

**UDRUŽENJE SUDSKIH VEŠTAKA U MEDICINI RADA**



**I SUDSKOMEDICINSKO VEŠTAČENJE U MEDICINI RADA  
(DEVETNAESTI SIMPOZIJUM)**

**II OPŠTI PRINCIPI SUDSKOMEDICINSKOG VEŠTAČENJA U MEDICINI  
RADA  
(SEMINAR)**

**-ZBORNIK RADOVA-**

**BEOGRAD, 2019.**

**Organizator**

**Udruženje sudskih veštaka u medicini rada**

**Organizacioni odbor:** Prim. dr Dragoljub Filipović, predsednik  
Prim. dr Vlado Batnožić  
Prof. dr Vladimir Popović  
Prim. dr Veselin Govedarica  
Prof. dr Dragan Cvetković  
Prof. dr Miloš Jovanović

**Sekretari:** Prim. dr Ljubomir Ignjatović

Prim. dr Dragana Veličković

**Уредник Зборника:** Prof. dr Aleksandar Vidaković

**Лектор:** Margita Joksimović

**Organizaciju Simpozijuma pomogli**

**ZAVOD ZA ZDRAVSTVENU ZAŠTITU RADNIKA „ŽELEZNICE SRBIJE”,**

**BEOGRAD**

**KOMPANIJA DUNAV OSIGURANJE A.D.O BEOGRAD**

## SARADNICI

### I SUDSKOMEDICINSKO VEŠTAČENJE U MEDICINI RADA (Simpozijum)

**Ašković dr Ana**, specijalista medicine rada, Zavod za zdravstvenu zaštitu radnika železnice Srbije“, Beograd

**Branković dr Đorđe** lekar-cenzor, Kompanija Dunav osiguranje a.d.o.

**Govedarica prim. dr Veselin**, specijalista medicine rada, Udruženje sudskeh veštaka u medicini rada, Beogard

**Žigić doc. dr Olivera**, specijalista neuropsihijatrije, Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu

**Ivanov prim. dr sci. med. Zoran**, specijalista medicine rada, , Udruženje sudskeh veštaka, „Vojvodina“, Novi Sad

**Ignjatović prim. dr Ljubomir Ignjatović**, specijalista otorinolaringoologije, Zavod za zdravstvenu zaštitu radnika železnice Srbije“, Beograd

**Jovanović prof. dr Jovica**, specijalista medicine rada , Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu

**Jovanović prof. dr Miloš**, u penziji, specijalista oftalmologije, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

**Jovanović dr Branka**, specijalista pedijatrije, „Kliničko bolnički centar „Zvezdara“

**Lalić prof. dr Hrvoje**, specijalista medicine rada , Medicinski fakultet Univerziteta u Rijeci, Hrvatska

**Macura prof. dr Marija**, specijalista opšte medicine, Fakultet sporta i fizičkog vaspitanja Univerziteta u Beogradu

**Mitrović prim. dr Dušan**, specijalista socijalne medicine, Zavod za zdravstvenu zaštitu radnika železnice Srbije“, Beograd

**Mujović prof. dr Hajrija**, pravnik, Institut društvenih nauka, Beograd

**Nikolić doc. dr Gordana**, specijalista psihijatrije, Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu, Centar za mentalno zdravlje KC Niš

**Pančić ass. Marina**, specijalista medicinske psihologije, klinički asistent, Filozofski fakultet, Kosovska Mitrovica

**Podnar dr Goran**, specijalista kardiologije, Zavod za zdravstvenu zaštitu radnika železnice Srbije“, Beograd

**Pejak Prokeš Olivera**, diplomirani pravnik, sudija apelacionog suda u Novom Sadu

**Popović doc. dr Aleksandra**, specijalista fizikalne medicine, Fakultet sporta i fizičkog vaspitanja Univerziteta u Beogradu

**Popović prof. dr Vladimir**, u penziji, specijalista medicine rada, Medicinski fakultet Univerziteta u Nišu

**Prokeš prof. dr Bela**, specijalista medicine rada, Medicinski fakultet Univerziteta u Novom Sadu

**Radojković dr Gvozden**, specijalista medicine rada, Zavod za zdravstvenu zaštitu radnika železnice Srbije“, Beograd

**Soković Nada**, master prava, Nacionalna služba za zapošljavanje

**Stojiljković dr Slavica**, specijalista medicine rada, Dom zdravlja Kruševac

**Stojiljković prim. Dr Slobodan**, specijalista medicine sporta, „Sportska ordinacija Stojiljković“, Kruševac

**Filipović prim. dr Dragoljub Filipović**, specijalista medicine rada, zavod za zdravstvenu zaštotu „Železnice Srbije“, Beograd

**Cvetković prof. dr Dragan**, diplomirani inženjer zaštite na radu, Fakultet zaštite na radu, Универзитета у Нишу

**Ćirić prof. dr Zoran**, specijalista neuropsihijatrije, Pravni fakultet Univerziteta u Nišu

**Džamić Nikolić dr Mirjana**, specijalista medicine rada, Zavod za zdravstvenu zaštitu radnika železnice Srbije“, Beograd

## **II OPŠTI PRINCIPI SUDSKOMEDICINSKOG VEŠTAČENJA U MEDICINI RADA**

**Jovanović prof. dr Miloš**, u penziji, specijalista oftalmologije, Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu

**Mujović prof. dr Hajrija**, pravnik, Institut društvenih nauka, Beograd

**Pejak Prokeš Olivera**, diplomirani pravnik, sudsija apelacionog suda u Novom Sadu

**Prokeš prof. dr Bela**, specijalista medicine rada, Medicinski fakultet Univerziteta u Novom Sadu

## **SADRŽAJ**

### **I SUDSKOMEDICINSKO VEŠTAČENJE U MEDICINI RADA**

D.Govedarica, D. Filipović

DOSADAŠNJE AKTIVNOSTI I DOSTIGNUĆA UDRUŽENJA NA EDUKACIJI SUDSKIH  
VEŠTAKA

H.Mujović

PRAVNI ELEMENTI I FORMANALAZA I MIŠLJENJA AUSAKOMEDICINSKOG  
VEŠTAKA,

D.MitrovićD. Filipović, Lj. Ignjatović,

LEKARI IZMEĐU ETIKE I ZAKONSKE REGULATIVE

D. Cvetgković

UPRAVLJANJE RIZIKOM-PREDUSLOV ZA POBOLJŠANJE

PROCESA SUDSKO MEDICINSKOG VEŠTAČENJA

M. Jovanović, B. ovanović

MEDICINSKO VEŠTAČENJE LEKARSKIH GREŠAKA

Z. Ćirić , G. Nikolić, M. Pantić

OSNOVI PSIHIJATRIJSKE EVALUACIJE UMANJENJA I GUBITKA RADNE

SPOSOBNOSTI-SUDSKOMEDICINSKI ASPKEt

G. Nikolić, Z. Ćirić, O. Žikić,

NEPSIHOTIČNI PSIHIJATRIJSKI POREMEĆAJI I RADNA SPOSOBNOST-

SUDSKOMEDICINSKI ASPEKT

J. Jovanović

VEŠTAČENJE UTICAJA FAKTORA PROFESIONALNE EKSPOZICIJE NA NASTANAK  
ARTERIJSKE HIPERTENZIJE-SUDSKOMEDICINSKI ASPEKT

Z. Ivano, V. Govedarica

SUDSKOMEDICINSKO VEŠTAČENJE NAKNADE ŠTETE ZBOG TRAJNO POVEĆANIH  
POTREBA

A. Ašković, M. Džamić, G. Radojković

OCENA RADE SPOSOBNOSTI OSOBA SA INVALIDITETOM-SUDSKOMEDICINSKI

ASPEKT

N.Soković

PROCENA RADNE SPOSOBNOSTI I MOGUĆNOSTI ZAPOSLENJA ILI ODRŽAVANJA

ZAPOSLENJA OSOBA SA INVALIDITETOM

H. Lalić

NEZAVISNI VJEŠTAK MEDICINE RADA:VEŠTACI MIROINSKOG OSIGURANJA =2:2

A. Popović, M. Macuraa V. Popović  
SUDSKOMEDICINSKO VEŠTAČENJE ŠTETE ZBOG POVREDA PRI SPORTSKOJ  
REKREACIJI  
S. Stojiljković, S. Stojiljković

ARITMOGENA DISPLAZIJE DESNE KOMORE-PRIKAZ SLUČAJA

Đ. Branković

PROCENA LEKARA U OSIGURANJU KAO POTENCIJALNI PREDMET VEŠTAČENJA U  
ŽALBENOM I SUDSKOM POSTUPKU

## **II OPŠTI PRINCIPI SUDSKOMEDICINSKOG VEŠTAČENJA U MEDICINI RADA (SEMINAR)**

M. Jovanović, B. Jovanović  
OSNOVNI PRINCIPI SUDSKOMEDI CINSKOG VEŠTAČENJA

H. Mujović  
OSNOVI SUDSKOMEDICINSKOG VEŠTAČENJA-LEKAR KAO SUDSKI VEŠTA

B.Prokeš, O.Pejak Prokeš  
SPECIFIČNOSTI SUDSKOMEDICINSKOG VEŠTAČENJA UMEDICINI RADA

# **DOSADAŠNJE AKTIVNOSTI I DOSTIGNUĆA UDRUŽENJA NA EDUKACIJI SUDSKIH VEŠTAKA**

Veselin Govedarica, Dragoljub Filipović

## **REZIME**

Pre 19 godina otpočela je kontinuirana edukacija sudskeih veštaka u oblasti medicine rada. Osnovni motiv za njeno pokretanje bila je činjenica da oblast sudskomedicinskog veštačenja tada (a i danas) nije zastupljena u redovnim i poslediplomskim studijama medicine i da nisu postojale druge mogućnosti za usavršavanje veštaka u ovoj oblasti. Takođe, sud je zahtevao preciznije zaključke veštačenja (izjašnjavanje u procentima). Uočeno je da za kvalitetno veštačenje nije dovoljno samo stručno znanje iz oblasti kojom se bavimo, već je neophodno poznavati pravnu regulativu i interpretirati pravni značaj medicinskih činjenica kako bi se na najbolji način odgovorilo na zahtev suda. U tom smislu je bila neophodna adekvatna edukacija veštaka. U proteklih 19 godina u organizaciji Udruženja sudskeih veštaka u medicini rada održano je isto toliko stručnih skupova na kojima je izloženo 365 radova. Problematika veštačenja u medicini rada sagledavana je multidisciplinarno. Na taj način izrađene su mnoge preporuke za veštačenje i znatno unapređen kvalitet rada veštaka u oblasti medicine rada.

***Ključne reči: edukacija, sudska veštak, udruženje sudskeih veštaka***

## **UVOD**

Do pre 19 godina, u periodu koji je prethodio edukciji sudskomedicinskog veštačenja u oblasti medicine rada u realizaciji Udruženja sudskeih veštaka u medicini rada (Udruženje), vladalo je mišljenje da je za obavljanje ovog posla dovoljno posedovati stručno znanje iz oblasti medicine rada.

Do tada veštačenje umanjenja radne sposobnosti obavljalo se kao da je u pitanju ocenjivanje radne sposobnosti, a umanjenje životne aktivnosti procenjivalo se na osnovu iskustva u svakodnevnom radu specijaliste medicine rada. U međuvremenu, sud je zahtevao bolju argumentaciju nalaza i mišljenja, tražio je od veštaka medicine rada da utvrde procenat umanjenja radne sposobnosti, kao i procenat umanjenja životne aktivnosti kako bi se omogućila adekvatna materijalna naknada pretrpljene štete. Veštačenje umanjene radne sposobnosti bilo je uopšteno, nije se radila kvantifikacija predmetnog poremećaja, nije uzimana u obzir reperkusija poremećaja na obavljanje radnih aktivnosti, korišćene su tabele invaliditeta osiguravajućih

društava. Zbog uopštenog sagledavanja problematike i uopštenih nalaza i mišljenja, ovu oblast veštačili su i lekari drugih specijalnosti (neuropsihijatri, ortopedi, internisti i dr.).

Do 2001. godine, sudskomedicinski veštaci u oblasti medicine rada nisu imali mogućnost edukacije, stručnog usavršavanja, razmene mišljenja i ujednačavanja stručnih stavova i kriterijuma u oblasti kojom se bave. Profesor Vidaković je u uvodnom izlaganju I Seminara istakao: „U dosadašnjem redovnom i poslediplomskom usavršavanju lekara neopravdano se malo pažnje poklanja ovoj oblasti, pa je želja organizatora da serijom seminara obuči specijaliste medicine rada da ovu delatnost obavljaju na najbolji mogući način“. Ipak, još uvek, posle toliko godina oblast sudskomedicinskog veštačenja i dalje nije zastupljena u redovnim i poslediplomskim studijama medicine.

Najbolji odgovor na takvo stanje bio je da se sudski veštaci okupe, razmene mišljenja, ukažu na stručnu problematiku na koju su naišli u praksi, edukuju se i zajedničkim radom usvoje kriterijume i preporuke za veštačenje. Na taj način jedino je bilo moguće unaprediti kvalitet sudskomedicinskog veštačenja u oblasti medicine rada – što je i bila misija Udruženja. Vizija Udruženja jeste da medicinskim argumentima omogući da sud svakom oštećenom presudi adekvatnu i pravičnu naknadu pretrpljene štete.

U proteklih 19 godina u organizaciji Udruženja održano je isto toliko stručnih skupova. Te, 2001. godine krenula je grupa entuzijasta s jednim ciljem: da unapredi kvalitet rada veštaka u oblasti medicine rada. Uočeno je da samo stručno znanje stečeno tokom studiranja i rada nije dovoljno da bi se kvalitetno obavljao posao sudskog veštaka. Potrebno je poznavati pravnu regulativu i pravni značaj medicinskih činjenica kako bi se na najbolji mogući način odgovorilo na zahtev suda. U tom smislu je bila neophodna adekvatna edukacija veštaka.

Prim. dr Vojislav Babić, kao istaknuti sudski veštak – ortoped, zaposlen u Institutu za medicinu rada, prvi je uočio problem i potrebu za unapređenjem znanja lekara u oblasti veštačenja u medicini rada i dao vizionarsku ideju za održavanje stručnih sastanaka u tom smislu. U tome su ga svesrdno podržali profesori A. Vidaković i V. Popović i posle velikog broja pripremnih sastanaka preduzeti su koraci u organizaciji prvog stručnog skupa.

U praksi postoji velika potreba za kvalitetnim sudskomedicinskim veštačenjem, a brojni sudski veštaci zainteresovani su za kontinuiranu edukciju. U međuvremenu, 2010. godine, donesen je Zakon o sudskim vešticima, nakon čega je upućen javni poziv Ministarstva pravde za imenovanje sudskih veštaka. U pozivu su navedeni uslovi za veštaka: njegovo odgovarajuće

visoko obrazovanje za određenu oblast veštačenja, pet godina rada u struci i da je dostojan obavljanja poslova veštačenja. Tada nije naveden uslov o završenoj edukaciji za sudskomedicinskog veštaka.

Od 2018. godine Ministarstvo pravde rešilo je da unapredi ovu oblast i u tom smislu uputilo je javni poziv organizacijama koje zastupaju interes sudske veštak. U pozivu je navedeno da Nacionalna strategija reforme pravosuđa za period 2013–2018. godine predviđa unapređenje procesa imenovanja sudske veštaka u smislu unapređenja njihove stručnosti, kao i jačanje transparentnog mehanizma odgovornosti sudske veštaka i uspostavljanje efikasnog mehanizma kontrole rada veštaka. Udruženje je dostavilo relevantne podatke o našem dosadašnjem delovanju i u tom smislu očekujemo dalje instrukcije Ministarstva pravde.

## **ISTORIJAT UDRUŽENJA**

Krajem 2001. godine u Beogradu, u Zavodu za zdravstvenu zaštitu radnika u železničkom saobraćaju (Zavod), održan je prvi seminar u organizaciji Instituta za medicinu rada i radiološku zaštitu „Dr Dragomir Karajović“ i Zavoda. Interesovanje za Skup, na kome je izloženo osam referata, bilo je veliko. Prisustvovalo je oko 100 lekara različitih specijalnosti zainteresovanih za ovu problematiku. Već tada, iz diskusija, potekla je ideja o formiranju Udruženja lekara – sudske veštaka u medicini rada i moglo se pretpostaviti da će skupovi u ovoj oblasti imati jasnu perspektivu. To se u prethodnih 19 godina potvrdilo u najboljem svetlu.

Svi naredni stručni skupovi (seminari i simpozijumi) održani su u Vrnjačkoj Banji.

Udruženje sudske veštaka u medicini rada (Udruženje) osnovano je 2006. godine sa ciljem zastupanja i realizacije zajedničkih interesa lekara – sudske veštaka u medicini rada, i od tada je Udruženje suorganizator seminara. Do tada, seminare su organizovali Institut za medicinu rada i Zavod za zdravstvenu zaštitu radnika Železnica Srbije.

Udruženje je nevladino i nedobitno udruženje, osnovano radi unapređenja delatnosti u oblasti sudskomedicinskog veštačenja u medicini rada. Ciljevi Udruženja su: poboljšanje delatnosti veštačenja i kvaliteta rada sudske veštaka u oblasti veštačenja materijalne i nematerijalne štete u slučaju profesionalnih bolesti, povreda na radu, bolesti u vezi s radom i ocenjivanja radne sposobnosti.

Na dosadašnjim stručnim skupovima, pored specijalista medicine rada, učestvovao je veliki broj lekara drugih specijalnosti (sudske medicine, ortopedije, hirurgije, interne medicine, oftalmologije, ORL, psihijatrije, sportske medicine, psihologije i dr.), kao i stručnjaka iz drugih

oblasti (pravnici, sudije – advokati, inženjeri zaštite na radu, lica za bezbednost i zdravlje na radu i dr.). Tako je stručna problematika veštačenja u medicini rada sagledavana multidisciplinarno, sa više aspekata, što je, u stručnom smislu, obogatilo skupove i rezultiralo dodatnim unapređenjem u ovoj oblasti.

## **STRUČNA DOSTIGNUĆA UDRUŽENJA**

Započeto je sa osnovnim temama koje se uopšteno odnose na sudskomedicinsko veštačenje, kao što su Pisani izvori saznanja u sudskomedicinskom veštačenju, Nalaz i mišljenje lekara veštaka kao službeni izveštaj суду. Uz svaku obrađenu temu razmatrani su i pravni aspekti sudskomedicinskog veštačenja iz oblasti koja je pročavana uz svesrdnu pomoć prof. dr Hajrije Mujović, koja je uz nas od prvog stručnog skupa, kao i sudija Vide Petrović Škero, Ljubice Milutinović i Suzane Stamenković.

U međuvremenu, do sada, razmatran je veliki broj tema, među kojima su: Povrede na radu kao predmet sudskomedicinskog veštačenja; Bolesti u vezi s radom kao predmet sudskomedicinskog veštačenja; Problematika u oblasti zaštite na radu i inženjerski aspekti sudskomedicinskog veštačenja; Akt o proceni rizika kao predmet sudskomedicinskog veštačenja; Kvalifikacija težine povrede kao predmet sudskomedicinskog veštačenja; Psihijatrijska i psihološka veštačenja, mentalni poremećaji, psihosomatski poremećaji, Stres i posttraumatski stresni poremećaji – kriterijumi i dijagnostički standardi kao osnov za procenu naknade nematerijalne štete; Zlostavljanje na radu, mobizirajuće aktivnosti; Oftalmološka veštačenja; Kodeks etike sudskomedicinskih veštaka; Lekarska tajna; Naknada štete zbog lekarske greške; Lekar kao medijator – moguće sudskomedicinske implikacije; Procedura sudskomedicinskog veštačenja nematerijalne štete prema standardima ISO; Naknada nematerijalne štete zbog neopravdane osude i neosnovanog lišenja slobode; Testamentarna sposobnost dementnih osoba; Specifičnost medicinskog veštačenja u predmetu štete u osiguranju; Zaštita podataka o ličnosti i pristup informacijama od javnog značaja u postupku sudskomedicinskog veštačenja; Naknada štete nastale pri sportskim aktivnostima i dr.

Svi radovi (do ove godine objavljeno je ukupno 356) koji su izneti na dosadašnjim stručnim skupovima recenzirani su, i, izuzev prvog, objavljivani u formi zbornika radova sa UDK brojem „Svetu rada“ – naučnom časopisu za pitanja bezbednosti i zdravlja na radu, medicine rada i zaštite životne sredine za jugoistočnu Evropu.

U okviru navedenih tema apsolvirani su pojmovi nematerijalne i materijalne štete i njihovi vidovi; diferenciran je postupak veštačenja umanjene radne sposobnosti u odnosu na ocenjivanje radne sposobnosti i ostale postupke veštačenja radne sposobnosti i predložene su odgovarajuće metode i kriterijumi za veštačenja.

U okviru veštačenja nematerijalne štete posebno smo izradili Preporuke za veštačenje ove štete nastale zbog povreda na radu, profesionalnih oboljenja i bolesti u vezi s radom. Takođe su, u tom smislu, izrađene Preporuke za veštačenja umanjene životne aktivnosti. Za Simpozijum 2007. godine izrađena je Tabela za orijentacionu kvantifikaciju anatomske i funkcionalne poremećaja organizma kao posledica povreda i bolesti. Tabela je, u skladu s iskustvima iz prakse, menjana i dopunjavana u dva navrata, 2010. i 2015. godine.

Godine 2004. izašla je iz štampe knjiga Sudskomedicinsko veštačenje nematerijalne štete u slučaju profesionalnih bolesti i povreda na radu. Posebno su razmatrani ovi vidovi štete kod pojedinih bolesti, prema Pravilniku o utvrđivanju profesionalnih bolesti, i kod najčešćih povreda organa i organskih sistema.

Godine 2007. objavljena je publikacija Dobra praksa sudskomedicinskog veštačenja u medicini rada, s namerom da veštacima iz oblasti medicine rada omogući da svoje stručne obaveze izvršavaju na najbolji mogući način.

Godine 2008. izrađene su preporuke za veštačenje Bolesti u vezi s radom.

Godine 2009. razmatran je značaj kvaliteta izrade Akta o proceni rizika na radnom mestu i u radnoj okolini (Akt), kao i mogućnost njegovog korišćenja u okviru sudskomedicinskog veštačenja, ukazano je na mogućnost propusta u toku izrade i sprovođenja Akta.

Izrađene su Preporuke za veštačenje umanjene radne sposobnosti kao i za veštačenje bolesti u vezi s radom, koje su znatno unapredile ove oblasti veštačenja.

Definisani su i diferencirani pojmovi radne sposobnosti i umanjene radne sposobnosti, pojmovi ocenjivanja radne sposobnosti i veštačenja umanjene radne sposobnosti. U početku našeg rada pojam veštačenja umanjene radne sposobnosti bio je izjednačen s pojmom ocenjivanja radne sposobnosti. U praksu sudskomedicinskog veštačenja uveli smo pojmove kvantifikacije predmetnog poremećaja i hronometraže radnih operacija, koje su klasifikovane u odnosu na težinu radnog napora, i pojam korespondirajućeg procenta umanjenja radne sposobnosti za radnu aktivnost koja se procenjuje. Ove novine u veštačenju omogućile su da umanjenje radne sposobnosti izračunamo u procentima i da se izrade Preporuke za veštačenje umanjene radne

sposobnosti u procentima – što je u stručnom smislu i najveće dostignuće Udruženja, dostignuće koje je zнатно unapredilo kvalitet sudske medicinske veštine u ovoj oblasti. Na taj način moguće je adekvatno odgovoriti potrebama suda, koji od veštaka u oblasti medicine rada zahteva da umanjenje radne sposobnosti izrazi u procentima.

Godine 2011. objavljena je knjiga Sudskomedicinsko veštiranje u medicini rada, s namerom da pruži smernice, instrukcije i konkretna uputstva lekarima – sudske veštacima, ujednači postupak veštiranja, standardizuje kriterijume i doprinese efikasnijem i kvalitetnijem veštiranju.

Godine 2015. izradili smo publikaciju Preporuke za veštiranje umanjene životne aktivnosti i umanjene radne sposobnosti, kojom je ukazano na činjenicu da je specijalista medicine rada u potpunosti kompetentan ne samo u oblasti veštiranja umanjene radne sposobnosti nego i u oblasti veštiranja umanjene životne aktivnosti.

Članovi Udruženja su kao saradnici učestovali u pisanju knjiga iz oblasti sudske medicinske veštiranje uz eminentne stručnjake iz ove oblasti, izlagali su i objavljavali radove na kongresima i stručnim skupovima u regionu (Hrvatska, Crna Gora, Republika Srpska, Federacija BiH) i objavljavali više radova u stručnim časopisima.

Na stručnim skupovima izlagali su radove i aktivno učestovale kolege iz Makedonije, Crne Gore, Republike Srpske, Federacije BiH i Hrvatske.

Veliki doprinos svim stručnim dostignućima Udruženja dao je multidisciplinarni prilaz rešavanju problematike veštiranja u oblasti medicine rada. Tako se može reći da je jedna od osnovnih karakteristika rada Udruženja multidisciplinarna interpretacija medicinskih činjenica posmatranih s pravnog aspekta. Nezaobilazno je istaći doprinos Udruženja uključivanju informacionih tehnologija u metode veštiranja umanjene radne sposobnosti u procentima, umanjene životne aktivnosti u procentima, tuđe nege i pomoći, mobinga i diskriminacije.

Dugogodišnje iskustvo Udruženja pokazalo je da je za kvalitetno veštiranje, osim stručnog znanja, neophodna i dodatna edukacija iz oblasti sudske medicinske veštiranja (kriterijumi i preporuke za veštiranje) kako bi se na najbolji mogući način odgovorilo na zadatke koje je sud naložio sudske veštak. Takođe, veštak mora poznavati zakonsku regulativu u oblasti veštiranja (Zakon o obligacionim odnosima, Zakon o parničnom postupku, Zakon o sudske veštacima i dr.). Ovakav medicinsko-pravni pristup veštiranju omogućio je da se medicinski nalazi interpretiraju u smislu njihovog pravnog značaja i na taj način razjasne suđu

medicinske činjenice na pravno razumljiv način i tako stručno doprinese pravičnom presuđenju, što je i osnovni zadatak sudskega veštačenja.

## BUDUĆI RAD UDRUŽENJA

U dosadašnjem stručnom radu Udruženja apsolvirane su teme koje su bile ključne za kvalitetan rad sudskega veštaka u oblasti medicine rada. Dostignuća Udruženja u vidu izrađenih preporuka za veštačenje potrebno je primenjivati u praksi. Na osnovu stečenog iskustva u njihovoј primeni i povratnih informacija od suda i advokata, preporuke treba kontinuirano unapređivati.

U narednom periodu, radi preciznije i šire procene funkcionalne narušenosti organskih sistema i čula (fizičkog i psihičkog integriteta), planira se i mogućnost primene evropskih standarda za tu svrhu, kao npr. European physical and mental disability rating scale for medical purposes, Anex II (*Evropska tabela za ocenu oštećenja fizičkog i psihičkog integriteta u medicinske svrhe, Aneks II*), koji bi mogli upotpuniti već postojeću tabelu Udruženja.

Uvođenje principa sudske medicinske veštačenje umanjene radne sposobnosti u program specijalističke nastave medicine rada moglo bi unaprediti delatnost službe medicine rada.

Primenom postupka kvantifikacije radne sposobnosti u delatnosti službe medicine rada, tj. njenog procentualnog izračunavanja, kao što se to radi prilikom veštačenja umanjene radne sposobnosti, mogla bi se unaprediti oblast ocenjivanja radne sposobnosti (kvantifikacija radne sposobnosti, njena dinamika i prediktabilnost). Na ovaj način bi se preciznije ocenjivala radna sposobnost zaposlenog, uvodile adekvatne preventivne mere i pratila njihova delotvornost. Takođe bi se omogućila objektivnost u postupcima ocene potrebe za supružničkim i roditeljskim izdžavanjem, kao i ocene potrebe za tuđom negom i pomoći.

Stečena znanja u ovoj oblasti veštačenja i dosadašnje publikacije mogu poslužiti za edukaciju novih kadrova. Od suštinskog značaja je rešenost Ministarstva pravde da unapredi stručnost sudske medicinske veštačenje. Udruženje, na osnovu poznavanja ove oblasti, u potpunosti je kompetentno da dâ doprinos u okviru predviđene edukacije, u delu koji se odnosi na veštačenje u oblasti medicine rada.

Radi unapređenja kvaliteta sudske medicinske veštačenje, Udruženje će se zalagati i za uvođenje licenci za sudske veštace. Na taj način dokazivala bi se adekvatna obučenost sudskega veštaka za oblast veštačenja kojom se bave i uvela obaveza njihove kontinuirane edukacije.

Dosadašnjim stručnim radom trasirani su i putevi daljeg razvoja Udruženja i unapređenja kvaliteta sudskomedicinskog veštačenja u ovoj oblasti. Imajući u vidu dostignuća Udruženja, ono je u potpunosti opravdalo svoju misiju i viziju s kojom je osnovano. Nadamo se da će i ubuduće mlađe kolege sudski veštaci biti svesni značaja Udruženja, nastaviti tradiciju, davati stručni doprinos njegovom razvoju, radom i delima učiniti da ono i dalje, kao i do sada, traje i služi svrsi kojoj je namenjeno.

## **LITERATURA**

1. Vidaković A. Sudskomedicinsko veštačenje nematerijalne štete u slučaju profesionalnih bolesti i povreda na radu. Beograd; GIP „Valjevoprint“; 2004.
2. Vidaković A, Peruničić B. Dobra praksa sudskomedicinskog veštačenja, Beograd, Udruženje sudskih veštaka u medicini rada; 2007.
3. Govedarica V, Filipović D, Vidaković A. Kriterijumi za veštačenje umanjenja životne aktivnosti. Beograd: Izdavač: Udruženje sudskih veštaka u medicini rada; "Valjevo-print", Beograd 2007.
4. Vidaković A, Filipović D, Govedarica V. Sudskomedicinsko veštačenje u medicini rada, Beograd; GIP „Valjevoprint“; 2011.
5. Govedarica V, Filipović D, Vidaković A. Preporuke za veštačenje umanjene životne aktivnosti i umanjene radne sposobnosti, Beograd, Udruženje sudskih veštaka u medicini rada; GIP „Valjevoprint“; 2015.
6. Govedarica V, Ivanov Z. Unapređenje postupka veštačenja umanjene profesionalne radne sposobnosti u procentima. Sudskomedicinsko veštačenje u medicini rada. Petnaesti simpozijum. Zbornik radova, Svet rada, Vol. 12, br. 2/2015. Beograd 2015: 177-185.

## **PAST ACTIVITIES AND ACHIEVEMENTS OF THE ASSOCIATION ON THE TRAINING OF COURT EXPERTS**

### **SUMMARY**

19 years ago, the continuing education of court experts in the field of labor medicine started. The main motive for its initiation was the fact that the field of judicial medical expertise was (and still is) not represented in regular and postgraduate studies in medicine, and that there were no other possibilities for expert training in this field. Also, the court required more precise

conclusions from the expertise (percentages). It was noticed that quality expert knowledge is not only sufficient expertise in the field that we deal with, but it is imperative to know the legal regulations and interpret the legal importance of medical facts in order to respond in the best way to the court's request. In that sense, adequate training of experts was necessary. In the past 19 years, the Association of Court Experts in Occupational Health organized the same number of expert meetings with 365 published works. The problem of expertise in occupational medicine is seen multidisciplinary. In this way, many recommendations have been made for expertise in this field and significantly improved the quality of the work of experts in the field of Occupational Health.

***Key words:*** ***education, court expert, court expert association***

# PRAVNI ELEMENTI I FORMA NALAZA SUDSKOMEDICINSKOG VEŠAKA

Hajrija Mujović\*

## REZIME

Sudsko veštačenje kao dokazno sredstvo u savremenim pravnim postupcima igra veliku ulogu. To je ujedno i neophodan dokaz i sastavni deo utuženja ukoliko su u pitanju procene ličnih stanja, ličnih šteta i sporova u pružanju medicinske nege. Finalni akt dokaza veštačenjem iskazuje se u ekspertskom izveštaju, čije su suštinske komponente date po pravilu u pisanoj formi i sadržinski kao nalaz i mišljenje veštaka. Zakoni koji uređuju ovu materiju na više mesta govore o nalazu i mišljenju. Njihova forma i sadržina nisu u fokusu, premda se može reći da se tumačenjem pojedinih odredbi jasno dolazi do odgovora šta su obavezni elementi ovih akata. Na određene smernice ukazuje i praksa veštačenja. Cilj bližeg razmatranja ovih pitanja je da se obraćanjem pažnje na kvalitet ovih akata poveća uspešnost i kvalitet medicinskih veštačenja, a ujedno umanje mogući nedostaci, kao i kontradiktorni i oprečni stavovi po različitim pitanjima veštačenja.

*Ključne reči: sud, veštaci, lekar – veštak, nalaz i mišljenje*

## UVODNE NAPOMENE

U današnje vreme dokazi veštačenja čine osnov gotovo svake tužbe kada su u pitanju lične štete kao posledice povrede, oštećenja zdravlja i smrtnih ishoda.<sup>i</sup> Poslovi veštačenja, u smislu zakona, predstavljaju stručne aktivnosti čijim se obavljanjem, uz korišćenje naučnih, tehničkih i drugih dostignuća, pružaju sudu ili drugom organu koji vodi postupak potrebna stručna znanja koja se koriste prilikom utvrđivanja, ocene ili razjašnjenja pravno relevantnih činjenica.<sup>ii</sup> Nalaz i mišljenje veštaka mogu biti ključni za to da li će se sa tužbom uspeti ili ne. Veštačenje može da bude u funkciji obezbeđenja dokaza i pripreme utuženja, ali isto tako može utvrditi sporne činjenice u toku samog postupka. Naime, ukoliko se želi da se sagleda eventualni uspeh u sporu ili da se obezbedi dokaz, onda stranke traže da se u tom cilju uradi veštačenje pre utuženja. Oni su među prvima koji mogu da dobiju instrukcije (nakon uzimanja izjava ili

---

\* Naučni savetnik i gostujući professor Instituta društvenih nauka; tekst je pisan kao rezultat u okviru naučnog projekta br. 179023 podržanog od strane Ministarstva za prosvetu, nauku i tehnološki razvoj Republike Srbije, a čiji je nosilac Centar za pravna istraživanja Instituta društvenih nauka u Beogradu.

medicinske dokumentacije) onda kada razmatraju da li da podnesu tužbu. Dešava se, međutim, da se potencijalno svedočenje veštaka ne tretira adekvatno niti se činjenice i informacije prezentuju na potreban način. Nalaz i mišljenje isto tako treba da na propisan način izraze stav u formi koja se može predati sudu.

## **PRAVNI ZNAČAJ NALAZA I MIŠLJENJA VEŠTAKA**

Zadatak svakog veštačenja redovno rezultira odgovarajućim nalazom i mišljenjem. Sadržina ovih akata uslovljena je priodom i pojedinostima veštačenja. Ipak, mogu se uočiti i neki tipski delovi i standardne formulacije. Odluke sudova obuhvataju različita pitanja koja se tiču radnji od momenta prihvatanja veštačenja i samih rezultata u formi nalaza i mišljenja veštaka. Tako u jednom predmetu sud samo veštačenje definiše kao dokazno sredstvo koje podleže oceni suda. Nalaz i mišljenje veštaka su dokazno sredstvo koje podleže savesnoj i brižljivoj sudskej oceni, pa sud čini bitnu povredu postupka kad samo upućuje na nalaz veštaka kao sastavni deo presude.<sup>iii</sup> Za svaki sudskej postupak ocena dokaza veoma je bitna uopšte, pa i u slučajevima kada sud pristupa oceni nalaza i mišljenja veštaka. Veštak svojim visokostručnim znanjem iz oblasti nauke, medicine, privrede i drugih oblasti kojim sud ne raspolaze pomaže sudu kod utvrđivanja ili razrešenja neke činjenice. U rešenju kojim se određuje izvođenje dokaza, tako i u rešenju kojim se veštaku postavlja zadatak veštačenja, a potom i u obrazloženju presude, neophodno je da se navede specijalnost veštaka. Mada nije dozvoljeno da se veštak izjašnjava o pravnim pitanjima, u praksi se i dalje nailazi na to. Na primer, veštaku saobraćajne struke nalaže se da utvrdi odnos podeljene odgovornosti učesnika saobraćajne nezgode umesto da se veštaku dâ u zadatak da izvrši prostorno-vremensku analizu saobraćajne nezgode, na osnovu koje bi sud izveo zaključak o odgovornosti svakog učesnika saobraćajne nezgode, jer se radi o domenu pravnog pitanja.

Pitanja veštačenja prešla su nacionalne granice, o čemu se mogu citirati presude Evropskog suda za ljudska prava u kojima je to bio relevantan dokaz. Opšta je konstatacija da je uloga veštaka u tim sudskim sporovima bila od presudnog značaja za ishod postupka. Tipični primeri su sporovi koji se odnose na medicinske predmete o lekarskoj greški, odnosno zahtevima za naknadu štete koju pacijenti pretrpe usled nestručnog rada lekara. U velikom procentu oni zavise od nalaza i mišljenja lekara – veštaka koji utvrđuje postojanje uzročno – posledične veze između radnje štetnika i štetne posledice. U najvećem broju slučajeva veštaci su istovremeno i

kolege lekara protiv kojih se vodi postupak zbog nestručnog ili nesavesnog rada. Zbog toga često postoji opravdana sumnja u njihovu nepristrasnost. U jednom od predmeta sud je utvrdio da postoji sumnja u nepristrasnost veštaka zbog kolegijalnosti i mentorskog odnosa.<sup>iv</sup> Naglašava se potreba da se otkloni i najmanja sumnja da su veštaci svoj posao obavili krajnje nepristrasno i time dali objektivna razjašnjenja konkretnih činjenica kako bi se omogućilo суду да doneše pravilnu presudu. Presude Evropskog suda takođe nalažu poštovanje principa jednakosti dokaza u sudskim procedurama.<sup>v</sup> Reč je o principu *jednakosti oružja*, kao jednog od elemenata pravičnog suđenja, koji zahteva da se svakoj stranci u postupku pruži razumna mogućnost da predstavi svoj slučaj pod uslovima koji je ne stavljuju u suštinski nepovoljniji položaj u odnosu na njenog protivnika. Sud je dalje ponovio da je već ranije naglašavao da mišljenje medicinskog stručnjaka, s obzirom da je obično van područja stručnosti sudija, verovatno ima nadmoćniji uticaj na procenu činjenica i da će biti smatrano suštinskim delom dokaznog postupka. U vezi s tim, Sud je ponovio da je u svojoj sudskoj praksi prepoznao da nedostatak neutralnosti od strane sudskog veštaka može pod određenim okolnostima dovesti do kršenja pomenutog principa.<sup>vi</sup>

U praksi se još uvek uočava da su nalozi koje sudovi daju veštacima dosta uopšteni i ne baziraju se na razjašnjenju činjenica koje bi sudiji dale prostor da utvrdi osnovanost tužbenog zahteva. Pojava je da se sudovi ne trude previše da na sebe preuzmu ulogu koja im po zakonu pripada i da onemoguće sudske veštakve da faktički presude umesto njih. Naprotiv, svesno se očekuje da se veštaci jasno opredеле da li postoji uzročno – posledična veza između štetne radnje i posledice, pa samim tim i odgovornost lekara, mašinskog inženjera, građevinskog inženjera ili nekog trećeg lica za nastalu štetu. Na taj način, veštacima se u ruke daje veoma moćno oružje, kao i uloga koja im po zakonu ne pripada. Posledica ovakvog postupanja retko kad je drugačija od utvrđenja povrede prava stranke na fer i pravično suđenje jer se ispostavlja da presudu nije doneo sud već je faktički presudio veštak svojim nalazom i mišljenjem.

## ZAKONSKI ELEMENTI NALAZA I MIŠLJENJA

Struktura i sadržina nalaza i mišljenja veštaka definisani su pravilima profesionalnog postupanja i procesnim normama koje se donekle razlikuju u zavisnosti od toga da li je reč o parnici ili o krivici. U razmatranju akta veštačenja postoji stav da je on uglavnom proizašao iz prakse, da nije striktno propisima određen i da se zasniva na znanju, iskustvu i odnosu veštaka prema veštačenju kao zakonskoj odredbi.<sup>vii</sup> To je dovelo do toga da se sudovi suočavaju s raznim

formama pisanja i sadržajima veštačenja, od čega zavisi u kojoj meri će odgovor na pitanja biti razumljiv i funkcionalan sa aspekta sudskog postupka. Ako se sledi pravna analiza, ipak se mogu izdiferencirati usmena i pisana forma, kao i zakonski elementi nalaza i mišljenja veštaka. Naime, lekari koji su u ulozi veštaka dužni su da preduzmu sve neophodne korake da obezbede temeljnu, pravednu, objektivnu i nepristrasnu reviziju medicinskih činjenica. Veštačenje treba da bude celovito stručno svedočenje. Da bi se ispunila ta obaveza, veštaci treba da se ponašaju na odgovarajući način. Tako, bez obzira na izvor postavljenog zahteva (stranka ili sud), veštaci treba da ulože svoje znanje, iskustvo i najbolju procenu o svim relevantnim činjenicama u predmetu. Veštaci u tom cilju preduzimaju neophodne korake kako bi osigurali pristup svim dokumentima koji se koriste za utvrđivanje činjenica o slučaju i okolnostima u vezi s događajem. Relevantne informacije ne bi trebalo da budu isključene o bilo kom razlogu da je reč. Veštak treba da bude zadovoljan svojim nalazom i mišljenjem, bez obzira na to da li će ga koristiti tužilac ili tuženi.<sup>viii</sup>

U uporednom pravu, naročito praksi anglosaksonskih zemalja, nalaz i mišljenje veštaka daju se u obliku obrasca o stručnom izveštaju o predmetu. Naime, uzima se za redosled koji se smatra logičnim da su osnovne komponente ekspertskega izveštaja sledeće : 1) *uvod*, koji sadrži osnovne činjenice, gde se navodi naziv predmeta i da je veštak zamoljen od suda da podnese izveštaj koji će pomoći u rešavanju slučaja; 2) *spisak* dostavljenih informacija, s navodom da je dobio sledeće informacije i dokumentaciju; 3) *izjava* o pitanjima koja su mu postavljena i koja su preuzeta iz naloga suda; 4) *izjava* o tome da je stručnjak kvalifikovan za davanje mišljenja, uz prilaganje profesionalne biografije – iskustvo, klinički rad, istraživanja, radovi i sl.; 5) *svako pitanje* je pojedinačno razmotreno i na njega odgovoren, uz navođenje razloga ukoliko nema dovoljno informacija, na šta će odgovoriti ukoliko ih dobije u dodatnom mišljenju; 6) *sažetak* mišljenja; 7) *izjava* da je upoznat s pravima o poverljivosti podataka, uz to da je sačuvao izvore svih informacija koje su mu dostavljene, da poseduje relevantno iskustvo i obuku za davanje stručnog mišljenja i da nije sakrio nijedno pitanje koje je suprotno interesima tužioca; posavetovaće se ako promeni mišljenje o bilo kojoj materijalnoj stvari u bilo kom trenutku; upućen je na praksu Vrhovnog suda o relevantnim pasusima o stručnjacima i da se pridržavao, koliko može, obaveza koje su tamo navedene; 8) *prilozi*: CV, pojmovnik i svi radovi kao i objavljeni materijal na kome se zasniva mišljenje.

Kada je reč o pravu Srbije, statusna i procesna pitanja veštačenja deo su zakonske materije. Pored toga, postoji uspostavljena praksa koja se često citira.<sup>ix</sup> Prema njoj se u nalazu i mišljenju koje veštak dostavlja суду izdvajaju tri segmenta: uvodni deo, nalaz i mišljenje. Početni *uvodni deo* smatra se primerenijim nazivom od zaglavlja jer sadrži opšte i posebne podatke o veštačenju, i to: po zahtevu kog suda se traži veštačenje, broj sudskega predmeta i datum donošenja rešenja o veštačenju, šta je predmet veštačenja, koji su zadaci veštačenja, koje su primenjene metode u veštačenju. Nalaz sadrži popis i rezultate objektivnog kliničkog pregleda kao i drugih relevantnih dokumenata i činjenica koje su od značaja (delovi iskaza oštećenog ili svedoka i sl.). Mišljenje je najvažniji deo veštačenja i njime se daje konkretan odgovor na postavljena pitanja u zadatku veštačenja. Ono je rezultat složene analize i sinteze podataka navedenih u nalazu. Nalaz ima snagu potpunog dokaza, a mišljenje relativnog dokaza.<sup>x</sup> Praksa da se u strukturi koristi pisanje zaključka smatra se nepotrebnom.

Saglasno zakonu, pisani nalaz veštaka treba da sadrži: 1) *obrazloženje* s navođenjem činjenica i dokaza na kojima je nalaz zasnovan i stručno mišljenje; 2) *podatke* o tome gde i kada je izvršeno veštačenje; 3) *podatke* o licima koja su prisustvovala veštačenju, odnosno o licima koja nisu prisustvovala a uredno su pozvana; 4) *podatke* o priloženim dokumentima. Ako veštak ne podnese nalaz i mišljenje u određenom roku, sud može, na predlog stranke, da odredi drugog veštaka pošto istekne rok koji je strankama odredio da se o tome izjasne.<sup>xi</sup> U slučaju da veštak ne postupi po nalogu suda, sud će veštaka da kazni novčanom kaznom i obavestiće o tome ministarstvo nadležno za poslove pravosuđa radi pokretanja postupka brisanja veštaka iz registra sudskega veštaka. Ukoliko je određeno više veštaka, oni mogu da podnesu zajednički nalaz i mišljenje ako se u nalazu i mišljenju slažu. Ako se u nalazu i mišljenju ne slažu, svaki veštak posebno iznosi svoj nalaz i mišljenje.<sup>xii</sup> Propisuje se da je veštak dužan da se pridržava rokova određenih rešenjem suda i da veštačenje obavlja savesno, stručno i nepristrasno.<sup>xiii</sup> Pravila parničnog postupka predviđaju da je u predmetima gde se izvodi takav dokaz veštak dužan da svoj pisani nalaz i mišljenje podnese суду najkasnije 15 dana pre ročišta.<sup>xiv</sup> Sud dostavlja strankama nalaz i mišljenje najkasnije osam dana pre zakazane rasprave.

Kod vođenja krivičnog postupka, zakonom se u dokaznom postupku dopušta da veštačenje bude usmeno ili da se podnese u pisanoj formi. Usmeno dati nalaz i mišljenje veštaka unose se odmah u zapisnik. Veštaku se može odobriti da podnese pisani nalaz i mišljenje u roku koji odredi organ postupka.<sup>xv</sup> U zapisniku o veštačenju ili u pisanom nalazu i mišljenju naznačiće

se ko je izvršio veštačenje, zanimanje, stručna sprema i specijalnost veštaka, kao i imena i svojstva lica koja su prisustvovala veštačenju. Nakon završenog veštačenja, organ postupka obaveštava stranke koje veštačenju nisu prisustvovale da zapisnik o veštačenju ili pisani nalaz i mišljenje mogu razgledati i kopirati i određuje rok u kojem mogu da iznesu svoje primedbe.

## **GREŠKE U NALAZU I MIŠLJENJU**

To su greške koje se dešavaju onda kada je pisani akt o veštačenju neuredan, nepotpun ili ne daje odgovor na postavljeni zadatak. To mogu biti takođe greške u beleženju ili interpretiranju dokumentacije, snimaka i sl.

Ako veštak dostavi nalaz i mišljenje koji su nejasni, nepotpuni ili protivrečni sami sebi, sud će da naloži veštaku da dopuni ili ispravi nalaz i mišljenje i odrediće rok za otklanjanje nedostataka, odnosno pozvaće veštaka da se izjasni na ročištu.<sup>xvi</sup> Ako se podaci veštaka o njihovom nalazu bitno razlikuju ili ako je nalaz jednog ili više veštaka nejasan, nepotpun ili u protivrečnosti sam sa sobom ili sa utvrđenim okolnostima, a ti nedostaci ne mogu da se otklone ponovnim saslušanjem veštaka ili se pojavi sumnja u pravilnost datog mišljenja, sud će na predlog stranke da odredi novo veštačenje.

Ako stranka ima primedbe na nalaz i mišljenje sudskega veštaka, dostaviće ih u pisanom obliku, u roku koji sud odredi za izjašnjavanje. Stranka može da angažuje stručnjaka ili drugog veštaka upisanog u registar sudskeih veštaka, koji će da sačini primedbe na dostavljeni nalaz i mišljenje ili nov nalaz i mišljenje u pisanom obliku. Na ročištu za glavnu raspravu sud može da ih pročita i da dozvoli tom licu da učestvuje u raspravi postavljanjem pitanja i davanjem objašnjenja. Sud će na ročištu da raspravi primedbe i pokušaće da usaglasi nalaze i stručna mišljenja veštaka. Ako se na ročištu ne usaglase nalaz i stručna mišljenja veštaka, odnosno ako sud smatra da bitne činjenice nisu dovoljno raspravljene, sud će da odredi novo veštačenje, koje će da poveri drugom veštaku i o tome će da obavesti stranke. U tom slučaju stranke snose troškove veštačenja u jednakim delovima.

Slična rešenja daju se u krivičnoj proceduri. Naime, kad postoje nedostaci u nalazu i mišljenju veštaka, organ postupka će po službenoj dužnosti ili na predlog stranaka narediti da se veštačenje ponovi: 1) ako je nalaz nejasan, nepotpun, pogrešan, u protivrečnosti sam sa sobom ili sa okolnostima o kojima je veštačeno ili se pojavi sumnja u njegovu istinitost; 2) ako je mišljenje nejasno ili protivrečno.<sup>xvii</sup> Ako se nedostaci ne mogu otkloniti ponovnim ispitivanjem veštaka ili

dopunskim veštačenjem, organ postupka će odrediti drugog veštaka koji će obaviti novo veštačenje.

Treba naglasiti da ocena nalaza veštaka često predstavlja poseban problem u praksi. Sud je u načelu slobodan i ima diskrecionu ocenu da vodi postupak, pa i u pogledu veštačenja.<sup>xviii</sup> Međutim, osnovano se postavlja pitanje kako sudija koji ne poseduje znanja zbog kojih je veštak angažovan može da oceni njegov nalaz. Zakon je to rešio na način da se i nalaz veštaka obavezno podvrgava oceni dokaza jer bi u suprotnom to značilo da njegov nalaz ima značaj javne isprave koja se onda ne ocenjuje, što ne bi bilo dopušteno. U praksi se najčešće događa da sud nalaz veštaka prihvata, pogotovo onda kad stranke nisu imale primedbe, i tada se u obrazloženju navodi konstatacija da sud nije imao razloga za sumnju u verodostojnost i stručnost veštaka.<sup>xix</sup> Treba da se ima u vidu specifičnost veštačenja kao jedne vrste dokaza. Naime, takođe važi praksa da nalaz i mišljenje veštaka koje je solidno i logički zasnovano na činjenicama o zdravstvenom stanju ne mogu oboriti iskazi svedoka, već samo drugi veštaci.<sup>xx</sup>

Razlozi u jednom broju presuda pokazuju da se nalaz i mišljenje veštaka prihvata bez odgovarajuće analize, što upućuje na zaključak da je spor rešio veštak a ne sud. Ovakav zaključak se posebno nameće u slučajevima u kojima je veštak samo izneo svoje stručno mišljenje, a nije dao nalaz o činjenicama na osnovu kojih je formirao svoje mišljenje. Sud, s druge strane, nije zahtevao potrebno razjašnjenje kako bi uz pomoć veštaka mogao da shvati prirodu i značaj tih činjenica, bez čega ne može da oceni ni dokaznu vrednost veštačenja. Često se veštak i ne poziva da pred sudom obrazloži usmeno svoj pisani nalaz, a kad ima više veštaka, ne vrši se njihovo usaglašavanje u smislu odredaba zakona. Navedena zapažanja od strane sudova treba razumeti i podržati u smislu zakonitog rada ali i nastojanja da se podigne na viši nivo kvalitet veštačenja. Pored ovog ugla posmatranja, značaj poštovanja procesne uloge veštaka ističu u sličnim raspravama i sami sudski veštaci, gde se argumentovano ukazuje na različite manjkavosti u postupanju sudova prema njima.<sup>xxi</sup>

## ZAKLJUČNE NAPOMENE

Profesionalnost i zakonitost u radu sudske medicinske veštakstva obeležava postojanje zakonskih rešenja koja su data s ciljem da se obezbedi procesna uloga sudskeveštaka i u svemu uvaže propisi materijalnog prava u poslovima obavljanja veštačenja. Jedan od predviđenih uslova da bi veštačenje ispunilo svoj zadatku jeste upravo izrada nalaza i mišljenja

koji svedoče o kompetentnosti i stručnom standardu u pogledu predmeta veštačenja. Za oba akta važi da treba da imaju elemente koji su sadržani u zakonu kao obavezni, kao i da se daju u pisanoj formi. Iskustva iz inostrane prakse veštačenja govore o jednoj vrsti stručnog svedočenja od strane veštaka koji je suveren u oblasti ekspertize koju pruža. Za nalaz je bitno da je potpun i sastavljen saobrazno onome što zakon zahteva. Time se poštuju pravila postupka i osnovanost nalaza i mišljenja veštaka. U praksi veštačenja u Srbiji takođe su se ustalile određene forme takvih akata, koje, međutim, nekada mogu biti i različite. U tom smislu, postizanje kvaliteta rada i unapređenja ovih akata jeste nesumnjivo od pravnog i stručnog značaja.

## LITERATURA

---

<sup>i</sup>Videti više: J.RADIŠIĆ, *Medicinsko pravo*, Nomos, Beograd, 2008, str. 317-323;

E.DEUTSCH/A.SPICKHOFF, *Medizinrecht*, / Auflage, Springer, Berlin, 2014, str. 522-537;

N.ŠARKIĆ, Medicinsko veštačenje u iimovinskim sporovima, u: Pravo i medicina (dodirne tačke – sporna pitanja), Kopaonik, 1997, str.79-89. .

<sup>ii</sup>Član 2, Zakon o sudskim veštacima, "Sl. glasnik RS", br. 44/2010.

<sup>iii</sup>Član 354. st.2 tač.13, Zakon o parničnom postupku

<sup>iv</sup> Videti: *Bajic v. Croatia* (Application no. 41108/10, 13/02/2013, final judgment under Article 44 § 2 of the Convention, The European Court of Human Rights).

<sup>v</sup>Videti: *Feldbrugge v. the Netherlands*, 29 May 1986, § 44, Series A no. 99; *Mantovanelli v. France*, 18 March 1997, § 36, Reports of Judgments and Decisions 1997-II; and *Augusto v. France*, no. 71665/01, § 51, 11 January 2007).

<sup>vi</sup>ECtHR, videti: *Korošec v. Slovenia* (Podnositelj predstavke Andrej Korošec obratio se Evropskom sudu za ljudska prava 29. novembra 2012., predstavka zavedena pod brojem 77212/12, tvrdeći da mu je povređeno pravo na fer i pravično suđenje iz člana 6 Konvencije u postupku u kojem je bio jedna od stranaka; (*Sara Lind Eggerts Þóttir v. Iceland*, no. 31930/04, § 47, 5 July 2007; *Placi v. Italy*, no. 48754/11, § 79, 21 January 2014; and *Sarıdaş v. Turkey*, no. 6341/10, § 35, 7 July 2015).

---

<sup>vii</sup>R.SVIČEVIĆ, V.KOVAČEVIĆ, D.KOLUNDŽIĆ, *Veštačenje nematerijalne štete*, Poslovni biro, Beograd, 2010, str. 32-34.

<sup>viii</sup> K. ROBINSON/ P. NOUHAN, Expert Witness - StatPearls - NCBI Bookshelf, University of Connecticut, 2018, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436001/>

<sup>ix</sup>SVIČEVIĆ i dr., *op.cit*, str. 32.

<sup>x</sup>*Ibid*, str. 33

<sup>xi</sup>Član 272 ZPP, *op.cit*.

<sup>xii</sup>Član 273.

<sup>xiii</sup>Član 27 Zakon o sudskim veštacima, *op.cit*.

<sup>xiv</sup>Član 270, Zakon o parničnom postupku, "Sl. glasnik RS", br. 72/2011, 49/2013 - odluka US, 74/2013 - odluka US, 55/2014 i 87/2018.

<sup>xv</sup>Član 123, Zakonik o krivičnom postupku "Sl. glasnik RS", br. 72/2011, 101/2011, 121/2012, 32/2013, 45/2013 i 55/2014.

<sup>xvi</sup> Član 27 st.3, član 271 Zakona o parničnom postupku, *op.cit*.

<sup>xvii</sup>Član 124 Zakona o krivičnom postupku, *op.cit*.

<sup>xviii</sup>RADIŠIĆ, Medicinsko pravo, *op.cit*, str. 321.

<sup>xix</sup> Presuda navedena u fusnoti 315, u: H. Mujović, Sudskomedicinska veštačenja u teoriji i praksi medicinskog prava, IDN, Beograd, 2019, str. 139.

<sup>xx</sup> Vrhovni sud Srbije Rev. 3798/92; Navedeno prema: V. PETROVIĆ ŠKERO, "Veštačenja u parnicama", u: G. Šćepanović, Z Stanković, Z. Petrović, Sudskomedicinsko veštačenje nematerijalne štete, Službeni glasnik, Beograd, 2015, fusnota 30, str.706.

<sup>xxi</sup>V. PETROVIĆ ŠKERO, Prava i obaveze veštaka, Svet rada, vol.4, 2/2007, str.110; M. JOVANOVIĆ, Sudskomedicinski veštak i veštačenje, Svet rada, vol.5, 2/2008, str 115-116 (navedeno prema H. MUJOVIĆ, Sudskomedicinska veštačenja u teoriji i praksi medicinskog prava, IDN, Beograd, 2019, str. 139, fusnota 315)

---

## **LEGAL ELEMENTS AND THE FORM OF MEDICAL EXPERT WITNESS REPORT**

### **SUMMAR**

Professional expertise in the court as an exemplary tool in contemporary legal proceedings plays a major role. This is also an indispensable proof and an integral part of the deliberation in the case of personal status assessments, personal injury and disputes in the provision of medical care. The final act of evidence by teaching is presented in the expert report, whose essential components are given as a rule in written form and content as a finding and opinion of the expert witness. The laws regulating this matter in more than one place speak of findings and opinions. Their form and content are not in focus, although it can be said that the interpretation of certain provisions makes clear the answer to what are the obligatory elements of these acts. The practice of expertise is also indicated on certain guidelines. The aim of the closer consideration of these issues is to increase the success and quality of medical knowledge through attention to the quality of these acts, while at the same time reducing possible disadvantages as well as contradictory and contradictory attitudes on various issues of knowledge.

***Key words:*** *medical edxpertisi, expert witness report, finding and opinion of the expert witness*

---

## **LEKAR IZMEĐU ETIKE I ZAKONSKE REGULATIVE**

Dušan Mitrović, Dragoljub Filipović, Ljubomir Ignjatović, Goran Podnar

### **REZIME**

U medicini je uvek reč o zdravlju ili bolesti, odnosno životu ili smrti. Nekada je medicinska etika imala napisano pravo da bude jedini arbitar u rešavanju tih pitanja. Poverenje koje su pacijenti imali u svog doktora bilo je na visokom nivou. Ispravnost postupaka u medicini skoro da i nije bila nadležnost sudova. Vremena su se promenila. Odnos lekar – pacijent danas se više bazira na pravnim paragrafima nego na poverenju. Nažalost, umesto poverenja prema lekarima, ali i svim zdravstvenim radnicima, primat je zauzelo nepoverenje kao rak-rana savremenog društva i moderne medicine. Potreba da se odnosima između lekara i pacijenta doda spoljna potpora u vidu zakonskih normi ponašanja, upravo je potekla iz tog nepoverenja. Na taj način je i današnja medicina pod sve većim uticajem tzv. juridizacije, odnosno stavljanja pod zvono pravnih propisa. S druge strane, lekari smatraju da pravni propisi ograničavaju i sputavaju njihov rad i primoravajući ih da neguju "defanzivnu medicinu", koja nije u interesu pacijenta. Do koje granice, ipak, prava i propisi mogu ići? Gde prestaje zakon i počinje medicina, možemo se zapitati. Ipak, poverenje između lekara i pacijenta ne može se zameniti ničim drugim, pa ni zakonskim odredbama. Konačni cilj medicine je svakako lečenje i izlečenje, te kao takav, nema alternativu. Sigurno je da u celokupnom procesu lečenja poverenje igra veliku ulogu, a ono se nikakvim pravnim aktima ne može nametnuti. S druge strane, zakon se umeće samo u onim slučajevima kada poverenje ne postoji, namećući neka opšta pravila igre, odnosno ponašanja. Pravne norme i poverenje u lekara nisu alternative koje se međusobno isključuju, nego su dva komplementarna činioca u sistemu odnosa lekar – pacijent. Da bi se sprečio još veći gubitak poverenja, lekar pri donošenju odluka treba da bude obavezan merilima svoje savesti koja, takođe, imaju i pravnu podlogu. Tako će zakon, nemametljivo za obe strane, lebdeti nad jednostavnim etičkim i humanim postupcima lekara, a s druge strane, održavati nepoljuljanim poverenje koje pacijenti imaju prema lekarima. Praktična vrednost pravnih i moralnih normi, na kraju, zavisi od postojanja određenih kvaliteta u ličnosti lekara. Jer nije bez osnove rečeno da samo                dobar                čovek                može                biti                dobar                lekar.

***Ključne reči: etički principi, zakon, lekar, pacijentova prava***

---

## **ETIKA**

U osnovi etičkih pravila za lekarsku profesiju jeste humanost kao suština medicinske etike i osnovne postavke da "samo dobar čovek može biti dobar lekar", da je poverenje u lekara temelj odnosa lekar – pacijent, i da lekar treba da leči ne samo bolest nego i bolesnika. Medicinska etika ima izuzetnu važnost upravo zbog specifičnosti tog zvanja. Iako se medicinska etika temelji na opštim etičkim normama, medicina kao struka ima naročito izraženu posebnost svojih etičkih normi, jer su njen neposredni predmet čovek, njegov život, zdravlje i dostojanstvo. Kao član te profesije, lekar mora biti svestan, pre svega, odgovornosti za pacijente, kako pred društvom, pred drugim zdravstvenim profesionalcima, tako i pred samim sobom. [1].

Pridržavanje moralnih načela, odnosno etičkih principa, preka je potreba svakog zvanja i zanimanja. Lekarski poziv ne može se uporediti ni s jednim drugim, u prvom redu zato što se bavi ljudskim zdravljem i ljudskim životom. Još jedna od posebnosti medicinske etike jeste i ta što se pacijent nalazi u podređenom položaju u odnosu na lekara, prisiljen da se prepusti kako njegovom znanju, tako i dobromernosti.

Treba razlikovati pravne obaveze i moralne dužnosti lekara. Pravne su obaveze uređene zakonskim propisima i njihovo kršenje dovodi do pravne, sudske odgovornosti. Međutim, lekar se u vršenju svog zvanja mora držati ne samo svih zakona i odredaba koje regulišu njegovu profesionalnu delatnost nego se mora, isto tako, pridržavati etičkih načela. Izvori lekarske etike jesu humanost, tj. ljubav prema čoveku i pravednost, odnosno priznavanje podjednakog prava svakog čoveka na zdravlje. Pojam humanosti dobio je u moderno doba i novo značenje: to nije samo ljubav prema pojedincu, nego i osećaj dužnosti prema zajednici.

Najvažnije moralne obaveze iznesene su u posebnim kodeksima lekarske etike, u propisima načela lekarske časti, koje su izradila različita lekarska društva. Međutim, kao osnova etičkih formulacija još uvek ostaje Hipokratova zakletva. Po ugledu na ovaj dokument, 1948. u Ženevi je napisana tzv. Ženevska deklaracija (prerađena Hipokratova zakletva). Ovi dokumenti predstavljaju osnovu svih dokumenata koji se dotiču etike zdravstvenih radnika. U prvom planu među etičkim načelima ističu se humanizam, skromnost i urednost, uređuju se

---

međusobni odnosi (stariji pomaže mlađem, mlađi poštuje starijeg), a i definiše se lekarska tajna (poverena uhu, zatečena očima, naslućena umom. Sve što je u vezi s bolesnikom, od imena do dijagnoze, lekarska je tajna).

## ZAKONSKA REGULATIVA

Jedan od osnovnih aspekata medicinske etike jeste poseban odnos između lekara i pacijenta. Pravnici se bore s velikim teškoćama da definišu taj odnos, koji se u mnogo čemu razlikuje od ostalih. Tu su stalno otvorena i aktuelna ova pitanja: lekarska greška i ona kao uzrok nepovoljnog ishoda lečenja; dužnost lekara da pacijenta obavesti o dijagnozi, o terapiji koja je potrebna i o njenim rizicima, kako bi pacijent mogao da se s terapijom saglasi; odgovornost zbog štete izazvane medicinskim aparatima i injekcijama. Sva ova pitanja ne pretresaju se samo u literaturi nego i na zajedničkim stručnim skupovima lekara i pravnika [1].

Moderno doba, doba velikog napretka nauke i tehnike na svim poljima, donelo je u medicinu problem hiperspecijalizacije, koji je bio zamišljen kao poboljšanje usluge pojedinačnog lekara tako što će taj konkretni lekar biti isključivi specijalista (pa se čak otišlo i dalje – subspecijalista) za određenu oblast ili, dalje, za određeni organ. Tog momenta je pacijent prestao da bude ličnost, izgubio sve karakteristike ljudskosti u očima savremene medicine, prestao da bude subjekt komunikacije i pretvorio se u objekt informacije. Logična reakcija na ove promene nije došla od najistaknutijih medicinskih "veličina", već iz drugog tabora – pacijenti su na svojoj koži osetili "blagodati" ovakvog načina rada i rešili da stvar uzmu u svoje ruke obraćajući se onome u koga su još imali poverenje – pravnicima. Medicinski poslenici su nekadašnje poverenje prokockali, te je odnos između pacijenta i medicinskih radnika, odnos pun poštovanja prema lekaru – iscelitelju, lekaru – spasiocu, lekaru – utešitelju, zamenjen strahom i nepoverenjem. Zato su kao vernog pomoćnika u procesu sopstvenog izlečenja pacijenti, pored lekara, pozvali i pravnike, koji će budno paziti na postupke lekara. Tako, tokom sedamdesetih godina prošlog veka, a naročito tokom osamdesetih, pacijenti čije je zdravlje bilo oštećeno raznim jatrogenim posledicama postajali su medijski heroji zbog svojih Pirovih pobjeda nad institucijom medicine, pobjeda izraženih ogromnim odštetama koje su dobijali sudskim presudama [2].

---

Vođena novim događanjima na sceni odnosa lekar – pacijent, medicinska javnost zauzela je gard, i to dvojak. Jedna struja se ogleda u defanzivnom reagovanju medicinske javnosti, i kao glavne manifestacije nastali su pojmovi defanzivna medicina i medicina zasnovana na dokazima (Evidence Based Medicine). Ovaj oblik reagovanja ljudi u belom zasnivao je svoja razmišljanja i delovanja prvenstveno na interesima struke. Defanzivna medicina je, rečeno političkim rečnikom, posebna frakcija medicinske struke koja svoje delovanje nije rukovodila objektivnim stanjem i potrebama pacijenata, već je glavna ideja vodilja bila eventualna mogućnost sudskog procesa, te se u skladu s tom idejom i nastupalo: preterivanje u dijagnostici, preterivanje u terapijskim intervencijama.

Medicina zasnovana na dokazima (Evidence Based Medicine) imala je više "legalistički" pristup problemu. Opravdavajući svoje postupke validnim dokazima, bolje su sagledavali probleme imali neospornu moć u rezonovanju i postupanju, istovremeno se obračunavajući sa starom elitom, koja je svoju moć zasnivala na dugotrajnom terapijskom iskustvu.

Drugi vid pristupa unekoliko je zanemario esnaf i u prvi plan svog razmišljanja stavio je pacijenta i njegova neosporna prava. Kao i prethodni model razmišljanja, i ovaj je imao dve komponente – etičku i institucionalnu. Kao što joj samo ime govori, etička komponenta našla je svoje pokriće i opravdanje u mnogobrojnim dokumentima koji uređuju sferu etike u medicini – Hipokratova zakletva, Ženevska deklaracija, Helsinška deklaracija... Ovi dokumenti, sami po sebi, nisu mogli imati snagu zakona, ali su imali snagu određenog moralnog autoriteta, te su mogli poslužiti kao uporište pacijentima i njihovim zastupnicima.

Za razliku od ovog pristupa, institucionalni način razrade problema bazirao je svoje stavove na usvajanju zakonskih odredbi koje bi uređivale ovu sferu međuljudskih odnosa. Čitav niz država je prava pacijenta definisao posebnim zakonom: Finska 1992, Holandija 1994, Izrael i Litvanija 1996, Island, Letonija, Mađarska i Grčka 1997, Danska 1998, Norveška 1999, Gruzija 2000, Francuska, Estonija i Belgija 2002, Švajcarska 2003. godine. Svuda su to zakoni o pravima pacijenata, sem u dva slučaja (Holandija i Litvanija), gde se radi o zakonu o medicinskom tretmanu.

Finski zakon koji je, kao prvi, mnogima poslužio za ugled, uz niz prava pacijenta, definiše i ulogu ombudsmana kao nezavisnog zastupnika pacijenta, odgovornog za više

---

zdravstvenih ustanova istovremeno i sa zadatkom da pomaže pacijentima upraktičnim stvarima povezanim s primenom zakona: od informacije o njihovim pravima, pa do pisanja žalbi [2].

U Srbiji je institucija ombudsmana otelotvorena uvođenjem terminološki i funkcionalno različitom institucijom – pacijentov advokat. Naime, razlika je u tome što su za te poslove imenovani pravnici već zaposleni u institucijama zdravstvene zaštite. Logična je posledica da će, pre ili kasnije, doći u konflikt interesa, jer će u isto vreme biti prinuđeni da zastupaju obe strane u sporu, a pod patronatom direktora te ustanove. Treba pomenuti i važnu činjenicu da su pacijentovi advokati nepripremljeni za tu dužnost pošto se na domaćim fakultetima ne izučava medicinsko pravo. Medicinsko pravo ne bitiše kao zaokružen sistem normi sabranih u jednom ili više zakonodavnih akata i namenjenih isključivo medicinskom zanimanju. Samo jedan deo njegovih pravila nalazi se u pravnim propisima koji su posvećeni specijalno medicinskoj delatnosti i njenim poslenicima. Drugi njegov deo rasejan je po mnogim zakonskim tekstovima koji pripadaju različitim oblastima prava [3].

Pitanje profesionalne odgovornosti medicinskih poslenika jeste jedno od aktuelnih problema medicinskog prava. Pod uticajem mnogih procesa koji izazivaju pažnju medija i stručne javnosti, težište pažnje je pomereno sa krivične na građansku odgovornost. Tu se otvaraju mnoga pitanja na koja treba dati odgovor: lekarska greška kao uzrok nepovoljnog ishoda lečenja; dužnost lekara da pacijenta obavesti o dijagnozi; pravo uvida pacijenta u sopstvenu medicinsku dokumentaciju; štete izazvane medicinskim aparatima i injekcijama, terapija i eventualni rizici.

## **LEKARI IZMEĐU ETIKE I ZAKONA**

Sve češći sudski procesi protiv lekara, sve veća medijska hajka i sve veća ogorčenost pacijenata upućuju na razmišljanja o uzrocima ove pojave. Gotovo da nema sedmice bez objavljenog nekog novinskog članka s bombastim naslovom koji govori o nesavesnom lečenju, neodgovornom postupku, smrti pacijen(a)ta... Ima li tome kraja? Pitanje je umesno postaviti iz najmanje dva razloga. Prvi razlog leži u činjenici da se previše govori o ovakvim događajima, pa bismo se mogli zapitati, iz ugla običnog lekara – hej, pa to se može i meni desiti, moram pripaziti

---

na svoje postupanje. Drugi razlog (da li se spisak razloga zaista završava – odlučite sami) bolniji je za medicinsku javnost. Naime, zbog neodgovornih kolega koji svojim postupcima izazivaju pažnju medija u negativnim konotacijama, stradaju i oni nedužni i pošteni pripadnici lekarskog esnafa. Posledica toga je generalizacija stava pojedinih pacijenata (svi ste vi lekari isti...), komentari medija i sredine (Kako ocenjujete postupak tog i tog lekara? Da li je postupio ispravno? i sl.). Nažalost, javnost je gladna skandala, što mediji (bilo koji, a uglavnom svi zajedno) koriste. Jednom "oglašen" lekar (makar i ne bio kriv) biva obeležen, često i do kraja svoje karijere, pa i nakon toga...Kako se izboriti? Odgovor, verovatno, leži negde na sredini između etike i zakona. Na to pitanje će se u budućnosti, verovatno, potruditi da daju odgovor lekarska komora, kao zastupnik prava lekara, ali, takođe, i sve brojniji pravnici koji su se zainteresovali za ovu (mora se priznati, unosnu) oblast. U koračanju ka Evropskoj uniji moraćemo se, iz ugla lekara, bilo to bolno ili ne, suočiti sa istinom da su tamošnji lekari mnogo više odgovorni pred zakonom nego što je to slučaj na našim prostorima i da briga za pacijenta sve više postaje i deo pravniceke prakse. No, zapitaćemo se, na kraju – da li lekar treba da ispunjava želje pacijenta, ma kakve one bile (zbog straha od eventualne disciplinske ili krivične odgovornosti) ili da postupi lege artis, usklađujući potrebe i mogućnosti, rukovodeći se etičkim principima i savremenim medicinskim znanjima i dostignućima. Koje su posledice u oba slučaja? U prvom slučaju, lekar postaje običan pisar, nezainteresovan, uplašen, bez identiteta, bez autoriteta, bez uspeha. Medicina biva prepuštena pacijentima i njihovom (ne)znanju i bahatosti. I ne samo to – buduća pokolenja lekara biće osakaćena u svome radu jer će im postojanje ovih i ovakvih lekara zanavek oduzeti pravo na odluku. I, gledajući konsekvene ovakvog načina razmišljanja i postupanja – ko će biti odgovoran za eventualne neželjene posledice, navalentni pacijent ili uplašeni lekar (koji je po zakonu odgovoran)? Jednom rečju – medicina prestaje da bude plemenita dobra vila i pretvara se u prljavu sluškinju. Druga opcija dostojanstveno i nepokolebljivo ostaje na braniku medicinske struke čuvajući integritet esnafa, braneći svoje znanje i znanje svojih kolega, ali i utičući na stalno poboljšanje kvaliteta tog znanja u cilju lakšeg, sigurnijeg istupa na bojište. Ljubazan odnos sa pacijentom, ali i čvrst stav potkovani znanjem i odlučnošću – to je, prema skromnom mišljenju autora ovih redova, put kojim treba ići u cilju poboljšanja i napretka moderne medicine. Ili, drugim rečima – lege artis po svaku cenu. Tako će zakon, nemametljivo za obe strane, lebdati nad jednostavnim etičkim i

---

humanim postupcima lekara i održavati nepoljuljano poverenje koje pacijenti imaju prema lekarima. Praktična vrednost pravnih i moralnih normi, na kraju, zavisi od postojanja određenih kvaliteta u ličnosti lekara. Jer nije bez osnove rečeno da samo dobar čovek može biti dobar lekar.

## **ETIKA I PREDLOG NOVIH ZAKONSKIH REŠANJA**

Poslodavci u Srbiji uskoro će, najverovatnije od januara sledeće godine, moći da daju otakaz zaposlenima koji otvaraju lažna bolovanja – predviđaju najnovije izmene Zakona o radu. Ove odredbe se donose zbog procene da je u Srbiji od 280.000 bolovanja, koliko se otvori godišnje, lažno čak 11 odsto. To znači da više od 30.000 radnika svake godine odsustvuje s posla iako nema nikakvih zdravstvenih tegoba.

Ukoliko bude usvojen novi zakon o zdravstvenoj zaštiti, od sledeće godine pacijenti će moći da idu na pregledе u državne domove zdravlja kod lekara koji radi dopunski, van svoje smene, i da tu uslugu plate. Zakon će omogućiti dopunski rad zdravstvenih radnika u matičnoj kući, a lekari i sestre moći će dodatno da rade trećinu radnog vremena u državnoj ustanovi u kojoj su inače zaposleni. Cenovnike za pregledе utvrđivace upravni odbori bolnica. Pregledi će biti omogućeni za sve usluge, osim za one za koje postoje liste čekanja.

Zahtev za invalidsku penziju u prošloj godini Republičkom fondu za PIO predalo je čak 42.000 radnika u ukupnom broju, ali je samo njih 119 u penziju otišlo zbog posledica profesionalnih bolesti. I mada bi "na prvu loptu" moglo da se zaključi da su u Srbiji uslovi rada besprekorni, istina je zapravo da je naša lista profesionalnih oboljenja višestruko kraća od evropskog proseka.

Novi pravilnik o priznavanju i utvrđivanju profesionalnih bolesti završen je i proširena je lista profesionalnih bolesti, koja treba da olakša dokazivanje obolevanja na radnom mestu.

Važećim pravilnikom o utvrđivanju profesionalnih bolesti u Republici Srbiji iz 2003. godine utvrđeno je 56 bolesti ili grupa bolesti koje su posledica ekspozicije profesionalnim štetnostima na radnom mestu. Istim pravilnikom su definisane vrste štetnosti pri kojima se bolesti pojavljuju, kao i bliži uslovi za njihovo priznavanje. Ministar nadležan za poslove penzionog i invalidskog osiguranja i ministar zdravlja određuju listu profesionalnih bolesti, koja će biti proširena sa devet novih bolesti.

---

Sa kakvim se problemima zaposleni u Srbiji suočavaju u ostvarivanju prava po osnovu profesionalnih bolesti, ilustrativan je primer radnika koji je oboleo od plućne azbestoze i kome je Institut za medicinu rada „Dr Dragomir Karajović“ radio ekspertizu, ali poslodavac neće da mu izda potvrdu sa radnog mesta da je bio izložen azbestu. Zbog nedostatka tog administrativnog podatka, ne može se utvrditi profesionalno oboljenje. Kada bi se potvrdilo profesionalno oboljenje, onda bi radnik mogao da pokrene sudske postupke protiv poslodavca koji bi onda bio u obavezi da plati odštetu .

### **UMESTO ZAKLJUČKA**

Navedeni predlozi novih zakonskih rešenja stavljuju etičke norme na ozbiljnu proveru, posmatrano sa sudskomedicinskog aspekta. Otvara se mnogo pitanja vezanih za primenu predloženih zakona – od mogućih koruptivnih radnji do grešaka koje mogu da izazovu štetu korisnicima usluga zdravstvenog sistema i tako postanu predmet sudskega postupka.

Mogućnost naše greške? Svi lekari zaposleni u zdravstvenom sistemu mogu dospeti u situaciju da naprave stručnu grešku koja može da dovede do nastanka štete strani koja koristi usluge zdravstvenog sistema. Pod rizikom da budu okrivljeni za nastanak štete po korisnika nalaze se zaposleni i u kurativnoj zdravstvenoj zaštiti i u preventivnoj zdravstvenoj delatnosti, čije usluge ne finansira Republički fond zdravstvenog osiguranja već sam korisnik usluga (pojedinac ili poslodavac). Poštovanje etičkih principa se ne dovodi u pitanje bez obzira na vid zdravstvene zaštite. Kako postupati u takvim situacijama? U kurativnoj zdravstvenoj zaštiti poštovati propozicije RFZO-a kako bi se izbegla moguća osporavanja od strane finansijera, kao i pritužbe korisnika usluga. U preventivnoj zdravstvenoj delatnosti upravljati rizicima od mogućeg nastanka bilo kakve štete pri pružanju usluga iz oblasti preventivne zdravstvene zaštite.

### **LITERATURA**

1. Radišić J. Odgovornost zbog štete izazvane lekarskom greškom u lečenju i u obaveštavanju pacijenta, Nomos, Beograd 2007:2-5.

- 
2. *Zakon o zdravstvenom osiguranju*. („Službeni glasnik RS”, 107/2005, 109/2005, 30/2010)
  3. Mujović Zornić H. Kodeks lekarske etike kao izraz staleške samoregulative u medicini, „Pravni informator”, Beograd, 2007:2-4.

## **MEDICAL MEDICINE AND LEGAL REGULATION**

### **SUMMARY**

Medicine is always about health or illness, or life or death. Sometimes medical ethics had the unwritten right to be the sole arbiter in solving these issues. The trust patients had in their doctor was at a high level. There was virtually no jurisdiction of the courts for the correctness of medical procedures . Times have changed. The ratio of the doctor - the patient is now more based on legal paradigms than on trust. Unfortunately, instead of trusting doctors, but also to all health workers, the primacy has taken hold of mistrust as a cancer of modern society and modern medicine. The need to add external support in the form of legal norms of behavior to the relationship between doctor and patient, has just emerged from this mistrust. In this way, today's medicine is under increasing influence of the so-called. "legalization", or putting under the bell of legal regulations. On the other hand, doctors consider that legal regulations limit and obstruct their work and compel them to foster "defensive medicine", which is not in the patient's interest. To what extent, however, can rights and regulations go? Where the law ends and medicine starts, we can ask ourselves. Nevertheless, trust between the doctor and the patient can not be overwhelmed by any other, or by legal provisions. The ultimate goal of medicine is certainly treatment and cure, and as such, there is no alternative. It is certain that in the whole process of treatment, trust plays a major role, and which can not be imposed by any legal acts. On the other hand, the law is only inserted in those cases where there is no trust, imposing some general rules of play or behavior. Legal norms and trust in a doctor are not mutually exclusive alternatives, but two complementary factors in the patient-patient relationship system. In order to prevent further loss of confidence, a physician should be obliged to make decisions when determining his / her conscience, which also has a legal basis. Thus, the law, unobtrusively for both sides, will float above the simple ethical and human actions of the doctors, and on the other hand, maintain the patient's irreverent confidence that patients have towards the doctors. The practical value of legal

---

and moral norms, in the end, depends on the existence of certain qualities in the physician's personality. It's not without foundation that only a good man can be a good doctor.

***Key words:*** *ethical principles, law, doctor, patient rights*

---

## **UPRAVLJANJE RIZIKOM – PREDUSLOV ZA POBOLJŠANJE PROCESA SUDSKOMEDICINSKOG VEŠTAČENJA**

Dragan Cvetković

### **REZIME**

Bezbednost i zdravlje na radu je sistem koji obezbeđuje uslove na radu kojima se, u najvećoj mogućoj meri, smanjuju povrede na radu, profesionalna oboljenja i oboljenja u vezi s radom i koji pretežno stvaraju prepostavku za puno fizičko, psihičko i socijalno blagostanje zaposlenih. Procenjivanje rizika u vezi s bezbednošću i zdravljem na radu obaveza je propisana zakonom, a ona u praktičnom smislu predstavlja detaljan pregled radnog mesta kako bi se identifikovale opasnosti, štetnosti, procesi i druge aktivnosti koje mogu prouzrokovati štetu, posebno zaposlenom. Slabost ovakvog sistema je što ne poseduje mehanizme zasnovane na riziku koji bi (upozorili organizaciju na kontekst koji se stalno menja, što pravnom subjektu omogućava da u oblasti OH&S poboljšava performanse razvojem i implementacijom efikasnih politika i ciljeva. Naša namera je da u radu istaknemo benefite koje donose procesi upravljanja, naročito ako su zasnovani na standardizovanim procedurama koje, između ostalog, nedvosmisleno jačaju posvećenost rukovodstva proaktivnom poboljšanju performansi sistema „bezbednost i zdravlje na radu“ i moral zaposlenih.

***Ključne reči: rizik, procena rizika, upravljanje rizikom***

### **UVOD**

Dugi niz godina, ovog i prošlog veka, o zaštiti na radu, o bezbednosti i zdravlju na radu i značaju ove organizacione forme u pravnim subjektima govori se kroz prizmu izveštaja o nesrećama i nesrećnim slučajevima. Informacije o takvim događajima su „polupismena“ saopštenja o vrhu ledenog brega koji se valja u dubini okeana: „Radnici koji su na gradilištu izgubili život u potpunosti su bili obučeni za sve situacije i moguća dešavanja i uredno prijavljeni“.

---

Međunarodna organizacija za standardizaciju u najavi prvog svetskog standard za zdravlje i sigurnost na radu: ISO 45001, Occupational health and safety management system – Requirements with guidance for use (Sistemi upravljanja zdravljem i bezbednošću na radu – Zahtevi sa uputstvom za upotrebu) poziva se na izveštaj Međunarodne organizacije rada (ILO) iz 2017. godine o 2,78 miliona smrtnih slučajeva kao rezultat profesionalnih nesreća ili bolesti povezanih s radom i 374 miliona nefatalnih povreda i bolesti.[1] Od standarda se očekuje da obezbedi okvir za povećanje sigurnosti smanjujući rizike na radnom mestu i poboljšava zdravlje i blagostanje na poslu omogućavajući organizaciji da proaktivno poboljša svoje OH&S performanse.

Proaktivni pristup koji standard preporučuje prvi put se pojavljuje u nekom od dokumenata koji uređuju sistem bezbednosti na radu. Naučna i stručna javnost je u poslednjih 50 godina institucionalnog procesa razvoja visokoškolskog obrazovanja profilisala profesionalnu suštinu sistema Zaštita na radu ili sistema Bezbednost i zdravlje na radu, putem procesa koji:

- apliciraju aktivnosti, mere i sredstva u procesima stvaranja bezbednih uslova rada integrisanjem savremenih tehničkih, organizacionih, zdravstvenih, socijalnih, represivnih, obrazovnih i drugih postupaka;
- promovišu preventivni karakter s jedinstvenim ciljem otklanjanja opasnosti kao uzroka povreda i oštećenja zdravlja;
- razvijaju proaktivnu strukturu koja u definisanom vremenskom prostoru kontroliše elemente sistema i po potrebi sprovodi korektivne akcije i/ili fina podešavanja na pojedinim elementima sistema; razvijaju nove servise i proveravaju da li postoji mogućnost da bezbednost i zdravlje budu ugroženi, ko ili šta može biti ugroženo, kako može doći do opasnosti, kao i druge radnje na održanju i unapređenju dobre prakse sistema.

Ostvarivanje dostignuća proaktivnog odnosa u realizaciji funkcionalnih zahteva podrazumeva izgrađen i dokumentovan sistem. Proaktivnom podrškom se unapred definišu i u vremenskom domenu kontrolišu svi elementi sistema, a po potrebi sprovode korektivne akcije i/ili fina podešavanja pojedinih elemenata i parametara u cilju poboljšanja. Cilj proaktivne zaštite je pravovremeno uočavanje i otklanjanje nedostataka pre nego što oni pređu u ozbiljan incident i ugroze proces ili čitav proizvodni sistema. Rešavanje incidenata primarni je cilj za obezbeđenje

---

normalnog rada sistema, da bi se kod neplaniranih situacija (prekida, usporenja ili drugih anomalija u radu) – što brže i uz minimalan poremećaj – održao poslovni proces. Procena rizika je svakako proces koji stvara platformu za dostizanje ciljeva organizacije, koji imperativno podrazumevaju dokumentovan i uređen sistem.

Konačno se može osetiti profesionalno zadovoljstvo što napori pojedinaca nisu bili uzaludni i što sistem bezbednosti i zdravlja na radu ima šansu da menja dosadašnju praksu, u kojoj preovlađuju četiri tipična modela, rangirana po zastupljenosti:

1. patološki model – promoviše stav “koga je briga za bezbednost i zdravlje na radu, radi dok te ne uhvate”;
2. reaktivni model – sprovode ga poslodavci koji smatraju da je bezbednost i zdravlje na radu bitno, ali preuzimaju konkretne mere samo kad se nesreća već dogodi;
3. kalkulativni model – primenjuju poslodavci koji uvažavaju značaj bezbednosti procesa i zdravlja zaposlenih, pa sprovode sistem nadzora nad opasnostima i štetnostima;
4. proaktivni model – zastupljen u subjektima u kojima se prepoznaju poslovni interesi i važnost bezbednosti procesa i zdravlja zaposlenih i sprovodi kontinuirano unapređenje sistema bezbednosti procesa.

Zajednički imenitelj upravljačkog procsa u ovako osmišljenom ambijentu jeste Akt o proceni rizika u svojstvu alata za upravljanje i vođenje operacija na nivou koji se može okarakterisati kao „proces bez rizika“. Nažalost, iskustvo stečeno u srpskoj poslovnoj praksi pokazuje da taj alat nema nikakve upravljačke mehanizme, niti se može smatrati pouzdanim dokumentom kod utvrđivanja odgovornosti i presuđivanja u sporovima koji mogu nastati na relaciji vlasnik procesa – zaposleni. Razlozi za takav stav su sadržani pre svega u činjenici da su bezbednosni upravljački mehanizmi kod poslodavaca ostali na nivou hipotetičkog, s kadrovskim vrednostima koje nemaju profesionalni kapacitet i nadzornom funkcijom koja je podređena interesima vlasnika procesa.

## **PROCENJIVANJE RIZIKA**

---

Razvoj standarda iz oblasti upravljanja rizikom započeo je 1995. godine usvajanjem standarda AS/NZS 4360 Risk management – u Australiji i Novom Zelandu. Ovaj pokušaj najavio je potpuno drugačiji pristup u razmišljanju o riziku pošto je sa sobom nosio i pokušaj formalizovanja celog procesa upravljanja rizikom, što je ubrzalo njegovo poboljšanje, tako da se nova verzija standarda pojavila 1999. godine. Pet godina kasnije, 2004. godine, objavljena je i treća verzija ovog standarda. Međunarodna organizacija za standardizaciju ISO (International Organization for Standardization) 2009. godine objavljuje svoj standard iz ove oblasti – ISO 31000 – Risk management – Guidelines on principles and implementation of risk management – koji je praktično preuzet standard AS/NZS 4360, uz prilagođenja standardu ISO 9001.

Pomenuti standard AS/NZS 4360 bio je osnova i inspiracija za nastanak specijalizovanih standarda koji se odnose na upravljanje rizicima u nekim specifičnim oblastima. Standardizovanje procedura upravljanja i uvođenje OH&S sistema menadžmenta ima za cilj da omogući organizaciji da osigura bezbednost i zdravlje zaposlenom na radnim mestima, sprečava povrede i narušavanje zdravlja u vezi s radom i stalno poboljšava svoje OH&S performanse. U 2018. godini Projektni komitet ISO/PC 283, Sistemi menadžmenta bezbednošću i zdravljem na radu (Project Committee ISO/PC 283, Occupational health and safety management systems) objavljuje standard ISO 45001:2018, a 5. aprila 2018. godine direktor Instituta za standardizaciju Srbije rešenjem br. 1986/2-51-02/2018 doneo je SRPS ISO 45001:2018, koji je identičan sa međunarodnim standardom ISO 45001:2018, Occupational health and safety management systems – Requirements with guidance for use. Usvajanjem ovog standarda povlači se i zamenuje standard SRPS OHSAS 18001:2008.

Koncepti procene opasnosti i rizika i njihov međusobni odnos, i pored standardizovanih definicija pojmove, mogu lako dovesti do zabune zbog njihovog teminološkog poimanja. Opasnost u suštini predstavlja potencijal sadržan u proizvodu ili procesu spremjanju da izazove štetu, štetne zdravstvene efekte na nekoga ili neka oštećenja zdravlja. Opasnost može da proistekne iz hemijskih osobina supstanci (pojedinačno), rada na merdevinama ili visini (situacija), električne energije, komprimovanog fluida (potencijalna energija), izvora požara ili, jednostavno, iz klizavosti poda. Rizik je pak verovatnoća da će osoba biti povređena ili doživeti štetne zdravstvene posledice ako se izloži opasnosti ili će pak imovina biti oštećena ili

---

izgubljena. Ovo je jedna od mogućih opservacija po svemu složenog procesa procenjivanja rizika, koji je generički apliciran u aktuelnim modelima.

## **Identifikovanje opasnosti**

Prvi pravi korak u procesu procenjivanja rizika jeste identifikacija opasnosti, odnosno pojava koje sa sobom nose rizik. Ovo se nekada može pokazati kao najteži deo posla. Razlog za to se krije u činjenici da ne posotoji jasan signal kada je proces identifikovanja završen, odnosno, kada su identifikovane sve opasnosti. Najčešći odgovor je "nikada". Sama ta činjenica upućuje na potrebu za "upravljanjem" tim procesom. Naime, ma koliko se neko trudio da identificuje sve opasnosti, uvek će se ispostaviti da postoje opasnosti koje nisu identifikovane. Stoga se treba držati nekih preporuka.

- Treba odrediti koliko dugo će trajati identifikovanje opasnosti i pri isteku tog vremena smatrati da identifikovane opasnosti čine kompletan spisak svih opasnosti. Očigledno je da ovo ne može biti tačno, ali nema svrhe gubiti vreme na bezuspešne pokušaje identifikovanja dodatnih opasnosti, već treba nastaviti proces upravljanja rizikom. Za utehu može poslužiti činjenica da proces upravljanja rizikom nikada nije završen i da se uvek javljaju novi rizici ili eskaliraju postojeći, tako da će se postupak identifikovanja rizika ponavljati još puno puta i biće još puno prilika za identifikovanje novih opasnosti.
- Treba kreirati dokumentaciju koja će precizno opisivati koje su aktivnosti ili pojave analizirane i odakle su identifikovane opasnosti (ovo može biti dragocen izvor podataka pri kasnijem preispitivanju kompletnosti ranije sprovedene analize opasnosti).
- Treba konsultovati sve zainteresovane strane i dokumentovati rezultate ovih konsultacija (često, posmatranje nekog problema iz drugog ugla ukaže na opasnosti koje nisu mogle biti identifikovane na drugi način).

## **Određivanje verovatnoće nastanka i posledica rizičnog dogadaja**

---

Uporedno sa identifikovanjem opasnosti, potrebno je ustanoviti i verovatnoću nastupanja identifikovane opasnosti. Statistička analiza višegodišnjeg evidentiranja pojave opasnosti i posledica dejstva stvara osnovu za pouzdanu verovatnoću događaja. Teorijski, najbolje bi bilo ako bi se za svaku opasnost odredila precizna verovatnoća nastupanja te opasnosti. Sledеći korak je transformacija identifikovanog uticaja u odgovarajuću numeričku vrednost. Ovo najčešće nije problem ako se posledice mere novčanim vrednostima. Problem nastaje kada se posledica koju je nemoguće iskazati u novčanoj vrednosti prevodi u numeričku vrednost. Preporuka je da se ovom poslu posveti onoliko vremena koliko je potrebno da bi se precizno definisalo kako će uticaj biti meren. Što se kvalitetnije uradi ovaj posao, to će biti manje problema prilikom naknadnog preispitivanja identifikovanih i novonastalih rizika.

### **Metode za procenu rizika**

Postupak procene rizika je po svojoj prirodi veoma subjektivan proces. Međutim, taj proces se uz poštovanje pravnih osnova i standardizovanih principa može znatno objektivizirati, a subjektivnost smanjiti na najmanji mogući nivo. Prema Zakonu o bezbednosti i zdravlju na radu, procena rizika je sistematsko evidentiranje i procenjivanje svih onih faktora u procesu rada koji mogu uzrokovati nastanak povreda na radu, oboljenja ili oštećenja zdravlja i utvrđivanje mogućnosti odnosno načina sprečavanja, otklanjanja ili smanjenja rizika.

Iz zakonom definisane obaveze proizilazi da je procena rizika empirijski proces donošenja inženjerskih odluka na osnovu znanja i iskustva u cilju podizanja nivoa bezbednosti i u cilju očuvanja zdravlja zaposlenog na radu uz korišćenje izabrane i do sada poznate i priznate metode. U stručnoj javnosti postoji veliki broj validiranih metoda za procenu rizika koje su kreirala različita udruženja i asocijacije. U srpskom poslovnom okruženju dominira aplikacija „Kinijeve metode”, koja je po svom konceptu vrlo subjektivna i proizvoljna jer se ne zasniva na relevantnim podacima o onim procesima u poslovnom subjektu na koje se procena odnosi.

Dobar izbor metode za procenu rizika omogućiće adekvatnu primenu merakojima bi se ostvario bezbedniji proces rada i smanjila verovatnoća da na random mestu i u radnoj okolini dođe do profesionalnih oboljenja i povreda zaposlenih. U zavisnosti od kriterijuma za procenu

---

rizika, sve metode koje se primenjuju u oblasti bezbednosti i zdravlja na radu mogu se podeliti na:

1. kvantitativne,
2. kvalitativne ,
3. polukvantitativne (kombinovane).

**Metode kvantitativne procena rizika** polaze od definicije da rizik po bezbednost i zdravlje na radu, OH&S rizik, predstavlja kombinaciju verovatnoće pojavljivanja opasnog (opasnih) događaja ili izlaganja koji su u vezi s radom i ozbiljnosti povrede i narušenog zdravlja koji mogu da budu prouzrokovani događajem (događajima) ili izlaganjem (izlaganjima). Pri tome je neophodno da oba uticajna faktora (verovatnoća i posledice) budu iskazani kao brojne vrednosti. U tom slučaju je i rezultirajući rizik brojna vrednost, tj. rizik je potpuno kvantifikovan. Uglavnom se verovatnoća događaja predstavlja kao njegova učestalost po jedinici vremena ili aktivnosti, dok su posledice predstavljene kao brojčani gubitak (finansijski, izgubljeni radni dani i sl.).

**Metode kvalitativne procene rizika** se baziraju na ličnom iskustvu i rasuđivanju učesnika u timu za procenu rizika i/ili korišćenju raspoloživih kvalitativnih, nenumeričkih podataka. Ovakav pristup ne zahteva podatke o prethodnim štetnim događajima, uzrocima i posledicama, ali uslovjava da krajnji rezultat procene rizika bude opisno, kvalitativno iskazana veličina rizika (npr. visoki rizik, umereni rizik i sl.).

Kvalitativni kriterijumi su tzv. fazilogični izrazi: „retko“, „malo neverovatno“, „moguće“, „verovatno“ ili „vrlo verovatno“, kako bi se opisala verovatnoća pojave neželjenog događaja, ili pojmovi kao što su: „kobne“, „ozbiljne“, „male“ ili „zanemarljive“, kako bi se opisala veličina štete – posledice. U kvalitativnim metodama za procenu rizika najčešće se koriste subjektivni kriterijumi koji se mere u kvalitativnim skalamama. Procena je subjektivne prirode, pa je zbog toga podložna greškama.

U praksi se optimalno koriste kvalitativne skale sa tri do sedam kvalitativnih opisa (najčešće pet), što zahteva izražen ekspertske stav u analizi potencijalnih opasnosti/štetnosti. Metode sa manje od tri kvalitativna opisa za faktore rizika nisu zanimljive, a sa više od sedam

---

dovode do znatnih teškoća subjektivnog karakterapovezanih sa nemogućnošću učesnika u timu za procenu rizika da dosta precizno prepozna kvalitativni opis faktora rizika.

Kvantitativna procena rizika, znači, predstavlja konačnu, tačnu brojnu vrednost opšteg rizika, ali i pojedinačnog rizika nekog od aspekata fizičkih ili hemijskih štetnosti, gde je jasno određen nivo dozvoljenog izlaganja, kao i nivo povećanog izlaganja. Da bi se definisale verovatnoće i posledice kao brojne vrednosti, neophodno je sprovesti sadržajne analize dokumenata, posedovati odgovarajuće statističke podatke o mortalitetu i morbiditetu na radu. Ozbiljnost sagledavanja procesa čini ove metode nepraktičnim u velikim sistemima, pa se u oblasti bezbednosti i zdravlja na radu prioritet daje kvalitativnoj proceni rizika, dok se kvantitativna procena aplicira u slučajevima visikoh rizika.

**Kombinovane metode za procenu rizika** imaju u praksi široku primenu zato što nije moguće proceniti verovatnoću nastanka neželjenog događaja (pogotovo za retke događaje) i veličinu posledice (različite posledice za različite uslove).

Kvalitativne skale sa određenim brojem kvalitativnih opisa za verovatnoću i posledicu osnov su za procenu mere rizika, koja se najčešće određuje kao proizvod nivoa rangiranja verovatnoće i potencijalnih štetnih efekata. Svakoj određenoj kvantitativnoj meri rizika pridružuje se kvalitativno tumačenje, odnosno kvalitativni opis i odgovarajući rang. Kombinovana (polukvantitativna) metoda nudi tri pristupa iskazivanja rizika:

- matrična metoda procene rizika (zasnovana je na kombinaciji formiranja matrica i tabele),
- tabelarna metoda procene rizika (zasnovana je na formiraju tabelu, obrazaca, od svih elemenata za procenu rizika, kao i samog rizika),
- grafička metoda procene rizika.

Za definisanje nivoa ekspozicije (izloženosti), za ekspertsку ocenu koristiće se podaci dobijeni iz dokumenata o periodičnom ispitivanju uslova radne sredine i opreme za rad, kao i

---

podaci o opasnostima i štetnostima dobijeni neposrednim zapažanjem zaposlenih na radnom mestu (iz sadržaja intervjeta). Za definisne nivoa verovatnoće, za ekspertsku ocenu koristiće se podaci dobijani iz evidencije o povredama na radu u poslednjih 5 (pet) godina. Dobija se pregled pojedinačnog nivoa rizika za uočene opasnosti, kao i sumarni, ukupni, nivo rizika kategorisan kao:

$$R_G = \frac{\sum_{i=1}^{12} r_i R_i}{\sum_{i=1}^{12} r_i}$$

gde je:

- $r_i$  – težinski koeficijent rizika, koji odgovara klasi nivoa rizika
- $R_i$  – nivo rizika i-te štetnosti/opasnosti

Predstavljena procedura kombinovane metode, koja je softverski uređena, kao rezultat nudi poziciju – nivo rizika svake identifikovane opasnosti, u funkciji zastupljenosti – ekspozicije i kvantifikovane posledice, ali i ukupni rizik po zaposlenog na radnom mestu. Ovaj pristup predstavlja platformu za implementaciju upravljačkih mehanizama i procedura.

## SISTEM MENADŽMENTA ZAŠTITOM NA RADU

Sistem Bezbednost i zdravlje na radu s preventivnom suštinom ima imperativni cilj – očuvanje zdravlja zaposlenog. Ciljna funkcija usmerena je na stvaranje bezbednih uslova rada apliciranjem najsavremenijih tehničkih, organizacionih, medicinskih, socijalnih i drugih mera, a sve radi eliminisanja opasnosti kao uzroka povreda i oštećenja zdravlja, što znači radi smanjenja, odnosno minimiziranja rizika.

Indikatori koji opisuju stanje sistema Bezbednost i zdravlje na radu, a koji se statistički obrađuju na nivou svetske zajednice sa zdravstvenog, ekonomskog ili etičkog aspekta – poražavajući su. Međunarodna organizacija rada (ILO) procenjuje:

- da 4% godišnjeg svetskog BDP-a (2.8 biliona US \$) nastaju uslijed direktnih i indirektnih troškova nesreća i bolesti na radu (na pr. Izgubljeno radno vrijeme, nadoknada radnika, prekid proizvodnje i zdravstveni troškovi) [3];
- da svake godine oko 2.3 miliona radnika umire od nezgoda ili bolesti na radu[4];

- 
- da samo u toku dana 1 milion radnika pretrpi nesreću na radnom mestu.

U EU profesionalne povrede i zarazne bolesti zajedno iznose manje od 5%. [5]

*SMS – Safety Management System ili Occupational Health and Safety (OH&S)* Management svakom pravnom subjektu kao i odgovornoj društvenoj zajednici mora da ulije veru da se performanse bezbednosti moraju poboljšavati, a da je MS – *Management System* u stvari alat koji obezbeđuje da organizacija postigne svoje poslovne ciljeve na bezbedan način.

Gledano iz ugla vlasnika procesa, opšta svrha SMS (Safety Management System – Sistem menadžmenta zaštitom na radu) jeste da obezbedi da organizacija postigne svoje poslovne ciljeve na bezbedan način. Ti ciljevi moraju da se ispune u današnjem stalno promenljivom i kompleksnom privrednom okruženju obezbeđujući dokaze da organizacija zadovoljava sve bezbednosne zahteve koji se na nju odnose. Pored bezbednosti, opredeljenje za strukturalni način upravljanja omogućuje identifikaciju opasnosti i neprekidno upravljanje rizicima povezanim sa aktivnostima same organizacije. Adekvatna implementacija svih relevantnih elemenata SMS-a može da obezbedi organizaciji neophodnu garanciju da će ona u svim uslovima kontinuirano kontrolisati sve identifikovane rizike povezane sa njenim aktivnostima.

Zato razvijene organizacije i naučna javnost uviđaju da efikasna kontrola njihovih rizika može da se postigne samo putem procesa koji spaja tri kritične dimenzije: tehničku komponentu sa korišćenim alatima i opremom, ljudsku komponentu – front line osoblja sa njihovim veštinama, obukom i motivacijom – i organizacionu komponentu, koja se sastoji od procedura i metoda koje definišu odnos zadataka. Novi OH&S standard ISO 45001 zasniva se na zajedničkim elementima koji se nalaze u svim ISO standardima sistema upravljanja i koristi jedinstven model PDCA (Plan-Do-Check-Act), koji pruža okvir za organizacije da planiraju ono što treba da učine da bi se smanjio rizik od štete. Mere treba da rešavaju probleme koji mogu dovesti do dugoročnih zdravstvenih problema i odsustva sa posla, kao i onih koji dovode do nesreća.

David Smith, predsedavajući Projektnog odbora ISO / PC 283, koji je razvio ISO 45001, veruje da će novi međunarodni standard biti pravi “šlager igra” za milione radnika: "Nadamo se da će ISO 45001 dovesti do velike transformacije u praksi na radnom mestu i smanjiti tragičan broj nesreća i bolesti povezanih s radom širom sveta." Novi standard će pomoći organizacijama

---

da obezbede sigurno i zdravo radno okruženje za radnike i posetioce stalno poboljšavajući svoje OH&S performanse. Smit dodaje: "Svetski pisci standarda su se sastali da obezbede okvir za sigurnije radno mesto za sve, bez obzira na sektor u kome radite i gde god radite u svetu." Više od 70 zemalja je bilo direktno uključeno u kreiranje ovog važnog dokumenta, koji je razvio ISO / PC 283, sistemi upravljanja zdravljem i bezbednošću na radu, uz Britansku instituciju za standarde (BSI), koja služi kao sekretarijat Odbora.

Danas, kada je na svetskom nivou ponuđen alat za upravljanje, hipotetički se nameće pitanje ko će i kako najbolje aplicirati taj alat i postići očekivane ciljeve. Prethodne garniture alata: OHSAS 1800, AS/NZS 4360 Risk Management, ISO 31000 Risk Management, zasnovane su na vrlo sličnim platformama, a rezultati su na nivou izveštaja ILO (International Labour Organization). Praktično, nisu iskorišćeni kapaciteti koje alat poseduje. Ostaje samo pitanje – zašto?

Želino da verujemo da će očekivanja autora standarda biti ostvarena, ali se taj optimizam mora prethodno primeriti okolnostima poslovnog ambijenta za implementaciju. Industrijski razvijene države, zemlje u razvoju, male privrede, industrijski nerazvijene i siromašne privrede ne mogu podjednako dobro da apliciraju univerzalni alat standarda. Drugi, čini mi se ključni ometajući faktor je "faktor čovek". Faktor čovek su kadrovi koji poznaju i razumeju proces.

"Otklanjanje uzroka zahteva dobro poznavanje osnovne tehnologije i opreme koja je u okviru nje zastupljena, pa se zato kroz školovanje moraju izučavati teničke i naučne discipline koje predstavljaju osnovu tehničke struke.

"Izučavanje ovih naučnih i stručnih oblasti je vezano za tehničke fakultete, koji daju zvanje inženjera i diplomiranog inženjera, imajući u vidu i različite potrebe pojedinih privrednih organizacija u kojima je složenost problema zaštite na radu različita.

„Zaštita na radu je vrlo obimna i složena materija i njome se danas teško ovladava. Zbog toga se i susrećemo sa činjenicom da nam rukovodeći kadar vrlo teško shvata kompleksnost materije zaštite na radu, što se, naravno, odražava na njeno uključivanje u opštu poslovnu politiku radne organizacije. Njeno sprovođenje može da bude uspešno samo ako se članovi radne zajednice upoznaju sa njom još u toku svog redovnog školovanja odnosno stručnog obrazovanja.“

---

Kadrovska slika u nacionalnom privrednom ambijentu – „lice sa položenim stručnim ispitom o praktičnoj sposobnosti“ – ne daje veru da će se bilo šta značajno promeniti. U aktuelnom nacionalnom sistemu bezbednosti i zdravlja na radu, kao zamena za sistem zaštite na radu učinjene su kozmetičke promene koje, iako na talasima evropskog vетра, nisu promenile temelje i navike originalnog samoupravnog sistema organizacije, koji počiva na formalnom i statističkom prikazu stanja, bez namere da sistem ima proaktivnu formu, kakva se sama po sebi nameće ukoliko se prepozna suština upravljačkih poluga u procenjivanju rizika.

Rezultanta upravljačkog procesa u ovako osmišljenom ambijentu je „akt o proceni rizika“ u svojstvu alata za upravljanje i vođenje operacija na nivou koji se može okarakterisati kao „proces bez rizika“. Nažalost, iskustvo stečeno u srpskoj poslovnoj praksi pokazuje da taj alat nema nikakve upravljačke mehanizme, niti se može smatrati pouzdanim dokumentom kod utvrđivanja odgovornosti i presuđivanja u sporovima koji mogu nastati na relaciji vlasnik procesa – zaposleni. Suština problema je u činjenici da su bezbednosni upravljački mehanizmi kod poslodavaca ostali na nivou hipotetičkog, s kadrovskim vrednostima koje nemaju profesionalni kapacitet i nadzornom funkcijom koja je podređena interesima vlasnika procesa. Zato su očekivanja stručne javnosti vrlo pesimistična, pre svega zato što je među poslodavcima najzastupljeniji „patološki model“ upravljanja procesima bezbednosti i zdravlja na radu, a raspoloživi kadar nema dovoljno znanja da eksploratiše alate koje mu praksa nudi. Svakako da je uočavanje grešaka važno za poboljšanje sopstvenih vrednosti, ali je posvećenost promenama nabolje podjednako značajna za uspeh. Upravljačka norma ISO 45001 može znatno popraviti sliku o bezbednosti na radu i poboljšati ambijent u korist zdravlja zaposlenih ako se ključne poluge upravljanja prilagode da iz forme „dobrovoljnog“ pređu u formu „obaveznog“. Ovaj pristup se takođe može lako kritikovati, ali bi kao prelazna faza podizanja svesti o značaju procesa upravljanja rizikom dala važan doprinos razvoju sistema Bezbednost i zdravlje na radu.

Praksa je potvrdila da je posvećenost standardima upravljanja pružila stvarne poslovne koristi. Subjekti koji su usvojili OH&S sistem menadžmenta eksploratišu pozitive efekte u sledećim sferama[7]:

- u 79% poboljšana usklađenost sa propisima,
- u 64% pomoglo u upravljanju poslovnim rizikom,

- 
- u 57% inspirisano poverenje u naše poslovanje,
  - u 55% pomoglo je da zaštitи poslovanje.

## ZAKLJUČAK

Procenjivanje rizika na radnom mestu u cilju eliminisanja opasnosti ili štetnosti koje doprinose narušavanju zdravlja zaposlenog, zasnovano na zakonskoj regulativi, stvorilo je preduslov za proaktivno upravljanje procesima. Međutim, ova činjenica podrazumeva kontrolu nad procesima po precizno definisanim procedurama i zapisima o izvedenim operacijama. U tako vođenom poslovnom sistemu, aktom o proceni rizika se dokumentuju činjenice o riziku koje su osnov za realizaciju korektivnih mera.

Odluka vlasnika procesa da izradi akt o proceni rizika formalno predstavlja stratešku odluku, koja se može shvatiti kao stav da će na organizovan način upravljati rizicima koji proističu iz zakonskih okvira koji pravno uređuju bezbednost i zdravlja na radu. Sprovođenje te odluke i poboljšanje procesa svođenjem rizika na prihvatljiv nivo podrazumeva i proceduru procesa upravljanja rizicima. Međutim, nestručni ili formalni procesi procenjivanja rizika mogu dovesti do znatnih gubitaka u organizaciji ili do nepotrebnih troškova za implementaciju sigurnosnih mera, a da njihov efekat ničim nije opravдан. Ako se izostavi bilo koji postupak kojim se dokumentuje kontrola nad procesom, procenjivanje rizika i sam akt o proceni rizika kao dokument nema nikakav značaj pri validaciji nastalih poremećaja zdravstvenog stanja zaposlenog.

Ovoj konstataciji pridružuju se i drugi dobri razlozi za implementaciju efikasnog OH&S sistema, koji će stvoriti okvir za povećanje sigurnosti smanjujući rizike na radnom mestu i poboljšati zdravlje i blagostanje na radu omogućavajući organizaciji da proaktivno poboljša svoje OH & S performanse.

## LITERATURA

1. International Organization for Standardization ISO Central Secretariat Ch. de Blandonnet  
8 Case Postale 401 CH – 1214 Vernier, Geneva Switzerland
2. International Labour Organisation (ILO). World Day for Safety and Health at Work 2009  
'Facts on safety and health at work'. April 2009

- 
3. International Labour Organisation (ILO). World Day for Safety and Health at Work 2009  
‘Facts on safety and health at work’. April 2009]
  4. XIX World Congress on Safety and Health at Work: Istanbul Turkey, 11-15 September 2011
  5. Dr Jukka Takala, Economic Cost of Work-related Injuries and Ill-Health in Singapore, and Application Elsewhere ;Workplace Safety and Health Institute, Singapore, EU Presidency Conference, Athens, 16-17 June 2014,
  6. ELABORAT za osnivanje odseka zaštite na radu pri Tehničkom fakultetu Univerziteta u Nišu, Niš – marta 1968.
  7. British Standards Institution; Voice of the Customer Survey – BSI clients were asked which benefits they obtained from OHSAS 18001. 2017 BSI
  8. Cvetković D. M, Janković R. M Cvetković S. D, ESSENTIAL REQUIREMENTS FOR SUSTAINABILITY COMPLIANCE IN THE PROCESS OF EXPLOITATION MACHINES, IX TRIENNIAL INTERNATIONAL CONFERENCE HEAV MACHINER - HM 2017,2017, Zlatibor, Serbia
  9. Cvetković S. D ODGOVORNOST ZA POSLEDICE PREOSTALOG – PRIHVATLJIVOOG RIZIKA SVET RADA, Naučni časopis za pitanja bezbednosti zdravstva na radu, medicine rada i zaštite životne skedine za jugoistočnu evropu, Vol. 14, br. 2/2017, pp 109-117
  10. Cvetković S. D SPECIFIČNOSTI POVREDE NA RADU UZROKOVANOM SREDSTVOM USAGLAŠENIM SA DIREKTIVOM O BEZBEDNOSTI, SVET RADA, Naučni časopis za pitanja bezbednosti zdravstva na radu, medicine rada i zaštite životne skedine za jugoistočnu evropu, Vol. 14, br. 2/2017, pp 234-2240
  11. Colbel R.I., Hinre I. and Haupt T.C., Construction Safety and Health Management, Prentice Hall, New Jersey, 2000
  12. Brauer, R., Safety and health for Engineers, 2nd Edition, John Wiley and Sons, Hoboken, NJ., 2006.

---

## **RISK MANAGEMENT – PREREQUISITE FOR IMPROVING THE PROCESS OF FORENSIC EXPERTSE**

### **SUMMARY**

Occupational safety and health is a system that provides working conditions that minimize occupational injuries, occupational diseases and diseases related to work, and which predominantly create an assumption for the full physical, psychological and social well-being of employees. Assessing occupational safety and health risks is a requirement prescribed by law, which in practical terms represents a detailed overview of the workplace in order to identify hazards, hazards, processes and other activities that can cause damage, especially to the employee. The disadvantage of such a system is that it does not have risk-based mechanisms that would familiarize the organization with a constantly changing context, allowing the legal entity to improve its performance in the OH&S field by developing and implementing effective policies and goals. Our intention is to highlight the benefits of management processes, especially if they are based on standardized procedures, which, among other things, unambiguously strengthen the commitment of the management to proactively improve the performance of the "safety and health at work" system of employees.

***Keywords:*** ***Risk, risk assessment, risk management***

---

## MEDICINSKO VEŠTAČENJE LEKARSKIH GREŠAKA

Miloš Jovanović, Branka Jovanović

### REZIME

U svim delatnostima se dešavaju greške pri radu. Tako je i u medicinii i te greške su poznate kao “*lekarske greške*”. Za posledicu one imaju štetu za zdravlje i život pacijenata pa se ponekada dokazuju na sudu. Glavni dokaz na sudu o učinjenoj lekarkoj grešci i odgovornosti lekara je sudsksomedicinsko veštačenje. To je čak i jedini dokaz za sud. Iz tog razloga to veštačenje treba da izvodi najkompetentniji sudsksomedicinski veštak. U radu se govori i o mogućnosti postojanja pravne greške pri proceni sudsksomedicinskog veštačenja i konstatiše se da se o pravnoj grešci skoro nikada ne govori.

**Klučne reči:** *lekarska greška, sudsksomedicinsko veštačenje, pravničke greška.*

### UVOD

I pravo kao društveno-humanistička nauka, i medicina kao prirodno-humansitička nauka za predmet proučavanja imaju čoveka. U pravima je predmet interesovanja i delatnosti češće čovek kao pojedinac, bilo da se dokazuje njegovo pravo ili njegova krivica, dok se u medicini delatnost skoro podjednako često zadržava kako na čoveku kao pojedincu, najčešće bolesniku, ili na ljudima kao skupini, najčešće preventivne mere.

Obe ove delatnosti, pravo i medicina rade u korist čoveka, i one nastoje da to uvek bude tako. Da li je to uvek tako pod jednim velikim je znakom pitanja. Ono što je sigurno je činjenica da i jedni i drugi misle da su oni uvek u pravu, a da su greškama skloni oni dugi i da se greške dešavaju ne kod njih nego kod onih drugih. Razlika je u tome što pravnici imaju mogućnosti da lekarske greške sankcionišu, dok lekarima ta mogućnost nije pružena u odnosu na greške koje počine pravnici.

---

## **LEKARSKA GREŠKA**

U velikom višetomnom rečniku srpskog književnog i narodnog jezika je objašnjeno da pojam *greška* označava “ono što se uradi drugačije nego što bi trebalo; ono što je protivno nečem uobičajenom; odstupanje od tačnog” i da mu je sinonim pogreška /1/. Shodno tome se može govoriti i o lekarskoj grešci.

*Lekarska greška (ili pogreška)* je predmet diskusije i interesovanja na različitim stranama: medicinara, pravnika, (sudija i advokata), sredstava javnog informisanja i naroda uopšte. I u svakom od njih se ona posmatra različito. Lekari “lekarsku grešku” nastoje da minimiziraju i da je predstave kao “višu silu”. Pravnci pokušavaju da lekarsku grešku analiziraju sa različitih aspekata i pri tome ovo analiziranje dobija i filozofski kontekst, ali u svakom slučaju nastoje da iznađu odgovornost lekar kad god je to moguće, pa čak i u onim slučajevima kada ona ne postoji. Sredstva javnog informisanja pak lekarskoj grešci daju senzacionalistički značaj pišući na naslovnim strancama svojih novinai, pri tome oni “presuđuju” inkriminisanom lekaru, učiniocu navodne greške, još i pre započinjanja sudskog procesa, što po nekada može imati težak krajnji efekat na učinioca. Narod lekarsku grešku procenjuje zavisno od situacije u kojoj se nalazi: da li čita novine, da li je upoznat sa tim slučajem i sa kime razgovara sa lekarom li sa nekim drugim.

Pod pojmom *Lekarske greške* se podrazumeva svako postupanje zdravstvenog radnika na način koji je protivan trenutno važećim medicinskim standardima, odnosno pravilima medicinske struke ili pravilima medicinske etike i deontologije /2,3,4/.

Čuveni nemački hirurg Carstensen kaže da “Nijedan lekar ne može za sebe reći da će uvek raditi bez greške. Pravo na grešku pripada svakom čoveku”/5/. Ali postoji i tvrdnja “Da nisu sve greške jednake. Greške lekara su teže od ostalih. Njima su ugroženi život i zdravlje čoveka”/6/. Ova tvrđenja se nalaze u mnogim knjigama, u mnogim stručnim radovima, i ima se utisak da se ona samo prepisuju bez mnogo udubljivanja u suštinu rečenog. Prvi deo rečenog “da i nisu sve greške podjednake” je tačan, ali samo utoliko što postoje greške sa lakšim i greške sa težim posledicama. Drugi deo rečenog “da su greške lekara teže od ostalih”, a odmah posle roga i “njima su ugroženi zdravlje i život čoveka”, jedostavno nije tačan. Postoji mnogo grešaka koje se čine van zdravstvene delatnosti, a koje za posledicu imaju život i zdravlje ljudi. Često takve

---

“vanzdravstvene” greške dovode do masovnih stradanja ljudi. Najbanalniji primeri za to su saobraćajne greške, gde zbog greške vozača strada na desertine ljudi. Ili setimo se nesreće broda “Titanika”, Černobilске nuklerane nesreće. U pozadini se uvek navede činjenica da je za nesreću kriv “ljudski faktor” odnosno ljudska greška. Ako se nešto pozitivno može reći o učinjenim greškama, onda je to činjenica da se jednom učinjena greška skoro nikada više ne ponavlja. Tako je i sa lekarskim greškama. Može se reći da se “čovek uči na greškama”.

## **POJAM LEKARSKE GREŠKE**

U stručnoj literaturi, posebno u pravnoj stručnoj literaturi, pokušava se sa iznalaženjem novih pojmoveva, koji bi bili zamena za pojam *lekarske greške*:

- stručna lekarska greška,
- greška u lečenju,
- greška u medicinskom tretmanu,
- medicinska greška
- greška u lečenju ili tretmanu

Potreba za zamenom postojećeg pojma “*lekarska greška*” nekim drugim, novim pojmom, se objašnjava na načine koji nisu jasni. Često ta objašnjenja idu toliko daleko da jednostavno zamagljuju stvari. Na kraju, da li je učinjena lekarska greška ili nije objašnjenja se svode na to da li su poštovanii “*važeći medicinski standardi*”. Prema tome pojam *lekarske greške* je jasan, pa i sveobuhvatan, i njime se može pokriti sve ono što je neophodno pri rešavanju ovog problema.

Postavlja se i pitanje da li je “*lekarska greška*” pravni, medicinski ili pravnomedicinski pojam. Verovatno je najispravnije smatrati ga pravnomedicinskim pojmom, ako je to, u praktičnom smislu, uopšte važno.

## **PODELA LEKARSKIH GREŠAKA**

---

Postoje različite podele lekarskih grešaka. Neke su prihvatljivije a druge manje prihvatljive. Zajedničko im je to što su često nedovoljno jasne i nedovoljno objasnjenе /7/. Zato ću pokušati da iznesem svoju podelu, trudeći se da ona bude jednostavna i jasna.

Sve lekarske greške se mogu podeliti na:

- namerne (hotimične, svesne)
- nenamerne (nehotimične, nesvesne)

Namerne greške se mogu izvesti iz različitih razloga sa ciljem da se pacijentu učini svesna šteta. One su veoma retke i podležu obaveznoj sudskej odgovornosti počinjocu.

Nenamerne greške mogu nastati zbog:

- nedostatka funkcionalnog znanja
- nepostojanja odgovarajućih sredstava u toku procesa lečenja
- empirijskog pristupa u lečenju bolesnika
- olakom pristupu bolesnikui bolesti
- prihvatanja sugestije u toku sprovođenja lečenja od strane samog pacijenta ili njegove okoline

Nedovoljno funkcionalno znanje je na prvom mestu činjenju lekarskih grešaka, samo što se o tome izbegava da se javno govori. A nedovoljno funkcionalno znanje se opet može podeliti na funkcionalno neznanje lekara pojedinca, i to onoga što bi svaki lekar njegovih kvalifikacija morao da zna. Proizilazi od njegovog nedovoljnog znanja koje je poneo sa studija medicine ili njegovog nedovoljnog usavršavanja i praćenja i inoviranja znanja, jer se medicina stalno razvija i stalno pristižu nova znanja. Najčešći izvor dijagnostičkih grešaka leži u neadekvatnoj i nedostajućoj anamnezi, kaže autorka /6/, a ja dodajem i u nedovoljnem fukcionalnom znanju onog ko postavlja dijagnozu. Ne može neko da bude dobar dijagnostičar ako od pet kardinalnih simptoma neke bolesti zna samo za dva, a od četiri kardinalna znaka za dva. Greške nastale zbog takve vrste funkcionalnog neznanja podležu sudskej odgovornosti.

---

U toku čitave faze trajanja lečenja, odnosno angažovanja lekara oko pacijenta, dijagnostike, terapije i rehabilitacije, može doći, a nažalost to i nije tako retko, da nedostaju odgovarajuća sredstva koja su neophodna za pravilno lečenje. Kako se spuštamo sa vrha piramide zdravstva, od tercijalnih zdravstvenih ustanova u velikim gradovima, preko sekundarnih u manjim gradovima pa do primarnih u seoskim sredinama, taj problem postaje sve izraženiji. Nedostaju ili su u kvaru dijagnostički aparati, nema odgovarajućih lekova, a za operacije pojedinih elektivnih operacija se i u tercijalnim centrima zdravstva čeka mesecima, pa i godinama. Zato nisu krivi lekar i to nije greška lekara. Uzmimo za primer lekara opšte prakse koji dežura po podne i noću u nekom domu zdravlja u unutrašnjosti zemlje, koji je od najbližeg sekundarnog sentra zdravstvene ustanove, odnosno bolnice sa hospitalizacijom, udaljen pedeset kilometara. Teške bolesnike koji mu stižu za vreme dežurstva dežurni lekar je dužan da zbrine, a ako problem prevazilazi njegovo znanje i mogućnosti tog doma zdravlja, onda je on dužan da pacijenta kolima hitne pomoći transportuje do najbliže stacionarne ustanove. Obično postoji samo jedna kola hitne pomoći, sa samo jednim šoferom. Ako pošalje jednog bolesnika, a nakon toga ubrzo stigne drugi, još teži, onda su lekaru vezane ruke. On zna šta treba da uradi ali ne može. Ima li tu greške?

Empirijski pristup u lečenju je vrlo čest uzrok lekarskih grešaka. U toku radnog dana kod lekara može proći više desetina pacijenata sa različitim tegobama, a ponekada je najviše onih sa problemom upale grla. Lekar ga pregleda, otkrije upalu grla i prepiše antibiotik. U tom slučaju lekar samo prepostavi, po svom iskustvu, o kojoj bakterijskoj upali se radi, i prepiše antibiotik, koji deluje na tu bakteriju. Ali lekar samo prepostavi o kom se uzročniku radi a ne uzima bris i ne izoluje uzročnu bakteriju i ne radi antiobiogram. To se ne radi kod nas, ali se ne radi i nigde u svetu jer bi to bilo jednostavno nemoguće izvesti. Sigurno je da ima pacijenata kod kojih uzročnik upale nije prepostavljena bakterija, pa dati antibiotik i nema svrhe. Ako bi taj pacijent pokrenuo pitanje odgovornosti lekara za pogrešno lečenje, ne znam kakav bi stav sud zauzeo, ili tačnije kakav bi stav trebalo da zauzme.

Olaki pristup bolesniku nije tako čest slučaj lekarske greške obično se dešava u slučajevima velikih gužvi u ambulantama pa lekar ima malo vremena da posveti dužnu pažnju svakom pacijentu.

---

Poseban problem u lečenju pacijenata može nastati kada lekar potpadne pod uticaj nagovora bolesnika ili njegovih srodnika i pri dijagnostici, a i pri terapiji. Ta "dobronamernost" lekara prema bolesniku i njegovima, ponekada može da ga odvede u lekarsku grešku, za koju je nažalost, on sam odgovoran i tada će mu okrenuti leđa i oni koji su ga pre toga molili da uradi ono što su oni tražili.

Naveo bih još jednu podelu lekarskih grešaka, a odnosi se na vreme kada se ona desila u odnosu na sprovedeno lečenje:

- greške pri prevenciji
- dijagnostičke greške
- terapijske greške
- greške u rehabilitaciji.

Kada se govori o lekarskim greškama pri sprovođenju preventivnih mera, prvo se pomisli na greške koje se mogu desiti pri vakcinacijama. Vakcinacije su jedan od najvažnijih dostignuća naučne medicine, kojima su predupređene mnoge zarazne bolesti i spašeni milioni života. O značaju vakcina za decu i čovečanstvo ne mogu raspravljati laici u sredstvima javnog informisanja, pa čak svoje ocene ne mogu davati ni svi lekari. O tome se raspravlja na naučnim skupovima, u stručnim i naučnim časopisma i o tome svoj sud iznose eksperti za tu oblast medicine. Postupak svakog lekara van utvrđenog programa obavezne vakcinacije predstavlja lekarsku grešku.

Lekarska greška pri sprovođenju dijagnostičkih postupaka može se desiti u različitim fazama ispitivanja. Još na samom početku, pri uzimanju anamneze, ako lekar ne obrati pažnju na važne pojedinosti može doći do greške. Pri fizikalnom pregledu pacijenta, ako pregled nije potpun i sproveden onako kako je to nalažu važeća medicinska pravila takođe može doći do nastanka greške. Ilustrativan priomer za ovu vrstu greške je slučaj pacijenta od 18 godina koji je otišao kod oftalmologa radi prepisivanja naočara. Pregledan je i dobio odgovarajuće naočare. Medjutim, samo posle tri meseca on počinje da se žali na slabiji vid na desnom oku. Na ponovljenom pregledu kod oftalmologa, proširene su mu zenice i na očnom dnu je otkriven dosta

---

veliki melanom sudovnjače. Tumor je maligne prirode i tolike veličine da je morala da bude urađena enukleacija očne jabučice. Uz to u daljem životnom toku preti i opasnost po život pacijenta. Ako se zna da je melanom sudovnjače sporog rasta i da te veličine ne može da naraste za tri meseca, onda je postojao i pre nego što je bio na pregledu radi prepisivanja naočara. Da su tada proširene zenice i pregledano očno dno melanom bi bio otkriven u početnoj fazi, kada bi bilo moguće sprovesti zračnu terapiju i kada bi se oko sačuvalo. Postavlja se pitanje da li oftalmolog napravio grešku pri prepisivanju naočara što nije širio zenicu i pregledao očno dno? Ovo pitanje je izuzetno teško za veštaka. Dve najvažnije činjenice koje stoje na njegovoj strani su da se zenice ne šire i ne pregleda očno dno skoro nikada pri ponovljenom prepisivanju naočara (kod koliko vas koji nosite naočare je pri prepisivanju istih širena zenica i gledano očno dno, naravno izuzev prvi put?). Druga stvar je da je melanom sudovnjače bolest starije životne dobi i skoro da se ne očekuje u ovom uzrastu. Sudski proces je u toku.

Pri razmatranju dijagnoze neke ozbiljne bolesti, pacijenta treba uvek savetovati da potraži i neko drugo stručno mišljenje, konsultuje nekog drugog lekara /8/. Time njegov lekar ne gubi u očima pacijenta od svog ugleda, već mu pokazuje svoju brigu za njegovo zdravlje.

Lekarske greške pri sprovođenju terapije su moguće i pri konzervativnoj terapiji ali i pri hirurgiji i to skoro u podjednakom procentu. Međutim, pritužbe pacijenata su mnogo češće na greške učinjene pri operacijama, pa zato i izgleda da su one češće.

Od strane izabranog lekara (lekara opšte prakse) pacijent, zbog svog složenog zdravstvenog stanja, može biti upućen kod više različitih specijalista. Bilo bi sasvim normalno da posle svih obavljenih konsultativnih pregleda, sa nalazima i prepisanim terapijama, pacijent se ponovo vrati svom izabranom lekaru. Izabrani lekar je taj koji će pogledati sve specijalističke nalaze, a posebno će uporediti medikamentnu terapiju međusobno. Može se desiti da su od više specijalista prepisane paralele istog leka, ili da su prepisani lekovi koji se međusobno ne podnose ili poništavaju svoje dejstvo. O tome vodi računa izabrani lekar I on će prepisati konačnu terapiju. Tek sa takvim sledom stvari se izbegavaju lekarske greške pri medikamentnoj terapiji. Druga je stvar što standardi postupanja lekara nisu uniformno definisani u svim fazama lečenja, pa je sa te strane određen broj grešaka neminovan i objašnjiv.

---

U toku operacije, u ranom ili poznom postoperativnom periodu, mogu se pojaviti komplikacije ili posledice sprovedenih operacija. To su dve različite stvari. Komplikacije su nešto nepovoljno što nije nužno sadržano u svakoj od tih vrsta operacija, dok su posledice nužno sadržane u svakoj od tih vrsta operacija. Komplikacije ne moraju biti u vezi sa sprovedenom operacijom i pojavljuju se individualno, kod pojedinih pacijenata. Posledice, pak, mogu biti rezultat učinjene operacije, jer je to tako moralno biti, kao što je to potreba za nošenjem proteze posle izvršene amputacije iz nekih razloga. Međutim, posledice mogu nastati i zbog greške lekara, naprimjer pogrešno odstranjen bubreg, što povlači sudsku odgovornost zbog učinene lekarske greške.

Za svaku vrstu operacije postoji u osnovi propisan način njenog izvođenja. Međutim, operacija je i kreativan proces, pa se ponekad mora odstupiti od standarda radi usperšnosti operativnog akta. U tome se i ogleda umeće dobrog hirurga. To potvrđuje i jedan nemački stručnjak za medicinsko pravo, koji kaže: "Ako ono što lex artis propisuje protivureči uverenju lekara stečeno savesnim ispitivanjem, tada je on ovlašćen, pa čak i dužan da od pravila odstupi i da sledi svoje uverenje" /9/.

Greške pri rehabilitaciji su dosta retke, i mogu se ponekada desiti zbog neispravnosti aparata. Verovatno razlog za skoro i nepostojanje greški je činjenica da se ova vrsta lečenja vrši lagano, kroz duži vremenski period, pa se i učinjene omaške mogu na vreme korigovati.

## **OBAVEŠTENJE PACIJENTA O BOLESTI I PLANIRANOM LEČENJU**

Obaveštenja pacijenta o mogućim komplikacijama pri lečenju smatra se za sastavni deo lečenja /10/, i kršenje ovih pravila pretstavlja lekarsku grešku, za koju važe opšta pravila o greškama /3/. Pravno mišljenje je tu isključivo da pacijenta treba upoznati sa svim svojim oboljenjima i sa svim mogućim ishodima lečenja. No, da li je to baš tako?

Jedna starija pacijentkinja, intelektualka, mi je jednom prilikom u ambulanti rekla: "Kada bi ste vi doktori znali koliko nama vaša laž znači vi bi ste nas uvek lagali". Jednostavno ona je rekla da ne želi da joj saopštavam ružnu istinu o njenoj bolesti. Drugi primer ide u istom pravcu. Koleginica, docent medicinskog fakulteta, kaže da posle učinjene biopsije promene na dojci u

---

razgovoru sa njome su bila prisutna tri lekara. Jedan joj je otvoreno rekao da je otkriven veoma maligan karcinom, a druga dvojica su govorila da nisu baš sigurni da je to tako, i možda to bude i dobro. Dalje ona kaže: "Kad god bih posle tog išla ulicom onog prvog, koji mi je onako direktno rekao o čemu se radi, bih izbegavala da sretnem, a onu drugu dvojicu bih rado zaustavljala i razgovarala sa njima". Znala je ona dobro da su i ona druga dvojica znala pravu istinu ali nisu htela da joj kažu. I šta je dobio onaj prvi što je rekao istinu, već možda što je zaštitio sebe, onako kako to pravo nalaže, a u odnosu na ovu pacijentkinju to je bilo nehumano.

Pre svake operacije, bilo koje vrste, pacijent je dužan da sasluša usmeno upoznavanje od strane lekara, o svim mogućim komplikacijama koje se mogu desiti u toku te operacije ili kasnije, a onda da to i potpiše. Jedan određeni broj njih i odustane od same operacije jer se uplaši. Često i ne razumeju sasvim jasno o čemu je reč. Da bih to dočarao preneću doslovno ono kako je pacijent, kome je trebala da bude operisana senilna katarakta reagovao. Dostavio mi je dva lista papira na kojima je on štampanom mašinom otkucao. Na prvom papiru stoji naslov: "Saglasnost za operaciju katarakte oka" a onda dalje tekst: "Ja NN, dipl. Ing. slažem se da se izvrši operacija katarakte oka i pored navedenog povišenog rizika, navedenog u izveštaju dr Uljarević. Ipak tražim pismeno, od lekara specijalista očne bolnice, koji će izvršiti operaciju, da će je izvršiti uspešno i pored uvećanog rizika, Zahvalujem" sledi svojeručni potpis. Na drugom listu papira je stajao naslov: "Saglasnost za uspeh peracije" a onda tekst: "Operacija katarakte oka NN izvršiće se garantovano uspešno i pored navedenog izveštaja gde stoji povećani rizik, sa puno odgovornosti da će se peracija uspešno izvršiti i da ista operacija neće narušiti zdravstveno stanje pacijenta NN". Ispod teksta je otkucano: "Odgovorni lekar operator, Institut za očne bolest" koje on treba da potpiše. Pošto sam mu objasnio da to ne mogu da potpišem on je odustao od operacije. Jednostavno medicina je biološka nauka i nikada se ne može biti apodiktičan. Lekar ne može da garantuje povoljan ishod lečenja pa i operacija. On može samo da obeća da će uraditi sve ono što je za tog pacijenta, u tom trenutku najpovoljnije.

## **SUDSKOMEDICINSKO VEŠTAČENJE LEKARSKIH GREŠAKA**

Sudskomedicinsko veštačenje na sudu u oceni učinjene lekarske greške je važnije nego u drugim postupcima, jer se ono pri proceni lekarske greške svodi na jedini dokazni postupak, na

---

osnovu koga sud donosi svoju konačnu odluku. U drugim postupcima pored sudskomedicinskog veštačenja postoje i druge dokazne radnje na osnovu kojih sud dolazi do svoje pravne istine.

Najvažnija stvar za dobro i pouzdano sudskomedicinsko veštačenje u proceni lekarske greške je izbor adekvatnog veštaka, koji odlično poznaje problematiku koju veštači. Veštak mora, pre svega, da poseduje veliko teorijsko znanje ali i praktično znanje iz te oblasti. Ne može neku komplikaciju pri operaciji katarakte fakoemulzifikacijom, zbog navodne greške fakohirurga, da veštači sudski medicinar ili hirurg. To veštačenje ne može uspešno da obavi ni svaki oftalmolog, recimo onaj koji svoj rad provodi u ambulanti i ne bavi se fakohirurgijom. Veštačenje treba da obavi fakohirurg. Tek u tom slučaju će sud dobiti tražene odgovore na svoja pitanja /11/. Po istom principu, štetno dejstvo lekova treba da veštači farmaceut (neki put zajedno sa lekarom), jer on bolje poznaje hemijski sastav leka i njegovu farmakodinamiku /12/.

Plašeći se da ne bi napravio *lekarsku grešku*, ponekada lekar ne sme da pristupi svim mogućim ispitivanjima i svim vrstama lečenja. To ga jednostavno ograničava u njegovoј delatnosti. U takvim slučajevima, kada nije siguran da svojim znanjem i iskustvom postavi dijagnozu i obavi lečenje, uvek treba da konsultuje odgovarajućeg specijalistu, ili da uputi pacijenta na dalju nadležnost specijalisti.

Veštaci samo svojim pozivom nisu “preplaćeni” na istinu koju iznose u vidu svojeg mišljenja. To mišljenje mora da bude u potpunosti potkrepljeno posebnim znanjima i zakonitostima struke i naučne medicinske discipline kojom se oni bave.

U situacijama kada se medicinski eksperti pojavljuju u svojstvu stručnog savetnika strane u postupku, onda njih više obavezuje lojalnost stranci koja im daje instrukcije nego ideal istine i objektivnosti /12/. U odnosu na ovo postavlja sei i pitanje šta znači “dobar advokat”, odnosno šta znači konstatacija “on će se izvući jer je angažovao dobrog i skupog advokata” u odnosu na istinu. Valjda je istina jedna i ona ne zavisi od dobrog ili lošeg advokata. Nažalost, znamo da to nije tako.

Ima ozbiljnih autora koji smatraju da je mišljenje veštaka samo po sebi subjektivno jer predstavlja pojedinačni lični stav, u okviru više mogućih, različitih jednako prihvatljivih stavova po pitanju lečenja u okviru medicinskog standarda /2/.

---

Postoje I *alternativni načini* za reševanje sporova kod učinjene lekarske greške. U različitim zemljama sveta to su *službe za poravnanja, komisije za veštačenje pri lekarskim komorama, kolektivni organi za raspravljanje između lekara i pacijenata, komisije za posredovanje, medijatori*. Na sve ove načine se postiže ugovor o poravnaju između lekara ili bolnice i pacijenta na obostranu korist. Treba reći da su ove odluke neobavezujuće, i svako ko nije zadovoljan (lekar ili pacijent) može tražiti sudska zaštitu u redovnom parničnom postupku /8/.

## **PRAVNA GREŠKA PRI PROCENI LEKARSKE GREŠKE I SUDSKOMEDICINSKO VEŠTAČENJE**

Ako smo već konstatovali da svi koji rade mogu i da greše, onda ako postoji lekarska greška svakako da postoji i pravna greška. Ta pravna greška se može pojaviti u različitim delatnostima pravne službe (mislim i na sudove i na advokate) pa i proceni i oceni lekarske greške i proceni validnosti sudske medicinske veštačenje. Ustvari sud “mišljenje veštaka ceni slobodno, kao i druge dokaze. Takvu ocenu teško je dovesti u sklad sa nedostatkom stručnog znanja suda, jer se upravo zbog tog nedostatka i izvodi dokaz uz pomoć veštaka kao stručnog lica koje tim znanjem raspolaže” /13/. Ovo se podvodi po pojmu “*slobodno sudijsko uverenje*” u oceni valjanosti sudske medicinske veštačenje. Shodno ovome trebalo bi da postoji pojmu *slobodnog lekarskog uverenja* o važnosti pojedinih medicinskih procedura u konkretnom slučaju, odnosno za konkretnog bolesnika, kada lekar treba da odstupi od propisane procedure koja se jedino priznaje na sudu.

Navodimo konkretan primer slobodnog sudijskog uverenja: posle razvoda sud je odredio da četvorogodišnja devojčica pripadne majci a da otac može da je uzima jedanputa u toku nedelje i da ona provede sa njime u njegovoj kući. Posle nekog vremena majka tuži bivšeg supruga za seksualno zlostavljanje njihove čerke. Dva sudske medicinska veštaka nisu potvrdila tu optužnicu. Sudinica po svom slobodnom sudijskom uverenju ne prihvata ta veštačenja i traži treće, čiji tim veštaka vodi najpoznatija lekarka dugogodišnji specijalista i profesor dečje neuropsihijatrije. Nažalost izgleda da je ovaj put to slobodno sudijsko uverenje

---

bilo jače od ekspertiznih nalaza u sva tri slučaja. U ovakvom odvijanju stvari gubitnici su svi, ali je najveći gubitnik mala devojčica od četiri godine, preko čije glave se sve ovo prelama.

Na kraju da zaključimo: Pravo ne sprovodi pravdu. Čak mislim da mu to i nije zadatak. Pravo sprovodi dogovoren sistem postojanja, funkcionisanja i opstanka čoveka. To je slično kao i kod vere. Bez toga, bez vere i bez prava vladala bi anarhija. Uvek, odkako je sveta i veka, a tako i danas, je najteže štititi dobronamernost i braniti istinu. Tada si izložen optužbi za destrukciju i za izdaju. I od strane vere i od strane prava u situaciji smo da stvari prihvatomo onako kako nam je izrečeno ne obazirući se na istinu. U Novom zavetu Svetog pisma lepo stoji: “*Blaženi su oni koji poverovaše a ne videše*”.

Na kraju bih izneo jedno svoje uverenje a ono glasi: *od svega je najvažnije znanje jer se jedino znanje upotreboom i trošenjem uvećava*.

## LITERATURA

1. Rečnik srpskohrvatskog književnog I narodnog jezika, knjiga III, Institut za srpskohrvatski jezik, Beograd, 1965.
2. Simić J. Lekarska greška – građanska odgovornost zbog lekarske greske, Pravni fakultet Univerziteta Union, JP Službeni glasnik, Beograd, 2018.
3. Radišić J. Medisinsko pravo, II prerađeno I dopunjeno izdanje, Pravni fakultet Univerziteta Union, Nomus, Beograd, 2008.
4. Pauković H. Pravni aspekti medicinskog vještačenja I neimovinske štete u okviru građanskopravne odgovornosti liječnika za štetu. Liječ Vjesn 2008;130:288-293
5. Cartensen G. Arzhaftung, u: Festschrift fur Erwin Deutch, zum 70. Geburtstag, Koln1999, str 508.
6. Milutinović LJ. Naknada štete zbog lekarske greške u postupku medijacije – lekar kao medijator, Svet Rada, 2005;2(2):131-139
7. Hayward R. et al. Sins of omission, J of general internal medicine, 2009;20(8):686-691.

- 
8. Mujović-Zornić H. Pravna pitanja medicinskih grešaka u dijagnostici, odgovornost I sudskomedicinsko veštačenje, Svet Rada, 2014;11(2):157-171.
  9. Laufs Adlof. Arztrecht, 4. Auflage, Munchen, 1988.
  10. Helmchen, Hanfried/Winau, Rolf: Versuche mit Menschen, Berlin, 1988.
  11. Jovanović M. Uslovi za dobro sudskomedicinsko veštačenje, Svet Rada, 2018;15(2):116-125.
  12. Mujović-Zornić H. Pravna pitanja sudskomedicinskog veštačenja štete od lekova, Svet Rada, 2013;10(2):79-89.
  13. Poznić B, Rakić Vodinelić. Građanskoprocesno pravo, 6. izmenjeno I dopunjeno izdanje, Savremena administracija, Beograd, 2010.

## **FORENSIC EXPERTISE OF MEDICAL ERRORS**

### **SUMMARY**

Mistakes occur in all activities. So is medicine and these mistakes are known as "medical mistakes". As a consequence, they have damage to the health and life of patients, and are sometimes proven in court. The main evidence to the court about the medical doctor's mistake and the responsibility of the doctor is the judicial medical expertise. It's even the only evidence for the court. For this reason, this expertise should be performed by the most competent court medical expert. The paper also discusses the possibility of a judicial mistakes in the assessment of judicial medical expertise. It is concluded that of a judicial mistakes is almost never discussed.

***Key words:*** *physicians mistakes, judicial medical expertise, judicial mistakes*

---

## **OSNOVI PSIHIJATRIJSKE EVALUACIJE UMANJENJA I GUBITKA RADNE SPOSOBNOSTI**

Zoran Ćirić, Gordana Nikolić, Marina Pančić

### **REZIME**

Rad u psihijatriji se odvija u različitim sferama i s različitim ciljevima. Osim kliničko-dijagnostičko-terapijskog postupka, u nekim situacijama oni koji rade u psihijatriji daju i određene procene u cilju regulisanja određenih pravnih, socijalnih, pa i radno-profesionalnih okolnosti koje su začajne za lica s mentalnim poremećajima. U tim situacijama obavljaju se veštačenja različitih sposobnosti psihijatrijskih bolesnika. Rad je sačinjen radi prikaza osnovnih principa i problema u oblasti sagledavanja i ocenjivanja preostale radne sposobnosti u slučaju različitih psihijatrijskih poremećaja. Rad sadrži i prikaz određenih dijagnostičkih entiteta, a u sklopu osnovne tematike rada, kao i minimum dijagnostičkog instrumentarijuma i metodologije ovakve procene. U radu je istaknuto i mišljenje da, osim stručnjaka koji rade u psihijatriji, u ocenjivanju gubitka radne sposobnosti postoji neophodnost aktivnog učešća specijalista medicine rada, i to ne samo u preliminarnim postupcima ocenjivanja već i u zvaničnim komisijama koje daju defintivno izjašnjenje.

***Ključne reči: sudska psihijatrija, medicinske ekspertize, sudskopsihijatrijski veštak***

### **UVOD**

Rad lekara i zdravstvenih saradnika u psihijatriji može imati različite dimenzije i karakter, koji su dominantno medicinski. Zbog toga se klinički rad (bilo u hospitalnim ili ambulantno-polikliničkim uslovima) primarno odvija u pravcu kvalitetnih i objektivnih dijagnostičkih, diferencijalnodijagnostičkih sagledavanja, terapije i rehabilitacije pacijenata, kao i procene terapijskih mogućnosti i toka i prognoze mentalnih poremećaja. Sama priroda psihijatrijskih poremećaja (prema zvaničkoj klasifikaciji – Mentalni poremećaji i poremećaji

---

ponašanja, MKB 10), kvalitet simptoma i fenomena, specifičnosti početka i toka mentalnih poremećaja, umanjenje ili gubitak određenih sposobnosti, česta socijalna izopštenost ili neadekvatnost i dr. – čine rad u psihijatriji kompleksnim i sa značajnim specifičnostima i razlikama u odnosu na ostale, „telesne“ grane medicine. To možda najbolje ilustruje i činjenica da se samo za psihijatrijske pacijente primenjuje i poseban zakon (Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama), odnosno da se rad u psihijatriji pravno ne reguliše samo osnovnim Zakonom o zdravstvenoj zaštiti već i posebnim pravnim aktom. Ovo je rezultat prihvatanja činjenice da su okolnosti (medicinske, pravne, etičke, socijalne i sl.) u kojima se lica s mentalnim poremećajima mogu naći u toj meri specifične da ih treba regulisati posebnim zakonom. Sledeće, sem u slučaju pandemijskih bolesti, što je veoma retko, samo se kod psihijatrijskih bolesnika može sprovesti prijem na bolničko lečenje mimo njihove saglasnosti (tzv. prinudna hospitalizacija), kako iz medicinskih, tako i iz krivičnopravnih razloga.

Ovo je samo vrh ledenog brega koji klinički rad stručnjaka u psihijatriji (lekari specijalisti, subspecijalisti, specijalisti medicinske psihologije ili diplomirani psiholozi, socijalni radnici, pedagozi, defektolozi, medicinski tehničari i dr.) čini izuzetno delikatnim, specifičnim i različitim u odnosu na ostale grane medicine, pa je time i prevencija, dijagnostika, terapija, rehabilitacija i resocijalizacija specifična i izuzetno osetljiva.

Međutim, rad u psihijatriji odlikuje i „izlazak“ iz medicine u užem smislu reči, kada se neke aktivnosti obavljaju radi regulisanja određenih vanmedicinskih prava i obaveza lica s mentalnim poremećajima. Ovo, između ostalog, nastaje i kao posledica situacije da psihijatrijski poremećaji u znatnoj meri ili u potpunosti narušavaju i menjaju socijalno i radno-profesionalno funkcionisanje (Skakić O., Trajanović Lj.: Procena radne sposobnosti mentalno obolelih lica u uslovima društveno-ekonomске krize, Medicinski pregled, LXIV, 1–2, 41–45, Novi Sad, 2011). U poslednje vreme sve su češći zahtevi i potrebe da se sagleda u kojoj meri psihijatrijski poremećaji umanjuju ili isključuju određene mentalne sposobnosti u različitim sferama.

Kao rezultat toga, u psihijatrijskom radu su sve prisutniji različiti oblici veštačenja, odnosno stručni postupci sagledavanja i ocene u kojoj meri mentalni poremećaji utiču na određene sposobnosti koje imaju značaj u oblasti prava, socijalne zaštite, invalidsko-penzijskog osiguranja i dr.

---

Psihijatrijska veštačenja, dakle, predstavljaju aktivnost psihijatara i drugih stručnjaka zaposlenih toj oblasti kojom se sagledava i procenjuje na koji način i u kom stepenu i trajanju mentalni poremećaji utiču na određene psihičke sposobnosti u odnosu na zahteve vanmedicinskih organa i institucija.

Na osnovu praktičnog rada, može se reći da su najčešća sudskopsihijatrijska veštačenja i veštačenja u domenu sagledavanja umanjenja ili gubitka radne sposobnosti.

a) *Sudskopsihijatrijska veštačenja* predstavljaju složene postupke sagledavanja psihičkog stanja osobe u sudsakom postupku i eventualnog uticaja tog stanja na njene psihičke sposobnosti. Njih mogu obaviti veštaci psihijatri pojedinci, zatim od suda oformljene komisije veštaka, ovlašćene psihijatrijske ustanove, a u ređim slučajevima, kao vrhovni organi za psihijatrijska veštačenja, sudskopsihijatrijski odbori medicinskih fakulteta.

Sudska veštačenja koja obavljaju psihijatri ostvaruju se u različitim oblastima prava, pa je u skladu s tim i različit zadatak veštaka psihijatara.

U krivičnopravnoj oblasti pravnici najčešće od veštaka psihijatara traže izjašnjenja o stanju duševnog zdravlja lica koje je izvršilo krivično delo i, ukoliko ima određenih psihijatrijskih poremećaja, ocenu kako je taj poremećaj uticao na sposobnosti lica da shvati značaj svog dela i da upravlja svojim postupcima u vreme izvršenja krivičnog dela. Ovo je u pravu obuhvaćeno insitutom „uračunljivost“, što označava kvalitet i kvantitet psihičkih sposobnosti neke osobe u vreme izvršenja krivičnog dela – da je bila sposobna za rasuđivanje i odlučivanje. Razloge za umanjenje ili isključenje ovih sposobnosti pravo nalazi u „duševnim bolestima, privremenim duševnim poremećenostima, zaostalom duševnom razvoju ili nekim drugim težim duševnim poremećenostima“. Odmah se uočava da se pravna podela mentalnih poremećaja nikako ne podudara sa onom medicinskom (psihijatrijskom), a na veštaku je da, nakon objektivne dijagnostike, utvrdi da li ima mentalnih poremećaja koji se mogu svrstati u ove kategorije. Nekada je dijagnostika relativno laka i može je u potpunosti obaviti sam psihijatar. Međutim, nekada postoji i potreba timskog sagledavanja ovih lica, što uključuje i stručni angažman psihologa, socijalnih radnika, pedagoga, defektologa i drugih. Pored veštačenja izvršilaca delikta, ređe se procenjuje psihičko stanje žrtava i/ili svedoka krivičnih dela. Ovakvi

---

slučajevi mogu doprineti da se tim veštačenjima pomogne pravnicima u utvrđivanju što objektivnijeg činjeničnog stanja ili da im se olakša kvalifikacija krivičnih dela.

Oblast građanskog prava je veoma široka, kako u samim sudskim postupcima, tako i sa aspekta psihijatrijskih veštačenja. Najčešće se obavljaju veštačenja koja se odnose na ocenu poslovne sposobnosti (i u zaživotnim i u postmortalnim veštačenjima), ocenu sposobnosti za obavljanje određenih pravnih poslova, najčešće imovinskopravnog karaktera, utvrđivanje sposobnosti za ostvarivanje roditeljskog prava, učestvovanje u sudskim postupcima (procesna sposobnost) i dr. U radnopravnim sporovima predmet veštačenja može biti ocena trajne ili privremene sprečenosti za rad, odnosno gubitka radne sposobnosti, ocena sposobnosti za rasuđivanje onih koji su povredili radnu disciplinu ili obavezu i sl.

U građanskopravnoj oblasti značajno mesto zauzimaju i veštačenja koja se odnose na ocenu psihijatrijskih vidova nematerijalne štete (strah i pretrpljeni i budući duševni bolovi), što nekada može biti povezano i s radnim procesom, bilo u vidu posledica povređivanja na radnom mestu, bilo u smislu psihičkog trpljenja usled zlostavljanja na radu, nezakonitog prestanka radnog odnosa itd.

#### ***b) Psihijatrijska veštačenja u oblasti ocene sposobnosti za rad***

Pregledom literature u ovoj oblasti susrećemo se s većim brojem određenja radne sposobnosti. Stojanović (2013) navodi da je radna sposobnost harmoničan odnos između anatomsko-morfoloških i fukcionalnih osobina i sposobnosti ličnosti, s jedne, i zahteva radnog mesta, s druge strane. Shodno tome, autor navodi da procena radne sposobnosti "ima za cilj da kod zdravih ili bolesnih osoba proceni postojeće, odnosno preostale mogućnosti za maksimalno efikasan rad, ali bez štetnih posledica po postojeće zdravstveno stanje". Skakić i sar. (2011) navode da se radno sposobnom osobom smatra ono lice čije fizičko ili psihičko zdravstveno stanje omogućava rad, tj. prilagođavanje zahtevima i uticajima radnog mesta, ali bez štetnih uticaja po zdravlje.

Privremeno ili trajno umanjenje (gubitak) radne sposobnosti može nastati kao posledica različitih bolesti i poremećaja, kako iz oblasti telesne medicine, tako i iz domena neurologije ili psihijatrije ili komplementarnim uticajem bolesti i poremećaja iz navedenih oblasti.

---

U domenu psihijatrijskih poremećaja, može se istaći da oni „vrlo često kompromituju celokupno socijalno funkcionisanje obolelih“, pa i da mogu izazvati umanjenje ili gubitak radne sposobnosti. Literatura pokazuje da je među prvih dvadesetak razloga za gubitak radne sposobnosti „pet psihijatrijskog kvaliteta“, i to: unipolarna depresija, zavisnost od alkohola, shizofrenija, bipolarni afektivni poremećaj i demencije različite etiologije. Takođe, uz kardiovaskularne bolesti, psihijatrijska oboljenja i poremećaji su najčešći razlozi za utvrđivanje postojanja radnog invaliditeta. Neki autori navode da „akutna ili trajana psihopatološka stanja mogu biti važan činilac koji blokira ili umanjuje želju, motivaciju (mi dodajemo: i sposobnost) za rad i time uslovjavaju privremenu ili trajnu radnu nesposobnost“ (Stojanović, 2013).

Kvalitet psihijatrijskih poremećaja, njihov tok i evolucija, često u dužem periodu i podmuklo, menjaju stanje i psihičke sposobnosti pacijenata, pa i one za rad. Po tome se uzroci gubitka radne sposobnosti usled mentalnih poremećaja razlikuju od onih iz domena telesne medicine, gde se uglavnom brzo, jasno, pa i dramatično menja zdravstveno stanje i znatno umanjuje sposobnost za rad.

Psihijatrijske razloge za umanjenje ili gubitak radne sposobnosti, osim samih kliničkih fenomena, dodatno opterećuje i okolnost negativnog uticaja psihosocijalnih faktora. To se posebno negativno održava u društvenoj situaciji koja se označava kao ona sa uslovima društveno-ekonomiske krize (Skakić i sar., 2011). Ovo nije problem samo za pacijente već i za psihijatrijsku službu u celini, kojoj se nameće i potreba da učestvuje u rešavanju radnog i materijalnog statusa pacijenata.

To su neki od razloga zbog kojih smo se opredelili da pažnju posvetimo sagledavanju i prezentovanju osnova psihijatrijske evaluacije umanjenja ili gubitka radne sposobnosti.

### **Psihijatrijska evaluacija umanjenja ili gubitka radne sposobnosti**

Kao što je već navedeno, poremećaji na specifičan način menjaju psihičke (psihofizičke) sposobnosti pacijenata, često potpuno različito od načina na koji se to dešava s telesnim ili neurološkim bolestima koje dovode do umanjenja radne sposobnosti.

---

Sama priroda ovih bolesti i poremećaja, vreme pojavljivanja, evolucija i tok, nekada i značajna rezistentnost na terapiju i smanjene mogućnosti da se pacijenti socijalno, radno i profesionalno rehabilituju – predstavljaju osnovne faktore koji vode u manjkavost ili gubitak radnih potencijala psihijatrijskih pacijenata.

U relativno retkim radovima koji su proučavali uticaj psihijatrijskih poremećaja na radnu sposobnost ističe se da, za razliku od telesnih bolesti, mentalni poremećaji mnogo više onesposobljavaju pacijente nego što dovode do mortaliteta. Zbog toga se, u nekim od njih, ističe da se u sagledavanju ovih okolnosti analizira globalni teret bolesti, posebno utvrđivanjem godina života izmenjenog zbog invalidnosti uzrokovane mentalnim poremećajima i utvrđivanjem godina proživljenih sa invalidnošću (Skakić i sar., 2011).

U našem radu, a u sklopu analize uticaja psihijatrijskih poremećaja na nastanak radnog invaliditeta, odlučili smo da to prikažemo uticajem mentalnih poremećaja, koje smo, za potrebe ovog rada, kategorisali u sledeće grupe: a) psihotični psihijatrijski poremećaji; b) nepsihotični mentalni poremećaji; c) bolesti zavisnosti (zavisnosti od alkohola i drugih psihoaktivnih supstanci, sa ili bez komplikacija); d) organski mentalni poremećaji.

#### a) *Psihotični psihijatrijski poremećaji*

U ovu kategoriju dominantno svrstavamo: shizofreniju, hronične paranoidne psihoteze, afektivne poremećaje sa psihotičnim fenomenima, ali i neke ređe psihotične poremećaje. Postavlja se pitanje šta čini, kroz prizmu sagledavanja psihotičnih poremećaja i invaliditeta, sa akutnim i prolaznim psihotičnim poremećajima različitih oblika ispoljavanja. Naše mišljenje je da dok imaju određenje „akutni i prolazni psihotični poremećaj“, oni nemaju poseban značaj sa stanovišta nastanka trajnjeg umanjenja ili gubitka radne sposobnosti. Činjenica je da je ova dijagnoza samo početna (u prvim dijagnostičkim sagledavanjima) za nešto što kasnije postaje hronična psihota, ali početna forma tih bolesti još uvek nije osnov za utvrđivanje radnog invaliditeta.

U obimnom istraživanju koje je sprovedeno u Klinici za mentalno zdravlje u Nišu za petogodišnji period (2004–2008) pokazalo se da, u odnosu na ranije periode sagledavanja, ovi mentalni poremećaji nisu bili mnogo češće zastupljeni. Tako su shizofrenija, afektivne psihoteze, paranoja i dr. imali gotovo identičnu zastupljenost u proceni radne sposobnosti kao i ranije.

---

S druge strane, simptomi i fenomeni psihotičnih poremećaja, posebno otuđenje od realnosti, ali i brojna druga psihopatološka doživljavanja i izmene psihičkih sposobnosti, itekako umanjuju psihološke potencijale ovih pacijenata, pa i one koji su od značaja za očuvanost radne sposobnosti. Među njima su posebno značajne izmene u domenu afektiviteta (izražena depresivnost ili apatija, naglašena anksioznost, defekt afektivnog prenosa, kasnije i značajna afektivna pritupljenost), kao i volje, nagonskih podsticaja i motivacije (pad ili gubitak volje, otežana organizacija celishodne aktivnosti, manjak ili gubitak kreativnih potencijala i sl.), posebno u slučajevima kada se radi o bolestima s dužom evolucijom – sve to bitno umanjuje radnu sposobnost. Zbog toga je to i osnovni razlog što komisije psihijatara u tim situacijama daju procenu da je došlo do bitnog umanjenja radne sposobnosti i predlažu trajni profesionalni invaliditet.

#### b) *Nepsihotični psihijatrijski poremećaji*

Nepsihotični poremećaji imaju značajnu rasprostranjenost u opštoj populaciji, kako kod mladih, tako i kod odraslih osoba.

Ova dosta heterogena grupacija (neurotski poremećaji, poremećaji povezani sa stresom, poremećaji raspoloženja nepsihotičnog kvaliteta, bihevioralni poremećaji i poremećaji ličnosti itd.) prevashodno se odlikuje postojanjem akutne ili hronične anksioznost, koja predstavlja neprijatno uznemiravajuće osećanje nepoznatih pretnji koje treba da se dogode u budućnosti. Osobe se često osećaju bespomoćno i beznadežno pri pomisli da se nose sa svakodnevnim izazovima. U prevladavanje anksioznosti su uključeni različiti psihološki mehanizmi. Oni doprinose kliničkoj manifestaciji neurotskih poremećaja. Simptomi otežavaju funkcionisanje na poslu, kod kuće ili u društvenim odnosima, ali su istovremeno indirektni način za smanjivanje unutrašnje napetosti koja nastaje zbog nesvesnog afektivnog konflikta. Nepsihotični poremećaji koji su hroničnog toka u svojoj evluciji mogu imati i tranzitorna pogorsanja psihološkog funkcionisanja.

Sa aspekta ocene umanjenja ili gubitka radne sposobnosti, u najvećem broju slučajeva postoji takvo psihijatrijsko stanje da je radna sposobnost globalno očuvana. Međutim, ima i težih slučajeva, kada ona može biti i privremeno umanjena, posebno u stanjima akutizacije psiholoških simptoma i somatizacije (privremena sprečenost za rad). Za procenu radne sposobnosti **važne su**

---

(odlučujuće su?) komplikcije. Teška depresija, kretanje onemogućeno agorafobijom, preokupacija opsesivnim mislima ili prisilnim radnjama veći deo dana – mogu dovesti do gubitka radne sposobnosti. Ova grupa poremećaja pokazuje u nekim istraživanjima znatno povećanje zastupljenosti u sagledavanju gubitka radne sposobnosti.

c) *Bolesti zavisnosti (zavisnost od alkohola i drugih psihoaktivnih supstanci)*

Noviji, mada relativno retki radovi u kojima se sagledava gubitak radne sposobnosti usled psihijatrijskih poremećaja, ukazuju da se povećava učestalost ovih mentalnih poremećaja među psihijatrijskim razlozima radnog invaliditeta.

Osim same prirode bolesti, na radni invaliditet utiču brojni psihosocijalni faktori, ali i širi društveni faktori (loša ekonomска situacija, nezaposlenost, uticaj kriznih faktora i sl.). Same bolesti zavisnosti – kao bolesti koje dovode do znatne psihološke deterioracije, ekonomске, moralne i socijalne degradacije ličnosti, uz česte ozbiljne komplikacije, i to ne samo na psihijatrijskom već i na somatoneurološkom planu – mogu znatno i ireverzibilno da onesposobe pacijente, pa i u smislu gubitka radne sposobnosti. Hroničan tok, česti recidivi, progrediranje fenomena i raznih medicinskih oštećenja, uz osnovne fenomene ovih bolesti, faktor su koji dovodi do bitnije redukcije radne sposobnosti pacijenata. Zavisnosti su vrlo često i simptomatske i nastaju na terenu poremećaja ličnosti, neuroza, psihijatrijskih poremećaja nastalih usled stresa, što samo pogoršava kliničku fenomenologiju i dodatno kompromituje radne potencijale, ali i uspeh u lečenju, oporavku i rehabilitaciji.

d) *Organski mentalni poremećaji*

S produžetkom radnog i životnog veka, ali i usled delovanja različitih nepovoljnih činilaca, kod određenog broja lica koja su u radnom odnosu može doći do razvoja i progresije organskih mentalnih poremećaja.

Klinički sindrom koji je značajan u ovoj grupi, pa i sa stanovišta umanjenja radne sposobnosti, jeste sindrom demencije, a nekada i organske izmene ličnosti, što može biti uslovljeno i oboljenjima mozga, ali i negativnim delovanjem određenih telesnih i neuroloških bolesti, a ponekad i uslovima života i rada.

---

Kao stanje koje dovodi do globalnog oštećenja psihičkih sposobnosti, u početku emocionalnih i kongitvnih, a kasnije i voljno-motivacionih, nastaje i određeni stepen oštećenja shvatanja problema koji se pred osobu postavljaju, otežano organizovanje svakodnevne, ali i radno-profesionalne aktivnosti, pa sve do grubog oštećenja inventara znanja, adekvatnog zaključivanja i rezonovanja, što uslovljava potpuni gubitak radne sposobnosti.

U najvećem broju slučajeva radi se o progresivnim i često irreverzibilnim oštećenjima, kada su psihološki hendikepi i nesposobnosti takvog stepena da u bitnoj meri kompromituju globalno psihičko funkcionisanje osoba. U procenama ovih stanja u kontekstu ocene gubitka radne sposobnosti nužna je individualna procena i kompleksno dijagnostičko sagledavanje, pa će svaka ekspertiza biti pojedinačna procena, bez mogućnosti da se primeni neki medičnski šablon.

### **Metodologija evaluacije gubitka radne sposobnosti u psihijatriji**

U cilju utvrđivanja stanja koja mogu kompromitovati radnu sposobnost a psihijatrijske su geneze, neophodno je timskim radom obaviti sledeće dijagnostičke procedure:

- kvalitetna anamneza, koja treba da omogući onima koji sagledavaju ove poremećaje sve potrebne podatke o početku, toku i razvoju poremećaja, kao i da pruži saznanje o subjektivnom doživljaju pacijenata u odnosu na simptome i fenomene poremećaja;
- lege artis utvrđen status psychicus, sa sagledavanjem svih psihopatoloških fenomena, ne samo transverzalno već i longitudinalno;
- paraklinička ispitivanja, koja treba da potvrde ili isključe određene biohumoralne okolnosti koje doprinose evaluaciji ovih psihijatrijskih poremećaja;
- lege artis sprovedeno psihološko ispitivanje, koje će prema vrsti poremećaja u većoj meri obuhvatiti primenu određenih skala koje su za te poremećaje specifične;
- podrobna socioanamneza, uključujući i socioanamnezu na radnom mestu;
- pribavljanje podataka o zahtevima i specifičnostima radnog mesta kako bi se oni doveli u korelaciju sa psihijatrijskim izmenama koje su kod pacijenta konstatovane;

---

- podrobno somatsko i neurološko ispitivanje;

-po okončanom psihijatrijskom ispitivanju, timsko davanje procene o radno-profesionalnim kapacitetima sa specijalistima medicine rada, jer će se na taj način dve osnovne medicinske specijalnosti uključiti u evaluaciju radne sposobnosti lica s mentalnim poremećajima.

Na kraju, a umesto zaključka, želimo da istaknemo da proces evaluacije radne sposobnosti kod psihijatrijskih bolesnika treba da bude unapređen kako se ne bi događalo da invalidska komisija dâ jednu dijagnozu, a neka druga tela, veštačenjima u drugim sferama, potpuno drugačiju. Time se stvaraju uslovi da se proširenjem tima, uz učešće i specijalista medicine rada, postigne optimalna procena, što je važno i za dalji mentalni status onih koji imaju psihijatrijski poremećaj, ali se i stvaraju uslovi da se očuva i određeni društveni interes i smanje potencijalne nepravilnosti u ovoj oblasti.

## LITERATURA

Pravilnik o prethodnim i periodičnim lekarskim pregledima zaposlenih na radnim mestima sa povećanim rizikom. "Sl.glasnik RS" br.120/2007

Skakić O, Trajanović Lj. Procena radne sposobnosti mentalno obolelih lica u uslovima društveno-ekonomске krize, Medicinski pregled, LXIV, 1-2, 41-45, Novi Sad, 2011

Ćirić Z. Sudska psihijatrija, Pravni fakultet u Nišu-Centar za publikacije, Niš, 2013.

MKB 10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja, Klinički opisi i dijagnostička uputstva, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd 1992.

Đorđević V, Anakiev S, Ćirić M, Ćirić Z. Psihijatrijska veštačenja u postupku procene radne sposobnosti, Svet rada, 12, 2, 2015.

Chiswick D, Cope R. (eds.) Practical forensic psychiatry, Gaskell, Glasgow, 2001.

Bowden P. Psychiatry and criminal proceedings. In Chiswick, D. and Cope R. (eds.). Seminars in Practical Forensic Psychiatry. Glasgow, Gaskell. 2001; 06-133.

Jovanović D. Ocena radne sposobnosti u psihijatriji, [www.scribd.com](http://www.scribd.com), 2013

---

## **BASIC OF PSYCHIATRIC EVALUATION AND IMPAIRMENT LOSS OF WORKING CAPABILITY**

### **SUMMARY**

Working in psychiatry takes place on different areas and with different objectives. In addition to clinical diagnostic and therapeutic procedures, in some situations, those who work in psychiatry and make certain assessments in order to regulate certain legal, social, and professional and labor conditions that are important one for people with mental disorders. In these situations, perform the expertise of different abilities psychiatric patients. The work was made in order to display the basic principles and problems in the fields of observation and evaluation of remaining work capacity due to various psychiatric disorders. The work includes the display of certain diagnostic entities, as part of the basic themes of work, and minimum diagnostic instruments and tools and methodologies such assessments. In this paper, we highlight the view that, in addition to professionals working in psychiatry, in the estimation of the loss of working capacity there is the necessity of active participation of specialists in occupational medicine, not only in the preliminary assessment procedures, but also in the official committees that give definitely a statement.

***Keywords:*** *psychiatric expertise, working capacity, mental disordered*

---

## **NEPSIHOTIČNI POREMEĆAJI I RADNA SPOSOBNOST –SUDSKOMEDICINSKI ASPEKT**

Gordana Nikolić, Zoran Ćirić, Olivera Žikić

### **REZIME**

Nepsihotični poremećaji su veoma rasprostranjena dijagnostička kategorija u populaciji mladih i odraslih osoba. Glavni simptom ove grupe poremećaja je akutna ili hronična anksioznost, koja predstavlja neprijatno uznemiravajuće osećanje nepoznatih pretnji koje treba da se dogode u budućnosti. Osobe se osećaju bespomoćno i beznadežno da se nose sa svakodnevnim izazovima. U prevladavanje anksioznosti su uključeni različiti psihološki mehanizmi. Oni doprinose kliničkoj manifestaciji neurotskih poremećaja. Simptomi otežavaju funkcionisanje na poslu, kod kuće ili u društvenim odnosima, ali su istovremeno indirektan način za smanjivanje unutrašnje napetosti koja nastaje zbog nesvesnog afektivnog konflikta Nepsihotični poremećaji su hronični, sa tranzitornim pogoršanjem psihološkog funkcionisanja. Tekst rada sadrži klinički opis glavnih neurotskih poremećaja i ocenu radne sposobnosti. Radna sposobnost je globalno očuvana, osim u akutizaciji psiholoških simptoma i somatizacije, kada je privremeno smanjena. Za procenu radne sposobnosti, važne su komplikcije. Teška depresija, kretanje onemogućeno agorafobijom, preokupacija opsesivnim mislima ili prisilnim radnjama veći deo dana – mogu dovesti do gubitka radne sposobnosti.

***Ključne reči: nepsihotični poremećaji, komplikcije. gubitak radne sposobnosti, sudskomedicinsko veštačenje, medicinski aspekt***

### **UVOD**

---

Nepsihotični psihiatrijski poremećaji se odlikuju prisustvom anksioznosti i drugim psihičkim simptomima koji nastaju u pokušaju njenog savladavanja, ali otežavaju uobičajeno funkcionisanje ličnosti i dovode do subjektivne patnje. Odnos prema realnosti je očuvan, osobe su kritične u svom ponašanju i imaju uvid u iracionalnost simptoma. Neurotični poremećaji su hronični po svome toku i mogu da ometaju radnu sposobnost. Stepen ometenosti zavisi od težine, trajanja i složenosti simptoma.

Anksioznost je centralni simptom neuroze i doživljava se kao neizvesno neprijatno izčekivanje, predviđanje negativnih događaja s prepostavljenim ishodom, opšte sveprožimajuće stanje zebnje, psihomotorne napetosti s telesnim simptomima (jeza, podrhtavanje, lupanje srca, nelagodnost u grudima, stezanje u grlu, preznojavanje, trnjenje kože). Misaoni sadržaj u vezi s ovakvim stanjem je iščekivanje neodređene opasnosti, pri čemu se osoba oseća bespomoćno pred svakodnevnim zahtevima /obavezama, „strah od svega“. U ponašanju je prisutan nemir, potreba za nervoznim pokretima, šetanjem, kretanjem, „ne drži je mesto“, ili pak opšte stanje zakočenosti, inhibicije, kada se aktivnost blokira i osoba se oseća “kao zaleđena“.

Patološka anksioznost je psihički simptom koji ometa život osobe i po tome se razlikuje od strepnje koju svi ljudi povremeno doživljavaju (prirodna, fiziološka anksioznost). Prirodno je da u novim okolnostima, zahtevnim situacijama čovek oseća tremu, ali i da ovakvo emotivno stanje ima ulogu pokretača i stimuliše psihološku i fiziološku pripremu za rešavanje očekivanih situacija.

Strah se često koristi kao sinonim za anksioznost iako se od nje razlikuje po svojoj funkciji. Strah je reakcija na spoljašnju opasnost koja ugrožava život/sigurnost jedinke i pokreće je na odbranu putem borbe, bekstva ili umrtvljavanja/inhibicije. Prisutna je kod čoveka i kod životinja i predstavlja primarni afekt u funkciji adaptacije/preživljavanja.

Neurotična anksioznost je odgovor na unutrašnju opasnost, tj. nesvesni, potisnuti afektivni konflikt (nerazrešena suprotna osećanja), iracionalna je jer stvarna životna opasnost ne postoji, a u pokušaju razrešenja i oslobođanja od anksioznosti čovek formira različite simptome koji su proistekli iz osobina njegove ličnosti i dotadašnjeg razvojnog iskustva.

---

## OBLICI NEPSIHOTIČNIH POREMEĆAJA – NEUROZA I RADNA SPOSOBNOST

### *Generalizovani anksiozni poremećaj - GAP*

Poremećaj nastaje kod ličnosti sa anksioznom predispozicijom, tj. kod onih koji su od detinjstva nesigurni, nesamostalni, skloni vezivanju za osobe u kojima traže oslonac, često preispituju sebe, sumnjaju i doživljavaju tremu u uobičajenim situacijama. Pasivni su, skloni prepuštanju odluka drugima, u novim i zahtevnim situacijama se povlače, neambiciozni su i pored dobrih inelektualnih potencijala. Poremećaj nastaje u adolescentnom ili odrasloj dobi pokrenut nekom stresnom situacijom koja potencira nesigurnost i podstiče ispoljavanje patološke anksioznosti. Tipičan je postepen početak, dok nepovoljni životni događaji doprinose pogoršanju. Klinički dominira stanje hroničnog sveprožimajućeg straha, neprijatnog iščekivanja i negativnog predviđanja budućih događaja kao i nesposobnosti da odgovore na prisutne izazove, zadatke i zahteve. Svakodnevno, veći deo dana osećaju strepnju, napetost, što opisuju kao „život na ivici“, osećaju kao da će eksplodirati, pući usled stalne prenapregnutosti. Prekomerno su zabrinuti za zdravlje, posao, bračne odnose, socijalno prihvatanje, novac, porodične odnose. Opisuju nemogućnost odupiranja svojim brigama, te stalnu preokupiranost njima. Opšta anksioznost praćena je mišićnom napetošću i emocionalnom razdražljivošću, motornim nemicom, poremećajem spavanja, posebno problemima sa uspavljivanjem, nesposobnošću opuštanja. Telesni simptomi, udruženi sa GAP-om, posledica su hroničnog razdraženja simpatičkog vegetativnog sistema i opšte motorne napetosti: zatezanje i bolovi u mišićima vrata, leđa, ekstremiteta, tenzione glavobolje, palpitacije, znojenje, jeza, osećaj stezanja u grlu i grudima, nedostatak dah, mučnina, promenjiv apetit, „leptiri“ u stomaku, povremeni prolivi. Osobe se žale i na nesvesticu, osećaj nestabilnosti pri stajanju i hodu, vrtoglavice. Ovako raznovrsna i bogata nespecifična simptomatologija dovodi do mnogobrojnih kliničkih ispitivanja, naročito zato što se organski uzrok ne može dokazati, a funkcionalnost pacijenta je smanjena.

U proceni radne sposobnosti važno je proceniti intenzitet učestalost i trajanje subjektivnih tegoba kao i psihološku osnovu poremećaja, u čijem lečenju treba da učestvuje psihijatar. Privremena radna nesposobnost se javlja na početku pogoršanja ili početku ovog hroničnog poremećaja, što sve ometa efikasnost u radu, naročito za poslove koji zahtevaju dobru

---

koncentraciju pažnje, preciznost ili rad na mašinama gde je moguća povreda. Privremena radna nesposobnost traje nekoliko dana, ređe do mesec dana, i u okviru tog perioda treba započeti psihijatrijski tretman i izvršiti procenu telesnog zdravlja radi isključivanja organske osnove tegoba: endokrini poremećaji, autoimunska oboljenja, oboljenja CNS-a.

S obzirom na to da se tegobe ublažavaju psihoterapijom i farmakoterapijom, osoba je radno sposobna, te ovakav poremećaj, i pored hroničnog toka, ne dovodi do gubitka radne sposobnosti. Ukoliko se u hroničnom toku GAP komplikuje depresijom ili drugim težim psihičkim bolestima, onda treba razmotriti preostalu radnu sposobnost.

Profesionalni vozači i oni koji rade za mašinama i mogu da se povrede ne bi smeli da rade dok uzimaju anksiolitike i hipnotike, antidepresive koji su deo farmakoterapije.

### *Panični poremećaj*

Panični poremećaj je oblik neuroze koji se ispoljava ponavljajućim, neočekivanim napadima panike, tj. straha maksimalnog intenziteta u trajanju od desetak minuta, ređe do pola sata, napadima koji nisu izazvani nekim telesnim oboljenjima ili delovanjem psihotropnih sredstava, a između kojih postoji miran period, bez anksioznosti, ili hronično prisutno stanje neprijatnog iščekivanja novog naleta panike.

Počinje u mладом ili odrasлом добу. Može mu prethoditi GAP. Često prethodi akutno telesno oboljenje ili stanje u kome se prvi put doživi smrtna opasnost: anafilaktički šok ili druga akutna alergijska reakcija, predoziranje lekovima, intoksikacija psihoaktivnim supstancama, apstinencijalni sindrom alkoholizma, heroinomanije.

Klinički se ispoljava naglom pojavom telesnih simptoma koji veoma brzo dostignu vrhunac u intenzitetu i praćeni su snažnim strahom zbog doživljaja vitalne ugroženosti ili gubitka kontrole, kao i potrebom da se pobegne i/ili zatraži pomoć. Posle napada osoba se oseća umornom i iscrpljenom. Učestalost napada može varirati od desetak i više dnevno do jednog napada u nekoliko meseci i čak godina. Najčešći su sledeći telesni simptomi: palpitacije, tahikardija, vrtoglavica, tremor, znojenje, dispneja, nesvestica, vrući i hladni talasi po telu, bol i nelagodnost u grudima, osećaj gušenja, muka, nervosa želuca, parestezije i utrnulost. Od

---

psihičkih simptoma prisutni su: strah od trenutne smrti, gubitka kontrole, ludila i kolabiranja, depersonalizacija i derealizacija. Tipičan je iznenadni doživljaj vitalne ugroženosti. Sposobnost koncentracije je snižena, a može se uočiti i regresivno ponašanje, kao i hipohondrično ako se napadi javljaju često. U periodima između napada postoji strah od budućih napada panike – fenomen poznat kao anticipirani strah ili starh od straha. Najizraženiji je kod osoba čiji su napadi panike nepredvidivi i neočekivani, što deluje osiromašujuće na celokupan život. Osobine ličnosti kod kojih postoji ovaj poremećaj su: preterana zavisnosat, oprez, tendencija izbegavanja, povlačenje iz socijalnih relacija, nesigurnost, gubitak samopouzdanja, nepoverljivost i emocionalna labilnost. Ovaj sindrom se često kombinuje s drugim oblicima psihopatologije.

Radna sposobnost zavisi od učestalosti paničnih napada i njihovog intenziteta i od prisustva hronične anksioznosti, tj. iščekivanja napada straha. Privremena sprečenost za rad se javlja samo u težim oblicima bolesti, gde su napadi više puta dnevno ili svakodnevno. Redi napadi panike ne smanjuju radnu sposobnost. Potpuni gubitak rdne sposobnosti je samo ukoliko se poremećaj komplikuje psihotičnim stanjem ili teškom depresijom.

#### *Fobični poremećaj*

Fobični poremećaj u nozološkom smislu (bežanje, užas, panika, strah) jeste iracionalan strah od specifičnih objekata, aktivnosti i situacija; on za posledicu ima svesno izbegavanje tih objekata, stimulusa. Pacijent prepoznaće da je strah iracionalan i preteran, da nije proporcionalan aktuelnoj situaciji/opasnosti od tih predmeta, aktivnosti i situacija. Fobični sindrom, odnosno fobična kriza je obeležena snažnim izbijanjem parališuće panike, koju prate telsne manifestacije (tahikardija, znojenje, drhtanje, klecanje nogu, lažna vrtoglavica), pri čemu iste simptome ponekad izaziva očekivanje iste situacije, kao i napor kojim pacijent pokušava da je izbegne. Sindrom ima karakteristike: *anticipacija* (strah od pomisli i očekivanja susreta s fobičnim stimulusom), *strah pri susretu* sa fobičnim stimulusom i *ponašanje izbegavanja*.

*Fobični objekt simbolično predstavlja nerazrešeni unutrašnji afektivni konflikt koji je u središtu neuroze i datira iz ranog razvojnog perioda. To je neprevaziđeni strah zbog nedozvoljenih želja, potreba ili kazne zbog njih, koji se u odrasлом dobu aktivira u psihičkom životu nakon nekog negativnog iskustva. Razlog svoje anksioznosti (unutrašnji konflikt) pacijent zamenjuje strahom od spoljašnjeg objekta, tj. projektuje put spolja na neki objekt ili situaciju, pomera ga i kontroliše tako što tu situaciju izbegava.* Klinička karakteristika fobičnog sindroma je da pacijent, očekujući susret s fobičnim objektom ili situacijom, ili susrevši se sa njima – doživljava strah. U zavisnosti od predmeta i situacija koje mogu biti

---

sadržaj fobičnih sindroma, oni se dele u tri grupe: 1. objekti i situacije kojih se realno plaši svaki čovek, 2. objekti i situacije u kojima još uvek postoji neka veza sa opasnošću, ali je normalan čovek naučio da tu opasnost potcenuje i 3. objekti i situacije koje ne samo da predstavljaju opasnost, već kod mnogih izazivaju priyatna osećanja. Fobični poremećaji ili sindromi se dele na: a) agorafobiju, b) socijalnu fobiju i c) specifične fobije.

### *Agorafobia*

Pojava paničnog straha od javnih mesta i mesta sa kojih se teško može brzo ukloniti ili mesta na kojima je dobijanje medicinske pomoći veoma otežano (ulice, trgovи, mostovi, tuneli, auto-putevi). Pokretljivost i aktivnost obolelih osoba se znatno smanjuje, osobe se povlače, zatvaraju se u svoj dom, iz koga nekad ne izlaze čak i godinama. U najtežim slučajevima se vezuju za krevet. Oboleli ispoljavaju klaustrofobične smetnje: strah od lifta, malih, mračnih, skučenih prostorija punih nameštaja, ili stah od putovanja do udaljenih mesta. Osnovne simptome često prate i opšti strah, telesni simptomi straha, socijalne fobije i drugi fobijski strahovi, depersonalizacija i derealizacija, opsesivni i hipohondrični fenomeni i depresivno raspoloženje.

*Radna sposobnost pacijenata je najčešće narušena kod ovog olike fobija. Intenziviranje tegoba onemogućava kretanje izvan kuće i odlazak na posao, što dovodi do privremene radne nesposobnosti. S obzirom na to da se u manifestaciji bolesti javljaju i periodi remisije, radna sposobnost je tada očuvana. Blaže forme, kod kojih kretanje nije potpuno ometeno, ne zahtevaju odsustvo s posla. Najteže forme agorafobije znače potpunu nemogućnost napuštanja mesta sigurnosti i vode ka potpunom gubitku radne sposobnosti ukoliko su otporne na psihoterapiju i farmakološki tretman.*

### *Socijalna fobija*

*To je hronični ili panični strah osobe od izlaganja proceni drugih ljudi u socijalnim situacijama. Osoba ima doživljaj da je u centru pažnje drugih osoba, koje je posmatraju i negativno procenjuju, smatra da je nesposobna da se adekvatno ponaša, da će nešto pogrešiti, da će se obrukati, zbog čega će je drugi ljudi ismejavati, ogovarati i imati loše mišljenje o njoj. Oboleli doživljavaju strah kad treba da jedu, piju ili hodaju, govore, pišu, recituju, sviraju, glume pred publikom. Oni brinu da će pred drugima da pocrvene, zadrhte, da pokleknu u hodu, da se oznoje i zato sve više izbegavaju socijalne situacije, tj. druženje, nastupanje, polaganje ispita i dr. Poremećaj nastaje nakon nekog stvarnog ili zamišljenog negativnog iskustva u socijalnim interakcijama. Premorbidnu ličnost karakteriše stidljivost, nesigurnost, nedostatak socijalnih veština, socijalna disfunkcionalnost, težnja ka usamljivanju i izolaciji.*

---

*Radna sposobnost je narušena kod javnih ličnosti, tj. ukoliko je profesija vezana za socijalne interakcije i javno izlaganje. Opšta radna sposobnost je u globalu očuvana.*

### *Jednostavne fobije*

*Poremećaj se ispoljava kao strah od određenih predmeta i situacija, koji se izbegavaju. Strah se javlja pri pomisli na mogući susret i u samom izlaganju. Ponašanje izbegavanja rešava strah, tako da se mnogi ne leče. Oblici ove vrste straha su: fobije objekata, mesta, prirodne sredine, situacija i živih bića. Ovaj sindrom karakterišu komponente: glavni strah, strah od straha, izbegavanje. Fobije od životinja su najčešće i ispoljavaju se u vidu nelogičnog, stalnog, intenzivnog straha od susreta ili kontakta sa životinjama ili insektima, ispoljava se ponašanjem izbegavanja, kao i opštim strahom – anksioznošću.*

Ukoliko radne okolnosti zahtevaju izlaganje fobičnom stimulusu, radna sposobnost je smanjena i zahteva uporno lečenje. Opšta radna sposobnost je očuvana.

### *Anksiozno-depresivni poremećaj*

Karakteriše ga prisustvo hronične anksioznosti uz istovremeni pad raspoloženja do nivoa blage ili umerene depresije. Ovo je najčešći oblik psihopatološkog reagovanja u populaciji od 30. do 70. godine. Mešovito stanje straha i depresije manifestuje se simptomima: nervosa, napetost, nemir, razdražljivost, strepnja, disforično raspoloženje, emocionalna labilnost, preosetljivost, nezadovoljstvo sobom, negativističan i često pesimističan stav, poremećaji spavanja, lako zamaranje, manjak energije, oslabljena koncentracija i zaboravnost. Simptomi se obično javljaju akutno i često im prethode nepovoljni životni događaji, a mogu se održavati mesecima. Osobe sa ovim sindrom su uglavnom strašljive, pasivno-zavisne ličnosti. Mnogi simptomi anksioznosti i depresije se poklapaju, a oba stanja su izražena na supersindromalnom nivou. Kod adolescenata treba obratiti pažnju na: usamljenost, potištenost, sanjarenje, promenjivo raspoloženje, suicidalne pulzije, depresivnost, a u sferi psihosomatskih simptoma smanjenje apetita i glavobolje.

Depresivne reakcije su sastavni deo anksiozno-depresivnog sindroma. One zahvataju sferu volje, mišljenja, osećanja i često celokupnu ličnost pacijenata. Početni simptomi su bezvoljnost i anksioznost, na koje se kasnije nadovezuju apatija i gubitak interesovanja uz opštu inhibiranost. Javlja se osećanje nesposobnosti uz slabljenje volje, a egzistencija postaje bez ikakavog plana. Opšta inhibicija širi se u sve psihičke i telesne funkcije, pa se menja mimika, fizionomija, govor itd.

---

Radna sposobnost zavisi od intenziteta i akutnosti anksioznih i depresivnih simptoma. Umerena depresija privremeno umanjuje radnu sposobnost i zahteva itenzivni tretman. Radna sposobnost je očuvna i osoba je sposobna za rad uz paralelnu terapiju.

#### *Poremećaj prilagođavanja i reakcije na težak stres*

Sindrom akutne reakcije na stres predstavlja skup raznovrsnih ispoljavanja psihičkih i ponašajnih smetnji, koje se pojavljuju veoma brzo posle teške traume u kojoj je život osobe bio ugrožen ili je osoba bila svedok nečije patnje ili smrti. Sindrom karakteriše kratko trajanje i različiti disocijativni fenomeni i upadljivo izmenjeno ponašanje. U prvim trenucima i satima osoba je ošamućena, deluje zbunjeno, ponekad je dezorientisana, kao da ne razume šta se dogodilo. U kasnijim fazama česte su reakcije tipa bežanja ili borbe, pri čemu obe reakcije izgledaju haotično, kao da osoba reaguje instinkтивno. Česta je i pojava uznemirenosti, nesvrishodne hiperaktivnosti (besciljno tumaranje), hiperfunkcija vegetativnog nervnog sistema sa pratećim telesnim simptomima (palpitacije, preznojavanje, gastrointestinalne tegobe).

Radna sposobnost kod akutne reakcije na stres može biti privremeno umanjena, dok traju simptomi izraženog razdraženja, dezorganizacije psihičkih funkcija i aktivnosti. Ovo stanje traje nekoliko sati do nekoliko dana.

Poremećaji prilagođavanja predstavljaju heterogenu grupu nepsihotičnih poremećaja čija je zajednička karakteristika da su se pojavili u kontekstu neke stresogene situacije ili događaja veoma različitih razmara i posledica. Stresogena situacija označava nepovoljne prilike tokom dužeg vremenskog perioda, koje mogu, ali ne moraju fluktuirati u odnosu na posledice koje izazivaju (hronično napeto stanje u braku, hronična organska bolest i dr.). Način na koji stresogeni događaj/situacija remeti unutrašnju biopsihosocijalnu ravnotežu osobe zavisi od njihove prirode, ali i od načina na koji ih osoba doživljava i tumači. Klinička slika varira od slučaja do slučaja, raznovrsni simptomi straha i/ili depresije su relativno blagi, ali se javljaju ljutnja i osećaj krivice. Kod nekih pacijenata je naglašeno povlačenje iz socijalnih interakcija, pa i socijalna izolacija. Ponekad se mogu javiti i telesni simptomi (somatizacija). Neki od pacijenata imaju suicidalne ideje, ali su pokušaji retki. Pacijenti se često žale da nisu u stanju da se bore sa problemima, strepe da se neće ponašati odgovorno ili veruju da su podlegli stresu, ne mogu da odgovore na radne obaveze, a odnosi sa prijateljima i poznanicima su često poremećeni.

Radna sposobnost je očuvana, razvoj umerene ili teške depresije retko može da dovede do apsentizma.

Posttraumatski stresni poremećaj je skup manje-više specifičnih simptoma koji se pojavljuju mesec dana do 6 meseci posle teške traume u kojoj je život osobe bio ugrožen ili je osoba bila svedok nečije pretnje ili smrti. Karakteristični simptomi su razni oblici ponovnog proživljavanja traumatskog

---

događaja. Oni su često praćeni izbegavanjem svega što podseća na traumu, simptomima hiperaktivne disfunkcije vegetativnog nervnog sistema i ponašanjem koje ukazuje na dublje promene ličnosti. Ukoliko traje duže, ima komplikovaniju kliničku sliku i onesposobljava osobu za funkcionisanje.

Radna sposobnost je u globalu očuvana. Pogoršanja hronične forme poremećaja, koja se komplikuju depresijom, zavisnošću od alkohola, agresivnim ponašanjem, dovode do privremene nesposobnosti. Trajna nesposobnost je retka pojava.

#### *Disocijativna stanja i konverzivni poremećaji*

Ovi poremećaji se karakterišu delimičnim ili potpunim gubitkom mentalne integracije između sećanja na prošle događaje, svesnosti identiteta, neposrednih sećanja i kontrole pokreta tela. Konverzivni sindromi se odnose na voljnomotorne i senzitivne funkcije, a disocijativni na ponašanje i identitet. Raniji naziv ove grupe poremećaja je histerija.

Konverzija je neurotični način razrešenja emotivnog konflikta. Javlja se kod osoba sa histrioničnim crtama ličnosti: emocionalno nezrele, željne pažnje i podrške, teatralne, sklone dramatizaciji, agresiji, osvetoljubivosti, niskog frustracionog praga. Stresni događaj koji emocionalno pogoda ličnost i znači narcističku povredu provocira potisnuti afektivni konflikt koji se ispoljava i razrešava u vidu konverzivnog simptoma. Mehanizam konverzije podrazumeva da se neurotski konflikt razrešava tako što se preobraća, konvertuje, i reprezentuje kao fizički simptom, senzorne ili motorne prirode, za razliku od somatizacije, gde dolazi do transformacije u vegetativnu disfunkciju organa.

Disocijativni poremećaji nastaju zbog nepotpune integracije svesti o sebi, okolini, integraciji pamćenja, percepcije i identiteta. Disocijaciju pokreće neprijatni/neprihvatljivi događaj za ličnost, te se na ovaj način od svesti drže odvojeno neprijatni sadržaji. U ovoj grupi se nalaze: disocijativna amnezija, disocijativna fuga, disocijativni stupor, stanje transa i zaposednutosti, poremećaji duple ili višestruke ličnosti i prisećanje na emocionalnotraumatske događaje, koji dugo istrajavaju u psihičkom u obliku relativno neasimilovanih ideja. Razvoj simptoma omogućava oboleлом *primarnu i sekundarnu dobit*. Primarna dobit se sastoji u tome što se nesvesni sadržaji konflikta (povezani sa seksualnim i incestuoznim idejama) i dalje drže izvan dometa svesnog doživljaja (u suprotnom bi bili neprijatni i zastračujući). Sekundarna dobit omogućava oboleloj osobi da pribavi pažnju, ljubav i zaštitu značajnih osoba iz okoline i oslobođanje od neprijatnih i težih obaveza. Simptomi se ispoljavaju dramatično, stalno se ponavljaju u različitim kombinacijama i ne mogu se objasniti organskim uzrocima. Mogu da imitiraju sva medicinska, posebno neurološka oboljenja. Svoj razvoj konverzivni simptomi započinju tiho i pokazuju tendenciju da dugo traju. Disocijativni simptomi počinju naglo i burno i isto tako završavaju. Klinički oblici su: a) *discijativni gubitak pamćenja (psihogena amnezija)*, *disocijativna fuga*, *disocijativni stupor*, *stanja transa*

---

*i poremećaja zaposednutnosti, disocijativni poremećaji pokreta i senzibiliteta* (disocijativni poremećaj motorike – delimična ili potpuna paraliza, pareza, ataksije različitog stepena, bizarni pokreti i nemogućnost stajanja bez podrške drugih [astazija i abazija], afonija, disfonija, poremećaji koordinacije motorne aktivnosti, tikovi, profesionalni grč prstiju i šake); b) *disocijativna konvulzija* (pseudoepilepsija, bizarni pokreti, dramatičan i glasan govor, vika i plač, veliki histerični napad, *disocijativna anestezija i senzorni gubitak* [poremećaji površnog senzibiliteta, kao anestezija delova tela, analgezija, hiperestezija za bol i dodir, pri čemu su granice zahvaćenog područja oštре i ne odgovaraju anatomskim inervacionim područjima]); c) *Ganserov sindrom* (boleli je smeten, dezorientisan u mestu, vremenu i prema osobama iz okoline, a svest nije bitno promenjena, sa čudnim odgovorima "u stranu", sa jasnom manuelnom nespretnošću, postoji nesećanje za period bolovanja, može veoma dugo da traje), d) *višestruka ličnost* (predstavlja kompleksan, hroničan, disocijativni poremećaj koji karakterišu izmene sećanja i identiteta s kontinuiranom egzistencijom relativno stabilnih ali naizmeničnih subjektivno odvojenih identiteta i povratnih epizoda iskrivljavanja sećanja, otvorene amnezije ili oboje).

U ovakvim stanjima akutna disocijacija remeti potpuno funkcionisanje i radnu sposobnost. Ona je privremena i traje do potpune integracije svesti, pamćenja i intelektualnog funkcionisanja, što traje od nekoliko sati do nekoliko nedelja. Poremećaji prolaze spontano nakon pozitivno promenjenih okolnosti, ili nakon primenjene psihoterapije i farmakoterapije. Opšta radna sposobnost je očuvana. Konverzivni poremećaji hroničnog toka remete radnu sposobnost u meri u kojoj onemogućavaju motorno i senzorno funkcionisanje. Sama konverzija se komplikuje depresivnim stanjima, hipohondrijazom, što otežava i produžava lečenje. Globalna radna sposobnost je očuvana.

#### *Opsesivno-kompulsivni poremećaj*

Opsesivno-kompulsivni poremećaj (OKP) je hronični neurotični poremećaj koji se javlja u pubertetu, adolescenciji i u odraslotu. Predisponirane su ličnosti sa opsesivnim crtama : emotivno kruti, presavesci, strogi, moralni, neodlučni, poštuju formu, slkoni suprotnim ponašanjima uredni/neuredni, precizni/nemarni, tačni/zakašnjavaju, sitničavi, tvrdice/rasipnici. Unutrašnja napetost se gomila zbog krutosti i neelastičnosti u adaptaciji na promene, smanjuje se preokupacijom opsesivnim mislima. To su neželjene misli koje se nameću oboleлом mimo njegove volje i koje on ne može da odagna. Pacijent ih opisuje kao besmislene, nepodnošljive, odvratne, uglavnom ima uvid u njihovu nelogičnost, ima otpor prema njima, ali im se ne može suprotstaviti. Način ispoljavanja opsesivnih misli su raznovrsni. To su najčešće pojedine reči, fraze, stihovi, često skaradnog ili besmislenog sadržaja, koje se iznova javljaju i iscrpljuju obolelog. Uobičajeno se opisuju kao opsesivna zamišljanja, razmišljanja, ubeđenja, sumnjanja, podsticaji ili pak kao opsesivni fobijski strah. Teme su specifične i povezane su sa:

---

religijom, moralom, čistoćom i zaštitom od prljavštine, strahom, sumnjom, redom i simetrijom, borbom dobra i zla, vremenom, razmišljanjima o životu i smrti. Postoje: opsesivna zamišljanja – zamišlja neprijatne scene agresivnog, seksualnog karaktera; opsesivna ubedenja – uverenje da je prisilna misao isto što i njihovo delo, veruje i ne veruje u istinitost svojih misli; opsesivne sumnje – sumnja u sve što misli ili radi, iscrpljuje se preispitivanjem. Opsesivni podsticaji su prisilni impulsi da se izvrši neka radnja ili ritual. Opsesivna fobija je prisilni strah od objekata koji bi mogli da posluže za realizaciju prisilne misli i zato se ti objekti izbegavaju (strah od noža zbog prisilne misli o ubistvu bliske osobe) .

Kompulsije su prisilni postupci ili radnje koji se obavljaju izvan voljne kontrole osobe, na prisilan, nametnut način i trenutno olakšavaju napetost. Kompulsije pranja, brojanja, dodirivanja, proveravanja, simetrije, sređivanja, složenije radnje koje se izvode na tačno određen ritualni način određeni broj puta. Ovim radnjama se umanjuje strah i poništava prisilna misao. Kompulzivne radnje preokupiraju obolelog više sati dnevno i znatno ometaju život.

Radna sposobnost je smanjena u periodima pogoršanja ovog poremećaja. Višesatne ritualne radnje i preokupacija mislima onemogućavaju obavljanje svakodnevnih aktivnosti i rada. Osoba je preplavljena strahom ukoliko ne popusti svojim prisilama. Komplikuju se depresijom, nekada prethodi psihotičnom poremećaju. Teške forme OKP otporne na farmakoterapiju i psihoterapiju dovode do potpunog gubitka radne sposobnosti

### *Somatoformni poremećaj*

U osnovi ovog poremećaja je somatizacija – ispoljavanje afektivnog konflikta telesnim simptomom. Vegetativno razdraženje usled napetosti i nerazrešene anksioznosti dovodi do senzacija koje nemaju organsku podlogu niti poznati patofiziološki mehanizam nastanka. Pacijenti se žale na bol: glavbolja, bol u ledima, ekstremitetima, i telesne senzacije: kardiovaskularne, digestivne, urogenitalne, seksualna disfunkcija. Uporne žalbe navode na česta preispitivanja zdravstvenog stanja u cilju otkrivanja dijagnoze bolesti. Početku tegoba prethodi prolongirani stres. Mnogobrojna medicinska ispitivanja ne potvrđuju organsku bolest a pacijent ne prihvata da se radi o psihogenim simptomima. Često su uporni, agresivni ili depresivni. Hipohondrija se definiše kao preterana okupiranost telesnim funkcionisanjem, telesnim zdravljem, telesnim simptomima ili bolestima, što je u vezi s patološkim strahom osobe da je obolela od neke ozbiljnije bolesti. Pri tome je teško, skoro nemoguće uveriti je da ne boluje od te bolesti. Uverenje da je bolesna ima karakter precenjene ili sumanute ideje. Podrvrgava se brojnim i nepotrebnim pregledima i ispitivanjima, ali joj to ne umanjuje strepnju, sumnju, uverenje.

---

Radna sposobnost je u globalu očuvana, povremenim apsentizam se javlja usled mnogobrojnih medicinskih pretraga ili sekundarne depresije. Hipohondrija koja dostiže sumanuti kvalitet može da dovede do trajnog radnog onesposobljavanja.

### **SUDSKOPSIHIJATRIJSKI ASPEKT**

Kao i sa stanovišta procene radne sposobnosti, navedeni nepsihotični poremećaji mogu imati značaj i u domenu sudskopsihijatrijskih veštačenja, bilo da se pojavljuju izolovano ili komorbidno sa drugim psihijatrijskim stanjima.

U principu, nepsihotični poremećaji ne narušavaju bitnije sposobnosti za rasuđivanje i/ili odlučivanje, te su od manjeg značaja u kontekstu umanjenja uračunljivosti ili poslovne sposobnosti. Međutim, ako se na terenu ovih poremećaja razviju neki drugi psihijatrijski entiteti, onda i ove pravne kategorije mogu biti kompromitovane. To se posebno sreće u situacijama kada se na terenu nepsihotičnih poremećaja razviju bolesti zavisnosti (alkoholizam ili narkomanija), što može uticati na umanjenje bilo uračunljivosti, bilo poslovne sposobnosti. Naravno, šablon za procenu nema, pa se sagledavanje ovih pravnih instituta mora obavljati od slučaja do slučaja.

Nepsihotični poremećaji mogu biti faktor koji smanjuje prag afektivnog reagovanja, što može u krivičnom pravu biti od značaja u sagledavanju uračunljivosti kod krivičnih dela koja su učinjena u afektivnim stanjima. I ovde je procena individualna i zahteva oprez veštaka, njegovo adekvatno i objektivno sagledavanje svih okolnosti.

Nepsihotični, posebno neurotski poremećaji ili poremećaji povezani sa stresom mogu biti i predmet sudskopsihijatrijske evaluacije u postupcima za naknadu psihijatrijskih vidova nematerijalne štete (strah i/ili duševni bolovi). Ovde treba napomenuti da postojanje nekih od ovih poremećaja kod lica pre nastanka štete ne treba sagledavati kao doprinos tog lica u nastanku različitih vidova nematerijalne štete, što se nekada postavlja kao pitanje u sudskim postupcima.

### **LITERATURA**

Nikolić G. Anxiety and depression evaluation at patients with psychogenic chest pain versus ischemic chest pain patients. (doctor thesis) Nis: School of Medicine 2009; (In Serbian).

---

Albert MC, Chae UC, Rexrode KM, Manson J, Kawachi I. Phobic anxiety and risk of coronary artery disease and sudden cardiac death among women. Circulation 2005; 111: 480-87.

Kaličanin P. Psihijatrija. Velarta Beograd 1997.

Jaspers K. Opšta psihopatologija. Prosveta-Savremena administracija Beograd 1978.

Sadock B.J.

KAPLAN&SADOCK`SSynopsis of psychiatry. Behavioral sciences/Cliical psychiatry. International edition. Eleventh edition. Wolters Kluwer 2015.

Marić J. Klinička psihijatrija , Beograd 2005.

Diagnostic and statistical manual od mental disorders . Fifth edition –DSM-5. American psychiatric publishing 2013.

## **NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERES AND WORKING ABILITY**

### **SUMMARY**

Nonpsychotic disorders are wide spread psychiatric diagnoses in young and adult population.

The main symptom is acute or chronic anxiety, which is unpleasant disturbing feeling of unknown threat yet to come in the future. Persons feel hopelessness and helplessness to cope with everyday challenges. Different psychological mechanism are involved to overcome anxiety. They contribute to clinical manifestation of neurotic disorders. Symptoms make it difficult to function at work, home or in social relations, but at the same time they are the indirect

---

way for decreasing inner tension that arises from unconscious affective conflict. Non psychotic disorders are chronic with transit worsening of the psychological functioning. Manuscript text contains the clinical expression of main neurotic disorders and evaluation of working ability. Working ability is perserved in global, except in some accutisation of the psychlogical symptoms or somatization, when it is temporaly decreased. Complication are also important for the matter. Severe Depression, movements blocked bz agoraphobia, preokupation with opsesive thoughts or compulsions most of the day, could lead to loss of working ability.

***Key words: nonpsychotic disorders, complication, loss of working ability, forrensic expertise, medical aspect***

---

## **VEŠTAČENJE UTICAJA FAKTORA PROFESIONALNE EKSPOZICIJE NA NASTANAK ARTERIJSKE HIPERTENZIJE – SUDSKOMEDICINSKI ASPEKT**

Jovica Jovanović

### **REZIME**

Arterijska hipertenzija je hronično oboljenje u čijoj etiologiji, osim genetske predispozicije, načina života i ishrane, značajno mesto zauzimaju i faktori profesionalne ekspozicije (buka, vibracije, olovo, stres na poslu, organski rastvarači, aerozagadženje, mikroklima). Uticaj faktora profesionalne ekspozicije na nastajanje arterijske hipertenzije može biti predmet sudsakomedicinskog veštačenja. U radu se navodi primer sudsakomedicinskog veštačenja uticaja buke na zdravstveno stanje stanara. Ukazuje se na sve faktore koji mogu dovesti do pogrešnog zaključka sudsakomedicinskog veštačenja.

***Ključne reči: arterijska hipertenzija, buka, sudsakomedicinsko veštačenje***

### **UVOD**

Arterijska hipertenzija predstavlja trajno povišenje sistolnog ( $\geq 140$  mmHg), dijastolnog ( $\geq 90$  mmHg) ili obe vrednosti krvnog pritiska u mirovanju. U SAD oko 50 miliona ljudi ima hipertenziju. Od toga, 70% zna da ima povišen krvni pritisak, 59% se leči, a samo 34% ima dobro regulisane vrednosti krvnog pritiska.

Arterijska hipertenzija može biti primarna (85–95% slučajeva) ili sekundarna. Kao mogući uzročnici sekundarne hipertenzije navode se bolesti bubrežnog parenhima (npr. hronični glomerulonefritis ili pijelonefritis, policistična bolest bubrega, bolesti vezivnog tkiva, opstruktivna uropatija), renovaskularna bolest, feohromocitom, Cushingov sindrom, primarni aldosteronizam, hipertireoza, miksedem i koarktacija aorte. Sekundarna hipertenzija je često

---

posledica prekomerne konzumacije alkohola i upotrebe oralnih kontraceptiva. Takođe, simpatomimetici, kortikosteroidi i kokain doprinose povišenju krvnog pritiska.

Na nastajanje primarne hipertenzije utiču fiziološki parametri (npr. volumen plazme, reninska aktivnost u plazmi) ali i loša funkcija jonskih pumpi na membranama sarkolema glatkih mišića sistemskih aferentnih arteriola, koja može dovesti do trajnog povišenja vaskularnog tonusa. Hipertenziju češće uzrokuje manjak vazodilatatora (npr. bradikinin, NO) nego višak vazokonstriktora (npr. angiotenzin, noradrenalin). Ako bubrezi ne proizvode dovoljnu količinu vazodilatatora (zbog bolesti bubrežnog parenhima ili bilateralne nefrektomije), krvni pritisak raste. Vazodilatatori i vazokonstriktori se takođe proizvode i u ćelijama endotela, zbog čega disfunkcija endotela znatno utiče na krvni pritisak. Nasleđe je svakako predisponirajući faktor, ali je tačan mehanizam nejasan. Izgleda da su faktori okoline (npr. previše soli u hrani, trudnoća, stres) značajni samo kod genetski osjetljivih osoba.

Sve je više dokaza da faktori profesionalne ekspozicije mogu predstavljati favorizujuće faktore u bržem nastajanju arterijske hipertenzije i koronarne bolesti. Jedna od najčešće prisutnih noksi u radnoj sredini je **industrijska buka**, kojoj je eksponovano oko 85% industrijskih radnika. Klinička istraživanja su pokazala da buka predstavlja značajan faktor u bržem nastajanju arterijske hipertenzije eksponovanih radnika (1), pri čemu buka prisutna u komunalnoj sredini potencira štetno dejstvo industrijske buke na krvni pritisak eksponovanih radnika (2). Buka može različitim mehanizmima favorizovati porast krvnog pritiska i pojavu arterijske hipertenzije. Mogući patogenetski mehanizmi su: uticaj buke na povećanje koncentracije cirkulišućih kateholamina oslobođenih iz adrenalne medule kao rezultat aktivacije adrenergičkog nervnog sistema, efekat većih koncentracija nadbubrežnih steroida, povećana aktivnost sistema renin – angiotenzin – aldosteron pod dejstvom buke kao i uticaj buke na povećanje totalne periferne vaskularne rezistencije (3). Neuroanatomske veze u centralnom nervnom sistemu omogućavaju da akustički nadražaj ne deluje samo na slušnu oblast kore velikog mozga već i na limbički sistem, odnosno hipotalamus, izaziva nadražaj simpatikusa i pojavu vazokonstrikcije na periferiji, što ima za posledicu povećanje perifernog otpora i porast krvnog pritiska. Stalno ponavljana stimulacija bukom s vremenom uzrokuje hroničnu elevaciju simpatičkog tonusa, što može ubrzati razvoj strukturnih promena na vaskularnom sistemu i povećati perifernu

---

rezistenciju krvnih sudova, a to ima za posledicu trajnu arterijsku hipertenziju. S vremenom se javlja hipertrfija arteriola, povećanje debljine zida krvnih sudova i povećanje osetljivosti krvnih sudova na presorne uticaje. Rezultati istraživanja su pokazali da buka može biti značajan faktor uticaja na pojavu hiperholisterolemije i hipertrigliceridemije (4). Buka ima za posledicu i povećano lučenje kateholamina, koji predstavljaju nadražaj za hipofizu da pojačano luči glikokortikoide i mineralokortikoide. Zajedničko delovanje kateholamina i glikokortikoida uzrokuje stimulaciju beta 1 i beta 2 receptora u masnom tkivu, što izaziva pojačanu lipolizu i vazodilataciju u masnom tkivu, usled čega se u serumu pojavljuju povećane koncentracije slobodnih masnih kiselina iz kojih se sintetišu holesterol i triglyceridi. Kateholamini inhibiraju aktivnost lipoproteinske lipaze, koja u normalnim uslovima razlaganjem triglycerida i lipoproteina vrlo male gustine (VLDL) omogućava stvaranje lipoproteina velike gustine (HDL). Smanjena aktivnost ovog enzima ima za posledicu povećanje koncentracije triglycerida i lipoproteina vrlo male gustine, koji predstavljaju značajan faktor rizika koronarne bolesti i ateroskleroze. Eksperimentalni radovi na životinjama su pokazali da stimulacija bukom uzrokuje povećanje koncentracije holesterola u krvi, pojačano nagomilavanje holesterola u tkivima i veći stepen aortne ateroskleroze. Rezultati kliničkih ispitivanja na radnicima pokazuju da hronična ekspozicija buci intenziteta od 88 do 107 dB uzrokuje poremećaj esterifikacije lipida i hiperholisterolemiju. Ohrabrujuća je činjenica da određenim merama prevencije, kao što su rekreativna fizička aktivnost i primena ličnih zaštitnih sredstava, možemo spriječiti ili ublažiti nastanak poremećaja usled delovanja buke (5).

Profesionalna ekspozicija **vibracijama**, istim patogenetskim mehanizmima kao i buka, može favorizovati češću pojavu arterijske hipertenzije i koronarne bolesti (6).

Ortostatski stres usled rada pod dejstvom **povišenog atmosferskog pritiska** i **dekompresija** ima za posledicu tahikardiju i povećanje krvnog pritiska, pri čemu se ovo stanje održava 2–4 dana. Ponavljanja ekspozicija može uzrokovati hroničnu elevaciju krvnog pritiska.

Rad u uslovima **povišene temperature vazduha** radne sredine predstavlja stres za organizam radnika koji s vremenom ima za posledicu hronično povećanje krvnog pritiska i arterijsku hipertenziju. Reakcija kardiovaskularnog sistema na stres izazvan povиšenom

---

temperaturom vazduha radne sredine zavisi od starosti radnika, nivoa opterećenja na radnom mestu i od genetske predispozicije.

Sve je više dokaza da dugotrajan rad u uslovima **snižene temperature vazduha** spoljne sredine može potencirati razvoj i pojavu arterijske hipertenzije kod eksponovanih radnika.

**Noćni i smenski rad** usled remećenja cirkardijalnog ritma može predstavljati značajan favorizujući faktor bržeg nastajanja arterijske hipertenzije (7).

**Organski rastvarači** izazivaju povećano oslobađanje kateholamina iz nadbubrežne žlezde i poremećaje acidobaznog statusa, što može negativno uticati na regulaciju krvnog pritiska i cirkulaciju. U grupi organskih rastvarača posebno mesto zauzima ugljen-disulfid, koji izaziva poremećaj metabolizma lipida, favorizuje proces ateroskleroze, suprimira rad tiroidne žlezde (može dovesti do hipotireoze) i potencira brži razvoj arterijske hipertenzije. Stalno izlaganje vinil-hloridu ima za posledicu povećanu sekreciju kateholamina i poremećaj periferne cirkulacije.

Hronična ekspozicija **azotnim oksidima** dovodi do poremećaja transporta elektrona u miokardu, do smanjenja aktivnosti enzima angažovanih u procesu prenosa kiseonika, čime se pogoršava ishemija miokarda, povećava sekrecija kateholamina i remeti metabolizam glikoproteina i mukopolisaharida, što utiče na bržu pojavu arterijske hipertenzije i njenih komplikacija.

Profesionalna ekspozicija **ugljen-monoksidu** može pogoršati ishemiju miokarda, ubrzati agregaciju trombocita i proces ateroskleroze kao najznačajnije komplikacije arterijske hipertenzije. Opisani su slučajevi pojave transmuralnog infarkta kod radnika profesionalno eksponovanih ugljen-monoksidu.

Profesionalna ekspozicija **cijanovodoniku** inhibira citohromoksidazu, povećava aktivnost miokardne kreatinfosfokinaze i uzrokuje ishemiju miokarda.

Neke studije pokazuju češću pojavu arterijske hipertenzije kod radnika profesionalno eksponovanih **fluorovodoniku**.

---

Predmet sudskomedicinskih veštačenja može biti uzročno-posledična veza između rizika u životnoj i radnoj sredini i nastajanja arterijske hipertenzije i njenih posledica kod eksponovanih građana ili radnika.

U tom slučaju veštak treba da ima podatke o detektovanim i izmerenim vrednostima određenih rizika, koje će korelirati sa zdravstvenim stanjem ispitivanih građana ili radnika i propisima koji regulišu ovu oblast.

Ukoliko se ne uzmu u obzir sva tri korelata, to može biti razlog pogrešnog zaključka sudskomedicinskog veštačenja, što je i cilj prikaza slučaja sudskomedicinskog veštačenja uticaja industrijske buke na zdravstveno stanje.

## **PRIKAZ SUDSKOMEDICINSKOG VEŠTAČENJA**

U skladu sa Zakonom o parničnom postupku, sudski veštak za oblast medicine rada je angažovan u svojstvu stručnog savetnika u predmetu radi sastavljanja primedaba na dostavljeno sudskomedicinsko veštačenje specijaliste sudske medicine. Veštak sudske medicine je dobio zadatak da se izjasni da li buka iz poslovnog dela stambene zgrade, odnosno iz pekare,, utiče na zdravstveno stanje stanara u stanu iznad ovog poslovnog dela.

Veštak sudske medicine u zagлавju veštačenja navodi: "Porodica ima stan u kome živi na prvom spratu stambene zgrade. Avgusta 2013. godine u poslovnom prostoru – lokal u prizemlju zgrade – napravljena je pekara. Pored prodavnice pekarskih proizvoda, u delu tog prostora je započela i proizvodnja hleba, peciva, bureka i sl. Ta prozvodnja se obavlja noću, počinje oko ponoći i traje do jutarnjih sati, praćena je bukom mašina, koje lupaju, tresu, mešaju, miksimaju, a uz njih se čuju i ventilator, koji neprestano zuje. Sve ovo ometa mir i smeta supružnicima koji ne mogu da spavaju čitavu noć. Zbog svega im se pogoršalo i zdravlje, pa zbog toga beže iz tog stana“.

---

Na osnovu uvida u medicinsku dokumentaciju, veštak sudske medicine navodi: "Supruga boluje od sledećih hroničnih bolesti: povišenog krvnog pritiska, poremećaja metabolizma masti, hipotireoze (zbog odstranjenja štitaste žlezde), glavobolje. Suprug boluje od povišenog krvnog pritiska, poremećaja metabolizma masti, insulinzavisne šećerne bolesti sa komplikacijama, preležanog infarkta srca, hronične bubrežne slabosti, oštećenja srčanih zalistaka, obostranog oštećenja sluha, benignog uvećanja prostate". Specijalista sudske medicine zaključuje: "Po definiciji, buka je svaki neželjeni zvuk. To znači da svaka zvučna pojava (zujanje, larma, šum, galama, lupa, govor i sl.) koja ometa rad ili odmor predstavlja buku".

Dalje u svom izveštaju opširno iznosi teoretska razmatranja o auditivnim i ekstraauditivnim efektima buke na ljudski organizam. Navodi brojne somatske i psihičke manifestacije uzrokovane ili pogoršane štetnim delovanjem buke. Navodi i neka objašnjenja o patofiziološkom mehanizmu nastanka tih posledica. Posebno ističe uticaj komunalne buke na kvalitet života u urbanim uslovima označavajući tu buku kao faktor u narušavanju zdravstvenog stanja opšte populacije.

U zaključku sudske medicine navodi: „Uzimajući u obzir gorenavedene činjenice vezane za oštećeno zdravstveno stanje tužioca, kao i nepobitne medicinske činjenice vezane za štetni uticaj buke na zdravlje ljudi (naročito na osobe koji su u starijoj životnoj dobi i koje boluju od teških hroničnih bolesti, kao što je to u konkretnom slučaju), mišljenja sam da kontinuirano i višegodišnje izlaganje buci i drugim neprijatnim uticajima životne sredine u njihovom neposrednom životnom okruženju negativno utiče na njihovo zdravlje i uslovljava njegovo progresivno pogoršanje.“

### **Prigovor veštaka – specijaliste medicine rada na veštačenje specijaliste sudske medicine**

**1. Veštačenje u potpunosti zanemaruje rezultate merenja nivoa buke u stanu u kome ljudi borave.** U veštačenju se zanemaruje činjenica da je izmereni nivo buke u prostoru u kome ljudi borave i spavaju u granicama referentnih odnosno pravilnicima propisanih i dozvoljenih vrednosti. Merenje buke je obavila referentna ustanova koja poseduje licencu za

---

merenje, a buka je merena u skladu s prihvaćenim naučno-stručnim procedurama, dakle, merenje je apsolutno kompetentno urađeno, tako da nije bilo razloga da se ono zanemari. U izveštaju o merenju buke se navodi da je u mernim tačkama u zoni uticaja, u zatvorenim prostorijama u kojima ljudi borave, spavaćim sobama, izmereni nivo buke tokom noći bio 24 dB, 27 dB, 28 dB i 30 dB. Takođe se zanemaruje činjenica da svi izmereni nivoi buke u stambenom prostoru ne prelaze propisane granične vrednosti koje propisuje Pravilnik i važeća pravna i stručna regulativa u Srbiji. Bez analize i uvažavanja Izveštaja o rezultatima merenja nivoa buke u spavaćoj sobi i stambenom prostoru u kome ljudi borave svaki zaključak o uticaju buke na zdravstveno stanje eksponovanih ljudi je nedovoljno kompetentan i nekvalitetan jer nije zasnovan na principima nauke i struke.

**2. Primedbe na veštačenje zdravstvenog stanja i uticaja buke na navodno pogoršanje zdravlja tužioca.** Zapaža se da je tužilac i pre 2013. godine patio od dijabetesa i arterijske hipertenzije (od 2003. godine). Iz medicinske dokumentacije koja je priložena u veštačenju zapaža se da je još pre početka rada tužene u pomenutom objektu imenovani već patio od povišenog krvnog pritisak i šećerne bolesti koja je već tada dala komplikacije i da je još u tom periodu kod imenovanog, osim tablet, uveden i insulin u lečenju šećerne bolesti. Tokom 2015. godine, osim arterijske hipertenzije, dobija anginu pektoris i infarkt, a po izveštaju specijaliste ORL beleži se obostrani pad sluha po FS skali od 17,9%.

**3. Primedbe na iskazanu tvrdnju o štetnim efektima buke na zdravlje.** Napominjem da gorenavedene teorijske tvrdnje u pobijanom veštačenju zavise od velikog broja faktora, a najviše od nivoa buke, da su delimično tačne i da predstavljaju jedan globalni, teorijski prilaz problemu buke, koji se samo delimično može primeniti na konkretni primer u ovom veštačenju. Prema tome, iz ovih gorenavedenih teorijskih razmatranja, koja se, zavisno od mnogih drugih karakteristika buke, odnose uglavnom na nivoe buke preko 45 dB, nikako se ne sme izvući zaključak koji će se primeniti na sudski spor koji je vezan za buku nivoa od 24 do 30 dB.

**4. Zaključak veštačenja se ne zasniva na odredbama Pravilnika o dozvoljenom nivou buke u životnoj sredini koji je objavljen je u Službenom glasniku RS broj 54/92 od**

---

**8. 8. 1992. godine.** U članu 2 ovog pravilnika se navode najviši dozvoljeni nivoi buke u sredini u kojoj čovek boravi (dozvoljeni nivoi buke). U daljem tekstu ovog člana Pravilnika je tabela dozvoljenih nivoa buke, samo u delu koji se odnosi na stare i bolesne osobe u situaciji kada je izvor buke u zgradi:

Sredina u kojoj čovek živi	Dozvoljeni nivoi buke (u dB)	
	Danju	Noću
Stambena zgrada pri zatvorenim prozorima kada je izvor buke u zgradi	35	30
Bolnice, klinike, domovi zdravlja – bolesničke sobe	35	30
Bolnice, klinike, domovi zdravlja – ordinacije	40	40
Bolnice, klinike, domovi zdravlja – operacioni blok bez medicinskih uređaja	35	35
Hotelske sobe sa izvorom buke u zgradici	35	30

Specijalista medicine rada zaključuje: "Smaram da izmereni nivoi buke 24–30 dB, koji su izmereni u stanu iznad poslovnog prostora tužene, nisu i ne mogu biti razlog zdravstvenih tegoba i poremećaja zdravlja ispitivanih stanara. Eventualna pogoršanja zdravstvenog stanja imenovanih su posledica drugih faktora i prirodne evolucije samih bolesti i ne mogu se pripisati uticaju buke iz poslovnog prostora tužene."

## ZAKLJUČAK

U nastajanju arterijske hipertenzije faktori profesionalne ekspozicije zauzimaju značajno mesto. Tokom sudsakomedicinskog veštačenja uticaja buke na zdravstveno stanje neophodno je

---

sagledati nivo buke koji se iz radne sredine prenosu na životnu sredinu, zdravstveno stanje ljudi pre i posle ekspozicije buci i pravilnike koji regulišu ovu oblast.

## LITERATURA

1. Thomas M, Mette S. Noise Pollution and Arterial Hypertension. Eur Cardiol. 2017; 12(1): 26–29
2. Schmidt FP, Basner M, Kroger G et al. Effect of nighttime aircraft noise exposure on endothelial function and stress hormone release in healthy adults. Eur Heart J. 2013;34:3508–14
3. Schmidt F, Kolle K, Kreuder K et al. Nighttime aircraft noise impairs endothelial function and increases blood pressure in patients with or at high risk for coronary artery disease. Clin Res Cardiol. 2015; 104: 23–30
4. MunzelT, Sorensen M, Gori T, Schmidt FP, Rao X, Brook FR, Chen LC, Brook RD, Rajagopalan S. Environmental stressors and cardio-metabolic disease: part II-mechanistic insights. Eur Heart J, 2017; 38: 557–564
5. Jovanovic J, Macvanin N. Prevention of harmful noise effects, Rizik i bezbednosni inzenjering, VII međunarodno naučno savetovanje, Kopaonik 2012, Zbornik radova, 146-151
6. Jovanović J, Đindić N, Đindić B. Occupational diseases induced by vibrations. Safety Engineering 2012, 2(1): 41-47.
7. Suwazono Y, Nogawa K. Effect of shift work on blood pressure. Nihon Rinsho. 2014; 72(8): 1497–1502

**EXPERIENCE OF THE INFLUENCE OF THE FACTOR OF PROFESSIONAL  
EXPOSITION ON THE ARTERIAL HYPERTENSION - FORENSIC MEDICAL  
EXPERTISE**

---

## SUMMARY

Arterial hypertension is a chronic disease in which etiology, except the genetic predisposition, lifestyle and diet, occupies have a significant place in occupational exposure factors (noise, vibration, lead, stress at work, organic solvents, air pollution, microclimate). The influence of occupational exposure factors on arterial hypertension may be the subject of forensic medical expertise. The paper provides an example of forensic medical expertise in the influence of noise on the health of tenants. It points to defects that may lead to the wrong conclusion of forensic medical expertise.

***Key words:*** *arterial hypertension, noise, forensic medical expertise*

---

## SUDSKOMEDICINSKO VEŠTAČENJE NAKNADE ŠTETE ZBOG TRAJNO POVEĆANIH POTREBA

Zoran Ivanov, Veselin Govedarica

### REZIME

U sudskoj praksi uočeno je da veliki broj oštećenih nakon povreda ili oboljenja ima trajno povećane potrebe. Zbog posledica, oštećenom je potrebna tuđa pomoć radi zadovoljavanja osnovnih životnih potreba (prilikom kretanja, oblaženja, uzimanja hrane i zadovoljavanja drugih svakodnevnih potreba). Prema odredbi člana 195. stav 2. ZOO, lice odgovorno za štetu dužno je da oštećenom plaća u vidu novčane naknade štetu nastalu zbog trajno povećanih potreba prouzrokovanih posledicama. Do sada, sudska praksa poznaje utuživanje u kome je oštećenom ukazivana tuđa pomoć na osnovu priloženih računa o uslugama drugog lica, prevoza do odredišta, zdravstvene ili druge ustanove. Vreme za tuđu pomoć je određivano po slobodnoj proceni. Osnov za tuđu pomoć zbog trajno povećanih potreba smatra se posebnim entitetom i realizuje se u slučaju kada je oštećenom neophodna tuđa pomoć pri obavljanju osnovnih životnih potreba, a ne onih umanjenih životnih aktivnosti koje pribavljaju životnu radost i hedonizam. Do sada nisu postojale preporuke za veštačenje u slučaju trajno povećanih potreba. Uvidom u telesne i psihičke posledice veštak opredeljuje poremećaj funkcije kao osnov u određivanju potrebe za tuđom pomoći zbog trajno povećanih potreba. Očekuje se da bi pomoć drugog lica u vremenu od jednog do nekoliko sati dnevno znatno doprinela podizanju nivoa kvaliteta života osoba s trajnim posledicama povrede ili oboljenja. Predloženi način bi omogućio preciznu evaluaciju posledica oštećenja i određivanje vremena neophodnog za tuđu pomoć zbog trajno povećanih potreba.

*Ključne reči:tuđa pomoć, sudsksomedicinsko veštačenje, neophodnost, funkcionalni deficit po padajućem meniju, indikativno vreme.*

### Uvod

Bolest ili povređivanje može se okončati različitim ishodom: potpunim ozdravljenjem, nepotpunim ozdravljenjem s većim ili manjim posledicama i smrtnim ishodom. Potpuno

---

ozdravljenje (lat. restitutio ad integrum, sanatio ad integrum) najčešći je oblik završetka bolesti i konstataže se dijagnostičkim postupcima<sup>(1)</sup>. Zdravstvene posledice (lat. residuum morbi – ostatak oboljenja) nalaze se kod povređenih ili bolesnih s nepotpunim ozdravljenjem; oni mogu biti trajno ili ograničeno sposobni za obavljanje određenih životnih aktivnosti, a neki zahtevaju i stalnu tuđu pomoć.

Pravo na novčanu naknadu za pomoć i negu drugog lica uređeno je Zakonom o PIO, član 41a: „Potreba za pomoći i negom drugog lica postoji kod lica iz stava 1. ovog člana koje je nepokretno, ili koje zbog težine i prirode trajnih bolesti i bolesnog stanja nije sposobno da se samostalno kreće ni u okviru stana uz upotrebu odgovarajućih pomagala, niti da se samo hrani, svlači, oblači i da održava osnovnu ličnu higijenu, kod slepog lica koje je izgubilo osećaj svetlosti sa tačnom projekcijom i kod lica koje postiže vid sa korekcijom do 0,05“.

Zakon o socijalnoj zaštiti, član 92. ukazuje na: „Pravo na dodatak za pomoć i negu drugog lica ima lice kome je zbog telesnog ili senzornog oštećenja, intelektualnih poteškoća ili promena u zdravstvenom stanju neophodna pomoć i nega drugog lica da bi zadovoljilo svoje osnovne životne potrebe.“ Potreba za pomoći i negom drugog lica utvrđuje se na osnovu propisa o penzijskom i invalidskom osiguranju.

Prema odredbi člana 195, stav 2. ZOO: „Lice odgovorno za štetu dužno je da oštećenom (povređenom, oboleлом) plaća u vidu novčane štete nastale zbog trajno povećanih potreba prouzrokovanih posledicama nanesene telesne povrede“. Smisao je ove zakonske odredbe da oštećeni ima pravo na novčanu naknadu troškova tuđe pomoći kada je kod njega, kao posledica povređivanja ili oboljenja, umanjena životna aktivnost na takav način da mu je potrebna tuđa pomoć radi zadovoljavanja osnovnih potreba (prilikom kretanja, oblačenja, uzimanja hrane i zadovoljavanja drugih svakodnevnih potreba). Za dosuđenje naknade po ovom osnovu dovoljno je utvrđenje o neophodnosti pomoći drugog lica, a naknada se ravna prema visini izdataka potrebnih za obezbeđivanje takve pomoći, uključujući i vreme za tuđu pomoć zbog trajno povećanih potreba (primedba autora).

Radi se o zahtevu za naknadu štete po opštim pravilima odštetne odgovornosti i pravu na naknadu po opštim uslovima koje propisuje ZOO (<https://sirius.rs> 13.09.2003. Rev.415/92).

Nameće se potreba za kvalitetnim i proverljivim pristupom u veštačenju ovakvih slučajeva, pristupom koji bi davao rešenja za trenutno stanje neophodnosti da se koristi pomoć i

---

vreme drugog lica. Takođe bi se objektivizirao pristup u slučaju pogoršanja ili poboljšanja kao osnov i štetniku i oštećenom za skraćenje ili produženje vremena angažovanja drugog lica, npr. sa 3 časa dnevno na 1 čas ili sa 2 na 4 časa dnevno, u zavisnosti od evaluacije zdravstvenih posledica.

### **Definicija**

Tuđa pomoć drugog lica je potreba oštećenog koji nije u stanju da obavlja osnovne životne potrebe ili ih obavlja pod posebnim naporom.

### **Metod rada**

Za ovo veštačenje neophodno je da se odredi:

- neophodnost pomoći drugog lica zbog trajno povećanih potreba, kritični funkcionalni deficit za ispomoć drugog lica;
- redukovana vrednost određena primenom „padajućeg menija“;
- osnovne životne potrebe, hronometraža, aktivni i pasivni deo;
- indikativno vreme potrebe za tuđom pomoći.

### **Neophodnost pomoći drugog lica zbog trajno povećanih potreba, kritični funkcionalni deficit za ispomoć drugog lica**

Prilikom ocene procenta oštećenja obavlja se uvid u Pravilnik o utvrđivanju telesnih oštećenja (Sl.list SRJ 16/97), Opšti uslovi za osiguranje lica od posledica nesrećnog slučaja nekoliko osiguravajućih kuća, Preporuke Udruženja veštaka u medicini rada 2015. godine<sup>(2)</sup>, European physical and mental disability rating scale for medical purposes, Anex II (Evropska tabela za ocenu oštećenja fizičkog i psihičkog integriteta u medicinske svrhe, Aneks II)<sup>(3)</sup>.

Uvidom u telesne i psihičke posledice veštak se opredeljuje za vrednost poremećaja funkcije u određivanju potrebe za tuđom pomoći zbog trajno povećanih potreba. Medicinski

---

kriterijum za neophodnost tuđe pomoći zbog trajno povećanih potreba oštećenog, kriterijum koji smo primenili u ovom radu, jeste procenjeno zbirno oštećenje funkcija 100% i vše.

Primer:

Prikazane su maksimalne vrednosti i određene vrednosti oštećenja funkcija usled povrede ili bolesti po odabranom standardu (Preporuke).

### **Maksimalne i применjene vrednosti оштећења функција**

Tabela 1.

<b>Tačka</b>	<b>Oštećenja funkcija</b>	<b>1.</b>	<b>2.</b>
3.a)	Povrede mozga sa posledičnim psihoorganskim sindromom:	70%	50%
114.6)	Smanjena pokretljivost desne (dom.) ruke u ramenom zglobu, upoređena sa zdravom rukom	25%	20%
189.a)	Smanjena pokretljivost desnog kolenog zgloba, upoređena sa zdravim kolenom	20%	10%
197.6)	Smanjena pokretljivost desnog skočnog zgloba:	15%	15%
197.6)	Smanjena pokretljivost levog skočnog zgloba,	15%	15%
<b>UKUPNO</b>			<b>110%</b>

1. donja maksimalna vrednost po применjenом standardu
2. posledice štetnog događaja analizirane i kritički применjene u odnosu na vrednost po standardu (*uvid u relevantnu medicinsku dokumentaciju, klinički pregled, konsultacije specijalista, uvid u poremećaj funkcije, uticaj na susedne i druge delove tela ili organa, zahtevi i intenziteti za obavljanje svakodnevnih radnji*)

Nađen funkcionalni deficit 110% zadovoljava kriterijum od 100% i više poremećaja funkcije i konstatuje se da postoji neophodnost potrebe za tuđom pomoći, odnosno „kvalifikacija“ za naredni postupak.

### **Redukovana vrednost određena применом „padajućeg menija“**

---

Vrednosti poremećene funkcije su primenjene iz standarda i prihvaćeno je da se procentualno ne uvećavaju za sedeterni rad.

Više osiguravajućih kuća u Srbiji i okruženju primenjuje princip padajućeg menija za telesni deficit kod višestrukog povređivanja.

Kod višestrukih povreda lokomotornog sistema, kičme i organa ukupan telesni deficit se određuje tako što se za najveću posledicu uzima ceo procenat predviđen u tabeli, od sledećeg najvećeg oštećenja uzima se polovina procenata predviđenog u tabeli i tako redom: 1/4, 1/8, 1/16. Ukupan procenat ne može premašiti procenat predviđen tabelom za potpuni gubitak dela tela ili organa. U predloženom postupku se uzima vrednost koja je uslovila neophodnost tuđe pomoći, i to u punoj tabličnoj vrednosti. Ostala oštećenja se vrednuju tako što se uzima najveća tablična vrednost i deli sa 2, zatim se sledeća najveća deli sa 4, sledeća sa 8 itd. Njihova sumacija predstavlja redukovani vrednost određenu primenom „padajućeg menija“ i interpretira se u odnosu na intenzitet i trajanje fizičkog napora<sup>(4)</sup>. Za određivanje redukcije funkcionalnog oštećenja postoje i drugi pristupi<sup>(5,6,7)</sup>.

#### **Redukovana vrednost određena primenom „padajućeg menija“**

Tabela 2.

Oštećenje funkcije	Tačka po Preporuci				Ukupno
Vrednosti	3.a) 50 %	114. 6) 20%/2=10%	197.6) 15%/4=3,75 % 197. 6) 15%/4=3,75 %	189.a) 10%/8=1,25 %	50+10+3,75+3,75+1,2 5= <b>68,75%</b>

Redukovana vrednost posledica po padajućem meniju je **68,75%** (tablična vrednost redukovana kriterijumom padajućeg menija) i dogovorno ne može da prelazi 100%.

---

Dakle, vrednost 68,75% predstavlja redukovana vrednost po padajućem meniju za dalji postupak radi određivanja indikativnog vremena za tuđu pomoć.

### **Osnovne životne potrebe, distribucija i hronometraža, aktivni i pasivni deo**

Osnovne životne potrebe u ovom modelu su: 1. boravak u krevetu, spavanje, 2. sedenje, ležanje, 3. priprema hrane, hranjenje, 4. samozbrinjavanje, 5. samostalno oblačenje, svlačenje i obuvanje, 6. samostalno kretanje.

Težina fizičkog napora za osnovne potrebe određena je uvažavanjem zajedničkih elemenata u klasifikacijama i kriterijumima<sup>(8)</sup> težine rada u kJ/min i MET (Haskel), težine fizičkog rada (%) i klasifikacije tolerancije za fizički napor (NYHA)<sup>(9,10,11,12)</sup>.

Određuje se hronometraža osnovnih potreba za 24 časa (1440 minuta). Određuje se intervjoum sa oštećenim i konsultacijom s njemu bliskim osobama koje su svakodnevno s njim. Koristi se iskustvo veštaka u sudskim sporovima<sup>(13,14)</sup> i vreme se primenjuje aproksimativno.

Osnovne životne potrebe, odnosno aktivni i pasivni deo, i vreme neophodno za obavljanje životnih potreba predstavljeni su bez pojedinačnih radnji u tabeli 3.

### **Osnovne životne potrebe, distribucija vremena – pasivni i aktivni deo**

Tabela 3.

R.b.	Osnovne životne potrebe	1.	2.	3.
1.	boravak u krevetu, spavanje, mirovanje* (vrednovano bez fizičkog napora)	690	30	720
2.	sedenje, ležanje** ( uglavnom sedeća aktivnost, ograničeno hodanje i stajanje, lak rad šakom i rukom ili nožni bez prinudnog položaja)	180	30	210
3.	hranjenje i spremanje	0	75	75
4.	Samozbrinjavanje	0	90	90
5.	samostalno svlačenje, oblačenje, obuvanje	0	30	30

6.	samostalno kretanje	0	30	30
	<b>Ukupno</b>	<b>870</b>	<b>285</b>	<b>1155</b>
		<b>(60,41 %)</b>	<b>(19,79 %)</b>	<b>(80,20 %)</b>

1. bez fizičkog napora/min („pasivni deo“)

2. sedeterni napor/min („aktivni deo“)

3. neophodno vreme/min

U tabeli 3. razlučuje se vreme kada nije potrebna tuđa pomoć, kao što je spavanje, mirovanje u krevetu (690 min), sedenje na ležaju ili fotelji (180 min) (pasivni deo). Udeo tuđe pomoći je minimalan pri odlasku u toalet noću (30 min), pri promeni položaja u ležećem ili sedećem položaju (30 min) (aktivni deo).

Aktivni deo podrazumeva sve osnovne životne radnje kada oštećeni treba da se hrani (75 min), samozbrinjava (90 min), samostalno svlači, oblači, obuva, izuva (30 min), samostalno kreće (30 min).

Iz tabele 3. je vidljiv pasivni deo, kada nije potrebna tuđa pomoć (870 min), i aktivni deo, kada je potrebna tuđa pomoć od 285 minuta u toku dana i noći. Ova vrednost se u daljem postupku uzima kao osnov od 100% pri određivanju vremena za tuđu pomoć.

Vreme neophodno za obavljenje osnovnih životnih potreba je 1155 minuta (80,20%) od ukupnog vremena 1440 minuta (100%). Vreme preko 1155 minuta ne podrazumeva obavljanje osnovnih životnih potreba.

### **Indikativno vreme potrebe za tuđom pomoći**

U određivanju vremena potrebnog za tuđu pomoć prikazuje se vreme za obavljanje osnovnih životnih potreba bez posledica i sa posledicama. Vreme za osnovne životne potrebe, posmatrajući aktivni deo, iznosi 285 minuta, odnosno 4,75 časova u toku 24 časa, što iznosi 4 časa i 45 minuta, intenzitet fizičkog napora je sedenteran.

Vreme potrebno za tuđu pomoć određuje se tako tako što se postavlja proporcija: ako je funkcionalna očuvanost 100% za 285 minuta, tada se za kritični funkcionalni deficit **za** (koji zahteva?) ispomoć drugog lica, **68,75 %**, dobija x minuta za tuđu pomoć:

---

$$100\% : 285 = 68,75\% : x$$

Iz relacije se dobija vreme potrebno za tuđu pomoć od 195,93 minuta.

### **Indikativno vreme potrebe za tuđom pomoći (TP) u aktivnom delu**

Tabela 4.

Aktivni deo min (%)	Potreba za TP min (%)	Nije potrebna TP min (%)
285 min (100,00%)	100:285=68,75%:x <b>195,93 min</b> <b>(68,75%)</b>	285-195,93 <b>89,07 min</b> <b>(31,24%)</b>

Vreme potrebno za tuđu pomoć usled posledica, posmatrajući aktivni deo od 285 minuta (4,75 časova), iznosi 195,93 minuta ili 3,26 časova, odnosno 3 časa i 15,6 minuta. Za preostalo vreme, posmatrajući aktivni deo od 89,07 minuta, oštećenom nije neophodna tuđa pomoć za obavljanje navedenih osnovnih životnih potreba s navedenim posledicama.

### **Diskusija**

Dosadašnja sudska praksa poznaje permanentno (godišnje) utuživanje nakon određenog vremena u kome je oštećenom ukazivana tuđa pomoć na osnovu priloženih računa o uslugama drugog lica, prevoza do odredišta (zdravstvene i ostale ustanove) i drugim opravdanim potrebama oštećenog, dok je vreme neophodno za tuđu pomoć određivano subjektivno.

Do sada nije utvrđen objektivan kriterijum i pristup problemu neophodnosti i vremena za ispomoć drugog lica oštećenom zbog trajno povećanih potreba u obavljanju osnovnih životnih potreba. Obično se spor završava kompenzacijom za umanjenje životne aktivnosti u vidu pretrpljene i buduće štete u jednokratnom iznosu<sup>(15)</sup>.

---

Vreme potrebno za tuđu pomoć zavisi od težine posledica, zatim pola, dobi, komorbiditeta i fizičke kondicije oštećenog i treba da se iskazuje uvek individualno primenom proverljivih objektivnih kriterijuma. Treba imati u vidu da se naknada štete po ovom osnovu utvrđuje isključivo zbog posledica aktuelnog štetnog događaja. Zakonski okviri nepotpuno uređuju ovu oblast i veoma su rigidni u pogledu Uredbe<sup>(16)</sup>.

Kod težih psihičkih bolesnika neophodan je stalni nadzor od 24 časa. Međutim, ovo vreme nije stvarno u kontinuitetu. Postoji prazan prostor od pola do jednog sata kada je lice koje ukazuje pomoć neangažovano, što daje posebnu specifičnost ukazivanju tuđe pomoći. Opravdano je ove poslove vrednovati posebnim koeficijentom uvećanja, bez ozira da li se radi o ukućanima ili drugim licima.

Zbog trajno povećanih potreba, tuđa pomoć može biti neophodna i od stručnog lica, fizioterapeuta ili medicinske sestre, radi održavanja i poboljšanja osnovnih životnih aktivnosti.

Ne treba zanemariti period rekonvalescencije, koji po završenom lečenju kraće ili duže može biti praćen određenim tegobama i ukazuje na to da nakon bolničkog otpuštanja postoji jedan period kada se oštećeni navikava na novonastalo stanje i kada je potrebna duža i zahtevnija pomoć drugog lica.

Naknada štete zbog trajno povećanih potreba može biti uvećana zbog povećanja aktivnog dela osnovnih životnih potreba na račun pasivnog dela. U nekim sudskim rešenjima se traži od veštaka da se izjasni o trajnim potrebama uzimanja lekova, njihovoj vrsti, količini, ceni, o ishrani, na osnovu čega oštećeni potražuje novac od štetnika u okviru naknade štete zbog trajno povećanih potreba.

## **ZAKLJUČAK**

1. Prema ZOO, lice odgovorno za štetu dužno je da oštećenom naknadi novčanu štetu nastalu usled angažovanja drugog lica zbog trajno povećanih potreba oštećenog i nemogućnosti da samostalno obavlja osnovne životne potrebe.
2. Zdravstvena neophodnost za pomoć drugog lica zbog trajno povećane potrebe obavljanja osnovnih životnih radnji postoji kada, zbog ukupnih posledica, zbirno oštećenje funkcije oštećenog iznosi 100% i više.

- 
3. Vreme potrebno za tuđu pomoć određuje se relacijom redukovane oštećene funkcije po padajućem meniju i aktivnog dela osnovnih životnih potreba.
  4. Predloženi način veštačenja tuđe pomoći zbog trajno povećanih potreba omogućuje objektivan pristup određivanju vremena potrebnog za pomoć drugog lica u obavljanju osnovnih životnih potreba, omogućuje preciznu evaluaciju i realno potkrepljuje novčani iznos u okviru ukupne naknade štete zbog trajno povećanih potreba.

## LITERATURA

- (1) Ivković-Lazar T, Kovač T, Lepšanović L, Pejin D, Popović K, Tabori Đ, isar. Praktikum fizičke dijagnostike sa osnovama interne propedevtike. Novi Sad 2001. ISBN 86-7197-173-2.
- (2) Govedarica V. Preporuke za veštačenje umanjenja životne aktivnosti i umanjenja radne sposobnosti, Udruženje sudskeih veštaka u medicini rada. Beograd:2015.
- (3) [https://www.ecb.europa.eu/careers/pdf/annex\\_II\\_staff\\_rules\\_ft.pdf](https://www.ecb.europa.eu/careers/pdf/annex_II_staff_rules_ft.pdf) 4.1.2019.
- (4) Ivanov Z, Govedarica V. Metodološki aspekti veptačenja umanjene radne sposobnosti u procentima. Drugi Kongres Udruženja sudskeih veštaka Crne Gore, Budva: 2017; 27-38.
- (5) B.O.B.I. - Bareme officiel Belge des invalidites Vade-mecum de l'évaluation medico-legal: l' invalidite,l'incapacite, le handicap et le domage corporel (Pierre Feron) - Mode de calcul des invalidites multiples. 4.3.2018.
- (6) [http://www.medpress.it/medicinalegale/inv\\_civile\\_balthazard.php](http://www.medpress.it/medicinalegale/inv_civile_balthazard.php) 4.3.2018..
- (7) Bradić V, Ivezović R, Šebečić B, Vukić M, urednici. Orijentacijske medicinske tablice za procjenu smanjenja životne aktivnosti. Zagreb: Zagrebačka stvarnost: 2013.
- (8) Ivanov Z, Govedarica V. Preporuka za veštačenje umanjenja radne sposobnosti uvažavajući individualnost, fizičko i psihofiziološko opterećenje sa posledicama oštećenja zdravlja, Vještak 5, Banja Luka: 2016.27-38.
- (9) Ivanov Z, Govedarica V. Veštačenje umanjene radne sposobnosti kod posledica višestrukih telesnih povreda 17. Simposium o sudske medicinske veštačenju u medicini rada, Svet rada 2/17, Beograd:151-58.

- 
- (10) Pavlović M. Veštačenje umanjenja radne sposobnosti i životne aktivnosti kod bolesnika sa najčešćim kardiovaskularnim oblenjima. Svet rada 3/16 238 – 263
  - (11) Haskel L W. Design and Rehabilitation of cardiac conditioning programs. In: Wanger KN Helerstein KH: Rehabilitation of coronary patients. John Wiley and sons. New York, 1978: 203-241, 3.7.2018.
  - (12) Paranović M. Metodologija za utvrđivanje posebnih uslova na radu, Zaštita rada 1996:
  - (13) Govedarica V, Ivanov Z. Veštačenje umanjenja radne sposobnosti kod posledica monotraume, Drugi Kongres Udruženja sudskeh veštaka Crne Gore, Zbornik radova, Budva, 2017:163-173.
  - (14) Ivanov Z, Govedarica V. Metodološki aspekti veštačenja umanjene radne sposobnosti u procentima kod posledica monotraume i politraume, Kongres sudskeh vještaka sa međunarodnim učešćem,. Budva:2017: 27-38.
  - (15) Ivanov Z, Govedarica V. Preporuke za sudsakomedicinsko veštačenje potrebe i ograničenja vremena za tuđom pomoći. Svet rada: 2018: 3:302-15.
  - (16) Sl. glasnik RS", br. 34/2010.
  - (17) Davila S, Mimica N. Ocjena tuđe pomoći i njege kod povrijeđenih osoba. Zbornik radova 5. Kongres sudskeh vještaka i procjenitelja sa međunarodnim učešćem. Zagreb:2017:196-81.

## **FORENSIC EXPERTISE IN DAMAGES FOR PERMANENTLY INCREASED NEEDS**

### **SUMMARY**

In the case law it has been observed that a large number of injured persons after injury or illness have permanently increased needs. Because of the injured, other help is needed to meet basic living needs (when moving, dressing, taking food and meeting other everyday needs). Pursuant to the provision of Article 195, paragraph 2 of the ZOO, the person responsible for the damage is obliged to compensate the injured person in the form of financial compensation, resulting from the permanently increased needs caused by the consequences. So far, the court practice knows the indulgence in which the injured person is assisted by other assistance based on the provided

---

invoices for other person's services, transportation to the destination, medical or other institution. Time for other people's help was determined by free assessment. The basis for other people's help because of permanently increased needs is considered to be a separate entity and is realized in cases where the injured person needs other help in fulfilling basic living needs, and not those life-saving activities that provide life joy and hedonism. So far, there have been no recommendations for expertise in case of permanently increased needs. By examining the physical and psychological consequences of the expert, the expert determines the disorder of the function as the basis for determining the need for help from others due to permanently increased needs. By applying an active part of basic living needs in relation to a reduced value, the drop-down menu shows the indicative time for someone else's help. It is expected that the help of another person for a period of one to several hours per day will significantly contribute to raising the quality of life of persons with permanent consequences of injury or illness. The proposed method would allow for a precise evaluation of the consequences of damage and determining the time needed for someone else's help due to permanently increased needs.

***Key words: other help, judicial medical expertise, necessity, functional deficit by drop-down menu, indicative time.***

---

# **OCENA RADNE SPOSOBNOSTI LICA SA STATUSOM OSOBE SA INVALIDITETOM**

## **– ASPEKTI SUDSKOMEDICINSKOG VEŠTAČENJA**

Ana Ašković, Mirjana Džamić Nikolić, Gvozden Radojković

### **REZIME**

Za potrebe suda, u oblasti medicine rada, najčešće se procenjuje umanjenje radne sposobnosti pojedinca za rad na “svom radnom mestu” ili “u okviru njegove radne/profesionalne sposobnosti”. U radu se govori o sudskomedicinskom aspektu nastanka eventualne štete usled neadekvatne ocene radne sposobnosti lica sa statusom osobe sa invaliditetom. Ukazano je na razlike u definiciji invalidnosti nekad i sad I na to koje kategorije invalidnosti su bitne za nas. Predloženi su osnovni principi pri oceni radne sposobnosti ovih osiguranika. Dat je i predlog mera kako bi se mogućnost nastanka eventualne štete svela na minimum. U radu je opisan prikaz slučaja ocene radne sposobnosti lica sa statusom osobe sa invaliditetom.

***Ključne reči: ocena radne sposobnosti, sudskomedicinsko veštačenje, radna sposobnost, status osobe sa invaliditetom***

### **UVOD**

**Definicija invalidnosti.** Invalidnost postoji kada kod osiguranika nastane potpuni gubitak radne sposobnosti zbog promena u zdravstvenom stanju prouzrokovanih povredom na radu, profesionalnom bolešću, povredom van rada ili bolešću, a koje se ne mogu otkloniti lečenjem ili medicinskom rehabilitacijom. Invalidnost postoji u slučaju kada osiguranik zbog nastale trajne promene u zdravstvenom stanju ne sme dalje da obavlja posao za koji je posebnim propisima određeno da ga mogu obavljati samo osobe koje ispunjavaju posebne uslove u pogledu zdravstvenog stanja.

**Ocenjivanje radne sposobnosti** podrazumeva usklađivanje sposobnosti radnika sa uslovima, zahtevima i štetnostima radnog mesta. Program zdravstvenih pregleda kandidata

---

sprovodi se po principu procene zdravstvenog stanja i funkcije organa i organskih sistema koji su posebno opterećeni radnim aktivnostima.

### **ZAKONSKA REGULATIVA – raniji period**

Zakon o PIO predviđao je određena prava za osobe koje su, prema odrednicama istog zakona, bile podvrgnute medicinskom vštačenju u organima veštačenja RF PIO. Ta prava odnosila su se na osobe koje, pri pomenutom veštačenju, ostvare bilo pravo na penzionisanje, bilo pravo na zaštitu radnopravnog statusa.

Postojale su tri kategorije invalidnosti, zavisno od toga da li postoji preostala radna sposobnost:

1. u I kategoriju invalidnosti razvrstavaju se osiguranici koji su potpuno nesposobni za obavljanje svog i drugog odgovarajućeg posla, a profesionalnom rehabilitacijom ne mogu se osposobiti za obavljanje posla;
2. u II kategoriju invalidnosti razvrstavaju se osiguranici koji su samo delimično sposobni za obavljanje bilo svog, bilo drugog odgovarajućeg posla, a profesionalnom rehabilitacijom ne mogu se osposobiti za rad s punim radnim vremenom na drugom odgovarajućem poslu;
3. u III kategoriju invalidnosti razvrstavaju se osiguranici potpuno nesposobni ili samo delimično sposobni za obavljanje svog posla, a sposobni su za rad s punim radnim vremenom na drugom odgovarajućem poslu ili se profesionalnom rehabilitacijom mogu osposobiti za takav rad.
4. Neposredna opasnost od nastaka inaktivnosti postoji kada na određenom radnom mestu uslovi rada utiču na zdravstveno stanje i radnu sposobnost osiguranika u takvoj meri da je potrebna promena radnog mesta radi sprečavanja nastanka invalidnosti.

### **AKTUELNA ZAKONSKA REGULATIVA**

---

Zakon o PIO poznaje samo instituciju “potpuni gubitak radne sposobnosti”. Druga prava za osiguranike koji se medicinski veštače u RF PIO ne postoje, preporuke posle “ne postoji potpuni gubitak radne sposobnosti” nisu obavezujuće za poslodavca.

Dajemo prikaz pojedinih članova aktuelne zakonske regulative koji su od značaja za kvalitetnu ocenu radne sposobnosti osoba sa invaliditetom kako bi ocena radne sposobnosti bila adekvatna zahtevu poslodavca. Poštovanje zakonskih okvira pri oceni radne sposobnosti ove populacije neophodno je radi prevencije nastanka eventualne štete po strane podvrgnute oceni radne sposobnosti i prevencije potencijalnih sudske sporova.

**Pravilnik o bližem načinu, troškovima i kriterijumima za procenu radne sposobnosti i mogućnosti zaposlenja ili održanja zaposlenja osoba sa invaliditetom („Sl. glasnik RS“, br. 36/2010)**

#### Član 2

- Procena radne sposobnosti i mogućnosti zaposlenja ili održanja zaposlenja vrši se na način kojim se obezbeđuje poštovanje ličnosti i dostojanstva, kao i zaštita podataka o ličnosti, u svim fazama postupka.

#### Član 4

- Ocenu radne sposobnosti i mogućnosti zaposlenja ili održanja zaposlenja vrši komisija organa veštačenja Republičkog fonda u skladu s Pravilnikom o obrazovanju i načinu rada organa veštačenja Republičkog fonda za penzijsko i invalidsko osiguranje i ovim pravilnikom.

#### Član 16

- Na osnovu sagledavanja sveukupnog stanja pojedinca i stanja na tržištu rada organ veštačenja vrši ocenu bolesti i oštećenja od uticaja na radnu sposobnost i mogućnost zaposlenja ili održanja zaposlenja na osnovu skale:

- 
- 1) 0. stepen – ako ne postoje teškoće i prepreke u radu, odnosno ukoliko su zanemarljive i ne utiču na radnu sposobnost;
  - 2) 1. stepen – ako su teškoće i prepreke male i utiču na radnu sposobnost u odnosu na zanimanje ili poslove koje lice može da obavlja a omogućavaju zapošljavanje pod opštim uslovima;
  - 3) 2. stepen – ako su teškoće i prepreke umerene, odnosno znatne u odnosu na zanimanje ili poslove koje lice može da obavlja a omogućavaju zapošljavanje pod posebnim uslovima;
  - 4) 3. stepen – ako su teškoće i prepreke potpune ili višestruke, odnosno lice se ne može zaposliti ili održati zaposlenje ni pod opštim ni pod posebnim uslovima, odnosno čiji je rad i učinak manji od jedne trećine radnog učinka zaposlenog na uobičajenom random mestu, bez obzira na zanimanje ili poslove.

Za službu medicine rada i specijalistu medicine rada osobe sa invaliditetom prvog stepena su najvažniji korisnici usluga jer se, po rešenju NSZ, mogu zapošljavati pod opštim uslovima. Kod ove kategorije najčešće dolazi do nesporazuma korisnika usluga i službe medicine rada jer poslodavci često upućuju takva lica za rad na radnim nestima s povećanim rizikom i, zbog neostvarenih očekivanja, često izražavaju nezadovoljstvo službama medicine rada.

**Zakon o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba sa invaliditetom (“Sl. glasnik RS”, br. 36/2009 i 32/2013)**

- Ovim zakonom uređuju se: podsticaji za zapošljavanje radi stvaranja uslova za ravнопravno uključivanje osoba sa invaliditetom na tržište rada; procena radnih sposobnosti; profesionalna rehabilitacija; obaveza zapošljavanja osoba sa invaliditetom; uslovi za osnivanje i obavljanje delatnosti preduzeća za profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba sa invaliditetom i drugih posebnih oblika zapošljavanja i radnog

---

angažovanja osoba sa invaliditetom; druga pitanja od značaja za profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba sa invaliditetom.

### Član 2

- Uključenost osoba sa invaliditetom u sve sfere društvenog života na ravnopravnoj osnovi – u skladu sa profesionalnim sposobnostima.
- Podsticanja zaposlenosti osoba sa invaliditetom na odgovarajućim radnim mestima i u odgovarajućim uslovima rada.

### Član 3

- Osoba sa invaliditetom, u smislu ovog zakona, jeste lice sa trajnim posledicama telesnog, senzornog, mentalnog ili duševnog oštećenja ili bolesti koje se ne mogu otkloniti lečenjem ili medicinskom rehabilitacijom, koje se suočava sa socijalnim i drugim ograničenjima od uticaja na radnu sposobnost i mogućnost zaposlenja ili održanja zaposlenja i koje nema mogućnost ili ima smanjene mogućnosti da se pod ravnopravnim uslovima uključi na tržište rada i da konkuriše za zapošljavanje sa drugim licima. Nezaposlena osoba sa invaliditetom jeste osoba iz stava 1. ovog člana, od 15 do 65 godina života, koja nije u radnom odnosu niti je na drugi način ostvarila pravo na rad, spremna da radi ili prihvati profesionalnu rehabilitaciju radi zapošljavanja i aktivno traži zaposlenje i vodi se na evidenciji nezaposlenih lica kod organizacije nadležne za poslove zapošljavanja.

### Član 8

- Procena radne sposobnosti i mogućnosti zaposlenja ili održanja zaposlenja obuhvata medicinske, socijalne i druge kriterijume kojima se utvrđuju mogućnosti i sposobnosti osobe sa invaliditetom neophodne za uključivanje na tržište rada i obavljanje konkretnih poslova samostalno ili uz službu podrške, upotrebu tehničkih pomagala, odnosno mogućnosti zapošljavanja pod opštim ili pod posebnim uslovima. Osobi sa invaliditetom

---

kojoj nije procenjena radna sposobnost ista se, u cilju utvrđivanja mogućnosti zaposlenja ili održanja zaposlenja, procenjuje u skladu sa ovim zakonom.

### Član 12

- Pod profesionalnom rehabilitacijom osoba sa invaliditetom podrazumeva se organizovanje i sprovođenje programa mera i aktivnosti u cilju osposobljavanja za odgovarajući posao, zapošljavanja, održanja zaposlenja, napredovanja ili promene profesionalne karijere.

### Član 22

- Osobe sa invaliditetom zapošljavaju se pod opštim ili pod posebnim uslovima.

### Član 23

- Zapošljavanjem osoba sa invaliditetom pod opštim uslovima smatra se zapošljavanje kod poslodavca bez prilagođavanja poslova, radnog mesta ili poslova i radnog mesta.

Zapošljavanjem osoba sa invaliditetom pod posebnim uslovima smatra se zapošljavanje kod poslodavca uz prilagođavanje poslova, radnog mesta ili poslova i radnog mesta.

Pod prilagođavanjem poslova podrazumeva se prilagođavanje radnog procesa i radnih zadataka.

Pod prilagođavanjem radnog mesta podrazumeva se tehničko i tehnološko opremanje radnog mesta, sredstava za rad, prostora i opreme – u skladu sa mogućnostima i potrebama osobe sa invaliditetom. Prilagođavanjem se može obezbititi i stručna pomoć, kao podrška osobi sa invaliditetom kod uvođenja u posao ili na random mestu, kroz savetovanje, osposobljavanje, usluge asistencije i podršku na radnom mestu, praćenje pri radu, razvoj ličnih metoda rada i ocenjivanje efikasnosti.

---

## **CILJ RADA**

Tema našeg rada se ogleda u sudskomedicinskom aspektu nastanka eventualne štete usled neadekvatne ocene radne sposobnosti lica sa statusom osobe sa invaliditetom. Koje kategorije invalidnosti su bitne za nas, odnosno koju kategoriju invalidnosti poseduju osobe koje dolaze kod nas na pregled?

Kod nas na pregledu (radna sposobnost) još uvek mogu da se pojave lica koja imaju invalidnost od 2. do 4. kategorije, iz ranijeg perioda, i lica koja se zapošljavaju pod opštim uslovima 1. stepena invaliditeta, po novom zakonu.

## **PITANJA I DILEME**

Dešava se da poslodavac na preventivne zdravstvene preglede za zasnivanje radnog odnosa uputi radnike koji imaju status korisnika prava iz oblasti PIO. Kako postupati kod ovakvih situacija?

Korisnike prava invalidnosti od 2. do 4. kategorije obavezno ponovo uputiti na organe veštačenja RF PIO radi procene preostale radne sposobnosti. Nakon toga pregled na medicini rada u cilju zaposlenja.

Osoba sa statusom lica sa 1. stepenom inavliditeta upućana za zasnivanje radnog odnosa za radno mesto s povećanim rizikom?

Lica sa 1. stepenom invalidnosti zapošljavaju se isključivo pod opštim uslovima. Kod obe grupe propust da se proveri status može prilikom ocenjivanja radne sposobnosti da bude uzrok nesporazuma .

Dileme:

- Razlog upućivanja na ORS? Pre samog pregleda radi ocene radne sposobnosti tačno razjasniti šta se zahteva po upitu poslodavca i koje poslove će upućeni radnik obavljati. Oprez je neophodan jer sve češće se pojavljuju kandidati za zasnivanje radnog odnosa u

---

poodmaklim godinama života (čak i penzionisane osobe) i prisutnom patologijom koja može da bude kontraindikacija za zasnivanje radnog odnosa.

- Tražiti na uvid kompletну medicinsku dokumentaciju na osnovu koje je ostvareno pravo za kategorije invalidnosti od 2. do 4, po ranijim zakonskim rešenjima.
- Kod kandidata za zasnivanje radnog odnosa sa 1. stepenom invaliditeta, koji se zapošljavaju pod opštim uslovima, tražiti na uvid medicinsku dokumentaciju na osnovu koje je imenovani ostvario status osobe sa invaliditetom.
- Tražiti kompletan izvod iz akta o proceni rizika poslodavca koji imenovanog radnika upućuje na pregled radi zasnivanja radnog odnosa na određenom radnom mestu.
- Sudskomedicinski aspekt nastanka eventualne štete usled neadekvatne ocene radne sposobnosti, traži se naša greška?
- Ako je napravljena šteta za neku od strana u postupku ocene radne sposobnosti, moguće je pokretanje postupka za utvrđivanje odgovornosti počinoca.
- Postupak pred nadležnim organima može da pokrene sam kandidat ili poslodavac.
- Nakon odluke drugostepenne komisije ili komisije za prigovor na ocenu radne sposobnosti, postoji mogućnost pokretanja postupka pred nadležnim pravosudnim organima usled prevelikih očekivanja kandidata i/ili poslodavca (npr. profesionalna reselekcija na železnici).
- Kandidati sa već ostvarenim pravima RF PIO i lica sa statusom osobe sa invaliditetom često prećute određene podatke i ne dostave na uvid medicinsku dokumentaciju, a što je važno u postupku ocene radne sposobnosti.

### **Predlog mera**

Dostaviti na uvid kompletну medicinsku dokumentaciju po osnovu koje je ostvaren status osobe sa invaliditetom prvog stepena.

---

Upitnik o prethodnim bolestima, navikama i alergijama je sastavni deo medicinske dokumetacije na preventivnim pregledima. U upitniku nema adekvatnih pitanja koja se odnose na gorepomenute kategorije invalidnosti kandidata za zasnivanje radnog odnosa, a koji ima status korisnika prava iz oblasti PIO ili NSZ.

U postupku ocene radne sposobnosti insistirati na dostavljanju kompletног izvoda iz akta o proceni rizika poslodavca, izvoda koji se odnosi na predmetno radno mesto kandidata za zasnivanje radnog odnosa.

Kod ocene radne sposobnosti važno je znati da su osobe sa invaliditetom umanjene radne sposobnosti, koja je i bila razlog upućivanja na organe RF PIO ili na organe veštačenja NSZ.

Mogućnost naše greške:

- ako kandidat ne dostavi na uvid kompletну medicinsku dokumentaciju;
- ukoliko nemamo akt o proceni rizika sa zahtevima radnog mesta;
- ako u upitniku o prethodnim bolestima, navikama i alergijama nema adekvatnog pitanja koje se odnosi na kategorije invalidnosti.

U svim ovim slučajevima se povećava mogućnost nastanka štete usled neadekvatne ocene radne sposobnosti, što može biti predmet tužbe i sudskomedicinskog veštačenja nastale štete. Tužbu može podneti poslodavac ili sam kandidat ako smataraju da su oštećeni datom ocenom radne sposobnosti.

### **Prikaz slučaja**

Radi se o osobi koja je dolazila na periodične i/ili kontrolne pregledе u okviru zakonski obaveznih pregleda radnika na radnom mesu s povećanim rizikom po Pravilniku o prethodnim i periodičnim pregledima zaposlenih na radnim mestima s povećanim rizikom („Sl. glasnik RS“, br. 53/2017). Na jednom od pregleda, uvidom u hematološke analize krvi, primećena su odstupanja pojedinih parametara. Osiguranik je upućen izabarnom lekaru radi dalje dijagnostike i konsultacije relevantnog specijaliste – hematologa, s kontrolnim pregledom na medicini rada za

---

6 (šest) meseci. Za vreme dijagnostike, sve do postavljanja dijagnoze, osiguranik je dolazio na kontrolne preglede. Posle postavljanja konačne dijagnoze, osiguranik je oglašen nesposobnim za rad na dosadašnjem radnom mestu. Nakon toga, obavio je veštačenje kod organa NSZ, gde dobija status osobe sa invaliditetom prvog stepena s mogućnošću zapošljavanja pod opštim zdravstvenim uslovima. I pored ovog rešenja, dobija uput za preventivni zdravstveni pregled na medicini rada za radno mesto s povećanim rizikom. Od nadležnog specijaliste medicine rada traženo je da se postupi po rešenju NSZ-a .

## LITERATURA

Zakon o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba sa invaliditetom (“Sl. glasnik RS”, br. 36/2009 i 32/2013)

Pravilnik o bližem načinu, troškovima i kriterijumima za procenu radne sposobnosti i mogućnosti zaposlenja ili održanja zaposlenja osoba sa invaliditetom („Sl. Glasnik RS“, br. 36/2010)

Pravilnik o prethodnim i periodičnim lekarskim pregledima zaposlenih na radnim mestima sa povećanim rizikom (“Sl. glasnik RS”, br. 120/07, 93/08, 53/17

Govedarica V, Ivanov Z, Filipović D. Specifičnost sudskomedicinskog veštačenja umanjenja radne sposobnosti u odnosu na ostale postupke ocenjivanja radne sposobnosti. Svet rada, Vol.15, br. 2/2018, Beograd 2018: 211-221

Govedarica V, Ivanov Z, Fiipović D. Specifičnost sudskomedicinskog veštačenja umanjenja radne sposobnosti. Sedamnaesti simpozijum Sudskomedicinsko veštačenje u medicine rada. Svet rada, Vol. 14, br. 2/2017, Beograd 2017: 142-150

---

## **SUMMARY**

Occupational medicine, at the request of the court, evaluates reduction of ability for work “on workplace” or “within work/professional ability”. This paper is about the occurrence of possible damage due to an inadequate work ability assessment of people with disabilities in terms of forensic medical aspects. It was pointed to differences in the definition of disability once and now and what categories of disability is matter to occupational medicine. The basic principles in **work ability assessment of people with disabilities** are proposed. There is also a proposal of measures in order to minimize the possibility of damage occurring. This paper describes a case report of **work ability assessment** of person with disability.

***Key words:*** *work ability assessment, forensic medical expertise, working ability, people with disabilities*

---

## ПРОЦЕНА РАДНЕ СПОСОБНОСТИ И МОГУЋНОСТИ ЗАПОСЛЕЊА ИЛИ ОДРЖАЊА ЗАПОСЛЕЊА ОСОБА СА ИНВАЛИДИТЕТОМ

Nada Saković

### РЕЗИМЕ

Тема овог рада јесте приказ унапређеног система процене радне способности и могућности запослења или одржања запослења особа са инвалидитетом, система који је на снази од 2009. године у Републици Србији. Приказ се односи на учеснике поступка, сам процедурални ток али и квалитативне промене које овакав систем уводи у односу на то како се процена радне способности вршила у претходном периоду. Напушта се преовлађујући медицински модел и уводе се нови критеријуми и стандарди као подједнако важни при процени нечије радне способности. Можемо да кажемо да је, поред релевантних медицинских фактора у оцени, преовлађујући модел процене данас заправо социјални модел. Социјални модел подразумева учешће стручњака различитих профиле у процени, као и доношење тимског закључка који би требало да представља свеобухватну процену нечије радне способност, како у односу на оно што особа може да ради с обзиром на здравствено стање, тако и у односу на то шта особа може да ради али је онемогућена разним социјалним баријерама које не зависе од ње саме.

*Кључнеречи: процена радне способности, запослење,  
одржањезапослењаособасаинвалидитетом*

### УВОД

Доношењем Закона о професионалној рехабилитацији и запошљавању особа са инвалидитетом 2009. године настају значајне измене када је у питању област професионалне рехабилитације и запошљавања особа са инвалидитетом. Период пре доношења наведеног закона, а након промене друштвено-политичког уређења Републике Србије крајем прошлог и почетком овога века, представља време у којем је запошљавање

---

особа са инвалидитетом (ОСИ) било спорадично, остављено на одговорност/неодговорност послодавцима, односно с мешовитим системом утврђивања статуса ОСИ, као и процене њихових радних способности. Наиме, статус ОСИ утврђивале су разне институције у складу са својим надлежностима, односно правима које су ОСИ могле да остваре у оквиру њих. Такође, приметно је непостојање јединствене базе података о ОСИ, односно умрежености институција пред којима ова лица остварују одређена права и стичу статус ОСИ у законском смислу.

Међутим, решења о статусу ОСИ која су донета у претходном периоду, до увођења унапређеног система процене радне способности, још увек налазе своју примену у пракси када је у питању статус и остваривање одређених права, мада показују мањкавост када је у питању процена радне способности.

Управо увођењем новог система процене радне способности и могућности запослења или одржања запослења, законодавац је имао намеру да процену усклади с међународним стандардима и превазиђе дотадашњи претежно медицински приступ у процени.

## **УНАПРЕЂЕНИ СИСТЕМ ПРОЦЕНЕ РАДНЕ СПОСОБНОСТИ**

Решења којима се, у складу са Законом, процени радна способност, сагласно којој лице има могућност запослења или одржања запослења, односно радног ангажовања, доноси Национална служба за запошљавање (НСЗ) на основу налаза, мишљења и оцене радне способности и могућности запослења или одржања запослења – све добијено од органа вештачења. Унапређени систем процене има за главни циљ напуштање вишедеценијског медицинског приступа у процени. Наиме, увођењем социјалних и других критеријума приликом процене, појам инвалидности се сагледава из више углова, на основу чега је једино могуће утврдити свеобухватну процену нечије радне способности. Лице се више не посматра као прости збир дијагноза и ограничења у складу с њима, већ се утврђује који су то послови које лице може да обавља у складу с очуваним функцијама, уз активно учешће самог лица у свим фазама поступка процене. Исто тако, уз уважавање актуелних знања, квалификација и вештина лица, али и могућности за стицање нових знања и вештина, врши се процена у односу на актуелно стање на тржишту рада, као и

---

могућности коришћења расположивих мера професионалне рехабилитације. Процена се врши на начин којим се обезбеђује поштовање личности и достојанства, као и заштите података о личности у свим фазама поступка.

Као што смо већ рекли, Закон је ступио на снагу 2009. године, док се с новим поступком процене радне способности кренуло 2010. године, на основу Правилника о ближем начину, трошковима и критеријумима за процену радне способности и могућности запослења или одржања запослења особа са инвалидитетом (у даљем тексту: Правилник) (Сл. гласник РС бр. 36/10, 97/13), који је донет годину дана касније.

„Процена радне способности и могућности запослења или одржања запослења обухвата медицинске, социјалне и друге критеријуме којима се утврђују могућности и способности ОСИ неопходне за укључивање на тржиште рада и обављање конкретних послова самостално или уз службу подршке, употребу техничких помагала, односно могућности запошљавања под општим или под посебним условима“.<sup>xxi</sup> Законодавац даље наводи дасе за ОСИ којој није извршена процена, та процена ради утврђивања могућности запослења или одржања запослења врши у складу са Законом. Узимајући у обзир наведену дефиницију процене, можемо да поставимо оправдано питање да ли је уопште било лица којима је на овај начин утврђена процена, односно лица којима је утврђена потпуна процена у периоду који је претходио доношењу Закона.

Ближе начине, трошкове и критеријуме за процену утврдили су и споразумно прописали министар надлежан за послове запошљавања, министар надлежан за послове здравља и министар надлежан за послове пензиског и инвалидског осигурања.<sup>xxi</sup> „У поступку оцене радне способности примењује се оцена телесних функција и степен оштећења тих функција као и оцене социјалних, психолошких и других фактора који утичу на радну способност и могућност запослења или одржања запослења у складу са принципима дефинисаним *Међународном класификацијом функционисања, инвалидитета и здравља*. Медицински критеријуми обухватају сагледавање последица телесног, сензорног, менталног или душевног оштећења или болести које се не могу отклонити лечењем или медицинском рехабилитацијом. Социјални критеријуми обухватају основне податке о лицу, образовање, брачно и породично стање, приходе, становање, однос са

---

окружењем, самосталност и функционални статус, социјалну процену која обухвата претходну процену потребе за спровођењем професионалне рехабилитације и понуду послова на конкретном тржишту рада. Други критеријуми на основу којих се врши процена радне способности и могућности запослења или одржања запослења обухватају сагледавање психолошког стања појединца и оцену менталних способности, личности и понашања и др.<sup>xxi</sup>

### **Поступак процене радне способности**

Заинтересовано лице – запослено, незапослено и друго лице које тражи запослење у складу са Законом<sup>xxi</sup> – лично подноси захтев за процену надлежној организацијој јединици НСЗ. Уз захтев за процену, лице је дужно да достави потребну документацију за вештачење радне способности прописане Правилником.<sup>xxi</sup> Међутим, прави поступак процене почиње код изабраног лекара опште праксе, коме се заинтересовано лице обраћа и које лекар обрађује и упућује на одређене прегледе код лекара специјалисте у складу с природом болести, тј. повреде, односно на одређене дијагностичке и лабораторијске тестове. Након обраде лица, избрани лекар упућује лица на процену попуњавањем обрасца, односно Предлога за утврђивање инвалидности (Образац бр. 1)<sup>xxi</sup>, потребног за упућивање лица на процену.

Када лице поднесе захтев за процену, већ је прошао извесни период током кога се лице припремало за вештачење радне способности, те стога оправдано можемо рећи да сам поступак процене почиње и пре званичне предаје захтева; међутим, управни поступак за процену који води НСЗ почиње предајом захтева лица. Изузетно, захтев за процену се може поднети и Фонду уз захтев за остваривање права на инвалидску пензију, где ће се, уколико лице не оствари право на инвалидску пензију, захтев с пратећом документацијом проследити НСЗ на даље поступање, односно покретање поступка процене.

Потребна документација коју лице предаје уз захтев, осим лекарских налаза (отпусне листе, специјалистички налази, дијагностички и лабораторијски тестови и друго), подразумева и налаз психолога, као и другу документацију попут доказа о стручној спреми или радном искуству, опис послана које лице обавља, као и предлог послова које би лице могло да обавља код послодавца, доказ о уплати за запослена лица и друга лица која

---

траже запослење, решења/исправе о остваривању одређених права или статуса и друге релевантне доказе потребне за процену.

Међутим, највише кроз израду социјалне анкете, као обавезног документа/доказа у поступку процене, види се увођење социјалних и других критеријума у поступак процене, поред налаза психолога. Наиме, по пријему захтева за процену, стручни радник НСЗ, који је најчешће саветник за запошљавање особа са инвалидитетом, обрађује и анализира захтев уз активно учешће подносиоца захтева у свим фазама поступка, пре изласка лица на комисију за процену. Све примљене захтеве с пратећом документацијом разврстава лекар – вештак органа вештачења на основу основне болести, односно оштећења лица. Стручни радник НСЗ обавља индивидуални разговор с лицем пре изласка на комисију и израђује Социјалну анкету, у којој наводи своје мишљење, закључке, односно препоруке. Социјална анкета садржи све релевантне податке на основу којих се може утврдити целокупно психо-физичко функционисање лица, његов социјални статус, системи подршке у окружењу, капацитети личности и спремност за укључивање на тржиште рада, односно мере професионалне рехабилитације, али најважније и сама интересовања лица, његове жеље и мотивисаност. Подаци које Социјална анкета садржи утврђени су Правилником.<sup>xxi</sup>

Када је захтев за процену лица обрађен и прикупљена сва потребна документација, лицу се писменим путем заказује термин за излазак на комисију за процену, коју врши орган вештачења Фонда. Орган вештачења дајена лаз у погледу радне способности и могућности запослења или одржања запослења, на основу кога НСЗ доноси решење о процени, у првостепеном поступку. Лице може изјавити жалбу на решење о процени Националне службе за запошљавање, по којој решава министар надлежан за послове запошљавања.

### **Орган вештачења**

Доношењем решења о именовању чланова, Фонд образује орган вештачења за процену радне способности и могућности запослења или одржања запослења ОСИ. Оцену радне способности и могућности запослења или одржања запослења орган вештачења врши у складу с Правилником о образовању и начину рада органа вештачења Фонда (Сл.

---

гласник РС, бр. 59/08 и 75/08) и Правилником о ближем начину, трошковима и критеријумима за процену радне способности и могућности запослења или одржања запослења особа са инвалидитетом (Сл. гласник РС бр. 36/10, 97/13).

Испуњавање претходно наведених критеријума и стандарда за процену, односно напуштање медицинског приступа у процени, огледа се у мултидисциплинарно састављеној комисији за процену. Наиме, комисију органа вештачења чини лекар – вештак одговарајуће или сродне специјалности у односу на основну болест и оштећење лица чије се способности процењују, кога обезбеђује Фонд, и стручњаци из других одговарајућих области на основу којих је могуће сагледавање наведених социјалних и других критеријума у процени. Стручњаци других одговарајућих области јесу: социјални радник, специјални еducator–дефектолог или друго стручно лице кога предлаже НСЗ; психолог који се бави клиничком дијагностиком, кога предлажу домови здравља, заводи за медицину рада или Институт за медицину рада; специјалиста медицине рада, кога предлажу службе медицине рада домаца здравља, заводи за медицину рада, односно Институт за медицину рада. Као што можемо да приметимо, у самој процени учествују стручњаци различитих профила, што омогућава да процена лица буде у највећем могућем степену комплетна, уз уважавање међународних стандарда у овој области. Такође, у сам систем процене укључено је више институција, које у јединственом поступку процене и организацији комисија за територију Републике Србије координира НСЗ. Комисије раде у просторијама НСЗ, а формирање комисија обавља орган вештачења.

Комисија врши оцену радне способности, односно процену лица, на основу претходно наведене документације/доказа приложених уз захтев и на основу непосредног прегледа подносиоца захтева током рада комисије. Комисија своје мишљење, уз претходни договор свих чланова комисије, наводи у Налазу. Подаци који се обавезно уносе у Налаз прописани су Правилником. Осим навођења анамнестичких података и дијагноза из лекарских налаза приложених уз захтев, односно субјективних тегоба које лице при прегледу наводи, Налаз садржи закључак комисије, који представља оцену радне способности. У закључку комисије обавезно се наводи: оцена радне способности, предлог послова које лице може да обавља, одређена ограничења у обављању радних активности како не би дошло до погоршања здравственог стања, предлог мера и активности

---

профессионалне рехабилитације, односно примерене области рада или оспособљавања у које лице може да буде укључено или примену потребних техничких и технолошких помагала или службе подршке.

Можемо да закључимо да је законодавац имао одлучну намеру да се поступак процене одвија уз максимално хуманизован и индивидуализован приступ; међутим, као и увек, одговор на питање да ли је прописани циљ достигнут у досадашњем раду комисија може да пружи озбиљније истраживање и анализа досадашњег рада комисија и донетих решења, уз активно учешће у наведеном истраживању самих особа са инвалидитетом, односно њихових удружења.

### **Оцена болести и оштећења од утицаја на радну способност и могућност запослења или одржавања запослења**

Орган вештачења врши процену лица на основу следеће скале:

*0. степен – ако не постоје тешкоће и препреке у раду, односно уколико су занемарљиве и не утичу на радну способност.* Лица којима се утврди 0. степен, не стичу статус ОСИ, односно, како сама дефиниција каже, њихова болест или оштећење не утичу битно на њихову радну способност.

*1. степен – ако су тешкоће и препреке мале и утичу на радну способност у односу на занимање или послове које лице може да обавља, а омогућавају запошљавање под општим условима.* Лица којима се утврди 1. степен стичу статус ОСИ, али се запошљавају под општим условима, у складу са Законом. Наиме, запошљавање под општим условима подразумева да је процена лица извршена с обзиром на занимање лица, послове које обавља, знања, вештине и радно искуство које поседује у односу на његову болест, односно оштећење здравља. На основу целокупног сагледавања, утврђено је да лице одређене послове може да обавља без било каквих посебних услова у односу на извођење потребних радних активности на конкретном радном месту. Међутим, и овако донето решење садржи одређена ограничења, односно послове које лице не би требало да обавља како не би дошло до погоршања здравственог стања. Запошљавање под општим условима практично значи да није потребно прилагођавање послова, радног места или послова и

---

радног места, што даље значи да се то лице код послодавца запошљава као и било које друго лице, осим што поседује статус ОСИ.

**2. степен – ако су тешкоће и препеке умерене, односно знатне у односу на занимање или послове које лице може да обавља, а омогућавају запошљавање под посебним условима.** Лица којима је утврђен 2. степен стичу статус ОСИ и за њихово запошљавање односно обављање одређених послова потребно је постићи одређене услове како би они обављали радне активности у обиму и на начин предвиђен за конкретно радно место. Уствари, реч је само о разумном прилагођавању како би се спречила дискриминација и изједначиле њихове могућности за равноправно укључивање на тржиште рада. Особе којима је утврђен 2. степен запошљавају се под посебним условима, у складу са Законом, али особа се може запослiti на отвореном тржишту рада. Запошљавање под посебним условима подразумева запошљавање уз прилагођавање послова, радног места или послова и радног места. „Под прилагођавањем послова подразумева се прилагођавање радног процеса и радних задатака. Под прилагођавањем радног места подразумева се теничко и технолошко опремање радног места, средстава за рад, простора и опреме – у складу с могућностима и потребама ОСИ. Прилагођавањем се може обезбедити и стручна помоћ као подршка ОСИ код увођења у посао или на радном месту кеоз саветовање, оспособљавање, услуге аистенције и подршку на радном месту, праћење при раду, развој личних метода рада и оцењивање ефикасности.“<sup>xxi</sup>

**3. степен – ако су тешкоће и препеке потпуне или вишеструке, односно лице се не може запослiti или одржати запослење ни под опитим ни под посебним условима, односно чији је радни учинак мањи од једне трећине радног учинка запосленог на уобичајеном радном месту, без обзира на занимање или послове.** Лица којима се утврди 3. степен стичу статус ОСИ, али не могу да се запосле нити да одрже запослење на отвореном тржишту рада. Наведена лица се могу радно ангажовати у оквиру радних центара, односно у оквиру ових центара им се пружа могућност раднотерапијске активности. Остаје отворено питање лица којима се утврди 3. степен будући да не постоје законски утврђени стандарди и критеријуми за оснивање радног центра, али ни егзистенције ових лица с обзиром на то да не могу да се запосле. Лицима којима је утврђен 3. степен, а која немају уопште стаж осигурања или он није довољан, остаје да се

---

захтевом обрате центру за социјални рад како би покушала да остваре право на материјално обезбеђење будући да не могу да се запосле. Она лица која имају довољно стажа осигурања могу да поднесу захтев за утврђивање права на инвалидску пензију; међутим, законски утврђени критеријуми нису исти за утврђивање потпуног губитка радне способности и утврђивање 3. степена процене. Наиме, инвалидност постоји када код осигураника настане потпуни губитак радне способности због промена у здравственом стању проузрокованих повредом на раду, професионалном болешћу, повредом ван рада или болешћу – које се не могу отклонити лечењем или медицинском рехабилитацијом.<sup>xxi</sup> То практично значи да лице које добије 3. степен процене не мора да оствари и право на инвалидску пензију, односно орган вештачења Фонда не мора да утврди потпуни губитак радне способности. С правом закључујемо да би статус наведених лица морао законски боље да се утврди, уз вођење рачуна о претходно наведеним неусаглашеностима у пракси.

### **Радно законодавство и права особа са инвалидитетом**

#### **Закон о раду**

Законом о раду као општим законом дефинишу се, пре свега, права свих запослених, па иОСИ, али и посебна права и заштита одређених категорија лица. У оквиру општих права, видимо да су поменутим законом запосленима дата одређена права у случају болести, смањења или губитка радне способности и старости. Исто тако, забрањује се непосредна и посредна дискриминација лица која траже запослење, као и запослених с обзиром на здравствено стање, односно инвалидност.<sup>xxi</sup>

Међутим, посебна заштита особа са одређеним здравственим тешкоћама огледа се у одредбама којима се наводи да запослени не може да ради прековремено ако би, по налазу надлежног здравственог органа, такав рад могао да погорша његово здравствено стање, односно запослени са сметњама утврђеним од стране надлежног здравственог органа у складу са Законом не може да обавља послове који би изазвали погоршање његовог здравственог стања или последице опасне по његову околину. Запосленом – ОСИ и запосленом са здравственим сметњама утврђеним од стране надлежног здравственог

---

органа у складу са Законом–послодавац је дужан да обезбеди обављање послова према радној способности, у складу са Законом.<sup>xxi</sup>

Из претходно наведеног видимо да послодавац има обавезу да обезбеди лицу са одређеним здравственим сметњама обављање послова према радној способности. Међутим, шта ако послодавац нема такве послове у оквиру постојеће систематизације? Законодавац даље каже да уколико послодавац не може запосленом да обезбеди одговарајући посао у складу с његовом радном способношћу, запослени се може сматрати вишком, у смислу члана 179, став 5, тачка 1 наведеног закона. Исто тако, послодавац може да откаже уговор о раду запосленом који одбије да прихвати посао на који га послодавац распоређује у складу с његовом радном способношћу.<sup>xxi</sup>

Можемо да приметимо да, иако је оправдано да послодавац откаже уговор о раду лицу које не жели да прихвати одговарајући посао у складу са својом радном способношћу, проглашавање вишком запослено лице за које не постоје послови на које послодавац може да га распореди није најадекватније решење када је у питању заштита права ОСИ. Ово закључујемо будући да лице које на овај начин остане без посла, не својом кривицом, нема већи обим права од било којег другог лица које остане без посла и има право на привремену новчану накнаду у складу са Законом. Самим тим, можемо рећи да је овде здравствено стање, односно инвалидност била основ за отказ уговора о раду, што се коси са одредбама о забрани дискриминације наведеног закона као и Закона о забрани дискриминације (Сл. гласник РС, бр. 22/2009). Исто тако, уколико лице буде распоређено на друге послове у складу с радном способношћу, а на новом радном месту има нижу зараду од оне коју је имало, или обавља послове у нижем степену занимања – можемо да приметимо да је основ за овакву одлуку послодавца у крајњој линији било здравствено стање лица.

Такође, поставља се оправдано питање ко је тачно „надлежни здравствени орган“ који доноси одлуку о радној способности и самим тим о потреби распоређивања на друго радно место, односно послове у складу са Законом, на основу чега је послодавац дужан да лицу обезбеди обављање послова у складу с радном способношћу. Уочљива је потреба да се прецизно наведе у Закону ко све представља „надлежни здравствени орган“ будући да

---

је орган вештачења за процену радне способности мештовитог састава, о чему је било речи, али и о чињеници да постоје недоумице послодаваца у пракси.

### **Закон о професионалној рехабилитацији и запошљавању особа са инвалидитетом**

Доношењем посебног закона о професионалној рехабилитацији и запошљавању особа са инвалидитетом по први пут се јасније дефинише појам ОСИ у области рада, који је до тада био дефинисан разним законским актима, али ниједна од претходних дефиниција није била потпуна.

Наиме, ОСИ у смислу овог закона јесте лице с трајним последицама телесног, сензорног, менталног или душевног оштећења или болести које се не могу отклонити лечењем или медицинском рехабилитацијом, а суочава се са социјалним и другим ограничењима од утицаја на радну способност и могућност запослења или одржања запослења и нема могућности или има смањене могућности да се, под равноправним условима, укључи на тржиште рада и да конкурише за запошљавање с другим лицима.<sup>xxi</sup> Оно што можемо да закључимо из овако постављене дефиниције јесте да се инвалидност не посматра више само као скуп медицинских ограничења, односно болесних стања и повреда, већ указује на то да социјална и друга ограничења могу утицати на могућност запослења или одржања запослења ОСИ, односно могу утицати на радну способност. Законодавац је одлучно напустио медицински принцип и скренуо пажњу на друге релевантне факторе који утичу на могућност запошљавања или одржања запослења како би ОСИ могле да се укључе на тржиште рада равноправно са осталима.

Можемо такође да приметимо да је овако постављена дефиниција ОСИ у великој мери усаглашена са општеприхваћеним међународним стандардима у овој области. Генерална скупштина Уједињених нација у Конвенцији о правима ОСИ, донетој 13. децембра 2006. године, коју је Република Србија ратификовала 31. јула 2009. године, наводи да феномен инвалидности проистиче из интеракције особа са оштећењима и околинских баријера, које се одражавају у ставовима заједнице, а отежавају пуно и ефективно учешће ОСИ у друштву на основу једнакости са осталим члановима тог друштва. Конвенцијом се у члану бр. 1 утврђује да се под ОСИ подразумевају оне особе које имају дугорочна физичка, ментална, интелектуална или сензорна оштећења, која

---

садејствују с различитим баријерама и могу отежати пуно и ефективно учешће ових особа у друштву на основу једнакости с другима.<sup>xxi</sup> Такође, након бројних ревизија појма инвалидности, Светска здравствена организација дефинише инвалидност као „губитак и ограничење активности услед којих се јавља немогућност да се учествује у друштву на истом нивоу с другима, и то због социјалних и околинских баријера“. Светска здравствена организација на тај начин наглашава социјалну условљеност инвалидности, односно чињеницу да инвалидност не зависи само од здравствених карактеристика појединца, већ је у великој мери изазавана и срединским факторима. Упркос напорима Светске здравствене организације, још увек не постоји универзална, потпуно прихватљива дефиниција инвалидности.

Особа са инвалидитетом, у складу са Законом, може да оствари право: на утврђивање статуса и процену; на подстицање запошљавања, радне и социјалне укључености и афирмацију једнаких могућности на тржишту рада; на мере и активности професионалне рехабилитације; на запошљавање под општим условима; на запошљавање под посебним условима; на мере активне политике запошљавања; на запошљавање у посебним организованим облицима запошљавања и радног ангажовања ОСИ; на друга права у складу са Законом.<sup>xxi</sup>

Поред унапређеног система **процене** и утврђивања могућности за запошљавање ОСИ под општим и посебним условима, остale изузетно значајне новине које Закон доноси јесу обавеза запошљавања ОСИ (такозвани квотни систем) и оснивање Буџетског фонда, као и утврђивање посебних мера активне политике запошљавања намењених искључиво ОСИ.

### **Обавеза запошљавања ОСИ и оснивање Буџетског фонда**

Будући да у претходном периоду није постојала обавеза запошљавања, већ је запошљавање било на нивоу социјалне одговорности послодавца, увођењем такозваног квотног система запошљавања особа са инвалидитетом законодавац је имао намеру да повећа могућност зазапошљавање ОСИ. Наиме, послодавац који има у радном односу најмање 20 запослених, а не више од 49 запослених, дужан је да запосли једну ОСИ. Послодавац који има од 20 до 49 запослених, дужан је да има у радном односу једну ОСИ,

---

док послодавац који има 50 и више запослених, дужан је да има у радном односу најмање две ОСИ и на сваких наредних започетих 50 запослених по једну ОСИ. Новоосновани послодавац нема обавезу запошљавања у трајању од 24 месеца од дана оснивања. Уколико послодавац не запосли ОСИ, дужан је да обавезу измири уплатом од 50 % просечне зараде по запосленом у Републици Србији за сваку ОСИ коју није запослио или да на други начин, у складу са Законом, регулише наведену обавезу.<sup>xxi</sup> Иако износи које су послодавци у обавези да уплаћују нису мали, ипак се још увек одрђени број послодаваца одлучује да плаћа, пре него да запосли ОСИ. Наведена средства које послодавци плаћају представљају, између осталог, приход основаног Буџетског фонда, чија средства чине, поред наведених, и средстава из буџета Републике Србије. Средства из Фонда служе за подстицање запошљавања, професионалну рехабилитацију, финансирање зарада ОСИ запослених у предузећу за професионалну рехабилитацију и запошљавање ОСИ или социјалном предузећу и организацији, и за друге намене у складу са Законом.<sup>xxi</sup>

### **Посебне мере активне политike запошљавања намењене искључиво ОСИ**

По први пут су законом утврђене одређене мере намењене искључиво ОСИ, а тичу се финансијских подстицаја који стоје на располагању послодавцима који се одлуче да запосле ОСИ са евидентије НСЗ. Наиме, послодавац који запосли ОСИ која се запошљава под посебним условима (2. степен процене), може да оствари право на рефундацију примерених трошкова прилагођавања радног места за лице које запосли, али и накнаду зараде за лице која ће пружати стручну помоћ код увођења у посао или на радном месту ОСИ. Исто тако, послодавац који запосли ОСИ која нема радно искуство на неодређено време, има право на субвенцију зараде за ту особу у трајању од 12 месеци. Захтеве за остваривање ових права послодавци подносе НСЗ.

### **ЗАКЉУЧАК**

Свака особа најбоље зна шта може, а шта не може да уради; ОСИ нису изузетак и ту чињеницу морамо да уважимо. У складу с тим, нико нема права да одлучује уместо неке особе да ли ће у некој активности учествовати или не. Дакле, процена мора да укључи у највећој могућој мери саму особу, уз пуно уважавање личности и њено учешће. Као што можемо да приметимо из свега наведеног, законски оквир је обухватио све потребне

---

критеријуме и стандарде да би процена била свеобухватна. Направљен је велики помак у односу на период пре доношења Закона; међутим, да ли је циљ у потпуности постигнут и преовлађујући медицински модел напуштен – остаје да кажу саме особе са инвалидитетом.

## LITERATURA

<sup>xxi</sup>Закон о професионалној рехабилитацији и запошљавању особа са инвалидитетом Сл. гласник РС бр. 36/09, 32/13, члан 8.

<sup>2</sup>Закон о професионалној рехабилитацији и запошљавању особа са инвалидитетом Сл. гласник РС бр. 36/09, 32/13, члан 9. став 6.

<sup>3</sup> Правилник о ближем начину, трошковима и критеријумима за процену радне способности и могућности запослења или одржања запослења особа са инвалидитетом, Сл. гласник РС бр. 36/10, 97/13, члан 12, 13, 14, 15.

<sup>4</sup> Закон о запошљавању и осигурању за случај незапослености Сл. гласник РС бр. 36/09, 88/10, 38/15, 113/17 – др. закон, 113/17, чл. 3.

<sup>5</sup> Правилник о ближем начину, трошковима и критеријумима за процену радне способности и могућности запослења или одржања запослења особа са инвалидитетом, Сл. гласник РС бр. 36/10, 97/13, члан 5, 6.

<sup>6</sup>*Ibid.*, образац бр. 1.

<sup>7</sup> *Ibid.*, члан 6. став 3.

<sup>8</sup> Закон о професионалној рехабилитацији и запошљавању особа са инвалидитетом Сл. гласник РС бр. 36/09, 32/13, члан 22. и 23.

<sup>9</sup> Закон о пензијском и инвалидском осигурању, „Сл. гласник РС“, бр. 34/2003, 64/2004 – одлука УСРС, 84/2004 – др. закон, 85/2005, 101/2005 – др. закон, 63/2006 – одлука УСРС, 5/2009, 107/2009, 101/2010, 93/2012, 62/2013, 108/2013, 75/2014, 142/2014 и 73/2018, чл. 21.

<sup>10</sup> Закон о раду, „Сл. гласник РС“, бр. 24/05, 61/05, 54/09, 32/13, 75/14, 13/17 – УС, 113/17, 95/18 – др. пропис, члан 12. и 18.

<sup>11</sup> *Ibid.*, члан 81. и 101.

<sup>12</sup> *Ibid.*, члан 102.

<sup>13</sup> Закон о професионалној рехабилитацији и запошљавању особа са инвалидитетом Сл. гласник РС бр. 36/09, 32/13

<sup>14</sup> Закон о потврђивању конвенције о правима особа са инвалидитетом, „Службени гласник РС – Међународни уговори“, бр. 42/2009.

<sup>15</sup> Закон о професионалној рехабилитацији и запошљавању особа са инвалидитетом Сл. гласник РС бр. 36/09, 32/13, члан 3.

<sup>16</sup> *Ibid.*, члан 24, 25, 26 и 27

<sup>17</sup> *Ibid.*, члан 28.

---

## **ASSESSMENT OF WORKING ABILITY AND POSSIBILITIES FOR EMPLOYMENT OR MAINTENANCE OF EMPLOYMENT OF PERSONS WITH DISABILITIES**

### **SUMMARY**

The theme of this paper is the presentation of an advanced system of assessment of working ability and the possibility of employment or employment of persons with disabilities that has been in force since 2009. The presentation refers to the participants in the procedure, the procedural course itself, but also the qualitative changes introduced by such a system in relation to how the assessment of performance was performed in the previous period. The prevailing medical model is abandoned and new criteria and standards are introduced as equally important in assessing someone's work ability. We can say that in addition to the relevant medical factors in the assessment, the prevailing model of assessment, today, is actually a social model. The social model implies the involvement of experts of different profiles in assessment, as well as the making of a team's conclusion, which should represent a comprehensive assessment of someone's work ability, both in relation to what a person can do, taking into account the state of health, and in relation to what a person can work but is disabled by various social barriers, which do not depend on the person himself. Within the framework of the work, the observed shortcomings and inconsistencies in the legislative framework as well as the possibilities for their overcoming in order to further improve the system of work ability assessment were also presented.

***Key words: assessment of working ability, persons with disabilities, employment, maintenance of employment***

---

**NEZAVISNI VJEŠTAK MEDICINE RADA: VJEŠTACI MIROVINSKOG  
OSIGURANJA – 2 : 2**

Hrvoje Lalić

**REZIME**

Specijalist medicine rada ima ključnu ulogu u ocjeni radne sposobnosti, kao i nesposobnosti, privremene ili trajne. Ocjena radne sposobnosti je izuzetno odgovorna zadaća gdje u konačnici ostaju nezadovoljni ili pacijent ili vještaci tuženog zavoda za invalidsko osiguranje, te odvjetnici jedne ili druge strane. Cilj ovoga rada je prikazati važnost pune neutralnosti sudskega vještaka, koji treba isključiti emocije i potencijalne neugodnosti kod suprotstavljanja timu eksperata zavoda. Prikazana su četiri slučaja vještačenja gdje su radnici/pacijenti tužili Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje nezadovoljni odlukom navedenog zavoda. U prvom slučaju, građanin Bosne i Hercegovine sa dvostrukim državljanstvom – hrvatskim i bosanskim, na radu u Austriji, tužio je Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje (HZMO) jer mu je odbijen njegov zahtijev za dodijeljivanje invalidske mirovine. U drugom slučaju, prodavačica u dućanu mješovite robe, stara 37 godina, tužila je HZMO nezadovoljna odlukom Zavoda koji je odbio priznavanje njezinog zahtijeva za invalidskom mirovinom. Bolovala je od više bolesti, a glavna bolest bila je hernija lumbalnog diska. U trećem slučaju, mlada žena (27 godina stara), za vrijeme kontrolnog pregleda – provjere invalidnosti, vještaci su zaključili da invalidnost više kod pacijentice ne postoji, odnosno da je ona sposobna za samostalan život i rad. U četvrtom slučaju, 50- godišnja modna krojačica, obolila od maligne forme stečene epidermolysis buloze (EBA), tužila je HZMO budući da je ona u takovom stanju da se više ne bori za radno mjesto već za vlastiti život. Nezavisni sudske vještak, specijalist medicine rada, potvratio je u prva dva slučaja da su sudske vještaci HZMO-a bili u pravu, a u druga 2 slučaja su pacijenti bili u pravu, odnosno da je rezultat ako se prikazuje sportskom terminologijom navedenih slučajeva 2:2.

*Ključne riječi:* specijalist medicine rada, sudske vještak, ocjena radne sposobnosti.

---

## **UVOD**

Najveći broj traženja invalidnosti od strane pacijenata odnosi se na muskoskeletne bolesti i bolesti iz psihijatrijske/psihološke domene. Sudski vještaci procjenjuju radnu sposobnost u načelu u većem stupnju u odnosu na liječnike pacijenta kao i same pacijente, tražitelje priznanja njihove invalidnosti [1]. Najveći problem predstavljaju psihijatrijske bolesti, gdje je najvažnije mišljenje specijalista psihijatra. Međutim, tu se vrlo često javljaju problemi, odnosno psihijatri donašaju zaključak prvenstveno prema tome što im pacijent govori. Pacijenti su skloni i manipulacijama, te simulaciji ali i desimuliciji, često ovisno od vlastitog interesa. Nadalje, psihijatri promatraju svog pacijenta u ordinaciji, udobno posjednutog ili polegnutnog na ležaj, a «zaboravljuju» staviti pacijenta u okolinsko okruženje koje više puta može biti i te kako stresogeno, gdje raeakcije pacijenta, pogotovo sa psihičkom bolešću, mogu postati neadekvatne, pa i opasne ako takove osobe rukuju sa oružjem, upravljaju motornim vozilom ili bilo kojim drugim opasnim sredstvom [2]. Nadalje, psihijatrijska dijagnoza sama po sebi, bez uključivanja pacijenta u njegovo psihosocijalno okruženje nije dosta na za ocjenu radne sposobnosti [3].

Što se tiče muskuloskeletnih bolesti, neophodna je dobra medicinska obrada, od klasičnog RTG snimanja, ali i suvremenih MR i CT dijagnostičkih snimanja [4].

Kod muskuloskeletnih bolesti, ako životna dob dopušta, važan je i rehabilitacijski proces, provodenje fizikalnih terapija, ali i uključivanje u procese profesionalne rehabilitacije, za vraćanje na prethodno radno mjesto ili osposobljavanje za novo lakše radno mjesto [5].

Poseban problem predstavlja ocjenjivanje ratnih veterana, koji se ocjenjuju prema tablicama oštećenja pojedinih dijelova tijela, kao i pravilnicima za težinu psihičkih poremećaja, gdje je najčešća dijagnoza PTSP [6].

## **Ispitanici i metode**

---

Prikazana su 4 slučaja vještačenja od strane nezavisnog vještaka specijaliste medicine rada.

## **Slučaj 1**

Medicinsko vještačenje – po uvidu u medicinsku dokumentaciju koja prileži spisu predmeta upravnog postupka, tužitelj iz BiH, dvojno državljanstvo, hrvatsko i bosansko, po uvidu u tužiteljevu stručnu spremu (KV) i poslove koje je obavljao (rad na kompresorima za duboko i plitko bušenje i na mješalici za beton i malter), potrebno je ocijeniti postoji li kod tužitelja invalidnost odnosno smanjenje radne sposobnosti u smislu odredbe članka 34. Zakona o mirovinskom osiguranju («Narodne Novine» br. 102/98).

Iz pravnog spisa vidljivo je da je tužitelj, 1954. godište, nezadovoljan rješenjem područnog ureda HZMO-a (Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje) kojim je odbijen njegov zahtjev za priznanjem prava na invalidsku mirovinu, uložio žalbu Središnjoj službi HZMO-a u Zagrebu, koja je također odbila žalbu kao neosnovanu.

Ovlašteni vještak HZMO-a je ocijenio da kod tužitelja invalidnost ne postoji jer ne postoji trajni gubitak radne sposobnosti i njegova radna sposobnost nije trajno smanjena za više od polovine prema tjelesno i psihički zdravom osiguraniku iste ili slične naobrazbe.

Vidljivo je nadalje iz spisa da tužitelj ima 5 godina radnog staža u Hrvatskoj (1977–1982) i 16 godina u Austriji.

Za vrijeme boravka u Austriji tužitelju su postavljene dijagnoze:

Težak povratni depresivni poremećaj sa simptomima psihote, F 33.3 (šifre bolesti po Međunarodnoj klasifikaciji bolesti –MKB); Kronični PTSD (posttraumatski stresni poremećaj), F43.2; Esencijalni tremor (desne ruke), G 25.0; Lumbago, protruzija diska LIV/LV kralješka, M 54.4; Cervikalni sindrom (bolna vratna kralježnica, CV/CVII, M 54.2; Vaskularna encefalopatija, I 67.9; Gastritis, K 29.5; Hipertrofija prostate N 40.0; Stanje po parcijalnoj resekciji – operaciji desnog bubrega zbog adenokarcinoma 2006. Godine; Adipozitet – BMI

---

(body mass indeks – indeks tjelesne mase 30.4); Diabetes mell (bez terapije tabletama ili injekcijama); Gonarthrosis M17.9; Coxarthrosis M 16.9.

Iz medicinske dokumentacije vidljivo je da je tužitelj dva puta bolnički liječen u Austriji.

Na Klinici za neurologiju i psihijatriju pacijent (tužitelj) je liječen 16 dana 2010. godine.

Klinika Graz 02.06–18.06.2010. godine: Težak depresivni poremećaj sa simptomima psihoze, F33.3; PTSD, F43.2., Lumbago sa protruzijom diska LIV/LV, M54.4.

Druga hospitalizacija bila je 21.02.2016–26.02.2016. na Klinici za internu medicinu, ukupno 5 dana. Postavljene su bile dijagnoze: Toracalgia (bol u grudnom košu) R07.4; Depresija, F 32.8; Napadaji panike F 41.0; Diabetes tip II (E 110.); Hiperlipidemija; Hipertrofija prostate N 40.0; Stanje nakon resekcije bubrega (Ca) 2006. godine.

### **Nalaz i mišljenje**

Medicinska obrada (prema dostupnoj medicinskoj dokumentaciji u spisu, učinjena u Austriji) do 23. prosinca 2010., bila je nepotpuna za potkrepljivanje dviju glavnih dijagnoza – teški povratni depresivni poremećaj i protruzija diska LIV/LV.

Zaključno, 2010. godine kod pacijenta nije još mogla biti ocijenjena invalidnost, odnosno bila je potrebna dodatna medicinska obrada, te su stoga vještaci područnog ureda HZMO-a i središnjeg ureda iz Zagreba u pravu kada su utvrdili da invalidnost ne postoji.

### **Slučaj 2**

Zadaća vještačenja je, nakon uvida u medicinsku dokumentaciju iz spisa predmeta, utvrditi postoji li kod tužiteljice, po zanimanju prodavač, SSS, smanjenje radne sposobnosti uz preostalu radnu sposobnost, djelomični ili potpuni gubitak radne sposobnosti u smislu odredbe članka 39. Zakona o mirovinskom osiguranju («Narodne Novine» 28/14), te članaka 17–19. Uredbe o metodologijama vještačenja («Narodne Novine» 153/14) u vrijeme vođenja upravnog postupka 2014. godine.

---

Tužiteljica, 1977. godište, 12 godina radnog staža, na poslovima prodavača, srednja školska sprema, tužila je Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje (HZMO), direkcija Zagreb, nezadovoljna Rješenjem Područnog ureda HZMO od 2014. godine, gdje su joj odbili žalbu kao neosnovanu, na odluku istog područnog ureda da tužiteljici nije priznato pravo iz mirovinskog osiguranja na temelju smanjenja radne sposobnosti uz preostalu radnu sposobnost, djelomičnog ili potpunog gubitka radne sposobnosti.

Iz medicinske dokumentacije vidljivo je da pacijentica boluje od niza bolesti.

Tužiteljica boluje od kronične lumbalgije, ima herniju diska L IV/LV i LV/S1, te diskopatiju TH X – TH XI. Posljedično ima lumboishialgiju. Također ima dg. Spina biffida occulta – tj. urođeno nepotpuno srastao kičmeni stub. Uz lokomotorni sustav vežu se i reumatske tegobe, nađena joj je B 27 pozitivna spondilopatija. Pacijentica je povremeno anemična i povremeno ima smanjen broj leukocita u perifernoj krvi. Ima srčane palpitacije, tahikardije – ubrzani rad srca tako da su joj propisani i lijekovi od kardiologa, kao i za izmokravanje, odnosno protiv oticanja. Ima pojačanu pigmentaciju usne šupljine, kronični dermatitis.

Posjećuje i psihijatra, liječi se pod dijagnozama poremećaja prilagodbe i poremećaja ličnosti, bez pojave dublje psihopatologije, gdje prevladava konverzija odnosno neuroticizam.

Iz psihijatrijskog nalaza je vidljivo da pacijentica nije motivirana za posao, da je sklona konvezivnim reakcijama pa i potusu, što treba u suradnji sa obiteljskim liječnikom i Centrom za profesionalnu orijentaciju riješiti.

Tužiteljica navodi da više nije sposobna ni za jedan posao, a osim toga na poslu – opis radnog mjesta, (obrazac 2 IN) mora dizati terete teške i do 30 kg. U njenom poduzeću nemaju lakšeg radnog mjesta (prema invalidskoj komisiji dobila je kontraindikaciju dizanja i nošenja težeg tereta).

### **Nalaz i mišljenje**

Elektromijelografija (EMNG) pokazala je da postoji oštećenje spinalnog živca lijevo lakšeg stupnja. Neurokirurg (KBC Rijeka) preporuča upućivanje na invalidsku komisiju u smislu postavljanja kontraindikacije – zabrane dizanja i nošenja težeg tereta. Operativni zahvat nije indiciran!

---

Zaključno, vještaci iz područnog ureda HZMO-a i središnjeg u Zagrebu u potpunosti su ispravno postupili, što potvrđuje i struka medicine rada, koja u ovakovim slučajevima ne može odobriti davanje invalidske mirovine, već rad uz kontraindikacije dizanja i nošenja težeg tereta, rada u nepovoljnoj mikroklimi, te podizanja motiviranosti za posao.

### **Slučaj 3**

Zadaća vještačenja je da se, nakon uvida u cjelokupnu liječničku dokumentaciju priloženu spisu, vještak nalazom i mišljenjem očituje na okolnost postoje li kod tužiteljice težina oštećenja zdravlja u smislu članka 38. stavak 2 Pravilnika o sastavu i načinu rada tijela vještačenja u postupku ostvarivanju prava iz socijalne skrbi i drugih prava po posebnim propisima (NN 64/02, 105/07, 145/11).

Tužiteljica 1993. godište, nezadovoljna Rješenjem Centra za socijalnu skrb od 2014. godine, te odbijanjem njene žalbe na Rješenje od 29. veljače 2016. godine, tužila je Ministarstvo socijalne politike i mladih zbog prestanka prava na osobnu invalidninu u visini 250% osnovice za ostvarivanje prava po osnovi socijalne skrbi.

Tužiteljica ima urođene malformacije desne ruke i lijevog stopala, te navodi da ne vidi razloga ukidanju njene invalidnine, kada joj se zdravstveno stanje nije poboljšalo, već dapače njezino stanje se može samo pogoršavati s vremenom. Također tužiteljica ne vidi razlog zašto nema pristup – uvid u nalaz i mišljenje Zavoda za vještačenje, profesionalnu rehabilitaciju i zapošljavanje osoba s invaliditetom.

Prema odredbi čl 55 Zakona o socijalnoj skrbi, Narodne Novine 73/97, 27/01, 59/01, 82/01, 103/03, 44/06, 79/07, pravo na osobnu invalidninu ima teže tjelesno ili mentalno oštećena osoba, ili osoba s trajnim promjenama zdravstvenog stanja čije je oštećenje ili bolest nastala prije navršene 18. godine života, ako osobnu invalidnost ne ostvaruje prema drugoj osnovi.

Članom 56. citiranog zakona propisano je da osobna invalidnina iznosi mjesečno 250% osnovice iz članka 16. stavka 1. ovog zakona za osobu koja nema vlastitog prihoda.

---

Odredbom članka 156. propisano je da Centar za socijalnu skrb preispita povremeno najmanje 1 puta godišnje postojanje činjenica i okolnosti koje su bile odlučujuće za donošenje rješenja o ostvarivanju prava na socijalnu skrb.

Vještaci Centra za socijalnu skrb u svom nalazu napisali su da je osoba samostalno pokretna, bez ortopedskih pomagala i bez odstupanja u mentalnom i psihičkom statusu, te da ne ispunjava kriterije čl 38. stavka 1 1 2 iz Narodnih Novina 64/02 za teža i teška oštećenja zdravlja. Nadalje, napisali su da kod pacijentice postoji prijeka potreba stalne pomoći i njege u smanjenom opsegu.

### **Nalaz i mišljenje**

Tužiteljica ima sljedeće dijagnoze:

Aplasio congenita antebrachii dextri Q 71.2 (urođeni nedostatak – nepostojanje cijele podlaktice desne ruke); Malformatio pedis sin, macrodactilia II et syndactilia IV et V, st. post. op. pedis sin Q 66.9 (deformitet lijevog stopala, povećan drugi, srašteni četvrti i peti prst, stanje po operaciji lijevog stopala); Aplasio phalange distalis digit I III et IV manus sin. Q 71.3 (nedostatak – nepostojanje vršnog članka trećeg i četvrтog prsta lijeve ruke); Macroductilia digit II pedis sin Q 74.8 (povećanje drugog prsta lijevog stopala); Glomerulonephritis mesangioproliferativa tip I, N 045 (proliferativna upala bubrežnih stanica nepoznatog uzroka).

Za utvrđenje tjelesnog ili mentalnog oštećenja ili psihičke bolesti, prema Narodnim Novinama NN 64/02, 105/07, 145/11, primjenjuju se mjerila, kao što su:

«nesposobnost samostalnog kretanja ni uz ortopedska pomagala (štake, hodalice, kolica, vozilo i dr)»;

«hranjenje putem sonde ili gastrostome»;

«nemogućnost samostalnog održavanja osobne higijene i obavljanja fizioloških potreba, te samostalnog svačenja i oblačenja – Barthelov indeks 0 do 22».

Pacijentica ostvaruje po Barthelovom indeksu 17 bodova, što znači umjerenu ovisnost o pomoći druge osobe.

---

Tužiteljica treba tuđu pomoć kod oblačenja i svlačenja, treba pomoć kod pripreme hrane ali i konzumiranja hrane, jer nema mogućnost bimanuelnog rada, te stoga ne može rezati meso i druge veće komade hrane i sl., te prema tome zadovoljava kriterije uvrštavanja u čl 38. t 2. navedenog pravilnika.

Nadalje, proliferativni glomerulonefritis, kao progresivno oboljenje, kontinuirano opterećenje zdravog, odnosno očuvanog dijela lokomotornog aparata može dovesti ranije od uobičajenog vremena do degenerativnih promjena istoga.

Prema kliničkoj slici, medicinski gledano, njena dijagnoza spada u teže poremećaje mišićnokoštanog sistema, a prema Pravilniku ima pravo na daljnje primanje osobne invalidnine.

#### **Slučaj 4**

Utvrđivanje na temelju medicinske i druge dokumentacije koja prileži spisu predmeta upravnog postupka i upravnog spora, da li je kod tužiteljice – modne krojačice njezino zdravstveno stanje dovelo do opće nesposobnosti za rad iz članka 34. stavka 2. Zakona o mirovinskom osiguranju koji je bio na snazi do 31. prosinca 2013, «Narodne Novine» br 102/98.

Iz pravnog spisa vidljivo je da je pacijentica, 1967. godište, krojačica ženske odjeće, tužila HZMO (Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje) zbog nepriznavanja prava na opću nesposobnost za rad. Pacijentica je dobila priznanje profesionalne nesposobnosti za rad.

Ona je obolila prije 17 godina od rijetke i teške kožne bolesti, dg Epidermolysis bulosa – stečeni oblik, šifra bolesti po Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB) – L 12.3.

Osim te glavne bolesti, boluje i od drugih bolesti – hipotireoze, osteporoze i osteopenija s posljedičnom sklonošću spontanih frakturna (već je imala spontani prijelom prsne kosti), mikrocitne anemije, proširene vene i povišeni tlak. Od 2012. godine bolest je napredovala tako da se osim na koži promjene nalaze u usnoj šupljini, sluznici, jeziku i jednjaku.

Zbog teških kožnih promjena koje otežavaju svakodnevne aktivnosti, pacijentica je postala anksiozna i depresivna.

---

Po rješenju HZMO-a od 27. studenoga 2013., pacijentica je dobila kontraindikaciju manipuliranja sa bilo kakvim pa i lakšim teretima, rad sa strojem, materijalom i škarama, rad na suncu, te da je sposobna obavljati druge poslove, npr. administrativne poslove gdje neće imati kontakata sa prije navedenim materijalom.

### **Nalaz i mišljenje**

Kod pacijentice – tužiteljice osim priznate profesionalne nesposobnosti postoji i potpuna opća nesposobnost za rad.

Ta nesposobnost postojala je još 2012. godine, jer je već tada imala znakove bolesti i na stopalima. Već tada nije bila sposobna za bilo kakav posao, pa ni službenički, jer nije mogla nositi cipele, te biti u njima osam sati, kao ni dalje hodati ni putovati na posao i sa posla. Sjedenje na stolici zbog pritiska na glutealne regije dovelo bi do krvarenja toga područja i upale. Također nije bila sposobna za kontakte sa klijentima zbog povećanog rizika za oboljevanje od sekundarnih infekcija kapljičnim putem.

Zaključno, radi se o prognostički nepovoljnoj bolesti, koja ju je još 2012. godine onemogućavala u vršenju bilo kakovog posla, a sada se mora boriti ne za posao već za život, jer može uzimati samo tekuću hranu.

### **Rasprava**

Prikazana su 4 slučaja vještačenja od strane specijaliste medicine rada u ulozi nezavisno angažiranog vještaka na traženje Upravnog suda u Rijeci, Republici Hrvatskoj.

Specijalisti medicine rada su u sklopu svoje edukacije najbolje osposobljeni za ocjenu radne sposobnosti. Važno je ocijeniti individualnu sposobnost, odnosno rezidualnu ili preostalu radnu sposobnost, ali još ju je važnije staviti u relaciju prema zahtjevima radnog mjesta [7]. Upravo to, nestavljanje pacijenta/radnika u radni, okolinski «environmental» kontekst je onaj nedostatak koji postoji kod svih ostalih vještaka drugih specijalističkih struka.

Postoje prijedlozi «medicinsko-legalnih» vodiča kao službenih okvira za ocjenjivanje radne sposobnosti [8]. Niti takovi predloženi vodiči ne mogu nadoknaditi iskustvo i znanje

---

specijalista medicine rada. Da je problem aktualan i nije lako rješiv, govore i vijesti o osnivanju koledža za legalnu medicinu u nekim državama, koji povezuju pravo i medicinu za upotrebu u rješavanju zdravstvene problematike [9].

U obzir kod davanja invalidskih mirovina, treba uzeti i finansijsko stanje vlade, odnosno države, jer je veliki pritisak pacijenata/radnika na institucije u smislu dodijeljivanja istih, koji zahtjevi su ponekad realni, ali vrlo često i prenaglašeni, odnosno neobjektivni.

Ubrzani tempo života, galopirajuća privatizacija, tržište koje poznaje samo profit, dovelo je u nezavidan položaj mnoge radnike, naročito starije radnike koji ne mogu pratiti nehumane zahtjeve pojedinih industrija i privrednih grana, gdje zapravo nema radnog vremena, odmora, adekvatne zaštite na radu i slično, do poboljševanja i traženja «spasa» odlaskom u invalidsku mirovinu. Na žalost dobna granica takovih tražitelja biva sve niža, a postavlja se na kraju pitanje tko će ostati raditi da zaradi i za mirovine umirovljenika.

## **ZAKLJUČAK**

Na osnovi prikazanog, lako je zaključiti da bi došli do adekvatnih ocjena radne sposobnosti/nesposobnosti na svim razinama vještačenja, u budućnosti, ali počevši odmah, bilo bi potrebno angažirati specijaliste medicine rada u svim tijelima vještačenja, znači i institucijama poput HZMO-a, HZZO-a, u centrima socijalne politike i mladih, centrima za branitelje, veterane. Na taj način smanjio bi se broj rasprava na preopterećenim sudova, uštedio državni novac, te izbjegle patnje i dugi postupci pacijenata/radnika kojima refundacija, odnosno invalidnost zasluženo pripada jer iz raznih razloga više ne mogu obavljati ni svoj ali ni drugi adekvatan posao.

## **LITERATURA**

1. Dell-Kuster S, Lauper S, Koehler J, Zwimper J, Altermatt B, Zwimpfer T, Young J, Bucher HC, Nordmann AJ. Assessing work ability – a cross sectional study of interrater

- 
- agreement between disability claimants, treating physicians, and medical experts. *Scand J Work Environ Health*. 2014;40(5):493-501. doi: 10.5271/sjweh.3440. Epub 2014 Jun 11.
- 2. Lalić H. Are psychologists and psychiatrist assessing work capacity part of the problem or solution? *Arh Hig Rada Toksikol* 2016;67 (1):61-4. doi: 10.1515/aiht-2016-67-2707.
  - 3. Schneider W, Firzlaff M, Birke K, Klauer T. The «Interview for evaluation of the psychosocial dimensions of capability performance» - a systematic add-on instrument for the expert assessment of work capacity. *Versicherungsmedizin* 2009 1;61(2): 69-72.
  - 4. Lelario M, Ciuffreda P, Lupo P, Bristogiannis C, Vinci R, Stoppino LP, De Filippo M, Macarini. Financial impact of radiological reports on medical-legal evaluation of compensation meniscal lesions. *Muskuloskelet Surg* 2013; 97 Suppl 2:S137-44. doi: 10.1007/s12306-013-0282-z. Epub 2013 Aug 15.
  - 5. Robinson R, Paquette S. Vocational rehabilitation process and work life. *Phys Ned Rehabil Clin N Am*. 2013; 24(3):521-38. doi 10.1016/j.pmr.2013.03.005. Epub 2013 May 10.
  - 6. Lalić H. Expert assessment of war casualties. *Med Sci Law*, 2017; 57(1): 47-51. doi: 101177/002580241666486465. Epub 2017 Jan 2.
  - 7. Rudbeck M, Fonager K. Agreement between medical expert assessments in social medicine. *Scand. J Public Health*. 2011; 39(7): 766-72. doi: 101177/1403494811418218 Epubl 2011 Aug 22.
  - 8. Wagrowska – Koski E, Rybacki M. Identification on the most common problems and mistakes in the medical certification of inability to work for disability pension provision based on the expertise carried out by the Out-Patient Clinic of Occupational Disease, Nofer Institute of Occupational Medicine, Lodz, 2005-2007. *Med Pr*. 2010; 61(1):23-33.
  - 9. Beran RG. Analysis – what is legal medicine? *J Forensic Leg Med* 2008; 15(3):158-62. doi: 10.1016/j.jflm.2007.08.003. Epub 2007 Nov 19.

## **INDEPENDENT EXPERT WITNESS: PENSION INSURANCE EXPERTS =2:2**

### **SUMMARY**

---

Occupational medicine specialist has the key role in assessment of working capacity, as well as incapacity, temporary or permanent. The assessment of working capacity is extraordinary responsible task where stayed finally patient or sued Institute for Pension Insurance unsatisfied, and lawyers of ones or others side. The aim of this paper is to show importance of full neutrality of the expert witness who has to exclude emotions and potential inconvenience when opposing teams of the Institute experts. It was shown four cases of court expertise where patients have sued Croatian Institute for Pension Insurance unsatisfied with the decision of the mentioned Institute. In the first case, citizen of Bosnia and Herzegovina, with double citizenship – Croatian and Bosnian, at work in Austria, sued the Institute because he was denied with his claim for invalid pension. In the second case, saleswoman (37 years old) sued the Institute unsatisfied being denied for invalid pension, suffers discus hernia incapable for lifting burden in grocery shop. In the third case, young lady (27 years old) during reconsideration of her invalidity she was assessed as capable for independent life and work (she has lack of left forearm and lack of two fingers on her feet. In the fourth case, a female fashion tailor sued the Institute that assessed her capable for work and she says that she is in the phase of her illness that is fighting for her life and not for work (she suffers extraordinary rare malignant form of epidermolysis bullosa). The occupational medicine expert in the first two cases confirmed the assessment of the Institute's experts as accurate, in other two cases patient were right, and Institute's experts were wrong, i.e. if the result is displayed in sports terminology it is 2:2.

***Key words:*** *Occupational medicine specialist, expert witness, assessment of work capacity.*

---

## **SUDSKOMEDICINSKO VEŠTAČENJE ŠTETE ZBOG POVREDA PRI SPORTSKOJ REKREACIJI**

Aleksandra Popović, Marija Macura, Vladimir Popović

### **REZIME**

Rekreativni sport je oblast sporta koja obuhvata bavljenje sportskim aktivnostima u cilju unapređivanja zdravlja. To je skup raznih fizičkih aktivnosti van profesionalnog rada koje pojedinac individualno ili organizovano sprovodi po svojoj želji. Cilj sportske rekreacije je da omogući optimalne uslove savremenom čoveku da očuva zdravlje, održi vitalnost, unapredi opšte fizičke i radne sposobnosti, produži aktivni radni vek i kreativnost do duboke starosti. Kod primene rekreativnih aktivnosti od velikog značaja je pravilan izbor aktivnosti u odnosu na osobu koja se bavi rekreacijom (pol, životno doba, vrste interesovanja, stepen psihofizičke pripremljenosti itd.). U toku obavljanja rekreativnih aktivnosti mogu nastati povrede rekreativaca kao posledica samopovređivanja (kod planinarenja, plivanja, krosa itd.), u slučaju kada jedan sportista nanese povredu drugom učesniku u sportskoj aktivnosti (sportska takmičenja) i u slučaju neadekvatnog ponašanja lica koja samo posredno učestvuju u sportskoj aktivnosti ili nemaju u njoj nikakvog udela (organizatori rekreacije). Povrede rekreativaca mogu biti u pojedinim slučajevima predmet sudskomedicinskog veštačenja štete. Zadaci veštaka su u tom slučaju procena nematerijalne i materijalne štete povređenog sportiste nastale kao posledica povrede.

***Ključne reči: sportska rekreacija, povrede, sudskomedicinsko veštačenje štete.***

### **UVOD**

Rekreacija predstavlja sponu između razonode, zabave i dokolice i sadrži fizičku i psihičku komponentu. Fizička komponenta se odnosi na očuvanje i poboljšanje fizičkih i

---

fizioloških osobina. Psihička komponenta se odnosi na jačanje volje i istrajnosti, povećanje discipline u realizaciji odabranih aktivnosti i sticanje i razvijanje samokontrole i sopstvenih postupaka.<sup>(1)</sup>

Sportska rekreacija (rekreativni sport, sport za sve, masovni sport) jeste oblast sporta koji obuhvata dobrovoljno bavljenje fizičkim vežbama, odnosno sportskim aktivnostima, radi odmora, osveženja, zabave, unapređivanja zdravlja ili unapređivanja sopstvenih rezultata i zadovoljenja potrebe za kretanjem, igrom i druženjima, u svim segmentima stanovništva (čl. 3 tačka 3 Zakona o sportu).<sup>(2)</sup>

Sportska rekreacija je slobodna i organizovana aktivnost koja fizički, psihički i socijalno obogaćuje, relaksira i obnavlja čoveka i pomaže mu da se oblikuje u svestrano razvijenu ličnost. To je specifičan vid fizičkog vaspitanja koji se bazira na redovnim sistematskim, naučno postavljenim programima, usklađenim s potrebama i interesima korisnika svih uzrasta, različitog nivoa sposobnosti i potreba.<sup>(2)</sup>

Cilj sportske rekreacije je da omogući savremenom čoveku optimalne uslove i mogućnosti da raznovrsnim sportskorekreativnim aktivnostima zadovoljava svoju biološku, psihološku i sociološku potrebu za kretanjem i igrom, sadržajnije i kreativnije provodi slobodno vreme, čuva i unapređuje zdravlje, održava vitalnost, životni i radni optimizam, održava i unapređuje svoje opšte fizičke i radne sposobnosti, otklanja prevremenu pojavu starenja i produžava aktivni radni vek i kreativnost do duboke starosti.

### **Fiziološki aspekt rekreativnih aktivnosti**

Između zdravlja i vežbanja postoji direktna pozitivna veza u oba smera, što podrazumeava da vežbanje pozitivno utiče na zdravlje i obratno – zdravlje pozitivno utiče na samo vežbanje. Problem merenja uticaja vežbanja na zdravlje nije mali. Još uvek ne postoji egzaktno izmerena pojedinačna dnevna doza određenog vežbanja za koju možemo tvrditi da ima pozitivan efekat na zdravlje. Postavlja se pitanje postoji li možda i letalna doza vežbanja i da li postoji i može li se izmeriti granična doza adaptacije, gde jedna ista vrsta fizičke aktivnosti, zbog prevelikog intenziteta ili prevelikog obima, postaje opasna po zdravlje ili pak po život vežbača.

---

U suštini fizičkog vežbanja стоји pokret. Jedan od efekata pokreta je kretanje tela. Kretanjem telo menja unutrašnje stanje i spoljašnju sredinu s kojom je u neprestanom kontaktu. Kod kretanja učestvuju svi organi i sistemi ostvarujući svojim funkcionisanjem pokrete. Kretanje, koje se ostvaruje sadejstvom svih organskih sistema, povećava promet hranjivih materija i kiseonika i doprinosi njihovom boljem snabdevanju, a samim tim i boljem i efikasnijem funkcionisanju.

Organici sistemi u funkciji kretanja imaju dominantnu ulogu i, shodno tome, kretanje ima bitan uticaj na njihovo kvalitetnije funkcionisanje: kardiovaskularni sistem (poboljšanje funkcionisanja i efikasnosti rada srčanog mišića, povećanje broja kolateralnih koronarnih i sistemskih krvnih sudova, smanjenje arterijskog pritiska), lokomotorni sistem (povećanje pokretljivosti koštano – zglobnog aparata, povećanje amplitude pokreta), respiratori sistem (smanjenje mrtvog prostora, povećanje razmene gasova), neuroendokrini sistem (ubrzanje metabolizma endokrinih žlezdi, povećanje lučenja hormona, povećanje broja i senzibilnosti insulinskih receptora), povećanje koncentracije, poboljšanje pamćenja, regulisanje odnosa san – budnost itd.

Činjenica je da i vežbanje u svakoj prilici i svaka vrsta vežbe ne može imati uvek i samo pozitivno dejstvo na sve sisteme i organe, pa shodno tome i na organizam u celini. Može se govoriti o postojanju čitave grupe faktora od kojih može zavisiti uticaj fizičkog vežbanja na organizam i imati čak i sasvim suprotno dejstvo.

### **Sportsko – rekreativni program**

Načinom i izborom rekreativne aktivnosti u odnosu na rekreativca (pol, životna dob itd) bavi se naučna disciplina – kineziološka rekreacija.

Sportska rekreacija je usmerena na maksimalno korišćenje psiho – somatskog statusa ljudi svih uzrasta sistematskom primenom postavljenih programa (sportsko - rekreativni program) koji su usaglašeni sa sposobnosću i zdravstvenim stanjem, polnim i uzrasnim karakteristikama, vrstom i karakterom posla na radnom mestu kao i subjektivnim potrebama i interesima svakog pojedinca.

---

Potencijalni učesnici sportske rekreacije pripadaju svim slojevima stanovništva i zbog toga predstavljaju nehomogenu grupu u odnosu na uzrast, polne, zdravstvene, psihofizičke i sociološke karakteristike. Ova populacija može uspešno zadovoljiti svoje potrebe samo primenom programa sportske rekreacije.

Osnovni princip sportske rekreacije glasi da svako ima omiljenu sportsku aktivnost koja mu, dok se njome bavi, pruža veliku radost. Zbog toga ne treba nikom silom nametati određenu aktivnost, već je potrebno naći njegov sport; i zato je važno da se svi, a pogotovo deca, upoznaju sa svim sportovima kako bi za svoju rekreaciju i zbog svog zdravlja odabrali ono što vole.

Za mlade u razvoju od predškolskog doba do kraja srednje škole poželjne su aktivnosti koje podstiču celovit razvoj motorike i psihe. Tu spadaju sportske igre (košarka, fudbal, rukomet, odbojka, vaterpolo itd.) i polivalentne jednostavne sportske aktivnosti poput borilčkih veština, plivanja i tenisa. Deca do polaska u školu mogu savladati brojne sportske tehnike i steći znanje koje će im biti od koristi tokom celog života (plivanje, vožnja bicikla itd.).

Za studente je važno redovno bavljenje rekreativnim aktivnostima zbog prekomernog sedenja i učenja (kretanje, hodanje, trčanje).

Za radnu populaciju treba izraditi programe sportske rekreacije (tzv. usmerena rekreacija) koja bi se sprovodila u posebnim centrima. Osobama starijim od 30 godina preporučuju se ciklične, aerobne, jednostavne ili prirodne aktivnosti (brzo hodanje, trčanje, planinarenje, plivanje itd.).

Za osobe starije od 65 godina potrebne su aktivnosti ciljano usmerene prema oslabljenim delovima tela, gde imaju preventivno dejstvo (npr. stanje posle operacije kuka, kolena, ramena) u smislu jačanja muskulature i sprečavanja obnavljanja povrede. Za osobe koje imaju probleme sa kretanjem poželjno je vežbanje u vodi, a za osobe koje su pod stresom pogodno je plivanje, šetnja ili pešačenje u prirodi. Sportske igre, takmičenja ili visok intenzitet aktivnosti nedopustivi su za osobe u ovim godinama.

---

Da bi program sportske rekreacije imao pozitivne efekte na organizam rekreativca, mora da postoji potpuna usklađenost između želja i mogućnosti samog rekreativca da ostvari tu želju. O bezbednosti sportiste – rekreativca mora da brine tim stručnjaka za ovu oblast i sprovede tzv. usmerenu rekreaciju (trener, rekreator, sportski lekar).

Rekreativne aktivnosti su indikovane kod osoba sa simptomima uzročno – posledično vezanim sa hipokinezijom: dispnea kod malih napora, umanjenje radnog učinka, brzo zamaranje, različite senzacije u području srca, omaglice i vrtoglavice, glavobolje, poremećaj sna i apetita, sklonost opstipacijama, bolovi u leđima i lumbalnom predelu, povećana razdražljivost, gubitak koncentracije, povećana frekvencija pulsa, gubitak inicijative i životne radosti.

Kontraindikacije za izvođenje rekreacije su: sve bolesti i povrede u akutnom i subakutnom stanju, oštećenje centralnog nervnog sistema, kardiorespiratorna insuficijencija, aneurizma krvnih sudova, kardiomiopatija, koronarna insuficijencija, maligne neoplazme i fiksirana hipertenzija (iznad 200/120).

### **Razlika između amaterskog sporta, profesionalnog sporta i rekreacije**

Postoji evidentna razlika između amaterskog ili profesionalnog sporta i rekreacije.

Osnovna karakteristika rekreacije je da se fizičko i duhovno zadovoljstvo postiže kreativnošću koja proističe iz potpuno neobavezujuće i nemotivirane aktivnosti sa strane, isključivo po izboru rekreativca.

Iako se često poistovećuju rekracija i zabava, među njima postoji razlika. Rekreacija predstavlja odmor od obaveza, donosi osveženje duha i tela i time omogućuje da se novom snagom vratimo ozbiljnim poslovima u životu.

Zabava se upražnjava radi zadovoljstva i ona oduzima energiju potrebnu za koristan rad i može da predstavlja smetnju postizanju istinskog uspeha u životu.

U sportu je situacija sasvim drugačija jer savremeni sport karakteriše korist od postignutog rezultata. Sport mahom uključuje pobedničko afirmisanje nad protivnikom, samim sobom, vremenom, prostorom i ne predstavlja afirmaciju čovekovog bića.

---

## **Povrede kod sportskorekreativnih aktivnosti**

Kod svih vrsta sportova, pa i kod sportske rekreacije događaju se povrede. Stepen rizika od nastanka povrede varira u zavisnosti od sportskih aktivnosti i načina na koji se one odvijaju.<sup>(3)</sup>

Kod sportista koji se bave rekreativnim aktivnostima rizici od povreda se najčešće javljaju zbog neusaglašenosti između želja i mogućnosti rekreativca, odnosno neadekvatnog izbora sportskih aktivnosti u toku rekreacije.

Sportske povrede kod sportista – rekreativaca mogu se svrstati u sledeće grupe:

- 1.samopovrede sportista u toku rekreativnih aktivnosti (npr. planinarenje, plivanje i sl.);
- 2.povrede koje jedan sportista nanese drugom učesniku u sportskoj aktivnosti (npr. takmičenje na radničkim sportskim igrama, studentske sportske igre, školska takmičenja i dr.);
- 3.povrede sportista koje su posledice ponašanja lica koja samo posredno učestvuju u sportskoj sktivnosti ili nemaju u njoj nikakvog udela (npr. kada je do povrede došlo usled propusta organizatora rekreacije – neadekvatni sportski tereni koje je on dužan da nadgleda).

Povrede koje se događaju prilikom odvijanja rekreacije moraju biti određene težine da bi imale pravni značaj (male ogrebotine, masnice i neznatno istegnuće mišića ne treba vrednovati kao telesne povrede ukoliko ne utiču na dalji tok sportskih aktivnosti i ne prouzrokuju bol).

Za telesne povrede ili oštećenja zdravlja kao predmet sudske medicinskog veštačenja merodavno je isključivo narušavanje telesnog integriteta, čak i ako se radi samo o pogoršanju postojeće bolesti ili povrede.

U slučaju da poslodavac pošalje zaposlenog na sportsko takmičenje (npr. radničke sportske igre kao jedan od vidova rekreacije) i dođe do povrede takmičara u toku takmičenja, ovakva povreda se može pod određenim okolnostima smatrati povredom na radu.<sup>(4,5)</sup>

---

## **Kvalifikacija težine telesne povrede**

Težina telesne povrede utvrđuje se na bazi površinske i dubinske rasprostranjenosti oštećenja, lokalizacije i značaja povređenog organa ili dela tela. Ta kvalifikacija ima dva stepena težine telesne povrede: prvi stepen ili laka telesna povreda i drugi stepen ili teška telesna povreda.

Laku telesnu povedu karakterišu: lako, privremeno i prolazno oštećenje zdravlja; lako, privremeno i prolazno oštećenje anatomskega ili funkcionalnog integriteta; odsustvo čak i apstraktne opasnosti po život; odsustvo unakaženosti; kratkotrajno lečenje a sposobnost za sportske aktivnosti nije dovedena u pitanje.

Tešku telesnu povredu ima 3 podstupena: teška telesna povreda ili takozvana obična telesna povreda; opasna po život sa unakaženom; teška telesna povreda sa smrtnim ishodom.

Tešku (običnu tešku) telesnu povedu karakteriše privremeno i prolazno teško oštećenje anatomskega ili funkcionalnog integriteta bez prisustva unakaženosti. Prisutna je apstraktna opasnost po život.

Naročito tešku telesnu povedu karakteriše teško i trajno oštećenje anatomskega ili funkcionalnog integriteta, opasnost po život objektivno postoji, a postoji potpuna i trajna nesposobnost za bavljenje sportom.

Teška telesna povreda sa smrtnim ishodom predstavlja onu tešku ili naročito tešku telesnu povedu usled koje nastupa smrt povređenog. Isto je i ako smrt nastupa u transportnom sredstvu od mesta povređivanja do bolnice. U tim slučajevima smrt je nasilna i nastala kao posledica predmetnog povređivanja.

Za utvrđivanje težine telesne povrede dovoljno je postojanje samo jednog kriterijuma za kvalifikovanje telesne povrede. Ako postoji više telesnih povreda iste osobe, medicinski se radi o politraumi, a pravno o jednoj jedinstvenoj telesnoj povredi.

U slučaju povrede nastale kod sportskorekreativnih aktivnosti, sportista – rekreativaca može pretrpeti materijalnu i nematerijalnu štetu.

---

Materijalna šteta se ispoljava kao: troškovi lečenja i medicinska rehabilitacija, izgubljena zarada za vreme privremene sprečenosti za rad, izgubljena zarada zbog nesposobnosti za vreme lečenja, gubitak ili smanjenje mogućnosti daljeg razvijanja i napredovanja itd.

Nematerijalna šteta podrazumeva sve prolazne ili trajne neprijatne subjektivne tegobe i poremećaje funkcije organizma koje je oštećena osoba trpela zbog povrede (fizički bolovi, duševni bolovi, strah).<sup>(6,7)</sup>

### **Sudskomedicinsko veštačenje štete kod povreda nastalih u toku sportskih rekreativnih aktivnosti**

Sudski veštak, koristeći se ostvarenim stručnim znanjem, dužan je da pred sudom izloži svoja zapažanja (nalaz) i mišljenje o činjenicama potencijalno važnim za utvrđivanje istinitosti navoda koji su predmet dokazivanja.

Lekar koji vrši veštačenje naziva se sudskomedicinski veštak (expertus medicoforensis). U slučaju povrede nastale u toku rekreativnih aktivnosti, veštak se izjašnjava o posledicama:

- utvrđuje vrstu i prirodu povrede;
- utvrđuje težinu povrede (laka, teška, naročito teška i teška sa smrtnim ishodom);
- utvrđuje da li se radi o povredi na radu;
- određuje intenzitet i trajanje fizičkih bolova;
- utvrđuje postojanje duševnog bola zbog umanjenja životne aktivnosti;
- utvrđuje postojanje duševnog bola zbog naruženosti;
- utvrđuje postojanje straha;
- utvrđuje posledice imovinske štete zbog eventualnog umanjenja funkcionalne sposobnosti za dalje bavljenje sportskim rekreativnim aktivnostima.

---

Mišljenje veštaka zasniva se na podacima iz spisa, medicinske dokumentacije, lekarskog pregleda i pregleda specijalista (ortoped, fizijatar, neurolog itd.).

Ekspertski izveštaj veštaka u slučaju veštačenja štete treba da bude napisan u odgovarajućoj formi.<sup>(3,4,5)</sup> Ovaj izveštaj naslovljava se nadležnom sudu i on sadrži:

- 1.Uvodni deo (preamble).
- 2.Podaci iz spisa.
- 3.Medicinska dokumentacija.
- 4.Lekarski pregled veštaka.
- 5.Dijagnostička specifikacija oštećenja zdravlja.
- 6.Nalaz veštaka.
- 7.Mišljenja veštaka.
- 8.Zaključak.

## **ZAKLJUČAK**

Rekreacija predstavlja značajan faktor u očuvanju i unapređenju zdravlja pod uslovom da se sprovodi u skladu sa mogućnostima rekreativca.

Nadoknada štete zbog povrede može biti predmet sudskomedicinskog veštačenja kod sportista koji se bave rekreacijom.

Veštak koji veštači nadoknadu štete zbog povrede nastale u toku rekreacije mora dobro poznavati karakteristike rekreativne delatnosti i zakonsku regulativu iz ove oblasti.

## **LITERATURA**

- 
- 1.Milenković N, Popović A. Rekreacija kao mera prevencije za očuvanje zdravlja. *Apollinem medicum et aesculapium*, Vol.14, Broj 3. Leskovac. 2016: 35-8.
  - 2.Zakon o sportu. "Sl. glasnik RS" br. 10/2016.
  - 3.Đurđević N. Građanska, krivična i prekršajna odgovornost u sportu. Svet rada, 2017: 259-276.
  - 4.Popović V, Milenković N, Popović A, Radić J, Milenković R. Sudskomedicinsko veštačenje štete nastale pri sportskim aktivnostima. Svet rada, 2017: 295-304.
  - 5.Zakon o penzijskom i invalidskom osiguranju. "Sl. glasnik RS" br. 34/2003, 64/2004.
  - 6.Đorđević D. "Advokatske usluge" naknada štete, "Povreda na radu".
  - 7.Vidaković A, Filipović D, Govadarica V. Sudskomedicinsko veštačenje u medicini rada. Beograd, GIP „Valjevoprint“; 2011 2011.

## **JUDICIAL DETECTION OF DAMAGE FOR INFRINGEMENT IN RECREATIONAL SPORTS**

### **SUMMARY**

Recreational sports entail outdoor and indoor sports activities in order to improve health and physical fitness. They include a set of various physical activities which are not related to occupation or professional sport. Recreational sports can be carried out individually or in an organized way.

The main goal of a recreational sport is to provide optimal conditions for a modern man in order to preserve health, maintain vitality, improve general physical and working abilities and extend active life until an old age. Recreation has a great

---

importance in the human health preservation only when is carried out in accordance with the possibilities of the men and women who take part in such activities. It is very important to establish which recreational activities are optimal for a person who is engaged in recreation. The proper choice of activities is related to sex, age, different interests, current psychophysical status etc.

Injuries may occur during individual (hiking, swimming, cross-country) and group recreational activities where one participant can make a physical harm to another (sports competitions). Inadequate behavior of persons (recreational organizers) who only indirectly participate in sports activity or do not have any share in it can also lead to injury. Injuries of recreational sport participants may bring non-material and material damage which can be in some cases a subject of judicial medical expertise and assessed by judicial experts.

***Key words:*** *recreational sports, sport injuries, damage forensic expertise.*

---

## **ARITMOGENA DISPLAZIJA DESNE KOMORE**

### **(Prikaz slučaja)**

Slobodan Stojiljković, Slavica Stojiljković

#### **REZIME**

Aritmogena displazija desne komore(ARVD), poznata i kao aritmogena kardiomioptija desne komore (ARVC), daleko je najčešća kardiompatija, koja primarno zahvata desnu komoru. To je je genetska bolest koja se nasleđuje autozomno dominantno u 50% slučajeva. Češće se javlja kod muškaraca, i to u odnosu 3 : 1. Osnovni morfološki supstrat ove bolesti jeste segmentni, progresivni, neinflamatorni gubitak miocita i njihova zamena vezivnim i masnim tkivom. Simptomi te bolesti su različiti, ali se najčešće prezentuju kao palpitacije, presinkopa i sinkopa, pojava životno ugrožavajućih ventrikularnih aritmija, a neretko je iznenadna srčana smrt prvi znak bolesti, uglavnom kod mladih ljudi i sportista. Postavljanje dijagnoze može biti veoma teško usled elektrokardiografskih nespecifičnosti i različite etiologije potencijalnih ventrikularnih aritmija. Skrining pre aktivnog bavljenja sportom pokazao se kao efikasan u otkrivanju asimptomatskih pacijenata. U prikazanom slučaju radi se o sportisti – obojkašu starosti 21 godinu, 10 godina aktivnog treniranja i igranja odbojke. Za to vreme je redovno obavljao lekarske pregledе na 6 meseci. Na svim pregledima nalazi su bili u fiziološkim granicama. Nikada nije ispoljavao ni prijavljivao subjektivne zdravstvene smetnje. Dana 07. 08. 2018. godine naglo je izgubio svest, hospitalizovan je i reanimiran zbog komorske fibrilacije. U toku reanimacije nastaju brojne komplikacije i oštećenja svih vitalnih organa. 17. 08. 2018. g. nastupa smrtni ishod zbog obostrane upale pluća. Na obdukciji je dijagnostikovana ARVD, koja je bila “okidač” za nastanak komorske fibrilacije, gubitak svesti i komplikacija nastalih tokom reanimacije.

***Ključne reči: aritmogena kardiompatija desne komore, kardiompatija, iznenadna srčana smrt, sportisti, implantabilni defibrilatori***

---

## UVOD

Aritmogena displazija desne komore(ARVD), poznata i kao aritmogena kardiomiopatija desne komore (ARVC), daleko je najčešća kardiomiopatija, koja primarno zahvata desnu komoru. Aritmogenu displaziju desne komore prvi je opisao Giovani Maria Lancisi, još 1736. godine, kao porodično oboljenje koje se ponovilo u četiri generacije. Nakon više od dva veka, 1982. godine, Marcus sa saradnicima otkriva morfološku osnovu za nastanak oboljenja. Autozomno dominantni obrazac nasleđivanja promenljive penetracije prvi su opisali Nava i saradnici 1987. godine, a prvi genski lokus (ARVD 1) otkrili su Rampazzo i saradnici 1994. godine na hromozomu 14q23. Svetska zdravstvena organizacija je ARVD/C svrstala u kategoriju kardiomiopatija 1995. godine. Prevalencija bolesti je 1/1000–1/5000.

Osnovni morfološki supstrat ove bolesti jeste segmentni, progresivni, neinflamatori gubitak miocita i njihova zamena vezivnim i masnim tkivom. Prednji infundibulum, vrh i dijafragmalni zid desne komore najuobičajenija su mesta transformacije tkiva, a poznata su pod nazivom „trougao displazije”. Leva komora i septum obično su pošteđeni fibromasne transformacije, ali mogu biti obuhvaćeni u slučajevima obimnog zahvatanja. Zahvaćenost sprovodnog sistema ometa intraventrikularno provođenje električnog impulsa, što dovodi do kasnih potencijala, epsilon talasa, bloka desne grane i nastanka fenomena re-entrant koji izaziva ventrikularne aritmije. Karakterističan elektrokardiografski nalaz i aritmije nastaju usled disperzije miocita koji podstiču tahikardijalnu aktivnost kako displazija napreduje. Postoje dva oblika fibromasne zamene. U fibrolipomatozi tipa 1, koja se opisuje i kao tipična bolest ARVD, predominantan nalaz je masna zamena normalnog tkiva. U fibrolipomatozi tipa 2, koja više odgovara opisu kardiomiopatije, znatno je veća količina fibroznog nego masnog tkiva.

Aritmogena displazija desne komore je genetska bolest, koja se nasleđuje autozomno dominantno u 50% slučajeva. Mutacija gena CDH2, u do sada dokazanim slučajevima, glavni je uzrok nastanka ARVD. Gen CDH2 kodira protein N-cadherin, poznat i kao Cadherin-2 ili Neural cadherin (NCAD). U srčanom mišiću N-cadherin je integralna komponenta u adherenskim spojevima koji funkcionišu tako da mehanički i električno spajaju susedne kardiomiocite.

---

Aritmogena displazija desne komore se povezuje i s drugim genima, koji nisu kompleks čelijske adhezije.

## **KLINIČKA SLIKA**

Aritmogena displazija desne komore je bolest koja se razvija postepeno i dugo može biti asimptomatska. Prvi simptomi se obično ispoljavaju između petnaeste i trideset pete godine života, veoma retko u detinjstvu i još ređe posle šezdesete godine života. Češće obolevaju muškarci (3 : 1 u odnosu na žene). Posle hipertrofične kardiomiotopatije, ARVD se smatra najčešćim uzrokom iznenadne srčane smrti mlađih, a pogotovo sportista.

Klasična klinička slika ARVD-a se manifestuje kao paroksizmalna monomorfna komorska tahikardija oblika bloka leve grane kod prividno zdravih adolescenata i sportsita. Vrlo često je iznenadna srčana smrt prva manifestacija ARVD-a kod sportista, ali i ljudi koji se bave napornim fizičkim radom.

Oboleli od ARVD-a obično dobro podnose fizičku aktivnost, čak i velika fizička naprezanja kojima su izloženi profesionalni sportisti, jer je funkcija leve komore normalna.

Za postavljanje dijagnoze ARVD koriste se sledeći testovi: elektrokardiogram, holter minitoring, test opterećenja, ehokardiografija, perfuziona scintigrafija srca, nuklearna magnetna rezonancija, ventrikulografija, biopsija miokarda i moždani natrijuretski peptidi.

Preko 50% ovih bolesnika pokazuju EKG abnormalnosti (repolarizacione, depolarizacione i aritmije) koje prethode kliničkoj manifestaciji bolesti.

Normalni ehokardiografski pregled ne isključuje ARVD s obzirom na to da rane forme bolesti ne moraju biti odmah uočljive. Ehokardiografski verifikovana regionalna ili difuzno uvećana desna komora ili njena disfunkcija potvrđuju sumnju na postojanje bolesti (neophodno je isključiti druge uzroke uvećanja DK, kao što su šantovi, kongenitalne ili valvularne bolesti).

Nuklearna magnetna rezonancija smatra se zlatnim standardom za neinvazivno postavljanje dijagnoze ARVD. Ona može detektovati masnu infiltraciju ili istanjenje infundibuluma, kao i diafragmalni zid DK, koji se teško vizualizuje ehokardiografskim pregledom.

---

Proizvodnja moždanog natrijuretskog peptida (BNP) kao odgovora na ARVD predstavlja koristan dijagnostički i prognostički marker. Nađeno je da je nivo tog peptida u obrnutom odnosu s ejekcionom frakcijom DK, što se može koristiti kao potencijalni metod praćenja progresije ARVD.

Dijagnoza ARVD se potvrđuje histološkim pregledom tkiva dobijenog transmuralnom biopsijom.

Genski testovi za otkrivanje promena na hromozomima još uvek nisu deo rutinske dijagnostike.

Postoji više opcija lečenja, koje obuhvataju antiaritmike, radiofrekventnu ablaciju, implantabilni kardioverter defibrilator, hirurške metode, kao i transplantaciju srca.

## **PREVENCIJA IZNENADNE SRČANE SMRTI**

Asimptomatski bolesnici, koji nikada nisu imali komorskou tahikardiju niti sinkopu i kod njih nisu dokumentovane komorske tahiaritmije i znaci srčane insuficijencije, ne zahtevaju lečenje, dovoljne su godišnje kardiološke kontrole. Međutim, takve bolesnike treba upozoriti da veća fizička naprezanja, bavljenje sportom i mentalni stresovi mogu da izazovu iznenadnu srčanu smrt.

Svaki napor koji izazove opterećenje i istezanje miokarda DK smatra se potencijalnim okidačem za ISS. Sportska aktivnost pet puta povećava rizik od ISS kod mladih. Stoga je kod osoba s asimptomatskom bolešću ARVD od krucijalnog značaja izbegavanje napora. Skrining pre aktivnog bavljenja sportom, koji je sa sobom doneo sportske diskvalifikacije, pokazao se kao veoma efikasan u sprečavanju ISS.

## **PRIKAZ SLUČAJA**

U prikazanom slučaju radi se o sportisti – odbojkašu starosti 21 godine. Deset godina je aktivno trenirao i igrao odbojku. Za to vreme redovno je obavljao lekarske preglede na 6 meseci. Na svim pregledima nalazi su bili u fiziološkim granicama. Nikada nije ispoljavao ni prijavljivao subjektivne zdravstvene smetnje. U porodičnoj anamnezi negirao je postojanje

---

srčanih bolesti kod bliskih srodnika mlađih od 50 godina. Dana 07. 08. 2018. godine do tada zdrav sportista naglo je izgubio svest, hospitalizovan je i reanimiran zbog komorske fibrilacije. Dana 14. 08. 2018. godine premešten je iz Opšte bolnice Kruševac u Kliniku za urgentnu internu medicinu VMA, intubiran, u komatoznom stanju. Toksikološke analize na opijate bile su negativne. Stanje svesti se nije menjalo i u toku hospitalizacije na VMA, pri čemu je bolesnik bio stalno visoko febrilan ( $40^{\circ}\text{C}$ ). Sinusni ritam srca održavao se i u komatoznom stanju. Teško stanje bolesnika dodatno se pogoršava obostranom upalom pluća, hidrotoraksom, sepsom, insuficijencijom bubrega i oštećenjem jetre. I pored kompletne i intenzivne terapije, stanje bolenika se nije menjalo i 17. 08. 2018. godine nastupio je smrtni ishod.

### **Klinički nalaz**

Comma. St. post renimationem ad X factor. Fibrilatio ventriculorum. Bronhopneumonia bill. Effusio pleure bill. Sepsis. Insufficientia renum acuta. Insuff. cardiorespiratoria. Asystolia terminalis.

### **Patološkoanatomski nalaz**

Na obdukciji su nađene degenerativne i zastojne promene na mozgu i oštećenja usled edema, ali u okviru dugotrajne intubacije i komatoznog stanja (tzv. respirator brain). Masivna nekroza jetre, splenitis i destrukcija plućnog parenhima sa poljima konsolidacije predstavljaju rezidue prethodno lečenog septičnog stanja. Na srcu je prisutna zamena ili fibroadipozna displazija srčanih vlakana masnim tkivom i destrukcija miofibrila s mikrohemoragijama i inflamatornim promenama. Razvila se renalna i respiratorna infucijacija i obostrana bronhopneumonija, koja predstavlja neposredni uzrok smrti.

### **Patološkoatomska dijagnoza**

Bronchopneumonia acuta bill. Hydrothorax bill. Oedema pulmonum. Oedema et autolysis cerebri. Hypertrophio myocardi precipue sinistri cordis. Necrosis hepatis masiva. Hypaeremia pasiva et autolysis organorum omnium (pulmonis, hepatis, lienis, renis, pancreatis,

---

glandinorum suprarenalis, glandulae pituitariae). Atherosclerosis focalis aortae thoracalis et abdominalis gradus leviorum.

### **Patohistološka dijanoza**

Hypertrophio myocardii. Cardiomyopathia ventriculi dextri arrythmogenes – klinički termin. Dysplasio fibrolipomatoza myocardii. Fragmentati et eosiniphilia myocardi – ischaemia ac. Microhaemorrhagiae fibrorum myiocardii.

### **Diagnoses principales**

Comma post reanimationem propter fibrilatio ventriculorum.

Dysplasio fibroadiposa parietis ventriculi dextri cordis.

### **Causa mortis**

Bronchopneumonia acuta

## **ZAKLJUČAK**

Aritmogena displazija desne komore jeste entitet koji zaslužuje veliku pažnju naučnoistraživačke javnosti s obzirom na prognozu i nepostojanje efikasne terapije. Ipak, u ovom je trenutku na raspolaganju niz dijagnostičkih mera za prepoznavanje artimogene ventrikularne displazije i snižavanje stope incidencije iznenadne srčane smrti. S obzirom na uticaj genetike, potrebno je obratiti pažnju i na članove porodice osobe kod koje je postavljena dijagnoza i uputiti ih u pravcu odgovarajuće ustanove koja poseduje mogućnosti za dijagnostiku ovog oboljenja. U prikazanom slučaju, ARVD je dijagnostikovana nakon patohistološkog nalaza. Ona je bila “okidač” za nastanak komorskih fibrilacija, gubitak svesti i kome, oštećenja svih vitalnih organa u toku reanimacije i smrti mladog sportiste. Prema evropskim preporukama za učestvovanje u rekreativnom i takmičarskom sportu, svi oni sa kliničkom dijagnozom ove bolesti ne treba da se bave takmičarskim sportom. Međutim, oni koji nemaju simptome a bolest je otkrivena zahvaljujući promenama na EKG-u ili ehokardiografski, mogu se baviti sportovima niske statike i niske dinamike.

---

## **LITERATURA**

Mazić S, Ilić V, Djelić M, Arandjelović A. Sudden cardiac death in young athletes. Srp Arh Celok Lek. 2011;139

Mazić S, Lazović B, Đelić M. Aritmogena kardiomiopatija desne komore kao uzrok iznenadne srčane smrti mladih – pregled literature. Med Pregl 2012; LXV (9-10): 396-404. Novi Sad: septembar-oktobar.

Popović D, Brkić P, Nešić D, Stojiljković S, Šćepanović Lj, Ostojić M. Elektrofiziološke karakteristike sportskog srca. Med Pregl. 2007; Nava A, Rossi L, Thiene G, eds. Arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy/dysplasia. Amsterdam: Elsevier, 1997.

## **ARRHYTHMOGENIC RIGHT VENTRICULAR DYSPLASIA**

**(A case report)**

### **SUMMARY**

Arrhythmogenic right ventricular dysplasia (ARVD), also known as Arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy (ARVC), is by far the most frequent cardiomyopathy which primarily affects right ventricle. ARVD is a genetic disease which is being inherited autosomally dominantly in 50 % of cases. The basic morphological substrate of this disease is segmental, progressive, non-inflammatory loss of myocytes and their replacement with connective and fat tissue. The symptoms are different but are mostly presented as palpitations, presyncope and syncope, and not rarely, sudden cardiac death is the first symptom of the disease mostly with young people and athletes. The disease is clinically manifested with life threatening ventricular arrhythmia, it is more frequent among men in proportion 3 to 1. The diagnosis of arrhythmogenic cardiomyopathy/dysplasia can be very hard because of electrocardiographic specificities and the various etiology of potential ventricular arrhythmia. For making the

---

diagnosis of arrhythmogenic cardiomyopathy of the right ventricle we use a number of tests. Screening before active engagement into sports is shown as efficient in discovering asymptomatic patients. The case study is about a 21- year -old athlete – volleyball player who had actively trained volleyball for 10 years. During that period he had attended regular medical examinations in 6 months time. On all examinations the findings were in the physiological limits. He had never had subjective medical problems. On August 7th, 2018 a healthy athlete by then lost consciousness, was hospitalized and reanimated for ventricular fibrillation. During the reanimation some other diseases appeared and all vital organs were damaged. On August 17th 2018 the patient died because of the bilateral lung inflammation. The autopsy results showed ARVD that as the trigger for ventricular fibrillation, loss of conciousn and complications which arose during the reanimation.

***Key words: Arrhythmogenic Right Ventricular Dysplasia, Cardiomyopathies, Death Sudden Cardiac, Defibrillators Implantable***

---

## **ПРОЦЕНЕ ЛЕКАРА У ОСИГУРАЊУ КАО ПОТЕНЦИЈАЛНИ ПРЕДМЕТ ВЕШТАЧЕЊА У ЖАЛБЕНОМ И СУДСКОМ ПОСТУПКУ**

Ђорђе Бранковић

### **РЕЗИМЕ**

Грађански спорови у осигурању су најчешће последица непознавања права која проистичу из осигурања, нереалних очекивања од осигурања, намере да се оствари већа материјална добит од оне која осигураницима објективно припада по основу осигурања, намере да се остваре права која нису обухваћена осигурањем. Случајева у којима постоји објективан пропуст осигуравача и лекара – цензора веома су ретки. Клијенти који нису задовољни одлуком осигуравајућег друштва имају на располагању више апелационих инстанци, којима могу да упуне приговор или тужбу.

Осигураници, директно или преко правних заступника, упућују приговоре и тужбе с различитим захтевима. Тужбе су најчешће везане за нематеријалну штету, док су приговори углавном везани за висину исплаћене новчане суме и проценат инвалидитета. Када су у питању грађански спорови у осигурању, озбиљан проблем за вештаке медицинске струке представља и чињеница да предмет вештачења често није прецизно дефинисан. Терминолошка конфузије везана за појмове инвалидитета, опште радне способности, животне активности, нематеријалне штете и права на нематеријалну штету у

---

пракси се најчешће сусреће у споровима везаним за осигурање, што такође отежава медицинско вештачење.

***Кључне речи: осигурање, спорови, медицинско вештачење, начела заједништва, ЗОИЛ***

## **УВОД**

Процене лекара – цензора у осигурању, на основу којих осигуравач доноси одлуку везану за захтев осигураника, строго су детрминисане правилима струке, доктринама осигурања, условима осигурања и врстом осигурања. Упркос наведеном, одлуке осигуравача и процене лекара – цензора могу да представљају предмет грађанског спора.

Заблуде везане за осигурање и неразумевања начела на којима се заснива осигурање битан су фактор који утиче на грађанске спорове у осигурању. Грађански спорови у осигурању су у првом реду последица чињенице да осигураници нису адекватно упознати са суштином делатности осигурања и правима која проистичу из осигурања, што проузрокује нереална материјална очекивања од осигурања.

У циљу идентификовања проблема с којима се вештаци медицинске струке суочавају у грађанским споровима у осигурању, представљени су предмети, циљеви и специфичности медицинског вештачења у зависности од врсте осигурања.

---

## **ОСИГУРАЊЕ– ДЕФИНИЦИЈА, ОСНОВНА НАЧЕЛА**

Осигурање се дефинише као финансијска активност која се састоји у томе да регистровани субјекти на тржишту (осигуравајућа друштва) прикупљају средства (премије осигурања) од физичких и привредних субјеката (уговарачи сигурања, осигураници) да би им, у случају наступања ризика који су предвиђени уговором о осигурању (полиса осигурања), исплатили накнаду штете, односно исплату уговореног новчаног износа осигуранику или кориснику осигурања.

Суштински, осигурање је облик удружилаца ради заштите људи и њихове имовине од потенцијалног штетног догађаја, односно ризика. Удружилац људи изложених истом ризку и увођењем правила којима се регулишу њихови међусобни односи, настају права осигуравајућих друштава.

Основна начела на којима се заснивају и функционишу осигуравајућа друштва и делатност осигурања јесу начело заједништва, начело солидарности и начело равноправности. Ангажован од стране друштва за осигурање, лекар – цензор има улогу арбитра чији је задатак да, поштујући принципе узајамности и солидарности, обезбеди равноправност чланова заједнице која се удружила око одређеног ризика или групе ризика.

Стручномедицинске процене у осигурању су везане за осигурања којима су покривени ризици везани за живот, здравље и телесни интегритет лица. Врсте осигурања у којима постоји потреба за стручномедицинским

---

проценама јесу: осигурње живота, осигурање лица од последица несрећног случаја, осигурање лица за случај болести и хируршких интервенција, здравствено осигурање, путно здравствено осигурање, осигурање опште одговорности и осигурање аутоодговорности.

Процене лекара цензора и одлуке осигуравајућих друштава доносе се у складу са строго дефинисаном законском регулативом. Услови осигурања су усклађени са Законом о облигационим односима и законима који регулишу делатност осигурања.

Теоријска и емпириска знања из области медицинске статистике, епидемиологије, социјалне медицине, медицине рада и осталих грана медицине инкорпорирана су у осигурања у којима се захтева стручномедицинска процена. Табеле морталитета и табеле увећаних ризика интегрисане су у осигурање живота, где се користе као алати за израду тарифа и за спровођење осигурања. Табеле инвалидитета су саставни део услова осигурања лица од последица несрећног случаја. Користе се за медицинске процене и утврђивање обавезе осигуравача.

Принципи и поступак стручномедицинских процена у осигурању је дефинисан правним и медицинским нормативима.

## **СПОРОВИ У ОСИГУРАЊУ – апелационе инстанце**

Клијенти који нису задовољни одлуком осигуравајућег друштва или лекара – цензора имају на располагању више апелационих инстанци од којих могу да захтевају преиспитивање и/или преиначење одлука осигуравача.

- 
- Прва инстанца је Комисија за приговоре, коју именује осигуравајуће друштво.
  - Друга инстанца је Народна банка Србије, као регулаторни орган.
  - Трећа инстанца је суд.
  - Четврта инстанца су апелациони судови и уставни суд.

Прва инстанца којој осигураници могу да уложе приговор је друштво за осигурање. Друштва за осигурање имају своје комисије за приговоре, као и службе интерне ревизије, које контролишу поштовање процедуре и усклађености одлука са условима осигурања и Законом.

Друга инстанца, која поступа по приговору осигураника је Народна банка Србије, као контролни орган за заштиту корисника финансијских услуга.

Друштво за осигурање има обавезу да се на захтев НБС изјасни о наводима из приговора осигураника. Народна банка може да захтева да осигуравач достави Услове осигурања и остала нормативна акта на основу којих је донесена одлука, а у одређеним случајевима захтева да лекар – цензор појасни и образложи одлуку. Уколико је клијент нездовољан одговором осигуравача, Народна банка може да иницира поступак медијације у циљу мирног решавања спора, при чему се осигуравачу оставља могућност измене одлуке уколико за то постоји оправдан разлог. Осигуравајуће друштво није у обавези да прихвати медијацију НБС.

Трећа апелациона инстанца је суд. За разлику од Народне банке, која неможе да утиче на одлуку осигуравача, суд је инстанца која може да преиначи одлуку друштва за осигурање и чије су одлуке обавезујуће. У циљу

---

доношења одлуке, суд може да захтева стручну експертизу и да ангажује вештака медицинске струке.

## **ПРЕДМЕТ СПОРОВА У ОСИГУРАЊУ**

Све процене које у осигурању доносе лекари – цензори представљају потенцијални предмет приговора осигураника или тужби суду. Осигураници, директно или преко правних заступника, упућују проговоре с различитим захтевима.

### **1. Приговори по основу осигурања живота**

У случају смрти осигураника, обавезу осигуравача утврђује лекар – цензор. Његов задатак је да утврди да ли је болест која је проузрокovala смрт постојала пре закључења осигурања. Пре закључења Уговора о осигурању потенцијални осигураник попуњава Образац с подацима о здравственом стању и потписује изјаву којом потврђује да су подаци о здравственом стању истинити. Уколико се утврди да је осигураник дао неистините податкеили прећутао важне околности везане за здравствено стање, осигуравач умањује или одбија обавезу по основу осигурања живота.

---

Готово у свим случајевима у којима је због прећутаних околности осигуравач одбацио захтев по основу осигурања живота или умањио осигурану суму, корисници осигурања улажу приговор осигуравачу са захтевом да осигуравач ревидира своју одлуку. Уколико се спор не реши на овом нивоу, корисници осигурања упућују приговор Народној банци Србије. Корисници осигурања се веома ретко обраћају суду.

## **2. Приговори у којим се захтева накнада за претрпљене болове, страх и остале видове нематеријалне штете**

Сагласно Уредби владе Србије која се односи на последице саобраћајне незгоде код аутодговорности, нематеријална штета обухвата: физички бол, претрпљени страх, душевни бол због умањења животне активности, душевни бол због наружености, душевни бол због смрти близског лица и душевни бол због нарочито тешког инвалидитета близског лица.

Захтеви за накнаду нематеријалне штете су чест предмет приговора и тужби. Право на накнаду нематеријалне штете односи се искључиво на трећа лица по основу осигурања опште одговорности.

Код добровољног осигурања лица од последица несрећног случаја, осигураници немају право на накнаду нематеријалне штете. Осигуравач одбија приговоре за накнаду нематеријалне штете по основу осигурања незгоде, као неосноване.

---

Код добровољних осигурања се уместо термина накнада штете користи термин испуњење уговорне обавезе. Термин накнада штете се користи у такозваним имовинским осигурањима, док се термин накнада нематеријалне штете користи код осигурања опште одговорности и аутодговорности.

### **3. Приговори на висину исплаћене новчане суме**

С обзиром на то да сума која се исплаћује осигуранику зависи од осигуране суме (износа на који је лице осигурено) и процента умањења опште радне способности, осигуравач овакве приговоре углавном одбија као неосноване, осим у случају када се на основу додатне документације утврди постојање телесног оштећења у већем проценту.

### **4. Приговори на проценат инвалидитета**

Ови приговори су суштински најређи. Проценат инвалидитета утврђује лекар – цензор. Ако су одлуке лекара – цензора стручне и засноване на уједначеном критеријуму, већина приговора је суштински неоснована. Одлуке се доносе према строго утврђеним критеријумима, тако да могу да се одбране на свим апелационим нивоима.

Најчешћи разлог због кога одлука може да буде оспорена је процедуралне природе, ма колико била утемељена на стручности и

---

правичности. Из овог разлога веома је важно да лекар – цензор поштује правила и процедуре којим се јасно прописује време и начин доношења одлуке. Неопходно је да документација буде комплетна и да одлука буде донета после завршетка лечења, односно после истека периода прописаног за поједине повреде (за повреде главе период од 10 месеци, повреде периферних нерава после 2 године...).

## **МЕСТО И УЛОГА ВЕШТАКА МЕДИЦИНСКЕ СТРУКЕ**

Када су у питању спорови у осигурању, вештак медицинске струке може да буде ангажован у судском поступку, у поступку медијације и у поступку вансудског поравнања.

У редовном судском спору, суд ангажује вештака медицинске струке, кога прихватају обе стране у спору. У пракси, осигуравајуће друштво најчешће прихвата вештака кога је предложио тужилац. За избор вештака у поступку медијације и вансудског поравнања, такође је неопходна сагласност обе стране.

У неким случајевима заступник осигураника уз захтев за исплату прилаже Извештај вештака медицинске струке, сачињен за потребе радног, прекрајног или кривичног поступка. Оваква вештачења најчешће нису

---

примењива у осигурању с обзиром на то да предмет вештачења није у вези са осигурањем.

У појединим случајевима осигураници или адвокати уз одштетни захтев или уз приговор достављају Мишљење судског вештака. У оваквим случајевима предмет медицинског вештачења се најчешће не подудара с предметом осигурања. Вештаци се најчешће фокусирају на нематеријалну штету, која не мора да буде, а најчешће и није обухваћена осигурањем. Постоје и случајеви у којима се вештаци „ангажовани“ од стране адвоката понашају непрофесионално и утврђују произвољне процене инвалидитета, односно утврђују процене инвалидитета који нису утемељенни ни у Табели за одређивање процента трајног губитка опште радне способности (инвалидитета), ни у Табели за оријентациону процену анатомских и функционалних поремећаја организма као последица повреда и болести.

### **Предмет и циљеви медицинског вештачења у споровима**

Приликом одређивања медицинског вештачења, потребно је да се правилно дефинише шта је предмет вештачења и на која питања вештак треба да одговори.

Начин и принципи вештачења у кривичном поступку прописани су Закоником о кривичном поступку (ЗКП) и Кривичним закоником (КЗ).

---

Подразумева се да судски вештак кроз праксу овлада и проблематиком која произилази из кривичног и кривично процесног права, која му је неопходна да на квалитетан начин обави посао вештачења и одговори на захтеве суда.

Када су у питању радни спорови, такође постоје практична правила којима се прописује начин, принцип и форма вештачења. За квалитетно вештачење радних спорова, поред знања из области медицине, неопходно је познавање основа радног права и прописа везаних за безбедност на раду, као што је акт о процени ризика, безбедности и здравља на раду.

Када су у питању грађански спорови у осигурању, озбиљан проблем за вештаке медицинске струке представља чињеница да предмет вештачења није увек дефинисан на јасан и прецизан начин. Терминолошка конфузија везана за појмове инвалидитета, опште радне способности, животне активности, нематеријалне штете и права на нематеријалну штету у пракси се најчешће среће у споровима везаним за осигурање. Из овог разлога вештаци медицинске струке, поступајући по захтеву суда или тужиоца (осигураника и/или његовог правног заступника), по правилу вештаче нематеријалну штету чак и у случајевима када она није предмет осигурања, што може да обесмисли вештачење у целини.

Да би вештак медицинске струке исправно и квалитетно одговорио на питања везана за спорове у осигурању, неопходно је познавање суштине делатности осигурања, услова осигурања и врсте осигурања од које зависи предмет вештачења.

---

Без обзира о којој врсти осигурања је реч, задатак вештака медицинске струке ја да на основу прегледа осигураника и увида у медицинску документацију утврди постојање и број повреда, да опише повреде, да утврди врсту повреда (класификација) и тежину повреда (квалификација).

Уколико је вештак медицинске струке ангажован у споровима везаним за Оигурање лица од последица несрећног случаја, вештак даје мишљење о проценту умањења опште радне способности. Код осигурања незгоде обавеза осигуравача постоји ако је телесно оштећење настало као последица несрећног случаја и ако је несрећни случај наступио у току трајања осигурања (временски период за који је уговорено осигурање). Од вештака медицинске стрке може да се тражи мишљење о узроку телесног оштећења (незгода или патолошки процес), као и о времену настанка повреде

Уколико је вештак ангажован у споровима по основу осигурања опште одговорности и аутоодговорности, поред анатомског и функционалног оштећења организма и умањења животне активности, предмет вештачења су физички бол, претрпљени страх, душевни бол због наружености и остали видови нематеријалне штете.

Код осигурања опште одговорности и аутоодговорности, осигураник је лице чија је одговорност покривена осигурањем, а предмет осигурања је законска грађанска одговорност осигураника за штете услед смрти, повреда тела или здравља трећег лица.

Осигурања одговорности су некада била обавезна осигурања. Сада у нашој земљи постоје само обавезна уговорна осигурања, тј. осигурања која

---

настају закључивањем уговора између лица коме је то Законом наређено и осигуравајућег друштва. Ту спадају: осигурање путника ујавном превозу, осигурање корисника односно власника моторних возила и осигурање корисника односно власника ваздухоплова.

Термин умањење животне активности, треба разликовати од термина умањење радне способности. Умањење радне способности има за последицу конкретну материјалну штетувезану за умањење зараде коју би лице остваривало да није повређено.

Термин општа животна активност подразумева обављање дневних радњи везаних за кретање, одржавање личне хигијене, исхрану, бављење спортом, читање, обављање кућних послова и других радњи везаних за задовољење личних потреба и интереса. Умањење опште животне активности и последични душевни бол представља вид штете који није мерљив материјално, па се третира као нематеријална штета.

## **ЗАКЉУЧАК**

Заблуде везане за осигурање и неразумевање начела на којима се заснива осигурање битан су фактор који генерише грађанске спорове у осигурању.

Основна начела на којима се заснива осигурање јесу заједништво, равноправност и солидарност. Друштво за осигурање и лекар – цензор имају

---

обавезу да стручним, непристрасним и правичним проценама обезбеде равноправност чланова заједнице која се удржила око одређеног ризика или групе ризика.

Поштовањем начела соидарности и равноправности обезбеђује се поверење унутар заједнице осигурања и смањује броја грађанских спорова у осигурању.

Начело заједништва је донедавно било интегрисано у назив осигуравајућих друштава – Заједница за осигурање имовине и лица (ЗОИЛ). У ЗОИЛ је владао висок степен узајамног поверења, а грађански спорови у осигурању су били изузетно ретки. Преласком на либерални концепт организације друштва, индивидуализам потискује заједништво. Иако се друштва за осигурање придржавају принципа заједништва, општи пад поверења одражава се на спорове у осигурању.

Процене лекара – цензора и одлуке осигуравајућих друштава су засноване на строгој законској регулативи и прецизно дефинисаним медицинским стандардима, због чега су грађански спорови у ретким случајевима последица објективног пропуста осигуравача или лекара – цензора.

Основни разлог за покретање грађанских спорова у осигурању су нереална очекивања од осигурања, намера да се оствари већа материјална добит од оне која осигуранику објективно припада по основу осигурања и намера да се остваре права која нису обухваћена осигурањем.

---

У циљу правилног решавања спорова у осигурању, неопходно је да стручна јавност буде упозната с начелима на којим се заснива делатност осигурања и да осигуравајућем друштву није интерес да оштети осигураника.

## LITERATURA

Branković Đ. Medicinsko veštačenje u osiguranju Svet rada 2018

Branković B. Medicina i osiguranje. Tokovi osiguranja. Časopis za teoriju i praksi osiguranja 2/2011

Govedarica V, Filipović D, Vidaković A. Preporuke zaveštačenje umanjene životne aktivnosti, Beograd: Udruženje sudskih veštaka u medicini rada 2010

Mrvić-Petrović N, Ćirić J, Počuća M., „Medicinska veštačenja u krivičnom i parničnom postupku“. Institut za uporedno pravo Beograd, 2015

Stojanović J. Principi i problemi veštačenja opšte životne aktivnosti. Svet rad 2006.

Šćepanović G, Stanković Z, Petrović, Z. i sar. Sudskomedicinsko veštačenje nematerijalne štete, Drugo izmenjeno I dopunjeno izdanje, Beograd: Službeni glasnik 2015.

**ASSESSMENT OF PHYSICIANS INSURANCE CONSULTANTS AS POTENTIAL SUBJECT MATTER OF EXPERTISE AND APPELLATE COURT PROCEEDINGS**

---

## **SUMMARY**

Civil disputes in the insurance are often the result of ignorance of the rights that are related to insurance, unrealistic expectations of insurance, intentions to achieve greater material gain from insurance, intentions to realize rights that are not covered by insurance. Cases in which there is an objective failure of insurers and doctors of censors are very rare. Clients who are not satisfied with the decision of the insurance company have at their disposal several appellate instances, which can make an objection or complaint. Insured persons, directly or through legal representatives, submit complaints and lawsuits with different requests. The lawsuits are most often related to non-material damage, while the complaints are mainly related to the amount of monetary sums paid and the percentage of disability. The serious problem for expert medical profession is also the fact that the subject of expertise is often not precisely defined. Terminological confusion related to concepts of disability, general working abilities, life activities, non-material damage and the right to non-material damage in practice is most often encountered in insurance-related disputes, which also complicates medical expertise.

***Key wrds: unrealistic expectations related to insurance, material benefits, insurance physician consultants***

---

## **ПРОЦЕНЕ ЛЕКАРА У ОСИГУРАЊУ КАО ПОТЕНЦИЈАЛНИ ПРЕДМЕТ ВЕШТАЧЕЊА У ЖАЛБЕНОМ И СУДСКОМ ПОСТУПКУ**

Ђорђе Бранковић

### **РЕЗИМЕ**

Грађански спорови у осигурању су најчешће последица непознавања права која проистичу из осигурања, нереалних очекивања од осигурања, намере да се оствари већа материјална добит од оне која осигураницима објективно припада по основу осигурања, намере да се остваре права која нису обухваћена осигурањем. Случајева у којима постоји објективан пропуст осигуравача и лекара – цензора веома су ретки. Клијенти који нису задовољни одлуком осигуравајућег друштва имају на располагању више апелационих инстанци, којима могу да упуне приговор или тужбу.

Осигураници, директно или преко правних заступника, упућују приговоре и тужбе с различитим захтевима. Тужбе су најчешће везане за нематеријалну штету, док су приговори углавном везани за висину исплаћене новчане суме и проценат инвалидитета. Када су у питању грађански спорови у осигурању, озбиљан проблем за вештаке медицинске струке представља и чињеница да предмет вештачења често није прецизно дефинисан. Терминолошка конфузије везана за појмове инвалидитета, опште радне способности, животне активности, нематеријалне штете и права на нематеријалну штету у

---

пракси се најчешће сусреће у споровима везаним за осигурање, што такође отежава медицинско вештачење.

***Кључне речи: осигурање, спорови, медицинско вештачење, начела заједништва, ЗОИЛ***

## **УВОД**

Процене лекара – цензора у осигурању, на основу којих осигуравач доноси одлуку везану за захтев осигураника, строго су детрминисане правилима струке, доктринама осигурања, условима осигурања и врстом осигурања. Упркос наведеном, одлуке осигуравача и процене лекара – цензора могу да представљају предмет грађанског спора.

Заблуде везане за осигурање и неразумевања начела на којима се заснива осигурање битан су фактор који утиче на грађанске спорове у осигурању. Грађански спорови у осигурању су у првом реду последица чињенице да осигураници нису адекватно упознати са суштином делатности осигурања и правима која проистичу из осигурања, што проузрокује нереална материјална очекивања од осигурања.

У циљу идентификовања проблема с којима се вештаци медицинске струке суочавају у грађанским споровима у осигурању, представљени су предмети, циљеви и специфичности медицинског вештачења у зависности од врсте осигурања.

---

## **ОСИГУРАЊЕ– ДЕФИНИЦИЈА, ОСНОВНА НАЧЕЛА**

Осигурање се дефинише као финансијска активност која се састоји у томе да регистровани субјекти на тржишту (осигуравајућа друштва) прикупљају средства (премије осигурања) од физичких и привредних субјеката (уговарачи сигурања, осигураници) да би им, у случају наступања ризика који су предвиђени уговором о осигурању (полиса осигурања), исплатили накнаду штете, односно исплату уговореног новчаног износа осигуранику или кориснику осигурања.

Суштински, осигурање је облик удружилаца ради заштите људи и њихове имовине од потенцијалног штетног догађаја, односно ризика. Удружилац људи изложених истом ризку и увођењем правила којима се регулишу њихови међусобни односи, настају права осигуравајућих друштава.

Основна начела на којима се заснивају и функционишу осигуравајућа друштва и делатност осигурања јесу начело заједништва, начело солидарности и начело равноправности. Ангажован од стране друштва за осигурање, лекар – цензор има улогу арбитра чији је задатак да, поштујући принципе узајамности и солидарности, обезбеди равноправност чланова заједнице која се удружила око одређеног ризика или групе ризика.

Стручномедицинске процене у осигурању су везане за осигурања којима су покривени ризици везани за живот, здравље и телесни интегритет лица. Врсте осигурања у којима постоји потреба за стручномедицинским

---

проценама јесу: осигурње живота, осигурање лица од последица несрећног случаја, осигурање лица за случај болести и хируршких интервенција, здравствено осигурање, путно здравствено осигурање, осигурање опште одговорности и осигурање аутоодговорности.

Процене лекара цензора и одлуке осигуравајућих друштава доносе се у складу са строго дефинисаном законском регулативом. Услови осигурања су усклађени са Законом о облигационим односима и законима који регулишу делатност осигурања.

Теоријска и емпириска знања из области медицинске статистике, епидемиологије, социјалне медицине, медицине рада и осталих грана медицине инкорпорирана су у осигурања у којима се захтева стручномедицинска процена. Табеле морталитета и табеле увећаних ризика интегрисане су у осигурање живота, где се користе као алати за израду тарифа и за спровођење осигурања. Табеле инвалидитета су саставни део услова осигурања лица од последица несрећног случаја. Користе се за медицинске процене и утврђивање обавезе осигуравача.

Принципи и поступак стручномедицинских процена у осигурању је дефинисан правним и медицинским нормативима.

## **СПОРОВИ У ОСИГУРАЊУ – апелационе инстанце**

Клијенти који нису задовољни одлуком осигуравајућег друштва или лекара – цензора имају на располагању више апелационих инстанци од којих могу да захтевају преиспитивање и/или преиначење одлука осигуравача.

- 
- Прва инстанца је Комисија за приговоре, коју именује осигуравајуће друштво.
  - Друга инстанца је Народна банка Србије, као регулаторни орган.
  - Трећа инстанца је суд.
  - Четврта инстанца су апелациони судови и уставни суд.

Прва инстанца којој осигураници могу да уложе приговор је друштво за осигурање. Друштва за осигурање имају своје комисије за приговоре, као и службе интерне ревизије, које контролишу поштовање процедуре и усклађености одлука са условима осигурања и Законом.

Друга инстанца, која поступа по приговору осигураника је Народна банка Србије, као контролни орган за заштиту корисника финансијских услуга.

Друштво за осигурање има обавезу да се на захтев НБС изјасни о наводима из приговора осигураника. Народна банка може да захтева да осигуравач достави Услове осигурања и остала нормативна акта на основу којих је донесена одлука, а у одређеним случајевима захтева да лекар – цензор појасни и образложи одлуку. Уколико је клијент нездовољан одговором осигуравача, Народна банка може да иницира поступак медијације у циљу мирног решавања спора, при чему се осигуравачу оставља могућност измене одлуке уколико за то постоји оправдан разлог. Осигуравајуће друштво није у обавези да прихвати медијацију НБС.

Трећа апелациона инстанца је суд. За разлику од Народне банке, која неможе да утиче на одлуку осигуравача, суд је инстанца која може да преиначи одлуку друштва за осигурање и чије су одлуке обавезујуће. У циљу

---

доношења одлуке, суд може да захтева стручну експертизу и да ангажује вештака медицинске струке.

## **ПРЕДМЕТ СПОРОВА У ОСИГУРАЊУ**

Све процене које у осигурању доносе лекари – цензори представљају потенцијални предмет приговора осигураника или тужби суду. Осигураници, директно или преко правних заступника, упућују проговоре с различитим захтевима.

### **5. Приговори по основу осигурања живота**

У случају смрти осигураника, обавезу осигуравача утврђује лекар – цензор. Његов задатак је да утврди да ли је болест која је проузрокovala смрт постојала пре закључења осигурања. Пре закључења Уговора о осигурању потенцијални осигураник попуњава Образац с подацима о здравственом стању и потписује изјаву којом потврђује да су подаци о здравственом стању истинити. Уколико се утврди да је осигураник дао неистините податкеили прећутао важне околности везане за здравствено стање, осигуравач умањује или одбија обавезу по основу осигурања живота.

---

Готово у свим случајевима у којима је због прећутаних околности осигуравач одбацио захтев по основу осигурања живота или умањио осигурану суму, корисници осигурања улажу приговор осигуравачу са захтевом да осигуравач ревидира своју одлуку. Уколико се спор не реши на овом нивоу, корисници осигурања упућују приговор Народној банци Србије. Корисници осигурања се веома ретко обраћају суду.

## **6. Приговори у којим се захтева накнада за претрпљене болове, страх и остале видове нематеријалне штете**

Сагласно Уредби владе Србије која се односи на последице саобраћајне незгоде код аутодговорности, нематеријална штета обухвата: физички бол, претрпљени страх, душевни бол због умањења животне активности, душевни бол због наружености, душевни бол због смрти близског лица и душевни бол због нарочито тешког инвалидитета близског лица.

Захтеви за накнаду нематеријалне штете су чест предмет приговора и тужби. Право на накнаду нематеријалне штете односи се искључиво на трећа лица по основу осигурања опште одговорности.

Код добровољног осигурања лица од последица несрећног случаја, осигураници немају право на накнаду нематеријалне штете. Осигуравач одбија приговоре за накнаду нематеријалне штете по основу осигурања незгоде, као неосноване.

---

Код добровољних осигурања се уместо термина накнада штете користи термин испуњење уговорне обавезе. Термин накнада штете се користи у такозваним имовинским осигурањима, док се термин накнада нематеријалне штете користи код осигурања опште одговорности и аутодговорности.

## **7. Приговори на висину исплаћене новчане суме**

С обзиром на то да сума која се исплаћује осигуранику зависи од осигуране суме (износа на који је лице осигурено) и процента умањења опште радне способности, осигуравач овакве приговоре углавном одбија као неосноване, осим у случају када се на основу додатне документације утврди постојање телесног оштећења у већем проценту.

## **8. Приговори на проценат инвалидитета**

Ови приговори су суштински најређи. Проценат инвалидитета утврђује лекар – цензор. Ако су одлуке лекара – цензора стручне и засноване на уједначеном критеријуму, већина приговора је суштински неоснована. Одлуке се доносе према строго утврђеним критеријумима, тако да могу да се одбране на свим апелационим нивоима.

Најчешћи разлог због кога одлука може да буде оспорена је процедуралне природе, ма колико била утемељена на стручности и

---

правичности. Из овог разлога веома је важно да лекар – цензор поштује правила и процедуре којим се јасно прописује време и начин доношења одлуке. Неопходно је да документација буде комплетна и да одлука буде донета после завршетка лечења, односно после истека периода прописаног за поједине повреде (за повреде главе период од 10 месеци, повреде периферних нерава после 2 године...).

## **МЕСТО И УЛОГА ВЕШТАКА МЕДИЦИНСКЕ СТРУКЕ**

Када су у питању спорови у осигурању, вештак медицинске струке може да буде ангажован у судском поступку, у поступку медијације и у поступку вансудског поравнања.

У редовном судском спору, суд ангажује вештака медицинске струке, кога прихватају обе стране у спору. У пракси, осигуравајуће друштво најчешће прихвата вештака кога је предложио тужилац. За избор вештака у поступку медијације и вансудског поравнања, такође је неопходна сагласност обе стране.

У неким случајевима заступник осигураника уз захтев за исплату прилаже Извештај вештака медицинске струке, сачињен за потребе радног, прекрајног или кривичног поступка. Оваква вештачења најчешће нису

---

примењива у осигурању с обзиром на то да предмет вештачења није у вези са осигурањем.

У појединим случајевима осигураници или адвокати уз одштетни захтев или уз приговор достављају Мишљење судског вештака. У оваквим случајевима предмет медицинског вештачења се најчешће не подудара с предметом осигурања. Вештаци се најчешће фокусирају на нематеријалну штету, која не мора да буде, а најчешће и није обухваћена осигурањем. Постоје и случајеви у којима се вештаци „ангажовани“ од стране адвоката понашају непрофесионално и утврђују произвољне процене инвалидитета, односно утврђују процене инвалидитета који нису утемељенни ни у Табели за одређивање процента трајног губитка опште радне способности (инвалидитета), ни у Табели за оријентациону процену анатомских и функционалних поремећаја организма као последица повреда и болести.

### **Предмет и циљеви медицинског вештачења у споровима**

Приликом одређивања медицинског вештачења, потребно је да се правилно дефинише шта је предмет вештачења и на која питања вештак треба да одговори.

Начин и принципи вештачења у кривичном поступку прописани су Закоником о кривичном поступку (ЗКП) и Кривичним закоником (КЗ).

---

Подразумева се да судски вештак кроз праксу овлада и проблематиком која произилази из кривичног и кривичнопроцесног права, која му је неопходна да на квалитетан начин обави посао вештачења и одговори на захтеве суда.

Када су у питању радни спорови, такође постоје практична правила којима се прописује начин, принцип и форма вештачења. За квалитетно вештачење радних спорова, поред знања из области медицине, неопходно је познавање основа радног права и прописа везаних за безбедност на раду, као што је акт о процени ризика, безбедности и здравља на раду.

Када су у питању грађански спорови у осигурању, озбиљан проблем за вештаке медицинске струке представља чињеница да предмет вештачења није увек дефинисан на јасан и прецизан начин. Терминолошка конфузија везана за појмове инвалидитета, опште радне способности, животне активности, нематеријалне штете и права на нематеријалну штету у пракси се најчешће среће у споровима везаним за осигурање. Из овог разлога вештаци медицинске струке, поступајући по захтеву суда или тужиоца (осигураника и/или његовог правног заступника), по правилу вештаче нематеријалну штету чак и у случајевима када она није предмет осигурања, што може да обесмисли вештачење у целини.

Да би вештак медицинске струке исправно и квалитетно одговорио на питања везана за спорове у осигурању, неопходно је познавање суштине делатности осигурања, услова осигурања и врсте осигурања од које зависи предмет вештачења.

---

Без обзира о којој врсти осигурања је реч, задатак вештака медицинске струке ја да на основу прегледа осигураника и увида у медицинску документацију утврди постојање и број повреда, да опише повреде, да утврди врсту повреда (класификација) и тежину повреда (квалификација).

Уколико је вештак медицинске струке ангажован у споровима везаним за Оигурање лица од последица несрећног случаја, вештак даје мишљење о проценту умањења опште радне способности. Код осигурања незгоде обавеза осигуравача постоји ако је телесно оштећење настало као последица несрећног случаја и ако је несрећни случај наступио у току трајања осигурања (временски период за који је уговорено осигурање). Од вештака медицинске стрке може да се тражи мишљење о узроку телесног оштећења (незгода или патолошки процес), као и о времену настанка повреде

Уколико је вештак ангажован у споровима по основу осигурања опште одговорности и аутоодговорности, поред анатомског и функционалног оштећења организма и умањења животне активности, предмет вештачења су физички бол, претрпљени страх, душевни бол због наружености и остали видови нематеријалне штете.

Код осигурања опште одговорности и аутоодговорности, осигураник је лице чија је одговорност покривена осигурањем, а предмет осигурања је законска грађанска одговорност осигураника за штете услед смрти, повреда тела или здравља трећег лица.

Осигурања одговорности су некада била обавезна осигурања. Сада у нашој земљи постоје само обавезна уговорна осигурања, тј. осигурања која

---

настају закључивањем уговора између лица коме је то Законом наређено и осигуравајућег друштва. Ту спадају: осигурање путника ујавном превозу, осигурање корисника односно власника моторних возила и осигурање корисника односно власника ваздухоплова.

Термин умањење животне активности, треба разликовати од термина умањење радне способности. Умањење радне способности има за последицу конкретну материјалну штетувезану за умањење зараде коју би лице остваривало да није повређено.

Термин општа животна активност подразумева обављање дневних радњи везаних за кретање, одржавање личне хигијене, исхрану, бављење спортом, читање, обављање кућних послова и других радњи везаних за задовољење личних потреба и интереса. Умањење опште животне активности и последични душевни бол представља вид штете који није мерљив материјално, па се третира као нематеријална штета.

## **ЗАКЉУЧАК**

Заблуде везане за осигурање и неразумевање начела на којима се заснива осигурање битан су фактор који генерише грађанске спорове у осигурању.

Основна начела на којима се заснива осигурање јесу заједништво, равноправност и солидарност. Друштво за осигурање и лекар – цензор имају

---

обавезу да стручним, непристрасним и правичним проценама обезбеде равноправност чланова заједнице која се удржила око одређеног ризика или групе ризика.

Поштовањем начела соидарности и равноправности обезбеђује се поверење унутар заједнице осигурања и смањује броја грађанских спорова у осигурању.

Начело заједништва је донедавно било интегрисано у назив осигуравајућих друштава – Заједница за осигурање имовине и лица (ЗОИЛ). У ЗОИЛ је владао висок степен узајамног поверења, а грађански спорови у осигурању су били изузетно ретки. Преласком на либерални концепт организације друштва, индивидуализам потискује заједништво. Иако се друштва за осигурање придржавају принципа заједништва, општи пад поверења одражава се на спорове у осигурању.

Процене лекара – цензора и одлуке осигуравајућих друштава су засноване на строгој законској регулативи и прецизно дефинисаним медицинским стандардима, због чега су грађански спорови у ретким случајевима последица објективног пропуста осигуравача или лекара – цензора.

Основни разлог за покретање грађанских спорова у осигурању су нереална очекивања од осигурања, намера да се оствари већа материјална добит од оне која осигуранику објективно припада по основу осигурања и намера да се остваре права која нису обухваћена осигурањем.

---

У циљу правилног решавања спорова у осигурању, неопходно је да стручна јавност буде упозната с начелима на којим се заснива делатност осигурања и да осигуравајућем друштву није интерес да оштети осигураника.

## LITERATURA

Branković Đ. Medicinsko veštačenje u osiguranju Svet rada 2018

Branković B. Medicina i osiguranje. Tokovi osiguranja. Časopis za teoriju i praksi osiguranja 2/2011

Govedarica V, Filipović D, Vidaković A. Preporuke zaveštačenje umanjene životne aktivnosti, Beograd: Udruženje sudskih veštaka u medicini rada 2010

Mrvić-Petrović N, Ćirić J, Počuća M., „Medicinska veštačenja u krivičnom i parničnom postupku“. Institut za uporedno pravo Beograd, 2015

Stojanović J. Principi i problemi veštačenja opšte životne aktivnosti. Svet rad 2006.

Šćepanović G, Stanković Z, Petrović, Z. i sar. Sudskomedicinsko veštačenje nematerijalne štete, Drugo izmenjeno I dopunjeno izdanje, Beograd: Službeni glasnik 2015.

**ASSESSMENT OF PHYSICIANS INSURANCE CONSULTANTS AS POTENTIAL SUBJECT MATTER OF EXPERTISE AND APPELLATE COURT PROCEEDINGS**

---

## **SUMMARY**

Civil disputes in the insurance are often the result of ignorance of the rights that are related to insurance, unrealistic expectations of insurance, intentions to achieve greater material gain from insurance, intentions to realize rights that are not covered by insurance. Cases in which there is an objective failure of insurers and doctors of censors are very rare. Clients who are not satisfied with the decision of the insurance company have at their disposal several appellate instances, which can make an objection or complaint. Insured persons, directly or through legal representatives, submit complaints and lawsuits with different requests. The lawsuits are most often related to non-material damage, while the complaints are mainly related to the amount of monetary sums paid and the percentage of disability. The serious problem for expert medical profession is also the fact that the subject of expertise is often not precisely defined. Terminological confusion related to concepts of disability, general working abilities, life activities, non-material damage and the right to non-material damage in practice is most often encountered in insurance-related disputes, which also complicates medical expertise.

***Key wrds: unrealistic expectations related to insurance, material benefits, insurance physician consultants***

---

## **П О ПШТИМ ПРИНЦИПИМА СУДСКОМЕДИЦИНСКОГ ВЕШТАЧЕЊА У МЕДИЦИНИ РАДА**

### **ОСНОВНИ ПРИНЦИПИ СУДСКОМЕДИЦИНСКОГ ВЕШТАЧЕЊА**

Jovanović Miloš, Jovanović Branka

#### **РЕЗИМЕ**

U radu je govoreno o osnovnim principima sudskomedicinskog veštačenja. Prvo su objašnjeni pojmovi sudskomedicinskog veštaka i sudskomedicinskog veštačenja. Nadalje, istaknuto je da veštaka određuje sud i precizirano je ko sve može biti veštak. Objasnjen je i pojam stručnog savetnika. U radu je posebno obrađeno poglavlje načina sastavljanja sudskomedicinskog veštačenja. Rečeno je da ono može biti usmeno i pismeno. Detaljno su objašnjene sve faze sastavljanja pisanog veštačenja: preuzimanje predmeta, proučavanje medicinske dokumentacije i sudskih spisa iz predmeta, pregled pacijenta za potrebe veštačenja od strane veštaka, pisanje samog veštačenja, i na kraju vraćanje veštačenja sudu. Objasnjen je i obraćanje učesnika u postupku, tužioca i tuženog, veštaku uz pomoć pisanih podnesaka. Objasnjen je i zasvršni deo učešća sudskomedicinskog veštaka u veštačenju i to na glavnoj raspravi, i pri tome su izneta njegova prava i njegove obaveze na suđenju. Završni čin suđenja Presuda je data samo jednom rečenicom i rečeno je da je to, pre svega, pravna radnja suđenja u kojoj veštak ne učestvuje

*Ključне речи: судскомедицински вештак, судскомедицинско вештачење, усмено и писано вештачење, писани поднесци, главна расправа на суду*

#### **ŠTA JE TO VEŠTAČENJE?**

---

Veštačenje predstavlja jednu od dokaznih radnji u sudskom procesu. U različitim ljudskim delatnostima kada se dese neki događaji koji su van pravno propisanih normi ponašanja preduzimaju se sudski procesi. Zadatak tih sudskih procesa je da se utvrdi pravna istina vezana za taj inkriminisani događaj i da se izrekne odgovarajuća sankcija koja je adekvatna propisanom kaznama za tu vrstu prekršaja ili za tu vrstu krivice.

U sudskom veću rade i sudom predsedavaju osobe koji imaju završen pravni fakultet, pa time raspolažu pravnim znanjem. Ukoliko se na sudu vodi proces iz bilo koje druge oblasti, van pravne struke, potrebno je razjašnjenje situacija koje su se dešavale u tim slučajevima od strane stručnjaka iz te oblasti, jer on raspolaže tim znanjem. U čl.113 ZKP upravo postoji taj jasno definisani razlog za veštačenje: "Organ postupka odrediće veštačenje kada je za utvrđivanje ili ocenu neke činjenice u postupku potrebno stručno znanje kojim sud ne raspolaže. Veštačenje se ne može odrediti radi utvrđivanja ili ocene pravnih pitanja o kojima se odlučuje u postupku".

### **POJAM SUDSKOMEDICINSKOG VEŠTAKA I VEŠTAČENJA**

Korišćenje znanja i iskustva iz medicinske nauke za razjašnjenja činjenica koje su predmet dokazivanja u pravnom sporu naziva se *sudskomedicinsko veštačenje (expertisis medicoforensis)*. Lekar ili neki drugi medicinski stručnjak, koji vrši veštačenje naziva se *sudskomedicinski veštak (expertus medicoforensis)*. On otkriva i razjašnjava suđu isključivo stručnu medicinsku istinu i time doprinosi tačnom utvrđivanju činjeničkog stanja.

Treba znati da se lekar pred sudom može pojaviti kao *svedok*, kao *stručno lice* i kao *veštak*. U svakom od ovih slučaja obaveze i prava lekara prema suđu su različite. Ukoliko je sud lekara pozvao kao *svedoka*, onda u takvom slučaju za njega važe sva ona pravila koja važe i za druge svedoke:

- on će preneti suđu činjenice iz ličnog saznanja ono što je video ili što je čuo u vezi sa predmetom suđenja;
- ne mora i ne može biti upoznat sa prikupljenim činjenicama u predmetu;
- sud ga saslušava pojedinačno.

---

*Stručno lice* je lekar koji raspolaže odgovarajućim stručnim medicinskim znanjem, te se od njega dobijaju potrebni stručni medicinski nalazi. Sva medicinska dokumentacija u predmetu je plod stručnih lica lekara, lekara različitih specijalnosti.

*Sudskomedicinski veštak*, pored stručnog medicinskog znanja, mora da poseduje još “nešto” više od toga, što mu omogućuje povezivanje stručnih činjenica sa određenim drugim okolnostima koje proističu iz različitih akata koji postoje u sudskom predmetu i izvođenje određenih zaključaka i davanje svog ekspertskeg mišljenja. O ovome govori svakodnevna praksa sudskomedicinskog veštaka. Iako se u predmetu nalazi medicinska dokumentacija, medicinski nalazi različitih specijalista, to суду nije dovoljno da proceni pravnu istinu, te traži veštačenje. Tek će sudskomedicinski veštak, proučavanjem i konfrontiranjem te medicinske dokumentacije međusobno, upoznavanjem sa određenim činjenicama iz sudskih spisa, kao i na osnovu pregleda pacijenta, moći da iznese relevantno mišljenje, koje će суду pomoći u donošenju presude. Iz ovog se jasno može zaključiti da je sudskomedicinsko veštačenje “starije” od bilo kog pojedinačnog medicinskog nalaza u predmetu.

Suprotno od lekara kao svedoka, sudskomedicinski veštak:

- utvrđuje i procenjuje činjenice na osnovu medicinskog znanja i na osnovu toga daje svoj zaključak i svoje mišljenje;
- uvek se unapred detaljno upoznaje sa predmetom veštačenja;
- ima pravo da postavlja pitanja učesnicima u sporu u vezi sa predmetom veštačenja;
- može da zahteva nove pregledе i ispitivanja pacijenata.

## **KO ODREĐUJE I IMENUJE SUDSKOMEDICINSKE VEŠTAKE?**

Veštace, pa i sudskomedicinske veštace, određuje i imenuje sud. Ranije je to isključivo radio sud po svojoj službenoj dužnosti. Po najnovijem veštaku može predložiti i stranka u postupku, što je jasno rečeno u čl. 117 ZKP “Organ postupka po službenoj dužnosti, ili na predlog stranke i branioca određuje veštačenje pisanom naredbom ... Ako veštačenje predloži stranka ili branilac, organ postupka ga može pozvati da predloži lice, odnosno stručnu ustanovu,

---

ili državni organ kome treba poveriti veštačenje i da postavi pitanja na koja veštak treba da odgovori.” Bilo da je veštak imenovan po službenoj dužnosti od strane suda, ili na predlog stranaka ili jedne od stranaka u postupku, sud u pisanoj formi obaveštava o ovome sve strane odnosno učesnike u postupku.

## **KO MOŽE BITI VEŠTAK?**

U principu veštak može biti svaki lekar, ili svaki zdravstveni ekspert za svoju oblast ako sud tako odluči. Posle imenovanja od strane suda veštak se mora odazvati na veštačenje, ili mora navesti opravdani razlog, koji će sud ceniti, zbog čega on to ne može da prihvati. Zakonom je jasno određeno ko i kako može biti imenovan za veštaka. U čl. 114 ZKP se kaže: “Za veštačenje će se, po pravilu, odrediti jedan veštak, a ako je veštačenje složeno – dva ili više veštaka. Ako za određenu vrstu veštačenja postoje veštaci sa spiska stalnih veštaka, drugi veštaci se mogu odrediti samo ako postoji opasnost od odlaganja ili ako su stalni veštaci sprečeni ili ako to zahtevaju druge okolnosti”. U istom članu se kaže da se za veštačenje može odrediti i stručna ustanova ili državni organ, koji nakon toga određuju jednog ili više svojih stručnjaka za davanje nalaza i mišljenja. Za to je odgovoran direktor te ustanove. U izuzetnim slučajevima veštačenje se može poveriti sudskomedicinskom veštaku, stručnoj ustanovi ili organu druge države.

## **STRUČNI SAVETNICI**

Jedna od značajnih novina u veštačenju je uvođenje *stručnog savetnika* u procesu dokazivanja istine na суду. To je lice koje raspolaže stručnim znanjem iz oblasti u kojoj je određeno veštačenje, a u ovom slučaju to je lekar ili neki drugi medicinski stručnjak jer se radi o sudskomedicinskom veštačenju. Po čl.125 ZKP stručni savetnik mora biti sa spiska veštaka ako ga postavlja organ postupka. Na суду stručni savetnik se ispituje o predmetu veštačenja (čl. 126 ZKP) i pri tome on daje samo *iskaz* a ne nalaz i mišljenje, kao što to čini veštak. Uloga stručnog savetnika je u funkciji provere veštačenja obzirom da je on “stručno lice”. Ukoliko postoje suprotnosti između nalaza i mišljenja veštaka i iskaza stručnog savetnika, sud nema obavezu da

---

odredi "super veštačenje" jer *iskaz i veštačenje* nisu u istoj ravni, sud će se u tom slučaju ponašati na osnovu svog slobodnog sudijskog uverenja.

Veštačenje se može obaviti usmeno I pismeno.

### **USMENO VEŠTAČENJE**

*Usmeno veštačenje* se u praksi sprovodi retko. Vrši se na taj način što veštak na glavnoj raspravi u суду odgovara na postavljena pitanja od strane predsedavajućeg sudskega i daje svoja razjašnjenja i iznosi svoje mišljenje u vezi predmeta veštačenja, a na osnovu svog stručnog znanja. Pri tome ono što govori veštak ulazi u zapisnik.

Notiranje iznetog mišljenja veštaka u zapisnik se može vršiti na dva načina. Jedan je da veštak prvo iznese svoje mišljenje a onda da sudska komisija diktira izrečeno u zapisnik. Međutim, ponekada se može desiti da dođe do nepreciznosti onog što sudska komisija posle veštaka diktira u zapisnik, što je i razumljivo jer sudska komisija ne raspolaže medicinskim znanjem i medicinskom terminologijom. U tim momentima veštak treba, a i u obavezi je, da interveniše i da tačno precizira ono što je rekao, jer je to od bitne važnosti za dalji postupak.

Drugi način je da sam veštak svoje mišljenje direktno diktira u zapisnik, što u mnogome olakšava posao i veštaku i sudskej komisiji.

### **PISANO VEŠTAČENJE**

Pisano sudskomedicinsko veštačenje je veoma često. Ono ima niz prednosti u odnosu na usmeno. Veštak ima dovoljno vremena da na miru prouči svu medicinsku dokumentaciju i sudske spise. Može da konsultuje stručnu literaturu vezanu za taj slučaj, ako je to neophodno, može da konsultuje svoje kolege u vezi predmeta veštačenja i nameravanih odgovora, a sve u cilju pružanja sudskej komisiji preciznijih odgovora.

Da bi se sačinilo pisano sudskomedicinsko veštačenje treba sprovesti sledeće radnje:

- preuzimanje predmeta iz suda:

- 
- proučavanje medicinske dokumentacije i drugih sudske akata priloženih u sudsakom predmetu;
  - pregled oštećenog;
  - pisanje veštačenja;
  - dostavljanje pisanog veštačenja sudu.

Pošto je imenovao veštaka, sud mu dostavlja poziv za preuzimanje predmeta iz suda. Uz poziv ponekada se veštaku dostavlja i kopija rešenja za veštačenje. Sa pozivnicom veštak odlazi u pisarnicu suda i podiže predmet, i to predmet u celini a ne samo medicinsku dokumentaciju koja postoji u njemu. Treba naglasiti u ovom smislu veštaci su prednosti u dnosu na advokate, jer advokati mogu da preuzmu predmet i da ga razgledaju tu u sudu u posebnoj prostoriji za "razgledanje" predmeta, dok veštak, uz revers, podiže predmet i nosi ga kući. Razlog za to je što se veštak smatra "*službenikom*" suda i on svojim veštačenjem radi za sud, dok advokat uvek radi samo za jednu stranu u postupku. Sudski predmet se može dostaviti veštaku i preko sudske dostavljača ili preko pošte, posebno upakovani.

Veštak će se detaljno upoznati i proučiti svu medicinsku dokumentaciju koja je priložena u sudsakom predmetu. Tu medicinsku dokumentaciju sačinjavaju različiti nalazi lekara i lekara specijalista, različiti snimci (Rtg, RKG, NMR, CT), laboratorijski nalazi i sve drugo što je vezano sa medicinske strane za pacijenta. Pored medicinske dokumentacije, u cilju sačinjavanja veštačenja, veštak će proučiti i nemedicinske spise iz sudskega predmeta (izjave svedoka, načine oboljevanja i nanošenja povreda), što je od važnosti u davanju relevantnog mišljenja. U slučajevima kada veštak proceni da je potrebno i dodatno ispitivanje i dodatni pregledi pacijenta on to može da zahteva od suda, kao što se mogu postavljati i dodatna pitanja licu koje daje izjave na sudu. To je precizirano čl.120 ZKP "Veštak ima pravo da od organa postupka i stranaka traži i dobije dopunska razjašnjenja, da pregleda predmete i razmatra spise, da predlaže da se prikupe dokazi ili pribave predmeti i podaci koji su od važnosti za davanje nalaza i mišljenja ... ili da licu koje daje izjavu postavi određena pitanja". Važno je istaći da je pisano veštačenje po važnosti "stariji" akt od bilo kog pojedinačnog medicinskog nalaza u predmetu, jer veštačenje pretstavlja analizu, a nakon tog sintezu svih tih pojedinačnih nalaza.

---

Pre sačinjavanja veštačenja treba pozvati oštećenog radi pregleda za potrebe veštačenja. Pozivanje se vrši preko suda, preko njegovog branioca ili direktno telegramski, obzirom da adresa oštećenog postoji u sudskom predmetu. Pregled obavlja sudskomedicinski veštak, sa onoliko detalja koliko je to potrebno radi davanja odgovora na sva pitanja postavljena u rešenju za veštačenje. Nekada pregled oštećenog nije moguće obaviti (oštećeni nije živ, u komatoznom stanju, ili nije dostupan). U tim slučajevima pismeno veštačenje će se sačiniti samo na osnovu medicinske raspoložive dokumentacije i sudskih spisa.

Pisani oblik veštačenja treba da sadrži:

- zaglavlje;
- posebne okolnosti slučaja;
- nalaz (medicinska dokumentacija, pregled oštećenog);
- zaključak;
- mišljenje

U *Zglavlju* će se navesti ko je tražio veštačenje, ime predsedavajućeg sudskega vijećnika koji je potpisao rešenje za veštačenje, ime osobe ili osoba nad kojima se vrši veštačenje. U zaglavlju se navodi i ime veštaka sa svim njegovim stručnim i akademskim zvanjima. To je jasno i naglašeno u čl.123 ZKP: "... u pisanom nalazu i mišljenju naznačiće se ko je izvršio veštačenje, zanimanje, stručna spremna i specijalnost veštaka ..."

Poglavlje *Posebne okolnosti slučaja* je karakteristično za medicinsko veštačenje. U njemu se upisuju samo najbitniji podaci o povredi ili oboljenju oštećenog (ono o čemu se veštači), kao i to da li je lečen i u kojim zdravstvenim ustanovama i naglašava se da li za to postoji relevantna medicinska dokumentacija. Podaci iz ovog poglavlja samo omogućuju da se usmeri pažnja na činjenice iz sledećeg poglavlja - *Nalaz*.

*Nalaz* mora biti kratak, ali istovremeno i potpun. Mora biti jasan, tačan temeljan određen i zasnovan na nađenom stanju i zbivanju, ustanovljenim promenama i povredama i zapaženim pojavama. Nalaz se sastoji iz *medicinske dokumentacije* priložene u sudskom predmetu i iz *pregleda oštećenog* koji veštak obavlja neposredno za potrebe tog veštačenja. Medicinska

---

dokumentacija se navodi hronološki, po redosledu kako je lečenje vršeno. U nalazu ne bi trebalo da stoje dijagnoze na latinskom jeziku, već se one objašnjavaju narodnim jezikom, da bi bile razumljive i onima koji učestvuju u postupku a nisu lekari. Ukoliko se pak navodi dijagnoza na latinskom jeziku, onda obavezno u zagradi treba dati prevod dijagnoze na narodni jezik. Pregled obavljen nad oštećenim od strane veštaka za potrebe veštačenja treba detaljno opisati i obavezno navesti mesto, ustanovu i vreme kada je taj pregled obavljen.

*Zaključak* je završni deo veštačenja i proizilazi iz prethodnog poglavlja. Ako se radi o oboljenju, onda se na osnovu nalaza, u zaključku jasno definiše o kom se oboljenju radi, koliko je trajalo, da li je došlo do zaostajanja posledica, koliko je lečenje dugo trajalo, i da li je lečenje završeno. Ukoliko se radi o povredi, onda treba zaključiti o kakvoj povredi se radi, da li je naneta nasilno ili na neki drugi način, koliko je pacijent dugo lečen, da li je bilo operacija i da li je i kada lečenje završeno. *Zaključak* zajedno sa mišljenjem, predstavlja drugi deo veštačenja, u kome se ispoljava kreativnost veštaka. Proizilazi iz detaljne analize svakog medicinskog dokumenta koji je naveden u *Nalazu* i onoga što je veštak utvrdio pri neposrednom pregledu pacijenta za potrebe veštačenja. Ponovićemo još jedanputa, jer je to važno za sve učesnike u postupku da znaju, mada se po neki put to izbegava i zloupotrebljava od strane branioca stranaka u postupku, da svaki medicinski dokument u *Nalazu* predstavlja samo pojedinačni akt stručnog lica (lekara ili nekog drugog zdravstvenog radnika), dok *Zaključak* proizilazi iz analize svih tih dokumenata, a onda promišljene stručne sinteze koju prezentuje veštak u vidu zaključka. Ovako izведен i napisan *Zaključak* iznad je svakog pojedinačnog medicinskog dokumenta.

Na kraju veštačenja se daje Mišljenje. Ono proizilazi iz zaključka i predstavlja stručnu ocenu ustanovljenih činjenica i nalaza. Mišljenje mora du bude jasno, koncizno, ali i sveobuhvatno, zasnovano na medicinskim činjenicama i znanjima. Mora da sadrži odgovore na sva pitanja suda koja je sud postavio u rešenju za veštačenje i ti odgovori moraju da budu jasno objašnjeni i obrazloženi. Treba naglasiti da u *Mišljenju* ne treba iznositi odgovore na pitanja koja sud nije postavio u svom rešenju za veštačenje. Uvek treba imati u vidu da u postupku postoje dve strane, i da se jednoj od njih neće dopasti taj vaš odgovor i onda će se branilac obratiti sudui reći da to izneto vaše mišljenje nije bilo u obimu veštačenja u rešenju za veštačenje, sa čime će se i sudija složiti. Treba se samo prisetiti da celokupnim veštačenjem, pa i postavljanjem pitanja

---

rukovodi isključivo predsedavajući sudija. Davanjem mišljenja sudsakomedicinski veštak ispoljava sposobnost svog logičkog zaključivanja, što se posebno ceni u sudu.

Sačinjeno veštačenje u pisanom obliku sudsakomedicinski veštak odlaže u sudske predmete i tako se ceo predmet dostavlja sudske stranice u određenom roku. U čl. 118 ZKP stoji da veštak ima "obavezu da nalaz i mišljenje dostavi sudske stranice u dovoljnom broju primeraka za sudske stranice". To znači da treba dostaviti najmanje tri primeraka, od kojih je jedan namenjen sudske stranice, drugi tužiocu i treći tuženoj strani. Treba da postoji i četvrti primerak pisanog veštačenja, koji veštak zadržava za sebe. Veštak predaje predmet sa veštačenjem na pisarnicu suda ili ga dostavlja sudske stranice poštom. Ukoliko se veštačenje predaje na šalteru sudske pisarne, šalterski službenik obavezno stavlja štambilj na primerak pisanog veštačenja koji ostaje veštaku, a na kome se nalazi datum o prijemu. Primerak veštačenja koji ostaje veštaku ima za veštaka dvostruku važnost. Prvo, primerak sa štambiljom na sebi garancija je veštaku da je predmet vratio sudske stranice, a drugo, pred glavnim raspisivanjem, koja ponekada može biti mesecima, pa čak i godinama, posle obavljenog veštačenja, veštak će moći da pročita svoje veštačenje i da se upozna sa zaboravljenim činjenicama iz tog veštačenja. Ako se sudske stranice predaju pisanim veštačenjem u njemu, šalje sudske stranice poštom, onda veštak zadržava jedan primerak pisanog veštačenja, a sudske stranice predaju se upakovani na odgovarajući način, sudske stranice preporučenom poštom.

## **PISANI PODNESCI UČESNIKA U POSTUPKU**

U čl.123 ZKP stoji da "... Nakon završenog veštačenja, organ postupka obaveštava stranke koje veštačenju nisu prisustvovale da zapisnik o veštačenju ili pisani nalaz i mišljenje mogu razgledati i kopirati I određuje rok u kojem mogu da iznesu svoje primedbe". U praktičnom smislu to znači da kada je veštačenje izneto usmenim putem, stranke će se sa njime upoznati direktno iz sudskega predmeta, a ukoliko je veštačenje dostavljeno u pisanom obliku, sudske stranice će strankama primerak tog veštačenja dostaviti u predviđenom roku. Nakon upoznavanja sa veštačenjem, stranke u postupku će se složiti sa njime, a ako imaju primedbe onda će ih izneti sudske stranice u vidu *pisanog podneska*. Te primedbe ne smeju odstupati od predmeta veštačenja niti izlaziti iz okvira obima veštačenja, o čemu se sudači sručuju u sudske stranice.

## **GLAVNA RASPRAVA NA SUDU**

---

Pošto je sud obavio veštačenje usmenim putem ili dobio veštačenje u pisanoj formi i dostavio ga strankama u postuku, on predviđeno vreme očekuje odgovor od tih stranaka. Ako stranke imaju primedbe na veštačenje one će sudu dostaviti podneske sa tim primedbama. Tek nakon toga sud zakazuje *glavnu raspravu*. Veštak od suda dobija poziv za glavnu raspravu, a zajedno sa pozivom mu se dostavju i primedbe u vidu *pisanih podnesaka*. Na pozivu za raspravu je naznačen sud, tačan datum, satnica i broj sudnice u kojoj će se rasprava održati, potpisana od strane predsedavajućeg sudske posudbe. Pisane primedbe u podnesku omogućavaju veštaku da glavnoj raspravi pristupi potpuno pripremljen u smislu pružanja adekvatnih stručnih odgovora, čime će i suđenje biti efikasnije.

Na glavnoj raspravi prvo pitanje koje predsedavajući sudija postavlja veštaku jeste da li se on slaže sa svojim veštačenjem koje je dostavio sudu u pisanom obliku. Naravno da se očekuje da odgovor veštaka bude potvrđan. Nakon toga slede pitanja jedne i druge stranke u postupku. Najčešće su to pitanja njihovih pravnih zastupnika (advokata). Advokat će insistirati na odgovorima na pitanjima iz ranije dostavljenog pisanog podneska, na šta je veštak dužan da odgovori. S obzirom na to da su pitanja u podnesku već prošla proveru suda podrazumeva se da su ona u vezi sa predmetom veštačenja.

Nakon toga stranke u postupku (advokati) mogu postavljati i usmena pitanja veštaku koja nisu bila navedena u pisanom podnesku. Predsedavajući sudija procenjuje da li su ta pitanja u vezi sa predmetom veštačenja i da li veštak treba da odgovara na njih. Imajući to u vidu veštak treba uvek, kod takvih usmenih pitanja, da traži da ona ne budu upućena direktno njemu već da idu preko sudske posudbe, za šta on ima pravo. Ukoliko sudija proceni da na pitanje treba odgovoriti onda će veštak odmah odgovoriti i odgovor će ući u zapisnik. Međutim, mudar veštak može proceniti da na to pitanje, pošto nije bilo u pisanom podnesku, u tom momenatu nije u mogućnosti da odgovori, te da će mu za taj odgovor, ili za te odgovore, biti potrebno određeno vreme. U takvim slučajevima suđenje će biti prekinuto i naknadna rasprava će biti zakazana za neko kraće vreme. Takvim nastupom veštak ne gubi ništa od svog autoriteta, već suprotno, njegova mudrost u očima prisutnih raste.

## **PRESUDA**

---

Presuda je pravna radnja i u njoj veštak ne učestvuje u bilo kom smislu. Veštačenje se navodi samo kao jedna od dokaznih radnji. Iz tog razloga veštak i ne prisustvuje presudi, niti je sud dužan da veštaka obaveštava o izrečenoj presudi.

## LITERATURA

1. Jovanović M. Sudskomedicinski veštak I veštačenje. Svet rada, 2008;5(2):109-117.
2. Jovanović M, Medarević A: Uslovi za dobro sudskomedicinsko veštačenje. Svet rada, 2018;15(2):116-125.
3. Vučinić V, Trešnjev A. Priručnik za primenu zakonika o krivičnom postupku. Poslovni biro, Beograd, 2013.
4. Zakonik o krivičnom postupku, Drugo izmenjeno izdanje, Službeni glasnik, 2012.
5. Zakonik o parničnom postupku, Treće izdanje, Službeni glasnik, 2012.

## BASIC PRINCIPLES OF FORENSIC EXPERTISE

### SUMMARY

The paper deals with the basic principles of forensic expertise. Firstly, the terms of a judicial expert in medicine and forensic expertise are explained. Furthermore, it was pointed out that an expert is determined by the court and it is specified who can be an expert. The term expert advisor is also explained. The paper deals with a special chapter on how to prepare forensic expertise. It is said that it can be verbally and written. All phases of written expertise have been explained in detail: the taking of court case, the examination of medical documents and court files from the case, the patient's

---

examination for the expertise of the forensic expert, the writing of the expertise itself, and finally the return of the expertise to the court. It also explains the addressing of the participants in the procedure, the prosecutor and the respondent, the expert with written submissions. The final part of the participation of a court medical expert in the expert hearing was also explained at the main hearing, and his rights and obligations in the trial were made. The final act of the trial the verdict was given only in a single sentence and it was said that, first and foremost, the legal action of the trial in which the expert does not participate

6. *Key words: forensic expert, forensic expertise, oral and written expertise, written submissions, main hearing in court*

---

# **OSNOVI SUDSKOMEDICINSKOG VEŠTAČENJA – LEKAR KAO SUDSKI VEŠTAK**

Hajrija Mujović\*

## **REZIME**

Sudskomedicinsko veštačenje je, pravno gledano, jedno od dokaznih sredstava u postupku pred sudom, ali istovremeno njega treba posmatrati i kao veoma odgovoran i zahtevan posao kroz pojedinačni zadatak, kome veštak pristupa po nalogu suda ili stranke u sporu. Reč je o tome da osnovi sudskomedicinskog postupanja treba da budu sagledani sa dve strane, procesnopravne i materijalnopravne. Pored toga, za razliku od drugih oblasti sudskog veštačenja, medicinsko veštačenje obeležava status lekara veštaka kao vršioca posla, što podrazumeva uvažavanje ne samo pravnih već i pravila struke medicinskog staleža, te kodeksa medicinske etike. Ova pravila su esencijalno prisutna u svakom domenu medicinske prakse, pa prema tome i kod prakse kakvo je lekarsko veštačenje. Premda nije reč o lečenju, mnogi elementi klasičnog postupanja prisutni su ili veoma slični po pitanju merenja stanja i vrednosti, pregleda, izdavanja nalaza i uverenja, medicinske dokumentacije i sl. Kod predmeta iz oblasti pogrešne prakse ('malprakse') uloga veštaka je da posvedoči o stručnom i zakonitom postupanju svog kolege. Zato se kaže da na određeni način veštaci svojim ekspertskim mišljenjem unapređuju samu medicinsku praksu, dok u isto vreme predstavljaju značajnu pomoć pravosudnim organima.

*Ključne reči: sudske veštaci, medicinska veštačenja, zakoni, praksa, standardi*

## **UVOD**

Poslovi medicinskog veštaka usko su vezani za obavljanje profesionalnih delatnosti u medicini i proističu iz slobode vršenja lekarske profesije, kao i slobode pregleda, izbora metoda naučnog i stručnog postupanja. U literaturi se ističe da je medicinsko veštačenje jedan od vidova medicinske prakse sa svim svojim osobenostima i značajnim mestom u pravosudnom sistemu.<sup>xxi</sup> Položaj lekara kao veštaka dobija svoj pravni izraz i u oblikovanju odgovarajućih

---

propisa u ovom delu medicinske prakse. Uključivanje u rad suda u dokaznom postupku objašnjava procesne zahteve prema lekaru, ali i mnogo više naglašenu potrebu njegove samostalnosti i nezavisnosti nego kad obavlja redovan rad. Iz slobode njegovog delanja proističu i prava veštaka da odbije ili da prekine veštačenje kad za to postoje opravdani razlozi na koje se tada poziva. Položaj veštaka može donekle biti različit, zavisno od toga kakva je vrsta veštačenja, odnosno da li se ono sprovodi kao privatno veštačenje, sudska veštačenje ili službeno veštačenje za neki drugi organ. Načelno, svaki lekar je u okviru svog zanimaanja, bilo u privatnoj praksi ili klinici, ovlašćen da sačini stručno mišljenje.<sup>xxi</sup> To bi moglo biti za pacijente, za druge lekare ali takodje za osiguravajuće društvo, tužilaštvo ili lekarsku komoru. Jedno od osnovnih prava je da imenovanom veštaku pripada nagrada za rad. Veštak ističe i zahtev za naknadu troškova koji nastanu po njega u toku veštačenja (putni troškovi, troškovi za hranu i smeštaj, naknada za izgubljenu dnevnicu, odnosno zaradu i sl.).

Kod sudskega veštačenja lekar je pozvan od suda kako bi primenjujući visoko stučna znanja, *lege artis* i pažljivo, obavio veštačenje, te blagovremeno i potpuno podneo izveštaj, izlažući ga pismeno ili usmeno. Za postupanje veštaka zahteva se takodje poštovanje pravila struke i pravila pažnje, jer se u protivnom može postaviti pitanje njegove odgovornosti za pogrešno veštačenje. Imajući u vidu različite slučajeve u kojima je reč o imovinskoj ili neimovinskoj šteti, medicinsko veštačenje karakteriše osobena problematika. Pojedini propisi regulišu odnos veštaka i lica nad kojim se vrši veštačenje, ali oni naglašavaju da se ne radi o klasičnom odnosu lekar - pacijent, u smislu da se neka pravila koja se tiču obaveštavanja ili pristanka pacijenta ovde ne primenjuju.<sup>xxi</sup>

## MEDICINSKI OSNOVI

Budući da je reč o medicinskom veštačenju u prvom redu se postavlja pitanje vrste posla i medicinskog usmerenja u pogledu koga se traži ekspertiza određenih činjenica koje su najčešće usko stručne.<sup>xxi</sup> Ovakva veštačenja iziskuju medicinska stanja gde se traži visokostručna kvalifikacija. U pogledu relevantnih kvalifikacija lekari treba da ograniče svoje učešće u medicinskim veštačenjima na slučajeve u kojima imaju stvarno znanje.<sup>xxi</sup> Naime, potrebne kvalifikacije treba da budu ispunjene i verifikovane da bi se pokazalo relevantno obrazovanje,

---

sertifikati i iskustva. Lekari veštaci treba da imaju važeću i neograničenu licencu u državi u kojoj se bave medicinom. Oni svoj status overavaju od strane odgovarajućeg odbora, kao što je u pravu Srbije upis na listu stalnih sudske veštaka koja se vodi u Ministarstvu pravde RS. Veštaci takođe treba da budu aktivno uključeni u kliničku praksu medicinske specijalnosti ili oblasti medicine za koju daju nalaz i mišljenje, uključujući znanje i iskustvo u obavljanju predmetnih veština. Ako je reč o kliničkim ispitivanjima, od veštaka u toj oblasti traži se da sudu objasni prirodu ispitivanja (na primer, razvoj vakcina, kloniranje, DNK testiranje i sl.).

Preduzimanje medicinskog veštačenja u nekom sudsakom slučaju karakteriše kako osobena pravna problematika tako i stručno - medicinska pozadina. Imaju u vidu različiti sudske postupci u kojima postoji potreba za veštačenjem imovinske ili neimovinske štete nastale po život, zdravlje ili imovinu lica. Više nego kog drugih vrsta veštačenja ovde se razmatra i odnos veštaka i lica nad kojim se vrši veštačenje. Naglasak je da u tom slučaju nije reč o klasičnom odnosu lekara i pacijenta, u smislu pružanja medicinskog tretmana i lečenja, naročito u pogledu toga da ne važe pravila o obaveštavanju i pristanku lica u vezano za predmet i zadatak veštačenja, budući da se ne polazi od pozicije lica kao pacijenta.<sup>xxi</sup> Za razliku od klasičnog odnosa lekara i pacijenta ovde se pregled sa ekspertizom obavlja povodom pravne stvari i ona je u prvom planu, što je drugačije nego kod odnosa preduzimanja medicinske mere u cilju lečenja. Doduše, same medicinske procedure, kao i metodološka i etička pravila rada lekara veštaka po pravilu su isti, ali se ne preduzimaju sa istom svrhom, niti imaju isti pravni značaj. Može se reći da je onaj koji postupa u pravnoj stvari prvo lekar pa onda veštak. U tome se vidi složenost i visoki zadaci rada sudske medicinskih veštaka.

Načelno, svaki lekar je u okviru svog zanimanja, bilo u privatnoj praksi ili klinici, ovlašćen da sačini stručno mišljenje. To bi moglo biti za pacijente, za druge lekare ali takođe za osiguravajuće društvo, tužilaštvo ili lekarsku komoru.<sup>xxi</sup> Kod sudske veštačenja radi se o tome da je ekspert postavljen od suda, čime nastaje njegova obaveza da, primenjujući visoko stučna znanja, *lege artis* i pažljivo izvrši veštačenje, i da blagovremeno i u potpunosti podnese izveštaj, izlažući ga pisano ili usmeno. Za postupanje veštaka zahteva se takođe, kao i za svakog medicinskog profesionalca, poštovanje pravila struke i pravila pažnje, jer se u protivnom može postaviti pitanje njegove odgovornosti za pogrešno veštačenje.<sup>xxi</sup>

---

## PRAVNI OSNOVI

Institucije pravnog sistema u ovoj oblasti nastoje takođe da se unaprede procesno-pravni propisi koji uređuju sudska veštačenja, i to pre svega kroz izmene i dopune rešenja procesnih zakona, bilo da je reč o građanskom, krivičnom ili upravnim postupku. U domenu materijalno - pravnih propisa doneti su posebni zakoni o sudskim veštacima i oni su opšte prirode, odnosno primenjuju se jednako na sve vrste veštačenja. U Srbiji su dugo bili na snazi nedovoljno uređeni propisi koji su se odnosili na uslove za obavljanje poslova veštačenja u vidu posebnog zakona i odgovarajućeg pravilnika.<sup>xxi</sup> Više godina radilo se na usvajanju novog zakonskog teksta. Sudska praksa u to vreme bila je oskudna u pogledu predmeta koji se tiču oblasti veštačenja. Situacija se bitno promenila donošenjem Zakona o sudskim veštacima koji je prve radne verzije imao još u vreme države Srbije i Crne Gore i nije bitno izmenjen u svoj kasnijoj zvaničnoj verziji.<sup>xxi</sup> Ovim zakonom uređuju se uslovi za obavljanje veštačenja, postupak imenovanja i razrešenja sudskeh veštaka, postupak upisa i brisanja pravnih lica koja obavljaju poslove veštačenja, kao i prava i obaveze lica koja obavljaju veštačenje i on sadrži samo trideset dve odredbe, što je manje od prethodnog zakona. Iako dat u sažetoj formi, tekst zakona nije pretrpeo skorije izmene i dopune, izuzev što je 2016. godine dato tumačenje vezano za slučajeve kada veštačenja obavljaju pravna lica. Naime, u registar pravnih lica koje vodi Ministarstvo pravde upisuju se pravna lica koja ispunjavaju zakonske uslove, a to je da su u tom pravnom licu zaposleni veštaci koje je imenovalo Ministarstvo pravde. Pravna lica koja nisu upisana u registar, poput fakulteta, instituta, zavoda, mogu da angažuju zaposlena lica da obave posao veštačenja ispred njih, iako nisu sudske veštaci.<sup>xxi</sup> Veštačenje može da obavlja svaki zaposleni u državnom organu ili stručnoj instituciji kojima se veštačenje poverava po pravilu i posebno ako su u pitanju složenija veštačenja.<sup>xxi</sup>

U ulozi veštaka treba jasno odvojiti stručna pitanja od pravnih pitanja. Vestačenje se ne može odrediti radi dobijanja misljenja o pravnim pitanjima, kao što su odgovori na pitanja o krivici, pravnoj uzročnosti ili značenju nekog propisa. Ovakva postavka veštačenja obeležava ulogu veštaka kako u fazi formulisanja zadatka, tako i sudijske ocene gotovog nalaza i mišljenja, Naime, nalog za veštačenje daje sud koji po prirodi stvari nema profesionalno znanje iz oblasti

---

koja se veštači. jer kada bi to znanje imao, onda veštak ne bi bio potreban. To može stvoriti problem. Drugi važan momenat je da je sud ‘gospodar posla’ i da sud ocenjuje veštačenje. Mišljenje veštaka nije obavezujuće za sud. Ono predstavlja dokaz koji se ceni kao i svi drugi dokazi. Ipak, treba imati u vidu određenu specifičnost koja prati veštačenje. Specifičnost proizilazi otuda što veštak uzima činjenice i ceni njihov značaj, koristeći se stručnim znanjem. Kod ovog stanja stvari, na prvi pogled izgleda paradoksalno da sud ceni značaj iskaza veštaka, kao sto ceni i sve druge dokaze po slobodnom sudiskom uverenju. Međutim, ako se imaju u vidu sva pitanja da bi se ocenio iskaz veštaka, svakako je primena principa slobodne ocene dokaza i ovde moguća.

## **SUBJEKTI VEŠTAČENJA**

Oblici veštačenja mogu se klasifikovati prema različitim kriterijumima. Najpre prema svojstvu onoga ko veštači to mogu biti veštačenja pojedinca, komisije (odbora) i pravnog lica (institucije). Veštačenje može pribaviti stranka, a nalog na njen predlog može dati sud. U praksi krivičnih predmeta prisutno je i stepenovanje veštačenja.

Fizičko lice može biti imenovano za veštaka ako pored opštih uslova za rad u državnim organima propisanih zakonom ispunjava i sledeće posebne uslove: 1) da ima odgovarajuće stečeno visoko obrazovanje na studijama drugog stepena (diplomske akademske studije - master, specijalističke akademske studije, specijalističke strukovne studije), odnosno na osnovnim studijama, za određenu oblast veštačenja; 2) da ima najmanje pet godina radnog iskustva u struci; 3) da poseduje stručno znanje i praktična iskustva u određenoj oblasti veštačenja; 4) da je dostojan za obavljanje poslova veštačenja.<sup>xxi</sup> Izuzetno, za veštaka može biti imenovano lice koje ima najmanje završenu srednju školu, ako za određenu oblast veštačenja nema dovoljno veštaka sa stečenim visokim obrazovanjem. Stručno znanje i praktična iskustva za određenu oblast veštačenja kandidat za veštaka dokazuje objavljenim stručnim ili naučnim radovima, potvrdom o učešću na savetovanjima u organizaciji stručnih udruženja, kao i mišljenjima ili preporukama sudova ili drugih državnih organa, stručnih udruženja, naučnih i drugih institucija ili pravnih lica u kojima je kandidat za veštaka radio, odnosno za koje je obavljao stručne poslove.<sup>xxi</sup> Kandidat za veštaka sa naučnim zvanjima nije dužan da dostavlja navedene dokaze.

---

Fizičko lice može obavljati veštačenja samo ako je upisano u Registar veštaka. Pravno lice može obavljati veštačenja ako ispunjava sledeće uslove: 1) da je upisano u registar nadležnog organa za delatnost veštačenja u odgovarajućoj oblasti; 2) da su u tom pravnom licu zaposlena lica koja su upisana u Registar veštaka. U ime pravnog lica poslove veštačenja mogu obavljati samo lica iz registra. Veštačenje mogu obavljati i državni organi u okviru kojih se može obaviti veštačenje, kao i naučne i stručne ustanove (fakulteti, instituti, zavodi i sl.). Organi i ustanove određuju jednog ili više stručnjaka odgovarajuće specijalnosti koji će obavljati veštačenje ili obrazuju komisije sastavljene od naučnih ili stručnih radnika koji su kod njih zaposleni.<sup>xxi</sup>

## PRAVA I OBAVEZE

Položaj svakog veštaka determinišu predmet veštačenja i procesne radnje predviđene pozitivnim propisima. Pravni izvori o obavljanju veštačenja nalaze se u propisima koji uređuju status veštaka i izvođenje samog dokaznog postupka. Otuda se može govoriti o određenim materijalnim i procesnim pravima i obavezama veštaka. Izvlači se i podela na osnovu pravnih izvora, na jednoj strani, i propisa medicinskog staleža i profesionalnih kodeksa, na drugoj strani. Zakonska regulativa od koje se polazi u objašnjavanju pravnih osnova svakako su zakoni koji uređuju veštačenje u sudskom ili upravnom postupku.

Pored prava koja sadržinski obeležavaju njegov rad, veštak koji prihvati veštačenje stiče i procesna prava, shodno odredbama krivičnog<sup>xxi</sup> ili parničnog postupka.<sup>xxi</sup> Takva su prava koja se tiču uručenja rešenja o veštačenju, urednog pozivanja od strane suda, obaveštavanja o predmetu, procesnim radnjama i rokovima od značaja za veštačenje. Veštak može tražiti da mu se stave na raspolaganje odredjeni podaci, obaveštenja, spisi, predmeti ispitivanja, ako mu je to potrebno za pripremu stručnog mišljenja. Na traženje veštaka mogu se izvoditi i novi dokazi da bi se utvrdile okolnosti koje su važne za stvaranje mišljenja veštaka.<sup>xxi</sup> Prava sudskomedicinskog veštaka najpre su vezana za obavljanje medicinske delatnosti i proističu iz slobode vršenja lekarske profesije, slobode pregleda i izbora metoda naučnog i stručnog postupanja. U literaturi se ističe da je takvo veštačenje jedan od vidova medicinske prakse sa svim svojim osobenostima i značajnim mestom u pravosudnom sistemu.<sup>xxi</sup> Položaj lekara kao veštaka dobija svoj pravni izraz

---

i u oblikovanju odgovarajućih propisa u ovom delu medicinske prakse. Uključivanje u rad suda u dokaznom postupku objašnjava procesne zahteve prema lekaru, ali i mnogo više naglašenu potrebu njegove samostalnosti i nezavisnosti nego kad obavlja redovan rad. Iz slobode njegovog delanja proističu i prava veštaka da odbije ili da prekine veštačenje kad za to postoje opravdani razlozi na koje se tada poziva. Pravni položaj veštaka može donekle biti različit, zavisno od toga kakva je vrsta veštačenja, odnosno da li se ono sprovodi kao privatno veštačenje, sudska veštačenje ili službeno veštačenje za neki drugi organ. Načelno, svaki lekar je u okviru svog zanimanja, bilo u privatnoj praksi ili klinici, ovlašćen da sačini stručno mišljenje.<sup>xxi</sup> To bi moglo biti za pacijente, za druge lekare ali takodje za osiguravajuće društvo, tužilaštvo ili lekarsku komoru. Kod sudskega veštačenja lekar je pozvan od suda kako bi primenjujući visoko stučna znanja, *lege artis* i pažljivo, obavio veštačenje, te blagovremeno i potpuno podneo izveštaj, izlažući ga pismeno ili usmeno. Jedno od osnovnih prava je da imenovanom veštaku pripada nagrada za rad. Veštak ističe i zahtev za naknadu troškova koji nastanu po njega u toku veštačenja (putni troškovi, troškovi za hranu i smeštaj, naknada za izgubljenu dnevnicu, odnosno zaradu i sl.).

Najvažnije obaveze sudskomedicinskog veštaka tiču se ostvarenja njegovog zadatka u punom smislu, odnosno da pruži stručnu pomoć суду u razrešenju nekog medicinskog pitanja za čije se rešavanje sud nalazi apsolutno nekompetentnim. Tumačući pozitivne propise prepoznaje se nedvosmisleno intencija zakonodavca da kroz jasno definisanje prava i obaveza na strani veštaka dostigne zaštićene ciljeve veštačenja, a to su svrshishodnost, stručnost i ažurnost obavljanja tog posla. Veštak je prvenstveno obavezan da veštačenje vrši savesno, nepristrasno i u skladu sa pravilima struke i nauke. Zakoni naglašavaju dužnost pridržavanja pravila struke, zakona, drugih propisa i medjunarodnih standarda. Kad se ima u vidu učinak samog veštačenja fokus se stavlja na obavezu savesnog i pažljivog postupanja. To je opšta dužnost koja se dodatno pojačava članom 18 Zakona o obligacionim odnosima, naročito kad veštaka predlaže parnična stranka ili kad on postupa kao privatni veštak. Shodno ovoj odredbi, veštak je dužan da postupa sa pažnjom "dobrog stručnjaka".<sup>xxi</sup> To je standard pažnje ili potrebna pažnja čija se ispunjenost procenjuje u svakom konkretnom slučaju.

U delu dužnog ponašanja veštaka i ovde su bitne obaveze koje mu nameće vodjenje sudskega postupka. Procesni zakoni, a u velikoj meri zakoni koji uredjuju veštačenje, stavljuju u

---

prvi plan baš obavezu pridržavanja rokova. Preciziraju se izuzeci kad se dati rok produžava uz obavezu izveštavanja veštaka o svakoj daljoj preduzetoj radnji. Rokovi se odnose na obavezu odazivanja pozivu suda i urednog dostavljanja nalaza i mišljenja. Veštačenje u nekom predmetu odnosi se i na obavezu da se postupa po dodatnim nalozima suda. Veštak je dužan da čuva profesionalnu tajnu u pogledu činjenica i podataka koje je saznao u toku svoje delatnosti.<sup>xxi</sup> Obaveze veštaka da pohadja odredjenu obuku i da se stručno usavršava tretiraju se istovremeno i kao njegova prava i obaveze. Prema nekim zakonskim rešenjima postoji obaveze vodjenja dnevnika izvršenih veštačenja, kao i obavezno osiguranje od odgovornosti za štetu pričinjenu u toku vršenja poslova veštačenja.

## ZAKLJUČNE NAPOMENE

Analiza okvira i profesionalnog rada sudskomedicinskih veštaka ukazuje na pozitivnopravne propise koji su različite prirode i daju sliku osnovnih postupaka, odnosa i akata koji prate veštačenje. Ovoj materiji je u Srbiji posvećen poseban zakon o sudskim vestacima. Ovaj zakonski propis nedvosmisleno i slično zakonima drugih zemalja definiše ono što čini osnove rada sudskih veštaka, počev od uslova za obavljanje poslova veštačenja, postupaka imenovanja i razrešenja, fizičkih i pravnih lica koja obavljaju poslove veštačenja, kao i prava i obaveze veštaka. Ipak, kompletну sliku uloge veštaka u sudskim procedurama daju procesne odredbe parničnih i krivičnih zakona. Isto tako, važan deo pravnog okvira predstavljaju administrativne ptepostavke rada, upisa i imenovanja veštaka, kao i nadzora nad radom veštaka, što je deo upravnopravnih postupaka i profesionalnog statusa. Skorije promene odredaba koje se odnose na veštace doneo je samo Zakon o krivičnom postupku, Uputno bi bilo razmotriti i druga zakonska rešenja i uraditi njihovo usklađivanje ili po potrebi tumačenje, ukoloko stvaraju neke nejasnoće.

Ako se pogleda praksa veštačenja u Srbiji ona je još uvek ima svoje nedostatke, ali se svakako prepoznaju i nastojanja da se podigne kvalitet rada veštaka i postigne jačanje statusa sudskih veštaka u okviru pravosudnih profesija, kao i da se u službi shvishodnosti i ažurnosti postupka unaprede razumevanje i profesionalni standardi u odnosima suda i sudskih veštaka. Još uvek

---

postoje pitanja na kojima treba raditi, kao što su ponekad nepotrebna veštačenja, a ponekad krajne složena veštačenja za koja je teško pronaći adekvatnog veštaka.

## LITERATURA

<sup>xxi</sup> Videti više: H. MUJOVIĆ, *Sudskomedicinska veštačenja u teoriji i praksi medicinskog prava*, IDN, Beograd, 2019, str.43-70; E. DEUTSCH/SPICKHOFF, *Medizinrecht/Arztrecht*, Springer, Berlin, 2014, str.470; G.MEMETEAU/M.GIRER, *Cours de droit medical*, LEH Edition, Bordeauh, 2016, str.40.

<sup>xxi</sup> Član 251 Zakon o parničnom postupku, "Sl. glasnik RS", br. 72/2011, 49/2013 - odluka US, 74/2013 - odluka US, 55/2014 i 87/2018; Rešenje Okružnog suda u Čačku 1037/07 od 27. juna 2007.

<sup>xxi</sup>DEUTSCH/SPICKHOFF, *Medizinrecht*, *op.cit*, str.475.

<sup>xxi</sup>R.SVIČEVIĆ, V.KOVAČEVIĆ, D.KOLUNDŽIĆ, *Veštačenje nematerijalne štete*, Poslovni biro d.o.o.Beograd, 2010, str. 18-22.

<sup>xxi</sup>J. K. ROBINSON/ P. NOUHAN, "Expert Witness – StatPearls", *NCBI Bookshelf*, University of Connecticut, 2018, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK436001/>

<sup>xxi</sup>J.RADIŠIĆ, *Medicinsko pravo*, Nomos, Beograd, 2008, str. 317-323.; DEUTSCH/ SPICKHOFF, *Medizinrecht/Arztrecht*, *op.cit*, str. 475 - 555.

<sup>xxi</sup>Ibid, str. 522; J.MARIĆ, *Medicinska etika*, Beograd, 1995, str.180.

<sup>xxi</sup> Videti slučaj u predmetu pred nemačkim sudom: kod veštačenja radne sposobnosti maloletnika tužbom se zahtevalo dosuđivanje rente na ime nematerijalne štete; Sud je veštačenje poverio rukovodiocu jedne klinike, ali je ovaj takav nalog izdao svom asistentu, koji je nestručno postupio proveravajući ravnotežu pacijenta, kom prilikom je došlo do oštećenja sluha. Pacijent je morao da bude tretiran stacionarno i bio je otpušten kao radno nesposoban (DEUTSCH/ SPICKHOFF, *op.cit*, str. 534).

<sup>xxi</sup>Zakon o uslovima za obavljanje poslova veštačenja,"Sl.glasnik SRS", 16/1987 i 17/1987; Pravilnik o obrazovanju, organizaciji i radu organa za veštačenje, "Sl.glasnik RS", 53/1999..

<sup>xxi</sup>Zakon o sudskim vestacima,"Sl. glasnik RS", br. 44/2010(zakon ima 32 člana i on je posle uvodnog dela iznosi sadržinski uslove, postupke, subjekte, kao i prava i obaveze koje nosi posao veštačenja).

<sup>xxi</sup> Član 10, *ibid*.

<sup>xxi</sup> Ministarstvo pravde RS, 2016, <http://www.paragraf.rs/dnevne-vesti/291216/291216-vest5.html>

<sup>xxi</sup> Član 6, Zakon o sudskim veštamima, *op.cit*.

<sup>xxi</sup> Član 7, *ibid*.

<sup>xxi</sup> Član 8 – 10, *ibid*.

<sup>xxi</sup>Zakonik o krivičnom postupku "Sl. glasnik RS", br. 72/2011, 101/2011, 121/2012, 32/2013, 45/2013 i 55/2014

<sup>xxi</sup>Zakon o parničnom postupku, "Sl. glasnik RS", br. 72/2011, 49/2013 - odluka US, 74/2013 - odluka US, 55/2014 i 87/2018. Glava XX DOKAZIVANJE 5. Veštaci

<sup>xxi</sup> V. PETROVIĆ-ŠKERO, "Prava i obaveze veštaka", *Svet rada*, vol.4, 2/2007, str.109.

<sup>xxi</sup>R. BINDER, Liability for the Psychiatrist Expert Witness, AMJ. Psychiatry 2002, 159, str. 1818.

<sup>xxi</sup> Član 251 ZPP; Rešenje Okružnog suda u Čačku 1037/07 od 27.juna 2007.

<sup>xxi</sup> Član 18 stav 2 Zakona o obligacionim odnosima (Ponašanje u izvršavanju obaveza i ostvarivanju prava: strana u obligacionom odnosu dužna je da u izvršavanju obaveze iz svoje profesionalne delatnosti postupa s povećanom pažnjom, prema pravilima struke i običajima - pažnja dobrog stručnjaka).

<sup>xxi</sup> PETROVIĆ-ŠKERO, *op.cit*, str.106-107.

---

## **THE BASIS OF MEDICAL EXPERT WORK – THE PHYSICIAN AS AN EXPERT WITNESS**

### **SUMMARY**

The medical expertise is legally considered one of the evidences in the court proceedings, but essentially it is a responsible and highly demanding job task for which an expert is accessed by the court or party to the dispute. This suggests that the basis of judicial medical treatment should be examined on two sides, procedural and material law. In addition, in contrast to other areas of court's expertise, medical expertise marks the status of expert medical practitioners, which implies respecting not only legal but also the rules of the medical profession and the code of ethics. These rules are essentially present in every domain of medical practice, and hence also in practices such as medical practice. Although it is not a matter of treatment, many elements of classical treatment are present or very similar in terms of measuring reference values, examination, finding and obtaining medical documentation. In the case of malpractice, the role of a practitioner is to comply with professional and legitimate conduct. That is why it is said that in a certain way the physician by the expert's opinion improve the medical practice themselves and at the same time represent significant assistance to the judicial authorities.

*Key words: court experts, medical expertise, laws, practice, standards*

---

## **NEKE SPECIFIČNOSTI SUDSKOMEDICINSKOG VEŠTAČENJA U MEDICINI RADA**

Bela Prokeš, Olivera Pejak Prokeš

### **REZIME**

Iz delokruga rada sudskog veštaka – specijaliste medicine rada veštačenja se vrše uglavnom u sudskim sporovima u kojima pojedinci – oboleli i/ili povređeni traže naknadu štete za umanjenu radnu, vozačku ili opšteživotnu sposobnost, za pričinjenu materijalnu i nematerijalnu štetu usled bolesti i/ili povrede koja je mogla da se spreči ili odloži akcijom poslodavca, države ili nekog trećeg.

Preduslov kvalitetnog veštačenja, odnosno dobijanja mišljenja koje će zaista pomoći učesnicima u procesu u onome zbog čega je veštačenje i traženo – jeste postavljanje jasnog zadatka veštačenja, s jasno formulisanim zahtevom za dokazivanje pojedinačnih činjenica koje su neophodne za zaključivanje suda (presudu).

Da bi uspešno obavio veštačenja radne sposobnosti lekar – veštak, uz jasno postavljen zadatak veštačenja, mora raspolagati znanjima i veštinama iz oblasti ocenjivanja/veštačenja radne, opšte životne ili vozačke sposobnosti i drugih oblika štete kod obolelih i/ili povređenih osoba. Potrebno je, takođe, znanje iz oblasti ergonomije, fiziologije rada, higijene rada, prava, vladanje dijagnostičkim, pre svega funkcionalnodijagnostičkim metodama itd.

U slučaju bolesti, profesionalnih ili neprofessionalnih, i u slučaju povreda različite etiologije, od izuzetnog je značaja sprovesti adekvatne dijagnostičke radnje u cilju postavljanja dijagnoze, praćenja razvoja bolesti i pojava posledica, odnosno u cilju sticanja što tačnije slike o nastalim oštećenjima organizma i preostalim funkcionalnim sposobnostima zahvaćenih delova organizma.

Veliku pomoć u sagledavanju uslova rada kojima je na radnom mestu izložena veštačena osoba pruža akt o proceni rizika na radnom mestu i u radnoj okolini.

I sud, i pravni zastupnici stranaka u sporu, po pravilu, tražili su, i traže, neku numeričku vrednost, odnosno procenat umanjenja radne sposobnosti, a ta vrednost u tom slučaju postaje kamen temeljac u finansijskim kalkulacijama prilikom nadoknade štete.

---

Navedeno predstavlja pokušaj ukazivanja na svu složenost postupka veštačenja i potrebu stalnog usavršavanja, usklađivanja, konsultovanja, savetovanja s kolegama i postojećom literaturom.

*Ključne reči: sudskomedicinsko veštačenje, medicina rada, radna sposobnost*

## UVOD I DISKUSIJA

Rad predstavlja pokušaj prikazivanja zainteresovanim stručnjacima samo nekih specifičnosti postupka veštačenja, koje čine delove mozaika, stručne slagalice, pod nazivom sudskomedicinsko veštačenje u medicini rada. Ono se može raditi iz više razloga – procene radne, životne, vozačke i/ili svake druge sposobnosti koju obuhvata ova oblast medicine.

Pred sudovima opšte nadležnosti u Republici Srbiji vode se različiti postupci: krivični, prekršajni, parnični i vanparnični.

Krivični i prekršajni postupci se vode zbog kršenja pravila i normi propisanih odgovarajućim zakonima, radi zaštite javnog interesa, a te postupke pokreće nadležno javno tužilaštvo ili policija. Međutim, ove postupke mogu pokrenuti i pojedinci radi zaštite svojih prava.

U parničnim i vanparničnim postupcima stranke mogu biti i fizička i pravna lica. Postupci se takođe vode zbog kršenja zakonom propisanih normi, ali ponekad stranke vode sporove iz razloga i po osnovu onoga što razumeju samo strane umešane u spor.

U sadašnjem društvenom trenutku, sve češće se vode sudski sporovi u kojima oboleli i/ili povređeni traže odštetu za umanjenu radnu, životnu, vozačku ili bilo koju drugu sposobnost, za pričinjenu materijalnu i/ili nematerijalnu štetu usled profesionalne ili bilo koje druge bolesti, te pretrpljenih povreda, takođe, bilo koje etiologije.

Za razliku od profesionalnih bolesti, posledice povreda pretrpljenih u saobraćaju, na radu ili bilo gde drugde mnogo češće su predmet sudske sporova, a samim tim i sudskomedicinskog veštačenja.

---

Veštačenje, kao jedno od dokaznih sredstava u krivičnom, prekršajnom, parničnom i vanparničnom postupku, od velikog je značaja i predstavlja sve radnje suda i/ili stranaka koje se preduzimaju s ciljem da sud utvrdi istinitost dokaza, odnosno da utvrdi činjenice.

Praksa pokazuje da se u procesu dokazivanja relevantnih činjenica sud sve više oslanja na nalaze i mišljenja stručnjaka iz oblasti u kojima ne raspolaže dovoljnim znanjem koje je potrebno da bi se utvrdila istinitost određenih dokaza, odnosno činjenice, i postupak okončao donošenjem pravilne i zakonite sudske odluke.

Razlog tome je kompleksnost života i sve veća složenost pravnih odnosa, što realno povećava broj situacija u kojima sudija tih znanja nema.

Veštačenje se može poveriti fizičkom i pravnom licu (institut, fakultet, laboratorija, itd.).

Kada se veštačenje poverava pravnom licu, uvek neko fizičko lice za to pravno lice obavlja veštačenje, ali tada to pravno lice odgovara za kvalitet veštačenja.

Kada se veštačenje poverava fizičkom licu, veštaci se određuju iz registra sudske veštaka, a veštačenje, po pravilu, vrši jedan veštak mada sud može da odredi dva ili više veštaka ako oceni da je veštačenje složeno.

Veštak je lice koje u određenoj oblasti, a oblast može biti i medicina, poseduje natprosečno znanje i iskustvo, i to naročito poznavanje stvari stavlja na raspolaganje суду lično, nezavisno, nepristrasno i objektivno.

Iz delokruga rada sudskega veštaka medicinske struke najčešće se traže veštačenja iz oblasti ortopedije, sudske medicine i psihijatrije, a ređe iz oblasti ostalih hirurških grana, medicine rada, te ostalih grana medicine.

Kao i veštaci bilo koje struke, i veštaci medicinske struke, lekari koji obavljaju medicinsko veštačenje daju stručna mišljenja, izdaju potvrde ili izveštaje i moraju biti svesni ozbiljnih krivičnih, građanskih, upravnih i drugih pravnih posledica koje njihovo postupanje ili nepostupanje može proizvesti.

Iz delokruga rada sudskega veštaka – specijaliste medicine rada, kao što je i rečeno, veštačenja se vrše uglavnom u sudske sporovima u kojima pojedinci – oboleli i/ili povređeni traže naknadu štete za umanjenu radnu, vozačku ili opštu životnu sposobnost, za pričinjenu materijalnu i nematerijalnu štetu usled bolesti i/ili povrede koja je mogla da se spreči ili odloži akcijom poslodavca, države ili nekog trećeg.

---

Prethodne činjenice samo delimično ukazuju na svu složenost veštačenja iz bilo koje oblasti, pa i veštačenja iz oblasti medicine rada, odnosno izrade nalaza i mišljenja, i njegov uticaj na sudski proces.

U skladu s tim, ako je poznato da proces veštačenja počinje davanjem zadatka veštačenja, tada je preduslov kvalitetnog veštačenja, odnosno dobijanje mišljenja koje će zaista pomoći učesnicima u procesu u onome zbog čega je veštačenje i traženo – postavljanje jasnog zadatka veštačenja, s jasno formulisanim zahtevom za dokazivanje pojedinačnih činjenica koje su neophodne za zaključivanje suda (presudu). Preduslov je i da se zadatkom veštačenja nalaz i mišljenje traži samo iz uže oblasti pojedinog specijaliste, pa i specijaliste medicine rada, bez dvosmislenosti u zadatku, prejudiciranja mišljenja, ili, kao što se u praksi dogodilo, čak i zahteva da veštak svojim mišljenjem (aproksimacijom ?) nadoknadi nedostatak materijalnog dokaza.

Upravo veštačenje radne sposobnosti odnosno umanjenja radne sposobnosti veštačenje čine specifičnim, a otežavaju ga veoma različiti zahtevi suda, odnosno zadaci veštačenja koji se pred veštaka postavljaju. Nekada je to zahtev suda da se veštak izjasni da li je osoba sposobna da se bavi poslovima svog zanimanja za koje je školovanjem obučena. Zadatak može biti i da se veštak opredeli o preostaloj radnoj sposobnosti nekvalifikovanog radnika. Čest je zahtev suda da se veštači radna sposobnost osobe jedne kvalifikacije za rad na radnom mestu koje zahteva drugu kvalifikaciju, da se opredeli kolika je preostala radna sposobnost za rad na radnom mestu na kome je radio, a kolika za rad "u struci". Zadatak može da bude pitanje da li je subjekat sposoban da radi na svom poslu u nekom određenom preduzeću, na ponuđenom poslu koji se obavlja u nekim određenim uslovima rada, itd.

Sud ili stranke u sporu trebalo bi da označe predmet koji veštaci treba da opaze i ocene i da postave tačna pitanja na koja veštaci treba da odgovore u skladu s tim označivanjem. Pogotovo se u parničnim postupcima dešava da sudije ne odrede pravilno predmet veštačenja ili ne izvrše nužnu pripremu predmeta za veštačenje (npr. utvrđivanje određenih činjenica, pribavljanje medicinske dokumentacije i slično), što može dovesti do veštačenja čiji kvalitet nije na odgovarajućem nivou.

Tačno je i to da ako je zadatak veštačenja nejasan veštaku i/ili izlazi iz delokruga njegove specijalnosti, veštak treba da se obrati naručiocu veštačenja radi dodatnih objašnjenja i preciziranja zadataka veštačenja. To, međutim, može da preraste u „dopisivanje“ s naručiocem

---

veštačenjai dovede kako do odlaganja početka procesa veštačenja, tako i do produženja trajanja veštačenja, što samim tim negativno utiče i na dužinu sudskog postupka.

Pitanje za diskusiju je da li veštačenje započeti tek kada se dobije jasan zadatak veštačenja ili veštačenje započeti i završiti sa kakvim-takvim zadatkom veštačenja, a onda osnovni nalaz dopunjavati i pojašnavati putem procesa dopune tog nalazi i/ili saslušanjem veštaka na raspravi, gde će nejasnoće ili nepostavljeni zadaci biti razmotreni postavljanjem pitanja suda i/ili stranaka.

Sve ove činjenice, različitosti i varijacije veoma otežavaju veštaku postavljeni zadatak – da na najkvalitetniji ili najadekvatniji način, razumljiv sudu i strankama u sporu, dâ odgovor na postavljen zadatak veštačenja. Da to, ako je moguće, kvantitativno izrazi, po mogućству u procentima, i da na kraju, na raspravi, obrazloži zašto je, a vrlo često i na koji način je došao do "mišljenja veštaka", koje je u pisanom ili usmenom nalazu predao sudu.

Kada je zadatak veštačenja jasno formulisan, bez dvosmislenosti, kada se jasno označi predmet veštačenja, a ne da se istim rešenjem za veštačenje traži mišljenje iz više oblasti itd., tada davanje kvalitetnog nalaza, a pre svega mišljenja veštaka, uglavnom nije težak zadatak za iskusnog veštaka; međutim, problem nastaje kada to nije tako.

Ukoliko je u sudskim sporovima potrebno ocenjivanje nečije radne sposobnosti, ono se najčešće naziva "veštačenjem radne sposobnosti", "veštačenjem umanjenja radne sposobnosti" ili "veštačenjem/procenom/određivanjem stepena preostale radne sposobnosti". Osim ove terminološke razlike, ocenjivanje radne sposobnosti, odnosno stručno mišljenje dato kao zaključak postupka sudskomedicinskog veštačenja, koje neizostavno mora biti obavljeno u skladu s najboljom praksom medicine rada, ne bi trebalo uopšte, ili bar ne znatnije da se razlikuje od ocene radne sposobnosti obavljene, i date, iz bilo kog drugog razloga, npr. na prethodnom, periodičnom, vanrednom, ekspertiznom, onom datom prilikom procene radne sposobnosti na komisijama Nacionalne službe za zapošljavanje, invalidskim komisijama Fonda PIO.

A upravo sudskomedicinsko veštačenje radne sposobnosti se najčešće obavlja u slučaju kada osiguranik nije zadovoljan odlukom lekara – pojedinca ili lekarske komisije povodom ocenjivanja privremene radne nesposobnosti, ocenom profesionalne (specifične) ili opšte radne sposobnosti tokom preventivnih pregleda, odlukom o nastupanju odnosno nenastupanju ili stepenu invalidnosti, visinom telesnog oštećenja nakon povreda na radu ili u saobraćaju, prilikom

---

premeštanja na drugo radno mesto, prilikom "nepravednog" otpuštanja s posla, veštačenja uticaja uslova radne sredine na pojavu oštećenja organizma i stepena tog oštećenja, u bračnim sporovima radi određivanja visine alimentacije, prilikom konkursa za dobijanje stana itd.

Da bi uspešno obavio postavljeni zadatak veštačenja radne sposobnosti, lekar – veštak (i kao član tima, i kao pojedinac), uz jasno postavljen zadatak veštačenja, mora raspolagati znanjima i veštinama iz oblasti ocenjivanja/veštačenja radne, opšte životne ili vozačke sposobnosti i drugih oblika štete kod obolelih i/ili povređenih osoba. Potrebno je, takođe, znanje iz oblasti ergonomije, fiziologije rada, higijene rada, prava, vladanje dijagnostičkim, pre svega funkcionalnodijagnostičkim metodama itd.

Specifičnost sudskomedicinskog veštačenja u medicini rada predstavlja i sama osoba čije zdravstveno stanje se veštači. Naime, postoje velike razlike u ponašanju i interesima osobe kada je ona pacijent koji traži lekarsku pomoć i osobe kada postane subjekt čija se radna ili svaka druga sposobnost veštači.

Pacijent trpi od bolesti ili posledica povrede i traži pomoć kvalifikovanog stručnjaka da ukloni ili bar ublaži svoje tegobe. Pri tome je zainteresovan da pruži detaljne podatke, iskren je, aktivan i neposredan saradnik, tako da se samo na osnovu njegovih navoda često mogu doneti, i donose se, dalekosežni dijagnostički zaključci i čak sprovodi terapija.

Kada osoba postane subjekat čija se radna ili druga sposobnost veštači, njen ponašanje se može promeniti, i najčešće se iz korena menja. Ona uglavnom u budućem nalazu i donetoj oceni o njenoj radnoj ili drugoj sposobnosti vidi instrument za realizaciju svojih ciljeva postavljenih tužbom. Iz tog razloga svaki podatak važan za ocenu tih sposobnosti treba dokazati na način koji ne ostavlja ni najmanju sumnju. Ova različitost uloge u prvoj i drugoj poziciji je veoma značajna za pravilno shvatanje položaja i prirode rada lekara – veštaka, odnosno ocenjivača.

Osim ovoga, još nekoliko specifičnosti definiše položaj subjekta veštačenja u postupku sudskomedicinske ocene radne i drugih sposobnosti:

1. subjekt veštačenja je neophodan učesnik u postupku kao objekt ocene, što znači da sudskomedicinsko veštačenje tih sposobnosti, po pravilu, sadrži ocenu ne samo grupa sposobnosti i osobina (fizičke, psihičke), već i ličnosti u celini;

---

2. subjekt veštačenja može neposredno uticati na rezultate ocene jer i sam vrši ocenjivanje svojih sposobnosti ("samoocenjivanje") i u tome obično traži saglasnost kompetentnih stručnjaka, čime, svesno ili nesvesno, utiče na objektivno stanje;

3. subjekt veštačenja nastoji da preko ocene stekne, pozitivno menja ili bar ne izgubi stečena prava po osnovu zaposlenja ili nekog drugog oblika zaštite i/ili osiguranja, koja su značajna za njegov život i rad; pri ovome on svoje ciljeve u potpunosti personalizuje, bez obzira na stručne stavove i poziciju ocenjivača – veštaka.

Uz to, u postupku veštačenja, subjekt takođe ima sva prava na očuvanje ličnog integriteta, na podnošenje sopstvenih dokaza, izjašnjavanje o izvedenim dokazima, pregled, izražavanje želja i sklonosti, informisanje o nalazima, tumačenje donesene ocene itd.

Prethodno navedenom pridodaju se i druge teškoće, često praćene dilemama, nejasnoćama i greškama u postavljanju dijagnoza, kako od strane lekara čije nalaze koriste lekari veštaci – specijalisti medicine rada, tako i samih veštaka – specijalista medicine rada, a koje mogu proistisći iz nedostatka odgovarajuće i/ili potrebne dokumentacije; (nedovoljnog) nivoa znanja lekara dijagnostičara, njegovog raspolaganja odnosno neraspolaganja adekvatnim (modernim) dijagnostičkim sredstvima itd., itd.

U daleko najvećem broju slučajeva postavljanje dijagnoze ili dijagnoza nije samo sebiciljveć, gotovo uvek, službaodređivanje, sprovođenje i praćenje rezultata odgovarajućih terapijskih procedura svake vrste.

Potrebno je istaći da pre nego što bolesti i povrede, odnosno njihove posledice, postanu predmet sudskomedicinskog veštačenja, njih je potrebno lečiti i koliko god je to moguće, u što većem obimu uspostaviti prethodnu funkcionalnost organa, organskih sistema ili organizma u celini. Smatra se pravilom da sudskomedicinsko veštačenje posledica neke bolesti ili povrede ne treba započeti „dok lečenje ne bude završeno”, odnosno dok, prema predviđanju lekara, ne nastane stanje kada se ne očekuje ni dalje poboljšanje, ni dalje pogoršanje zdravstvenog stanja osobe koja dolazi na veštačenje.

Upravo postojanje tog vremenskog rastojanja ističe izuzetnu važnost pravilno postavljene dijagnoze jer, u suprotnom, neadekvatno lečenje ili čak nelečenje iz razno-raznih razloga neotkrivenih oštećenja organizma dovodi do daleko težih posledica po zdravlje i radnu, životnu i svaku drugu sposobnost pojedinca, koja može postati predmetom sudskomedicinskog veštačenja.

---

U tom smislu, neretko se susreće zadatak veštačenja: da se veštak izjasni kolika bi funkcija npr. zglobova bila da je sprovedena odgovarajuća rehabilitacija; da li je razvoj Sudeckove bolesti mogao biti sprečen ili makar ublažen da je na vreme prepoznata njegova pojava; da li je tužilac svojim odbijanjem pregleda doprineo... i koliko. U ovom poslednjem slučaju nepostavljanje tačne dijagnoze „nije krivica lekara“. Međutim, nepostavljanje odgovarajuće dijagnoze svakako bi doprinelo težini oštećenja koje se veštači.

Dakle, i u slučaju bolesti, profesionalnih ili neprofesionalnih, i u slučaju povreda različite etiologije, od izuzetnog je značaja sprovesti adekvatne dijagnostičke radnje u cilju postavljanja dijagnoze, praćenja razvoja bolesti i pojave posledica, odnosno u cilju sticanja što tačnije slike o nastalim oštećenjima organizma i preostalim funkcionalnim sposobnostima zahvaćenih delova organizma.

Ovo je važno istaći jer se pregled sa ciljem davanja sudskomedicinskog mišljenja iz oblasti medicine rada, kako je već rečeno, najčešće zasniva na dijagnostičkim procedurama obavljenim u svrhu sprovođenja lečenja i rehabilitacije, a samo u retkim slučajevima, npr. upravo za potrebe sudskomedicinskog veštačenja bilo koje vrste, postavljanje dijagnoze, odnosno sagledavanje trenutnog zdravstvenog stanja može biti samo sebi cilj, nezavisno od toga da li je i kakva terapija u prošlosti sprovedena, da li je i kada lečenje završeno (npr. u krivičnom postupku), ili, iz raznih razloga, uopšte nije bilo sprovedeno bilo kakvo lečenje.

Postavlja se pitanje da li specijalista medicine rada, tokom procesa veštačenja, odnosno uvida u pribavljene nalaze, treba da komentariše i/ili ocenjuje prethodni proces dijagnostikovanja, lečenja i rehabilitacije bolesti i/ili povreda i da, u nalazu, ukaže na previde, greške, nejasnoće za koje su odgovorni lekari ostalih specijalnosti tokom procesa lečenja (medikamentozne, hirurške ili neke druge terapije) ili da ih bezrezervno prihvati. S jedne strane, ako kao specijalista medicine rada komentariše i/ili ocenjuje nalaze lekara drugih specijalnosti, to znači da sebe smatra većim stručnjakom u određenoj medicinskoj oblasti od nadležnog specijaliste te grane medicine, a s druge strane, ukoliko taj specijalista ili ti specijalisti čine očiglednu stručnu grešku, odnosno daju nalaz koji se nikako ne uklapa u „širu sliku“, a veštak – specijalista medicine rada to ne primeti, može naškoditi verodostojnosti sopstvenog nalaza i samim tim i sudskom postupku u celini.

---

U skladu s važnošću postavljanja potpune i tačne dijagnoze, prevashodno zbog procesa lečenja, ali i zbog eventualnih sudskomedicinskih veštačenja, interesantno je razmotriti razloge previda, nejasnoća i grešaka (a možda su ovo i sinonimi?) eventualno nastalih prilikom utvrđivanja vrste i stepena oštećenja organizma, kako kod bolesti, tako i kod povreda.

Pre svega, dijagnozu (koja je, u suštini, zaključak o jednoj bolesti ili drugom oštećenju organizma) ne treba poistovećivati s dijagnostičkom procedurom, koja je jasno propisana metodologija prikupljanja podataka, iz čije međusobne analize i upoređivanja treba da proistekne zaključak, odnosno dijagnoza jedne bolesti ili drugog oštećenja organizma, na osnovu njihovih bitnih obeležja i pojava.

„Dijagnostička procedura” jeste „put koji vodi ka dijagnozi”, a koji se sastoji od tzv. dijagnostičkih mera.

Dijagnostičke mere predstavljaju čitav niz aktivnosti koje se preduzimaju, i u njima učestvuju kako zdravstveni radnici (lekari opšte medicine, lekari raznih specijalnosti, sestre, laboranti itd.), tako i zdravstveni saradnici raznih struka i specijalnosti (psiholozi, biolozi, fizičari, optičari, inženjeri raznih struka itd.). Te mere predstavljaju pravi primer interdisciplinarnog i interprofesionalnog pristupa rešavanju postavljenog zadatka – utvrđivanju objektivnog stanja zdravlja pacijenta.

Među najčešćim razlozima ili, bolje rečeno, uzrocima pojavljivanja dijagnostičkih grešaka mogu se navesti:

- nejasna klinička slika i atipični simptomi i znaci bolesti/povreda;
- neadekvatno vođenje medicinske dokumentacije;
- nedovoljno ili ograničeno znanje lekara.

Kao uzrok lekarske greške tokom dijagnostičkih postupaka, pored nabrojanih, mogu se navesti i nedostupnost (nepostojanje ili neispravnost) izvesnih tehničkih pomagala (npr. CT skener ili magnetna rezonanca) ili dijagnostičkog potrošnog materijala (npr. kontrasta).

O ovome se, očigledno, može mnogo diskutovati i raspravljati, ali autor ovog rada smatra da o kvalitetu rada lekara – specijalista određenih grana medicine mogu da se izjašnjavaju samo specijalisti istih tih grana medicine, a da specijalista medicine rada treba da se zaustavi na tome da procenjuje da li su pribavljeni specijalistički lekarski nalazi dovoljni za odgovor na zadatak veštačenja, da li se nalazi uklapaju u širu sliku bolesti odnosno povreda, da li pravilno

---

odslikavaju i potkrepljuju anamnestičke podatke koje je dala veštačena osoba, da li se uklapaju u određene vremenske okvire itd., a ako ne, da takve nalaze odbaci, a postupak veštačenja prekine, uz kratku napomenu o razlogu prekida. Svakako ne treba nastaviti postupak veštačenja, jer korišćenje „neadekvatne“ medicinske dokumentacije sigurno uzrokuje i davanje „neadekvatnog“ mišljenja specijaliste medicine rada.

Medicinski stručnjaci koji se bave sudskomedicinskim veštačenjem umanjenja radne sposobnosti, u ranijem periodu, načelno su se slagali da bi ocene ove kategorije umanjenja trebalo da budu opisne, iz razloga izrazite raznolikosti činilaca koji se prilikom ovakvih veštačenja uzimaju u obzir i ocenjuju.

Ovakvo izražavanje, međutim, nije bilo prihvatljivo u praksi jer su i sud i pravni zastupnici stranaka u sporu, po pravilu, tražili, i traže, neku numeričku vrednost, odnosno procenat umanjenja radne sposobnosti. Numerička vrednost u tom slučaju postaje kamen temeljac u finansijskim kalkulacijama prilikom nadoknade štete.

Na samom početku, u procesu ocenjivanja ili veštačenja radne sposobnosti veliki problem predstavlja nepostojanje saglasnosti i preciznog odgovora na pitanje šta je to "puna radna sposobnost" ili "100% sposoban" za rad na nekom radnom mestu, u nekom zanimanju, i šta se sve u to uključuje. Date su mnoge definicije takve sposobnosti, ali baš to obilje definicija tokom proteklog vremena nagoveštava da one i nisu baš bile precizne i stručnjaci ih nisu jednodušno prihvatali. Osim toga, kako razjasniti, oceniti, dilemuda li bi umanjenje radne sposobnosti od npr. 20% za neki posao bilo toliko veliko umanjenje da radnik na tom radnom mestu ne bi mogao da ispuni sve zahteve radnog mesta na kome se nalazi prilikom normalnog, uobičajenog rada, uz "uobičajen radni napor", a onih 20% nesposobnosti, ili umanjenja, iskazalo bi se eventualno u nekoj radnoj operaciji koja se može smatrati neuobičajenom, ali očekivanom za taj posao – koja se događa nedefinisano često ili retko. Pri tome, pitanje je da li bi isti radnik sa istim zdravstvenim tegobama/oštećenjima zdravlja poslove istog zanimanja, na nekom drugom radnom mestu, u nekoj drugoj radnoj okolini, mogao da ispuni u potpunosti i da li bi i tada umanjenje radne sposobnosti iznosilo 20%, manje ili više. Konačno, sve ovo, da li je isto kod mlađeg radnika kao kod starijeg, ili kod mlađeg bez iskusta, ili onog starijeg sa iskustvom, ili kod nekog s bilo kojom iskazanom ili neiskazanom varijacijom uslova rada, godina života,

---

iskustva, motivacije za rad, pol itd., jer neoboriva je činjenica da gotovo ne postoji osoba sposobna za svaki posao i osoba nesposobna za bilo koji posao.

Daleko najčešće, procenu umanjenja radne sposobnosti sud očekuje od veštaka i za tzv. opštu radnu sposobnost i za tzv. profesionalnu ili specifičnu radnu sposobnost.

Za procenu umanjenja ove dve kategorije radne sposobnosti veoma je korisno poznавање dve definicije.

1. Opšta radna sposobnost predstavlja sposobnost za rad koja zavisi od funkcionalne sposobnosti različitih organskih sistema tela osobe, u prvom redu funkcionalne sposobnosti koštano-mišićnog i srčano-sudovnog sistema. U ovom slučaju, prvenstveno, ceni se stepen preostalih sposobnosti osobe da svojim koštano-mišićnim sistemom, podržanim od srčano-sudovnog sistema, obavi bilo kakav rad.

2. Profesionalna (specifična) radna sposobnost predstavlja sposobnost za rad koja podrazumeva usklađenost svih telesnih i/ili umnih sposobnosti koje osoba ima sa zahtevima odgovarajućeg radnog mesta ili profesije za koju je osoba osposobljena. U ovom slučaju ceni se stepen preostalih sposobnosti za obavljanje poslova određenog radnog mesta na kome osoba radi ili je trebalo da radi, odnosno ceni se stepen preostalih sposobnosti osobe za obavljanje poslova i aktivnosti profesije za koju je osposobljena.

Prilikom sudskomedicinskog veštačenja umanjenja profesionalne radne sposobnosti lekar veštak – specijalista medicine rada, mora uzeti u obzir sve ono što je direktno ili indirektno povezano s profesionalnim radom veštačenog subjekta. Prilikom rada na datom zadatku veštačenja potrebno je da on poseduje znanja iz oblasti kliničke medicine, fiziologije rada, higijene rada, ergonomije i drugih oblasti koje će mu omogućiti da bude medicinski analitičar profesionalnog rada. Donošenje bilo koje ocene bez svekolike analize i sinteze ovih kategorija može se slobodno smatrati kao vitium artis u medicini rada.

Određenu pomoć mogu predstavljati: Tabela za orijentacionu kvantifikaciju anatomske i funkcionalne poremećaja organizma kao posledice povreda i bolesti, data u Preporukama za veštačenje umanjenja životne aktivnosti i umanjenja radne sposobnosti, autora Veselina Govedarice, iz 2015. godine, kao i Tabela za određivanje procenta trajnog gubitka opšte radne sposobnosti (invaliditeta) osiguranika kao posledice nesrećnog slučaja (nezgode) – koje koriste osiguravajuće kompanije. Ovo, naravno, uvažavajući činjenicu da mnoge bolesti i povrede, i

---

njihove posledice nisu navedene u tim tabelama, samim tim ni „kvantifikovane“, kao i da, uvažavajući specifičnosti svakog pojedinačnog slučaja, navedene tabele treba koristiti zaista samo kao orijentaciju prilikom procenjivanja bilo koje od prethodno navedenih kategorija umanjenja radne i svake druge sposobnosti.

S obzirom na to da je ova vrsta veštačenja jedna vrsta interdisciplinarne delatnosti, spona između medicine i prava, prilikom sudske medicinske veštačenje, osim stručnomedicinskih znanja, specijalista medicine rada treba da poseduje i znanja iz oblasti prava, tehnike i tehnologije, kao i da, što je moguće bolje, bude upoznat s praktičnim načinima i vrstama rada pojedinih zanimanja.

Neka od ovih znanja on stiče na studijama medicine i na specijalizaciji iz medicine rada, ali veliki deo potrebnih saznanja stiče tokom profesionalnog rada iskustvom, obilascima radnih organizacija radi upoznavanja s radnim aktivnostima pojedinih zanimanja, od starijih lekara, kolega veštaka, od pravnika iz profesionalnih kontakata, na organizovanim interdisciplinarnim seminarima i konsultacijama, na raznim drugim formalnim i neformalnim razgovorima, iz dostupne literature. Raspolaganje odnosno ne raspolaganje ovakvim znanjima veoma utiče na kvalitet pojedinih lekara – specijalista medicine rada kao mogućih sudske medicinskih veštaka.

Veliku pomoć u sagledavanju uslova rada kojima je na radnom mestu izložena veštačena osoba pruža akt o proceni rizika na radnom mestu i u radnoj okolini.

U ranijem periodu, pre donošenja Zakona o bezbednosti i zdravlju na radu, dakle, pre 2005. godine, takođe je, ponegde i ponekad, postojao dokumenat – Elaborat o radnim mestima pod posebnim uslovima rada – koji je najčešće sadržavao i pružao mnogo verodostojnih podataka o radnim mestima na kojima su eventualno radile veštačene osobe. Nedostatak u tom periodu bio je što izrada elaborata nije bila obavezna za sva radna mesta i nije bio propisan način i postupak procene.

Možda najznačajnija specifičnost veštačenja koje obavljaju specijalisti medicine rada jeste sledeća činjenica: radna mesta koja imaju isti naziv, možda i isti opis poslova i radnih zadataka, i obavljaju ih zaposleni koji su se školovali možda u istoj školi – ustvari se veoma razlikuju jer se obavljaju u različitom okruženju, koriste sličan ali ipak različit alat, opremu, materijale (osnovne i pomoćne), obavljaju se u različito vreme, u različitim oblastima ljudske

---

delatnosti itd. Tako se poslovi bravara veoma razlikuju u brodogradilištu, bolnici (održavanje), toplani ili livnici.

Lekarima veštacima tzv. kliničkih grana medicine je srazmerno lakše jer “...ruka je ruka, mozak je mozak i ovde i u Japanu...” (citat jednog kolege veštaka tokom konsultacija s njim).

Tako, u ranijem periodu, upoznavanje s radnim mestom veštačene osobe, odnosno sticanje “uvida u radno mesto i poslove i radne zadatke” najčešće je podrazumevalo obilazak radnog mesta, sagledavanje mesta rada, razgovor s veštačenom osobom, njenim rukovodicem, drugim radnikom koji radi isti posao itd.

U periodu nakon donošenja Zakona o bezbednosti na radu (2005. godine) i Pravilnika o načinu i postupku izrade akta o proceni rizika na radnom mestu i u radnoj okolini (2006. godine), obaveza izrade akata o proceni rizika na radnom mestu i u radnoj okolini, u skladu s propisanim načinom i postupkom procene rizika, postala je univerzalna obaveza svih privrednih subjekata, odnosno poslodavaca, i to za baš sva radna mesta.

Uvid u važeći akt o proceni rizika na radnom mestu i u radnoj okolini naročito je koristan u slučaju da se procenjuje umanjenje radne sposobnosti pojedinca za rad na “svom radnom mestu” ili “u okvirima njegove radne/profesionalne sposobnosti”, a naročito ako se u zadatak veštačenja uključi i obaveza veštaka da se izjasni “na kojim radnim mestima/radnim zadacima bi oštećeni mogao da radi”, onda procena rizika, odnosno akt o proceni rizika na radnom mestu i u radnoj okolini, koji inače predstavlja osnov za uspešnu primenu i sprovođenje mera za bezbedan i zdrav rad na radnom mestu i u radnoj okolini, može, i treba, da ima veoma važnu ulogu kao izvor potpunih i, što je važno, nepristrasnih podataka o radnom mestu na kome oštećeni radi, na kome je radio ili se, ako nije izgubio radnu sposobnost, veštači mogućnost da radi u budućnosti.

Može, i treba, da bude veoma važan izvor potpunih i nepristrasnih podataka o radnom mestu na kome oštećeni radi, na kome je radio ili se, ako nije izgubio radnu sposobnost, veštači mogućnost da radi u budućnosti, jer Pravilnik o načinu i postupku procene rizika na radnom mestu i u radnoj okolini propisuje da procena rizika predstavlja sistematsko proučavanje svih aspekata koji su u stanju da izazovu telesnu povredu, oštećenje zdravlja, i, shodno tome, projektovanje mera prevencije ili zaštite koje treba preduzeti radi eliminacije rizika, stavljanja rizika pod kontrolu, ili pak projektovanje mera za bezbedno upravljanje rizikom.

---

Član 3 precizno navodi šta znači "sistemsко proučavanje svih aspekata koji su u stanju da izazovu telesnu povredu, oštećenje zdravlja...." ističući da je potrebno uzeti u obzir: opšte podatke o poslodavcu; opis tehnološkog i radnog procesa; opis sredstava za rad (i njihovo grupisanje) i sredstava i opreme za ličnu zaštitu na radu; snimanje organizacije rada i prepoznavanje i utvrđivanje opasnosti i štetnosti na radnom mestu i u radnoj okolini. Dalje taj član detaljno propisuje šta treba da sadrže navedeni podaci, opisi, snimanja.

Detaljno bi trebalo da bude obrađeno i "stanje bezbednosti i zdravlja na radu u trenutku kada se vrši procena rizika" jer to znači, odnosno trebalo bi da znači navođenje onoga čemu je radnik stvarno izložen na radnom mestu, rezultata merenja uslova radne okoline – mikroklimatski parametri, osvetljenost, buka, vibracije, zaprašenost, isparenja hemijskih materija, mikrobiološko zagadženje itd.; navođenje stanja opreme s kojom se radi, stanja objekta u kome se radi; navođenja nalaza i primedbi inspekcija (građevinske, na radu, sanitарне, protivpožarne itd.), vrste, broja i stanja sredstava i opremu za ličnu zaštitu na radu, itd., itd. Drugim rečima, ovaj deo akta o proceni rizika trebalo bi da bude potpuna slika, katalog, svega onoga čemu je zaposleni radnik na svom radnom mestu izložen, i to prema vrsti, obliku, obimu, koncentraciji, nivou, dužini trajanja i svim drugim karakteristikama od značaja za sagledavanja uslova koji vladaju na radnom mestu i u radnoj okolini.

Posebno, član 10 Pravilnika ističe da: "na osnovu prikupljenih podataka i prepoznatih, odnosno utvrđenih opasnosti i štetnosti i utvrđene liste opasnosti i štetnosti u radnoj okolini na svakom radnom mestu, izborom i primenom odgovarajućih metoda vrši se procenjivanje rizika – verovatnoće nastanka i težine povreda na radu, oštećenja zdravlja ili oboljenja zaposlenog.

Sažimajući prethodno istaknuto, ukoliko se akt o proceni rizika na radnom mestu i u radnoj okolini uradi u potpunosti saglasno Pravilniku o načinu i postupku procene rizika na radnom mestu i u radnoj okolini, uz korišćenje "najbolje prakse" iz ove oblasti, akt o proceni rizika postaje veoma važan, dragocen, neizostavan izvor svekolikih podataka o konkretnom radnom mestu, međutim...

Međutim, pored isticanja činjenice da je veliki broj akata o proceni rizika na radnom mestu i u radnoj okolini urađen u skladu s "najboljom praksom" u ovoj oblasti i s prepostavkom da bi se u radnoj organizaciji zaista sprovodile mere bezbednosti i zdravlja na radu u najboljem interesu zaposlenih radnika, mora se, isto tako, istaći i činjenica da je danas izrada akata o

---

proceni rizika, njihovih "revizija", izmena i dopuna – postao unosan posao. Unosan posao koji se često radi isključivo zato što to propisuje Zakon, samo zato što postojanje akta u radnoj organizaciji i njegovu primenu kontrolišu odgovarajući inspektori. Akti se, neretko, izrađuju samo zato da se izbegnu kazne, zabrane rada itd., pa tako i s minimumom potrebnih podataka i u što kraćem roku.

Iz ovog razloga, iako akt o proceni rizika treba i mora da bude izvor verodostojnih podataka, potrebno je podatke iz akta kritički posmatrati i, ako se uoči bilo kakava nejasnoća, nelogičnost, potrebno je obići mesto rada veštačene osobe i na licu mesta se uveriti u pravo stanje uslova radnog mesta i radne okoline.

## **UMESTO ZAKLJUČKA**

Iz prethodnog teksta jasno proizilazi da je prilikom ocene radne sposobnosti uopšte, pa i prilikom veštačenja radne sposobnosti na zahtev suda, potrebno sagledati veliki broj bioloških, funkcionalnih, psihosenzornih i psihosocijalnih osobina jedinke čija se radna sposobnost veštači, kao i da je prilikom veštačenja potrebno tražiti i dobiti detaljne i jasne informacije o uslovima rada.

Prethodno istaknute činjenice predstavljaju samo deo mozaika, slagalice, koja se naziva sudskomedicinsko veštačenje radne sposobnosti.

Sve navedeno je pokušaj ukazivanja na svu složenost ovog postupka i potrebu stalnog usavršavanja, usklađivanja, konsultovanja, savetovanja s drugim kolegama i postojećom literaturom, koja je, na sreću, obimna i obuhvata kako specifičnosti na koje ukazuje rad, tako i specifičnosti na koje ovde nismo posebno ukazivali, a deo su ove teme.

## **LITERATURA**

1. Sadiković H. Ocjenjivanje radne sposobnosti - stanje prije i sada. Seminar: Postupci funkcionalnog ocjenjivanja preostale radne sposobnosti invalidnih osoba - Uloga i značaj profesionalne rehabilitacije. Inštitut Republike Slovenije za rehabilitaciju Ljubljana i Centar za medicinsku rehabilitaciju "Fojnica", Fojnica 2000.

---

2.Bajić-Milosavljević A, Orozović S. Medicinsko veštačenje. Srpski arhiv za celokupno lekarstvo. 2005; 133(11-12):543-553.

3.Vidaković A: Uvod. U: Pavlović M, Vidaković A. ed. Ocjenjivanje radne sposobnost, Lazarevac: Elvod – Print, 2003: 5 – 8.

4.Vuleković P, Simić M, Mišić-Pavković G, Cigić T, Kojadinović Ž, Djilvesi Dj. Kraniocerebralne povrede – problemi u veštačenju. Med Pregl 2008; LXI (9-10): 471-477.

5.Mikov I, Glavaški Kraljević M, Crepulja J. Profesionalne bolesti. U: Zbornik radova 11. Kongres medicine rada Srbije sa međunarodnim učešćem. Kopaonik, 16-19 Sptembar, 2009. Svet rada 2009; 6(4):355-361.

6.Peruničić B. Putevi i stranputice veštačenja profesionalnih bolesti. Zbornik radova 6. Seminara Sudskomedicinsko veštačenje nematerijalne štete u medicini rada, Vrnjačka Banja 11-13. maj, 2006. Svet rada 2006; 2: 273-289,

7.Prokeš B. Peruničić B. Rodić-Strugar J. Problem i dileme prilikom sudskomedicinskog veštačenja profesionalnih bolesti. U: Zbornik radova Jedanaesti simpozijum sa međunarodnim učešćem „Sudskomedicinsko veštačenje u medicini rada“. Vrnjačka Banja Maj 2011; Beograd: Svet rada, Beograd: 127-142

8.Radišić J. Odgovornost zbog pogrešne lekarske dijagnoze i ne preuzimanja potrebnih dijagnostičkih mera. Revija za pravo osiguranja, Udruženje za pravo osiguranja Srbije; Planeta print, Beograd, 2011 (1): 55-65.

9.Počuća M. Šarkić N. Mrvić-Petrović N. Lekarska greška kao razlog pravne odgovornosti lekara i zdravstvenih ustanova. Vojnosanit Pregl 2013; 70(2): 207–214.

10.Babić D. Odgovornost lekara - lekarska stručna greška - i Sudovi časti LKS. [http://www.slide-share.net/LKSedukacija/lekarska-greska-advokat-dejan-babic\(20.02.2014. god.\).](http://www.slide-share.net/LKSedukacija/lekarska-greska-advokat-dejan-babic(20.02.2014. god.).)

11.Zakon o bezbednosti i zdravlju na radu ("Sl. glasnik RS", br. 101/2005, 91/2015 i 113/2017 - dr. zakon);

12. Pravilnik o načinu i postupku procene rizika na radnom mestu i u radnoj okolini("Sl. glasnik RS." br 72/06, 84/06 - ispr., 30/10 i 102/15);

13.Prokeš B, Pejak Prokeš O. Zadatak sudskog veštačenja – primeri iz oblasti medicine rada. Svet rada, 2017; 14 (2): 222-233.

---

# **OCENJIVANJE RADNE SPOSOBNOSTI U USLOVIMA TRANZICIJE**

Dragoljub Filipović,Veselin Govedarica,

## **REZIME**

Procesi tranzicije kao posledica opšte globalizacije pogadaju sve slojeve društva, zdravstveni sistem nije izuzetak. Tendencije države su da ovaj sistem finasira u meri koja omogućava optimalno funkcionisanje sistema u celini. Sve ostale potrebe stanovništva i radnika kao dela stanovništva, prebacuju se na tržište odnosno privatni sektor zdravstvene zaštite. Posledice po specijaliste medicine rada su krajnje nepovoljne jer se raslojavanje odvija u tri pravca: deo, za sada, završava u državnim ustanovama tipa instituta i zavoda, u domovima zdravlja prirodni odliv učiniće svoje po one koji se nisu opredelili da budu izabrani lekari, i na kraju deo specijalista medicine rada završava u privatnom sektoru. Ovakav defanzivni status treba odbaciti ukazivanjem na zakonsku regulativu i uvažavanjem iste od svih učesnika u delatnosti medicine rada. Izlaz je pe svega u strukovnom povezivanju preko refrentne zdravstevne ustanove, povezivanje sa poslodavcima, uključivanje zdravstvenih saradnika i ovlašćenih lica poslodavaca, pre svih lica za bezbednost i zdravlje na radu, u postupak ocene radne sposobnosti i brigu o radniku uopšte, uz uslov da se nametnemo kao glavna karika u tom lancu.

***Ključne reči: ocenjivanje radne sposobnosti, tranzicija, specijalista medicine rada***

## **UVOD**

---

Ocenjivanje radne sposobnosti je zahtevan postupak kod kojeg se od specijaliste medicine rada traži pre svega odlično znanje struke i poznavanje aktuelnih zakonskih normi, koje moraju da se poštuju u okviru kome su zadate. Promena društvenog uređenja neminovno dovodi i do promena u načinu, pre svega razmišljanja, kod ocenjivanja radne sposobnosti jer su mnoga, do juče važeća pravila u ocenjivanju, postala prošlost. U vremenu pre tranzicije važili su drugi postulati u odnosu na danas aktuelne. Pogrešna ocena radne sposobnosti retko je pravila štetu koja bi bila razlog za pokretanje bilo kakvog postupka u smislu osporavanja iste, jer je za radno pravni statusa radnika postojalo više rešenja. Danas, greške u oceni, ukoliko strane u postupku ocenjivanja radne sposobnosti procene da im je načinjena šteta, uglavnom završavaju kao sudski postupci. Pokušaj autora je da ukaže na specifičnosti položaja specijaliste medicine rada, veštačenja i ocenjivanja radne sposobnosti i umanjene radne sposobnosti danas, u odnosu na prethodno period, bez namere da to bude apsolutno sveobuhvatno gledanje na vreme prošlo, već samo prezentacija nekih osnovnih razlika sa nekoliko aspekata. Ovde je važno napomenuti da su veštačenje umanjene radne sposobnosti u okviru ocene radne sposobnosti / promena radnog mesta npr./ i veštačenje umanjene radne sposobnosti na zahtev suda, različiti postupci jer sud često nalaže sudskomedicinskom veštaku da se izjasni i o umanjenju rane sposobnosti u procentima.

## **OCENJIVANJE RADNE SPOSOBNOSTI PRE TRANZICIJE**

Vreme pre promene društvenog uređenja i ulazak u tranziciju, označava vreme prilično lagodnog statusa za specijaliste medicine rada koji se bave ocenjivanjem radne sposobnosti. Više je razloga za takav status, navodimo samo neke koji su bili zakonom regulisani:

-Ocenjivanje radne sposobnosti obavlja se i ceni prema zahtevima i uslovima radnog mesta

-Sastavni deo tima za ocenjivanje radne sposobnosti, prema zakonskoj regulativi, su i specijalisti- konsultanti, zdravstveni saradnici takođe;

-Ocena radne sposobnosti glasila je: sposoban, ograničeno sposoban (deskriptivno nabranje kontraindikacija za rad na određenom radnom mestu), nesposoban. "Ocena" nesposoban" za rad na radnom mestu sa kojeg je upućen na preventivni zdravstveni pregled, za

---

radnika je često je značila pokretanje postupka kod nadležnog organa veštačenja Republičkog fonda za penzijsko i invalidsko osiguranje (u daljem tekstu RF PIO) od strane ordinirajućeg lekara. Druga rešenja su bila raspoređivanje na druga radna mesta u okviru zanimanja i kvalifikacije .

-Zasnivanje radnog odnosa kandidata na prethodnim zdravstvenim pregledima bilo je najčešće na neodređeno radno vreme, fluktuacija radne snage bila je mala, prethodni zdravstveni pregledi obavljali su se uglavnom, za uzrast od 16 god. starosti pa naviše. To je podrazumevalo da na prethodne zdravstvene preglede za zasnivanje radnog odnosa očekivano dolaze mlađi, uglavnom zdravi ljudi, sa retkim patološkim stanjima koja su moguća prepreka za zasnivanje radnog odnosa na određenom (željenom) radnom mestu.

-Unutrašnja organizacija kompanija (preduzeća) predviđala je više pozicija za radna mesta u okviru zanimanja i kvalifikacije. U prethodnom periodu radni odnos se često zasnivao odmah na neodređeno radno vreme. Unutrašnja organizacija kompanija bila je prilagođena zaposlenom jer je imala više “rezervnih” radnih mesta za odgovarajuća zanimanja. To je, u praksi, omogućavalo stranama u postupku ocenjivanja radne sposobnosti, da uz pomoć zdravstvenih saradnika i ovlašćenih lica kompanije i primenu medijacije, pronađu adekvatno rešenje za zaposlene koji više ne ispunjavaju propisane zdravstvene uslove za radno mesto sa kojeg je upućen na, zakonom predviđen, preventivni zdravstveni pregled.

RF PIO: komisijsko veštačenje radne sposobnosti prema radnom mestu obavljalo se u prvom stepenu, po žalbi osiguranika i u drugom stepenu, sva rešenja komisija proveravana su od strane organa kontrole RF PIO.

Pojava apsolutnih kontraindikacija posle preventivnog zdravstvenog pregleda, značila je upućivanje dotičnog radnika na veštačenje u nadležnu filijalu Republičkog fonda penzijsko invalidskog osiguranja. Veštačenje se obavlja u okviru komisije od tri člana, koja je bila ovalšćena da daje nalaz, ocenu i mišljenje za svakog eksplorisanog, prema zahtevima radnog mesta: ”Nije sposoban za rad na dosadašnje radnom mestu....ili bez kategorije invalidnosti” bila je uobičajena formulacija svakog rešenja invalidke komisije. Ocena *prva kategorija invalidnosti* značila je je automatsko penzionisanje kao i *treća kategorija invalidnosti*, ukoliko radnik više nije u godinam života kada je moguća prekvalifikacija. Sve ostale forme ocene radne sposobnosti

---

(opasnost od nastanka invalidnosti, izmenjena radna sposobnost...), sem naravno “*bez kategorije invalidnosti*”, značilo je zaštitu za radnike na nekom drugom radnom mestu u okviru zanimanja i kvalifikacije. Nezadovoljni kandidati imali su mogućnost žalbe organu veštačenja u drugom stepenu čiji je nalaz, ocena i mišljenje, bilo konačno.

Veštačenja umanjene radne sposobnosti praktično nije ni bilo, jer je ponovno upućivanje na prvostepeni organ veštačenja (POV) nadležne filijal PIO, značilo isti postupak, ali opet vezano za radno mesto (koje je već promenjeno pri prethodnom veštačenju u skladu sa nalazom, ocenom i mišljenjem organa veštačenja). Povremeno se veštačila radna sposobnost posle dužih bolovanja, obavezno posle rešenja RF PIO kada nije utvrđena kategorija invalidnosti, kao i za potrebe ustanova koje se bave profesionalnom rehabilitacijom i zapošljavanjem osoba sa invaliditetom (“zaštitne radionice”) koje su, u zakonom određenom procentu, zapošljavale, pored zdravih, i osobe sa invaliditetom. To su uglavnom bili radnici koji su ostvarili neko pravo iz oblasti RF PIO i kod kojih su u rešenjima o sticanju prava, postojale obavezujuće preporuke poslodavcu vezane za preostalu radnu sposobnost zaposlenog.

Veštačenje umanjene radne sposobnosti kod radno aktivne populacije, obavljalo se u zakonskim okvirima, u sklopu preventivnih pregleda, najčešće pri promeni radnog mesta ili kada se utvrde relativne ili apsolutne kontraindikacije za rad na radnom mestu sa kojeg je radnik upućen na preventivni pregled. Tada bi uz pomoć zdravstvenih saradnika / socijalni radnik / i ovlašćenih lica kompanija uz pomoć specijaliste medicine rada, za radnika uglavnom pronađena najoptimalnija rešenja vezana za njegov radnopravni status u okviru aktuelne radne sposobnosti i sistematizacije radnih mesta kompanije. Na ovaj način bilo je moguće da zaposleni ostane u radnom odnosu, uglavnom, do sticanja prava iz oblasti RF PIO, bez bojazni da će završiti na berzi rada sa velikim brojem godina života i sve prisutnjim hroničnim oboljenjima, a to su uglavnom, limitirajući faktori za ponovno zaposlenje .

#### - Zakonski uslovi za sticanje prava na penziju

Sve napred navedeno bilo je stvarno i moguće zahvaljujući, za zaposlene uopšte, povoljnim uslovim za sticanje prava na korišćenje prava iz oblasti PIO, jer su kriterijumi koje je trebalo ispuniti, bili mnogo prihvatljiviji za zaposlene. Uslovi su bili godine života i staža

---

osiguranja od 15 godina. Naravno govorimo sa ove vremenske distance jer danas sve može da se sagleda u pravom svetlu

-Ne postoji privatni sektor medicne rada

## **TRANZICIJA**

Šta je donela tranzicija ? Nove, do skora nepoznate, izazove za zaposlene koje donosi opšti proces globalizacije! Sposobnost prilagođavanja i adaptacije na nove uslove rada i nove tehnologije, je najvažnija u paleti zahteva koje diktira poslodavac. To u praksi znači spremnost za zasnivanje radnog odnosa uglavnom, na određeno radno vreme, spremnost za produženi i prekovremeni rad, rad na više radnih pozicija u toku radnog vremena, rad van mesta stanovanja, rad u heterocikličnom režimu rada i spremnost da se prihvati činjenica da poslodavac diktira uslove pod kojima se zasniva radni odnos.

Na unutrašnjem planu procesi globalizacije podrazumevaju harmonizaciju domaćeg zakonodavstva koje je upodobljeno i prilagođeno poslodavcima sa minimumom uvažavanja zahteva zaposlenih. Navodimo činjenice:

-Važeći zakon PIO poznaje samo instituciju "potpuni gubitak radne sposobnosti" i preporuke koje nisu obavezujuće za poslodavca, radno mesto nije u fokusu medicinskog veštačenja radne sposobnosti. Takvi radnici već imaju umanjenu radnu sposobnost jer je ona i uzrok upućivanja na organe veštačenja RF PIO. Još je veći problem ukoliko takvi radnici u međuvremenu završe na tržištu rada i pojave se na prethodnom i pregledu za zasnivanje radnog odnosa. Nebitno je da li se radi o oceni opšte radne sposobnosti ili oceni za radno mesto sa povećanim rizikom. Obimna medicinska dokumentacija i aktuelna patologija otežavaju ocenjivanje radne sposobnosti. Dodatna otežavajuća okolnost je i činjenica da dobar broj takvih kandidata u međuvremenu ostvari pravo na 1. stepen osoba sa invaliditetom. Vođeni rentnim očekivanjima uglavnom prećute svoj status tako da sa prethodnom grupom predstavljaju potencijalno veliki rizik kod ocenjivanja radne sposobnosti jer postoji mogućnost greške u istoj a time nanošenje štete pregledanom ili poslodavcu. Realno i objektivno proceniti relativne kontraindikacije na prethodnom pregledu i njihovu tenedenciju ka prelasku u apsolutne za rad na

---

određenom radnom mestu prema Aktu o preceni rizika poslodavca, u nekom razumnov vremenskom roku, je za specijalistu medicine rada hod "po mukama ". U ovoj situaciji su moguće štetne posledice za neku od strana u postupku ocenjivanja radne sposobnosti a onda konačnu ocenu ko je pogrešio i ko je pretrpeo koliku štetu, daje sud.

-Promjenjeni uslovi za sticanje prava na starosnu penziju. Pomeranje gornje granice života za odlazak u starosnu penziju i uvođenje institucije umanjenja osnovice za svaku godinu prevremenog odlaska u penziju, dodatno otežavaju radnopravni status radno aktivne populacije zaposlenih. Sve je zahtevnije dati odgovarajuću ocenu radne sposobnosti bez zakazivanja vanrednih pregleda pre isteka roka za periodični pregled. Naručilac posla, naravno, ima drugačiji stav i tu su mogući neželjeni događaji koji uglavnom prethode radnjama koje vode u pravcu postavljanja pitanja vezana za nanošenje nekog oblika štete. To je još uvek u domenu poslodavca i naručioca posla, neželjeni događaj je nepoželjan u odnosu lekar- pregledani kandidat. Dešava se u praksi da, iako se od strane lekara obavi sve u skladu sa propisima i etikom, i pored nalaza drgostepenih organa veštačenja i pozitivnog nalaza nadležnih organa zaduženih za kontrolu rada u zdravstvu, pregledani radnik ipak pokrene sudske postupak.

- U timu za ocenjivanje radne sposobnost nema specijista-konsultanata, ocenjivanje radne sposobnosti obavlja se isključivo prema uslovima iz Akta o proceni rizika poslodavca koji upućuje radnika na pregled..Pravilnik o vršenju prethodnih i periodičnih lekarskih pregleda radnika, ne predviđa kao deo tima za ocenjivanje radne sposobnosti učešće specijalista konsultanata. U praksi to znači nižu cenu pregleda jer konsultanti nisu obuhvaćeni. U takvoj situaciji postupak ocenjivanja radne sposobnosti duže traje što opet može da izazove nezadovoljstvo i naručioca i pregledanog . Olakšavajuća okolnost za specijalista medicine rada je da noviji pravilnici koji regulišu oblast medicine rada, imaju komisije za prigovor na ocenu radne sposobnosti u prvostepenom postupku, mada u praksi to i nije prepreka za pokretanje sudskega postupka za nadoknadu štete nekoj od strana u postupku ocenjivanja radne sposobnosti.

-Zasnivanje radnog odnosa je sve češće na određeno radno vreme, naročito u privatnim kompanijama. To u praksi znači porast broja preventivnih zdravstvenih pregleda za zasnivanje radnog odnosa.

---

-Sve je više radnika različite starosne dobi na prethodnim lekarskim pregledima, a to znači sužen izbor adekvatne radne snage i problem za specijalistu medicine rada pri ocenjivanju radne sposobnosti

-Unutrašnja organizacija ne poznaje više pozicija za radna mesta u okviru zanimanja i kvalifikacije. U slučaju negativne ocene radne sposobnosti na periodičnom ili vanrednom zdravstvenom pregledu, zaposlenom uglavnom sledi put ka berzi rada, jer poslodavac nema odgovarajuće radno mesto za takve radnike.

-Pojava neadekvatnog Akta o proceni rizika poslodavca, uglavnom kod privatnih kompanija sa stranim kapitalom, je vrlo česta u svakodnevni specijaliste medicine rada. Broj radnih mesta sa povećanim rizikom kod takvih poslodavaca je minimalan.

-Zato, umesto periodičnih zdravstvenih pregleda kod privatnih poslodavaca rasprostranjena je pojava da zaposlene upućuju na povremene sistematske komercijalne preglede ukoliko postoje finansijske mogućnosti. Autori ovog rada imali su takvo iskustvo. *Na pitanje zašto u kompaniji nema ni jednog mesta sa povećanim rizikom u Aktu o proceni rizika, dobili smo iznenadjujući odgovor: svi radnici koji trenutno rade biće zamenjeni novim, mlađim i zdravim radnicima, za tri do pet godina, jer većina zaposlenih imaju ugovore o radu na određeno vreme.*

-Pojava fenomena "meke moći poslodavca" je produkt tranzcije. Ogleda se u neprihvatljivim zahtevima vezanih za preventivne preglede, od elemenata pregleda i načina obavljanja istih, do načina ekspedicije izveštaja o nalazima na sistematskim ili periodičnim pregledima, upućivanja radnika na preglede pre zakonom propisanih rokova... Naravno da za ovakvo ponašanje, dobar deo zasluge pripada menadžmentu zdravstvene ustanove koja obavlja usluge za potrebe poslodavca, jer se ulavnom posmatra projektovana finansijska dobit. U takvoj situaciji pritisak je na specijalisti medicine rada, mogućnost stručne greške sa nanošenjem štete nekom subjektu u postupku ocenjivanja radne sposobnosti, je realnost.

-Ocena radne sposobnosti pokazuje trend izaražavanja u procentima upravo zbog različite starosne strukture radne snage i već prisutne patologije kod iste, ponuđene od strane tržišta radne snage. Sam postupak ocenjivanja neminovno traje duže od uobičajenog u odnosu na vreme pre tranzicije.

---

Na kraju dolazimo do najvažnije činjenice: zakonodavstvo je dalo mogućnost specijalistima medicine rada da se odrede: da li će imati ugovore o radu kao izabrani lekari ili kao specijalisti medicine rada u službama medicine rada, uglavnom Zavoda za medicnu rada i u privatnom sektoru ! Izabrani lekari su na primarnom nivou zdravstvene zaštite i finasiraju se iz državnih fondova, ovi drugi su na tržištu i praktično funkcionišu kao privatni sektor u okvirima zdravstvenih ustanova čiji je osnivač država. Razlog je lako razumljiv: država više ne finansira, ni delimično, delatnost medicine rada ! Naravno da je zbog ovakve zakonske mogućnosti, većina specijalista medicine rada izabrala državnu službu i svoje delovanje iz oblasti medicine rada, svela, uglavnom, na ocenjivanje privremene radne nesposobnosti. Pokušaj autora ovog rada je da ukaže na specifičnosti položaja druge, mnogo manje, grupe specijalista medicine rada od kojih zavisi i budućnost medicine rada uopšte! Sada je trentak da se nametnemo kao vodeća specijalnost u oblasti ocenjivanja radne sposobnosti, od klasičnog ocenjivanja, preko izrade Akta o proceni rizika, do sudskomedicinskog veštačenja u skladu opisom poslova koje su u nadležnosti medicine rada!

### Ocenjivanje radne sposobnosti u tranziciji

Specijalista medicine rada sve češće u postupku obavljanja prethodnih pregleda, bavi preostalom radnom sposobnošću. Razlog je sve starija populacija radnika koja ima i godine života ali i sve prisutnije poremećaje zdravstvenog stanja. Na pregledе pre zasnivanja radnog odnosa dolaze i zdravi ali sve ređe, takođe sve je prisutnija kategorija osoba sa nekom vrstom invaliditeta. Još uvek se pojavljuju i radnici sa pravima ostvarenim u prethodnom periodu ali sve češće i osobe sa invaliditetom 1. stepena koja imaju mogućnost zapošljavanja "pod opštim uslovima". Kod radnika sa pravima iz prethodnog perioda problema uglavnom i nema jer su rešenja predviđala obavezujuće preporuke. Kada se razreši pitanje prioriteta za samog radnika , stvari se lako završavaju. Ponovna obrada za organe veštačenja PIO nadležne filijale gde je i ostvario odrđena prava uglavnom rešava sve probleme! Dešava se da i sa obavezujućim preporukama određena grupa radnika na prethodnim pregledima ispunjava zahteve Akta o proceni rizika ali ne i na duži vremenski rok. Tu se krije mogućnost nastanka greške u oceni i mogući postupak zbog nanošenja štete nekoj strani u postupku ojivanja. Kod osoba sa

---

invaliditetom prvog stepena, ocena radne sposobnosti je takođe vrlo delikatna. Iako imaju pravo zapošljavanja pod opštim uslovima, dešava se da i sa aktuelnim zdravstvenim stanjem, zadovoljavaju u pojedinim segmentima odredbe akta o proceni rizika, ali takođe ograničenog vremenskog trajanja i realne mogućnosti da se zadrže na tom radnom mestu. Ako prećute da su u statusu osobe sa invaliditetom, može dati ocena za "jednokratnu upotrebu", jer radnik obično po zasnivanju radnog odnosa donosi na uvid rešenje NSZ i tako je napravljena šteta poslodavcu, naročito ako je zasnovan radni odnos na neodređeno radno vreme, što je danas ipak sve ređe. Pitanje za specijalistu medicine rada u ovakvim uslovima je: kako dati ocenu radne sposobnosti da i poslodavac / naručilac posla / i pregledani sa aktuelnim zdravstvenim stanjem, ostvare svoja očekivanja? Danas je uobičajena pojava neadekvatne radne snage na tržištu rada. Odliv kvalifikovanih stručno osposobljenih radnika u dobrom psihofizičkom statusu, uglavnom u inostranstvo, ne ostavlja mnogo prostora poslodavcima za odabir kvalitetne radne snage kroz preventivne zdravstvene preglede u službama medicine rada. Ponuda radne snage svodi se na prost princip "daj šta daš..." a očekivanja su da će poslodavac maksimalno koristi "meku moć finasijera" i ispostavljati određene zahteve prema specijalisti medine rada koji su često u koliziji sa zakonskom regulativom uključujući i Zakon o zaštiti podataka o ličnosti. Poseban problem u ovakvim situacijama je i Akt o proceni rizika poslodavca koji po vokaciji stvari zahteva adekvatong radnika i kada je u pitanju zdravstvena sposobnost za određena radna mesta. U praksi se dešava da i u uslovima date ponude radne snage sa tržišta rada, postoji određeni procenat takvih radnika koji ispunjavaju zahteve Akta ali je ključno pitanje: koliko dugo poslodavac može da očekuje da takav radnik radi u punom kapacitetu s obzirom na aktuelno zdravstveno stanje. Neispunjena očekivanja se pripisuju specijalisti medicine rada! S obzirom da je pravo na rad na prvom mestu kod ocenjivanja radne sposobnosti, naša je obaveza da pri ocenjivanju radne sposobnosti, vodimo računa, do kada relativne kontraindikacije u pogledu zdravstvenog stanja pregledanog, mogu da se uklope u zahteve radnog mesta prema Aktu poslodavca, pre nego postanu apsolutne kontraindikacije za rad. Prognostičku vrednost ocene jasno naznačiti poslodavcu. Iskustvo autora sugeriše da se radna sposobnost ograniči na vremenski rok kraći od vremena predviđenog za prvi periodični pregled po zasnivanju radnog odnosa. Time se poslodacu daje do znanja da kandidat nema potrebnu radnu sposobnost za nesmetano obavljanje radnih zadataka u punom obimu, tako da je odluka o obliku zasnivanja

---

radnog odnosa na poslodavcu. Isti postupak važi i za ocenjivanje kod periodičnih pregleda. Ovakvim postupanjem dolazimo u sferu institucije podeljene odgovornosti za slučaj eventualnog sudskog postupka.

Šta se očekuje od specijaliste medicine rada u ovakvim uslovima?

Specijalista medicine rada mora da bude veštak iako formalno nije veštak / ne nalazi se na spisku stalnih sudskih veštaka /. Od njega se i očekuje i traži i zahteva znanje u nalaženju najpovoljnijeg rešenja za zainteresovane strane u postupku ocenjivanja radne sposobnosti i u najkomplikovanim slučajevima! U praksi to vodi kontroli i upravljanju rizikom od nastanka štete po neku stranu i svođenje greške na nivo koji ne daje mogućnost pokretanja sudskog spora, jer apsolutne zaštite od moguće greške ne postoji. To podrazumeva:

- individualni pristup u ocenjivanju radne sposobnosti
- poznavanje svih krovnih zakona..
- poznavanje zakona koji se odnose na pojedine delatnosti koje uređuju posebni zakonski propisi
- poznavanje posledičnih pravilnika i ostalih podzakonskih akata
- poznavanje Akta o proceni rizika poslodavaca korisnika usluga u službi medicine rada
- dobro medicinsko znanje
- poznavanje postupka medijacije
- praćenje trendova u ocenjivanju radne sposobnosti
- permanentna edukacija

Poznavanje i vladanje određenim veštinama i alatima neophodni su da bi pravovremeno mogao prepozna rizične situacije i moguće nastajanje štete po strane u postupku ocenjivanja radne sposobnosti. Upravljanje rizikom nastanka štete je potrebno da bi se predupredili mogući sudskomedicinski postupci u kojima je uglavnom lekar u centru zbivanja. Rizici od nastajanja štete potiču uglavnom od poslodavca, pregledanog radnika ali i od menadžmenat zdravatvene ustanove. Poslodavac ide sa pozicije finansijera i očekivanja da će dobiti ono što očekuje:

---

radnika sposobnog da odgovori zahtevima radnog mesta koje poseda. Radnik vrlo često polazi od toga da se domogne radnog mesta zbog kojeg i dolazi na pregled, tu je problem rente za specijalizantu medicine rada veliki izazov. Menadžment ustanove zaposlenog specijaliste medicine rada ima, neretko, nerealna očekivanja u pogledu prohodnosti pregledanih koja se tiče zdravstvenog stanja i zahteva radnog mesta. Finansijske su na prvom mestu i od specijaliste medicine rada se očekuje da konfliktnih i neželjenih situacija uopšte ne bude. Rad pod takvim uslovima gde svi imaju svoja očekivanja, znači i mogućnost greške u oceni, koja može biti uzrok nastanka štete po bilo koju stranu ali sa različitim posledicama. Nije praksa da menadžment ustanove zaposlenog pokreće postupak za nadoknadu eventualnu štetu po ustanovu po prigovoru naručioca posla, ali druge dve strane u takvim situacijama, obično posežu za uslugama advokata. Na specijalisti medicine rada, pre svega onih koji se bave ocenom radne sposobnosti, je da preventivno deluje u smislu upravljanja rizikom moguće štete.

Greške su moguće ali je na nama da mogućnosti nastaka iste svedemo na prihvatljiv nivo rizika koji ne pruža dovoljno mogućnosti stranama u postupku ocenjivanja radne sposobnosti, za pokretanje bilo kakvog postupka pred nadležnim sudskim organima.

Promene u tranziciji dovele su do podele u korpusu specijalista medicine rada koje u vremenu koje doalzi, dovodi do neminovne podele, uglavnom na štetu onih koji rade klasično ocenjivanje radne sposobnosti. Nažalost većina je izabrala sigurnost zaposlenja u državnoj službi i to za posledicu ima, protokom vremena, perspektivu da se za ovu grupaciju specijaliste medicine rada, vrata oblasti ocenjivanja radne sposobnosti, polako ali sigurno, zatvaraju. Osnovni tazlog je potpuno drugačiji pristup poslu koji obavljamo. Navodimo neke specifičnosti koje su osnova svih budućih podela u korpusu specijalista medicine rada

Specijalista medicine rada u osnovnoj zdravstvenoj delatnosti: pravila ponašanja diktira Republički fond zdravstvenog osiguranja / primena uputstava iz vodiča dobre prakse, farmakoterapijskih protokola takođe, dužna lekarska pažnja, dobra praksa se podarazumeva / ali to praktično znači i postepeno udaljavanje od klasične ocene radne sposobnosti što je krajnji ishod za ovu grupu.

Specijalista medicine rada u ustanovama bez finansiranja iz budžetskih sredstava države: klasično tržišno poslovanje, poštovanje zakonske regulative, etike i struke, rizici

---

nanošenja štete učesnicima u postupku, upravljanje rizicima od nastanka iste, na kraju i spremnost da potraži usluge i advokata i kolega u statusu sudskomedicinskih veštaka, čak i u slučajevima kada se sve uradi po aktuelnim pravilima struke i zakona. Sumorne perspektive teba prevenirati kohezijom korpusa specijalista medicine rada, stalnim edukacijama, povezivanjem sa referentnim strukovnim institucijama a to je danas Institut za medicinu rada, kao i Zavodi za zdravstvenu zaštitu radnika u vlasništvu držve (bez finasiranja službe medicine rada od strane države), preko Republičke stručne komisije za medicinu rada, time i nadležnim institucijama sistema. Pored strukovnog povezivanju, potrebno je i povezivanje sa poslodavcima, uključivanje zdravstvenih saradnika i ovlaštenih lica poslodavaca, pre svih lica za bezbednost i zdravlje na radu, u postupak ocenjivanja radne sposobnosti i brigu o radniku uopšte, uz uslov da se nametnemo kao glavna karika u tom lancu.

Specijalsiti medicine rada u privatnom sektoru prinuđeni su na neprekidno prilagođavanje osnovnom zahtevu kapitala: što manje rashoda a u funkciji ostvarivanja maksimalne zarade u datim okolnostima.

Bez namere da dajemo bilo kakve zaključke, ideja autora je da se ukaže na vreme prošlo i realnost današnjice. Veliki broj specijalista medicine rada obavlja poslove izabranog lekara bez perspektive da jednog dana ponovo obavljaju poslove u ocenjivanju radne sposobnosti. Manji broj ostaje da štiti interes medicine rada u oblasti ocenjivanja radne sposobnosti, svesno preuzimajući sve rizike takvog izbora

## LITERARURA

Zakon o penzijskom i invalidskom osiguranju radnika ( “Sl. glasnik SRS” br.13 /83 i br. 34 / 2003 )

Zakon o bezbednosti i zdravlju na radu ( “Sl.glasnik RS” br. 101/2005, 91/2015 i 113/2017 )

Pravilnik o bližem načinu, troškovima i kriterijumima za procenu radne sposobnosti i mogućnosti zaposlenja i održanja zaposlenja osoba sa invaliditetom (“Sl. glasnik RS” br. 36/2010 )

---

Zakon o profesionalnoj rehabilitaciji i zapošljavanju osoba sa invaliditetom ( "Sl glasnik RS" br. 36/2009 i 32 / 2013 )

Filipović D, Lukić S, Kajević D. Specijalista medicine rada i medijacija u slučajevima umanjene radne sposobnosti. Svet rada, 2009 7: 278-84

Filipović D, Kajević D. Neki aspekti medicinskog veštačenja radne sposobnosti – nekad i sad. Svet rada, 2016 3: 366-372

Filipović D, Covedarica V. Upravljanje rizikom u postupku veštačenja i ocenjivanja radne sposobnosti. Svet rada, 2017 6:745-752

## **THE ASSESSMENT OF WORKING ABILITY UNDER THE CIRCUMSTANCES OF TRANSITION**

### **SUMMARY**

Transition processes as a consequence of general globalization affect all layers of society. The health system is no exception. State tendencies are to fund this system to the extent that enables its optimal functioning as a whole. All other needs of the general population and workers as its integral part are transferred to the free market or the private sector of healthcare. The consequences for the corpus of the occupational medicine specialists are extremely unfavorable since the spreading takes place in three directions. One part, for the time being, ends in state institutions such as institutes. In the health centers, natural outflows will do the work for those who are not selected for chosen doctors. At the end, a part of occupational medicine specialists ends up in the private sector. The exit from this situation is the professional connection through a referential healthcare institution, cooperation with employers, involvement of healthcare associates and authorized representatives of employers such as officials for safety and health at work in the process of assessment of working ability and care of the worker in general. The condition for this is persistence as the main link in this chain.

***Key words: assessment of working ability, transition, occupational medicine specialist***