne tajne. Tako BAČIĆ, F. – ŠEPAROVIĆ, Z., *Krivično pravo – posebni dio*, Zagreb, 1997., str. 111. Tajna se ne mora ticati samoga pacijenta, već se može odnositi i na sasvim druge osobe. *Ibid.*, str. 111. Zaštitni objekt je pravo građana na osobnu tajnu, odnosno podaci saznati u vršenju određenog poziva. Vidi RAJIĆ, Z. – TOMIĆ, M. – MILJKO, Z., *Komentar Kaznenog zakona*, Mostar, 2000., str. 217. Štiti se intimnost osobe, a preko nje i potreba pravilnog funkcioniranja određenih javnih poziva i djelatnosti, jer se odnos djelatnika ovih službi i građana temelji na međusobnom povjerenju, uključujući jamstvo da će osobna tajna biti poštovana. Usp. BAČIĆ, F. – PAVLOVIĆ, Š., *Komentar Kaznenog zakona*, Zagreb, 2004., str. 548.

¹⁵⁰ Tako BAČIĆ, F., *Krivično pravo – Posebni dio (I)*, Zagreb, 1979., str. 205. Ovo kazneno djelo neće postojati ako su otkriveni podaci čije držanje u tajnosti nije bitno za očuvanje pacijentova intimteta (objektivno beznačajni podaci). Kao poseban temelj isključenja protupravnosti ovog kaznenog djela slučaj je dopuštenog otkrivanja liječničke tajne, neovisno o stajalištu pacijenta, u općem interesu ili interesu druge osobe koji je pretežniji od interesa čuvanja liječničke tajne. Pod općim interesom može se smatrati slučaj potrebe otkrivanja kaznenog djela, sprječavanja zaraze i sl. Dopušteno otkrivanje liječničke tajne u interesu druge osobe postojalo bi, primjerice ako roditelju treba kazati da mu dijete boluje od teške bolesti, dakle osobi čiji je interes otkrivanja veći od interesa neotkrivanja. Vidi BAČIĆ, F. – PAVLOVIĆ, Š., *Komentar kaznenog zakona*, Zagreb, 2004., str. 549. Ne bi se radilo o ovom djelu ni onda ako bi, primjerice liječnik obavijestio suprugu o spolnoj bolesti muža ili kad bi o određenoj bolesti profesionalnog vozača obavijestio nadležnu ustanovu. Usp. BAČIĆ, F. – ŠEPAROVIĆ, Z., *Krivično pravo – posebni dio*, Zagreb, 1997., str. 111.; ŠEPAROVIĆ, Z., *Granice rizika*, Zagreb, 1998., str. 32. Djelo neće biti protupravno ni onda ako je tajna odana uz pristanak pacijenta, a takav učinak mogu imati i opći razlozi isključenja protupravnosti, kao na primjer krajnja nužda ili pretpostavljeni pristanak. Vidi BAČIĆ, F. – ŠEPAROVIĆ, Z., *Krivično pravo – posebni dio*, Zagreb, 1997., str. 112.

¹⁵¹ Za navedeni prekršaj kaznit će se novčanom kaznom u iznosu od 10.000,00 do 50.000,00 kn i trgovačko društvo koje obavlja zdravstvenu djelatnost sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti, kao i odgovorna osoba u trgovačkom društvu koja obavlja zdravstvenu djelatnost i to novčanom

00 kn ako ne vodi i ne čuva medicinsku dokumentaciju u skladu s odredbama čl. 23. ZOLJ-a (ZOLJ, čl. 59. t. 5.). Novčanom kaznom u iznosu od 5.000,00 do 10.000,00 kn može se kazniti za prekršaj **magistar farmacije** ako bez recepta ili propisane medicinske dokumentacije izda lijek koji ima odobrenje za stavljanje u promet na recept sukladno posebnome zakonu (ZOLK, čl. 53. t. 4.).¹⁵² Novčanom kaznom u iznosu od 5.000,00 do 10.000,00 kn kaznit će se za prekršaj **doktor stomatologije** ako ne vodi i ne čuva stomatološku dokumentaciju u skladu s odredbama ZOSD-a (ZOSD, čl. 66. t. 5.).

Zdravstvena ustanova i trgovačko društvo koje obavlja zdravstvenu djelatnost mogu se kazniti za **prekršaj** novčanom kaznom u iznosu od 10. 000, 00 do 50. 000, 00 kn ako pacijentima i drugim ovlaštenim osobama uskrati pravo na informiranje o pitanjima koja se tiču njihova zdravlja, što svakako uključuje i pristup medicinskoj dokumentaciji, a odgovorna osoba u zdravstvenoj ustanovi i trgovačkom društvu, te privatni zdravstveni radnik mogu se za navedeni prekršaj kazniti novčanom kaznom u iznosu od 5.000,00 do 10. 000,00 kn (v. ZOZZ, čl. 192. i 195.). I prema odredbama ZOZPP-a, zdravstvena ustanova i trgovačko društvo koje obavlja zdravstvenu djelatnost mogu se kazniti za prekršaj novčanom kaznom u iznosu od 10.000,00 do 50.000,00 kn ako uskrati pacijentu i drugoj ovlaštenoj osobi uvid u medicinsku dokumentaciju protivno odredbama čl. 23. i 24. ZOZPP-a, a za isti prekršaj mogu se kazniti novčanom kaznom u iznosu od 5. 000, 00 do 10. 000, 00 kuna i odgovorna osoba u trgovačkom društvu koje obavlja zdravstvenu djelatnost te privatni zdravstveni radnik (ZOZPP, čl. 41.). **Psihijatrijska ustanova** treba se kazniti novčanom kaznom u iznosu od 5.000,00 do 300.000,00 kuna za prekršaj ako vodi i postupa s medicinskom dokumentacijom suprotno čl. 18. i 19. ZZOSD-a (ZZOSD, čl. 64. st. 1. t. 6.), a za navedene prekršaje kaznit će se novčanom kaznom u iznosu od 1.000,00 do 10.000,00 kuna osoba čijom je radnjom ostvaren navedeni prekršaj, kao i odgovorna osoba u psihijatrijskoj ustanovi (ZZOSD, čl. 64. st. 2.).

2.4. Stegovna (disciplinska) odgovornost – Eventualna kaznena i prekršajna odgovornost liječnika ili disciplinska odgovornost u zdravstvenoj ustanovi, trgovačkom društvu ili drugoj pravnoj osobi koja obavlja zdravstvenu djelatnost zbog nepoštivanja odredbi kojima se uređuje medicinska dokumentacija, ne isključuje **disciplinsku odgovornost** liječnika pred Hrvatskom liječničkom komorom. Naime, liječnik je disciplinski odgovoran ako: povrijedi odredbe ZOLJ-a, povrijedi Kodeks medicinske etike i deontologije Komore,¹⁵³ kada

kaznom u iznosu od 5.000,00 do 10.000,00 kuna, a također će se kazniti novčanom kaznom u iznosu od 5.000,00 do 10.000,00 kn i privatni zdravstveni radnik (ZOZPP, čl. 41.).

¹⁵² Tako i podrobnije kod JAKŠIĆ, Ž. *Medicinska dokumentacija*. U: JAKŠIĆ, Ž. i sur., *Socijalna medicina. Praktikum II.*, 5. izd., Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1989., str. 355.-372.

¹⁵³ Povrede odredaba Kodeksa disciplinske su povrede. Postupak utvrđivanja i izricanje kazni i mjera za iste propisan je Pravilnikom o disciplinskom postupku Hrvatske liječničke komore (Kodeks, čl. 10. st. 1.).

svojim ponašanjem prema pacijentu povrijedi ugled liječničke profesije te ako ne ispunjava Statutom ili drugim općim aktom određene članske obveze prema Komori (ZOLJ, čl. 50.). Navedene povrede imaju značenje teških povreda ako imaju teže značenje s obzirom na važnost, prirodu povrijeđenog dobra, visinu materijalne štete ili težinu druge posljedice te s obzirom na okolnosti pod kojima je radnja izvršena, odnosno propuštena. Suprotno, navedene povrede imaju značenje lakih povreda ako imaju lakše značenje s obzirom na važnost, prirodu povrijeđenog dobra, visinu materijalne štete ili težinu druge posljedice te s obzirom na okolnosti pod kojima je radnja izvršena, odnosno propuštena (Pravilnik o disciplinskom postupku Hrvatske liječničke komore,¹⁵⁴ čl. 4.). Povreda čuvanja profesionalne, liječničke tajne, pa time i čuvanja tajnosti podataka iz medicinske dokumentacije, **teža je povreda obveze iz radnog odnosa** (arg. ZOZZ, čl. 122. st. 3.). Za tu se povredu mogu izreći sljedeće disciplinske mjere i kazne: ukor, javni ukor, novčana kazna, privremeno oduzimanje odobrenja za samostalan rad od mjesec dana do godine dana, trajno oduzimanje odobrenja za samostalan rad. Uz svaku navedenu mjeru i kaznu, osim uz mjeru trajnog oduzimanja odobrenja za samostalan rad, liječniku se može odrediti disciplinska mjera dodatne izobrazbe. Disciplinska mjera oduzimanja odobrenja za samostalan rad može se izreći uvjetno s rokom kušnje od 6 mjeseci do dvije godine. Iznos novčane kazne određen Statutom Komore, koji ne može biti niži od 1.000,00 kn niti veći od 5.000,00 kn, određuje Sud Komore u svakom pojedinom slučaju (arg. Pravilnik o disciplinskom postupku Hrvatske liječničke komore, čl. 55.).¹⁵⁵

2.5. Građanska odgovornost – Kako vođenje medicinske dokumentacije nije samo javnopravna, nego i **građanskopravna obveza**, ispunjenje ove dužnosti moralo bi biti osigurano i sankcijama iz domene građanskog prava, tužbom za ispunjenje i naknadu štete zbog neispunjenja.¹⁵⁶ Pacijent ima pravo na povjerljivost podataka koji se odnose na stanje njegova zdravlja, sukladno propisima o čuvanju profesionalne tajne i zaštiti osobnih podataka (ZOZPP, čl. 25.), a u slučaju povrede toga njegovoga prava, pacijent ima pravo na naknadu štete sukladno općim propisima obveznog prava (ZOZPP, čl. 29.). Dakle, osobi čije je pravo osobnosti,¹⁵⁷ odnosno pravo na privatnost, povrijeđeno protupravnim odavanjem podataka iz medicinske dokumentacije, pripada pravo da protiv osobe koja je izvršila povredu stavlja i ostvaruje odgovarajuće građanskopravne

¹⁵⁴ Pravilnik je objavljen na oglasnoj ploči Komore 04. studenog 2003. godine, a stupio je na snagu 13. studenog 2003. godine. Tekst Pravilnika objavljen je i u "Liječničkim novinama, broj 29/04.

¹⁵⁵ Podrobnije o disciplinskoj/stegovnoj odgovornosti liječnika i radu Suda časti HLJK vidi kod RUMEK ČRNE, R. – ROKSANDIĆ, S., *Sud Hrvatske liječničke komore – pravni aspekti*, objavljen u Hrvatska liječnička komora 193-1995-2005., Zagreb, 2005., str. 237.-244.; BABIĆ, T. – ROKSANDIĆ, S., *Osnove zdravstvenog prava*, Zagreb, 2006., str. 223.-226.

¹⁵⁶ Vidi RADIŠIĆ, J., *Medicinsko pravo*, Beograd, 2004., str. 152.

¹⁵⁷ Detaljnije o tome kod RADOLOVIĆ, A., *Pravo osobnosti u novom Zakonu o obveznim odnosima*, "Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci", vol. 27., 2006., br. 1, str. 129.-170.

zahtjeve¹⁵⁸ i to zahtjev za prestanak povrede (kvazinegatorijski zahtjev), zahtjev za popravljjanje neimovinske (nematerijalne) štete nenovčanim i/ili novčanim zadovoljenjem, zahtjev za utvrđenje, kao i zahtjev zbog stjecanja bez osnove.¹⁵⁹ Odštetna odgovornost zdravstvenih djelatnika determinirana je veličinom rizika koji nosi ta profesija, jer je liječnička djelatnost, unatoč temeljnom humanom i plemenitom cilju da se pacijentu očuva ili popravi zdravstveno stanje, ponekad neizbježno povezana s rizikom gubitka života ili pogoršanja zdravlja.¹⁶⁰

¹⁵⁸ Usp. GAVELLA, N., *Osobna prava – I. dio*, Zagreb, 2000., str. 219.

¹⁵⁹ *Ibid.*, str. 241.

¹⁶⁰ Vidi KLARIĆ, P., *Odštetno pravo*, Zagreb, 2003., str. 388.; BOŠKOVIĆ, Z., *Zakon o zaštiti prava pacijenata – reforma zdravstvenog zakonodavstva Republike Hrvatske*, "Hrvatska pravna revija", god. V., 2005., br. 1, str. 90.

Summary

**THE RIGHT OF ACCESS TO DATA CONTAINED
IN THE MEDICAL DOCUMENTATION**

Medical documentation is a document containing information on course of patient illness and treatment, i.e. on patient health condition, working methods at the place of providing health protection and guidelines which are given to achieve patient's right to health protection. The described document is issued in medical facility and it is signed by the authorized health professional (in most cases by the physician).

After providing the explanation of the notion of medical documentation, the author in his article points at: purpose, content and types of medical documentation, duty to and modes of keeping the medical documentation, patient's right to have an insight into his / her medical documentation as well as third party's right of access to medical documentation, certain subordinate legislative acts governing medical documentation, content and duty to keep and safeguard it as well as consequences of breaching such duties. The final part of the article deals with responsibility for medical documentation keeping and protecting the privacy of data contained within.

Key words: *medical documentation, medical law.*

Riassunto

DIRITTO ALL'ACCESSO AI DATI NELLA DOCUMENTAZIONE MEDICA

La documentazione medica rappresenta un documento inerente al decorso della malattia del paziente e la cura, ovvero inerente alle condizioni di salute del paziente, inerente alle modalità di lavoro nel luogo dove viene prestata la cura medica, come pure inerente alle disposizioni date al fine di realizzare il diritto del paziente alla tutela sanitaria; tale documento viene elaborato nella struttura sanitaria ed è sottoscritto dall'operatore sanitario autorizzato (solitamente da un medico).

Nel lavoro l'autore, dopo avere spiegato la nozione di documentazione medica, pone in rilievo: lo scopo, il contenuto ed i tipi di documentazione medica; l'obbligo e le modalità di tenuta della documentazione medica; il diritto del paziente di prendere visione della propria documentazione medica, ma anche il diritto dei terzi soggetti ad accedere alla documentazione medica; alcuni regolamenti che regolano l'obbligo di tenuta della documentazione, il contenuto e la conservazione della documentazione medica, come pure le conseguenze della violazione di tali obblighi; infine, la responsabilità per la tenuta della documentazione medica e la salvaguardia della segretezza dei dati contenuti nella documentazione medica.

***Parole chiave:** documentazione medica, diritto sanitario.*