

*Ива Д. Голијан\**

*Агенција за привредне регистре*

## ПОЛИТИЧКО-СОЦИЈАЛНИ ОСНОВИ ПРАВА НА ЕУТАНАЗИЈУ

### Сажетак

Проблем еутаназије представља додирно подручје етике, права и политике. У овом тексту, који настоји да пружи допринос стручној јавној расправи о увођењу еутаназије у српско законодавство, најпре је терминолошки јасно прецизиран сам термин – *еутаназија* (као право на достојанствену смрт). Надаље, у тексту се разматра какве су *обавезе* других лица које проистичу из овог права и под којим условима *обавезе* других лица, које проистичу из поменутог права, представљају ограничавање њихових *права личности*.

Навођењем примера из подручја етике и права, у тексту се констатује да је разликовање активне и пасивне еутаназије заправо производ неадекватног промишљања приликом извођења ове диференције.

Користећи обилну литературу, која са правног и етичког аспекта проблематизује еутаназију, аутор долази до закључка да је право на достојанствену смрт друштвена вредност коју треба законски обликовати, тако да буду предупређене могуће злоупотребе – а истовремено избегнуто сваљивање бремена одговорности на друга лица (свеједно да ли се ради о субјектима из правосуђа или медицине), која треба да спроведу пацијентову жељу да достојанствено умре. У том смислу, право на достојанствену смрт представља политичко питање. Такође,

---

\* Имејл-адреса: [janjniiva@gmail.com](mailto:janjniiva@gmail.com).

аутор је настојао да у овом тексту фундира уверење да српско законодавство треба да правно обликује услове за активну директну еутаназiju.

**Кључне речи:** еутаназija, убиство из милосрђа, активна еутаназija, пасивна еутаназija, самоубиство, одговорност, етика, право

## УВОД

Непосредан повод за настанак овог текста је Преднацрт Грађанског законика Републике Србије, који садржи одредбу којом се допушта *право на достојанствену смрт*. Реч је о члану 86. из прве књиге Преднацрта, у којој се регулишу *права личности*:

Право на еутаназiju, као право физичког лица на сагласни, добровољни и достојанствени прекид живота, може се изузетно остварити, ако се испуне прописани хумани, психо-социјални и медицински услови.

Услови и поступак за остваривање права на еутаназiju прописују се посебним законом.

Злоупотреба права на еутаназiju, ради прибављања неосноване материјалне или друге користи, представља основ за кривичну одговорност.

*Напомена:* Због комплексности остваривања права на еутаназiju, које има, поред правних и медицинске, психолошке и социјалне аспекте, Комисија<sup>1</sup> ће се накнадно дефинитивно изјаснити на основу аргумената стручњака из различитих области и професионалних делатности, имајући у виду и предлог текста посебног закона који је припремљен након јавне расправе о Преднацрту. Евентуалним усвајањем предлога, извршила би се одговарајућа промена у Кривичном законик у (Prednacrt Građanskog zakonika Republike Srbije 2015, član 86.).

<sup>1</sup> Комисија за израду Грађанског законика образована је на основу Одлуке Владе Републике Србије („Službeni glasnik RS”, br. 104 од 17. новембра 2006. и 110 од децембра 2006.- исп.) ради кодификације грађанског права и израде текста Грађанског законика.

Како стоји у *Напомени*, уколико ова одредба буде усвојена, у предложеној или некој другачијој форми, то ће иницирати доношење посебног закона, којим ће детаљно бити регулисано поменуто право, а то подразумева и промену Кривичног законика Републике Србије („Sl. glasnik RS”, br. 85/2005, 88/2005 - ispr., 107/2005 - ispr., 72/2009, 111/2009, 121/2012, 104/2013, 108/2014, 94/2016 и 35/2019). То се свакако односи на члан 117. Кривичног законика – „Лишење живота из самилости” (убиство из милосрђа), у коме је за ово кривично дело запрећена затворска казна од шест месеци до пет година (упоредити Вановић, Turanjanin i Corović 2018, 237–287).

На основу формулације из Кривичног законика, можемо да изведено два важна закључка:

1. Право на еутаназију, односно „право на достојанствену смрт” није ближе разматрано у домаћем праву, односно законодавац није имао у виду све видове *дела* за које у члану 117. предвиђа законске санкције: *убиство из милосрђа* није исто што и, на пример, пасивна еутаназија – и зато је исправна интенција, из Напомене Преднацрта Грађанског законика Србије, о потреби изјашњавања стручњака за ову област;

2. Могућност изрицања релативно благе казне за *убиство из милосрђа*, односно велики распон између минималне и максималне запрећене казне, показују да је законодавац имао у виду да се и у нашој земљи примењује еутаназија *de facto*, мимо законског оквира – и да има случајева у којима се њена примена толерише, јер је последица воље самог пацијента. Тим пре, постоји потреба за уређивањем ове области, која би право на достојанствену смрт довела у подручје *de iure*.<sup>2</sup>

У овом тексту покушаћемо да допринесемо стручној расправи о праву на достојанствену смрт, најпре тако што ћемо, на основу релевантне стручне литературе – указати на разлике између различитих облика *еутаназије*, као и на искуства других земаља у правном регулисању ове области.

Са друге стране, указаћемо на социолошке и етичке расправе о еутаназији, које значајно утичу на јуридичке ставове

2 Више о разлици између еутаназије *de facto* и *de iure* види у: Keown, John. „The First Survey: The Incidence of Euthanasia”, In: Keown, John. *Euthanasia, Ethics and Public Policy*. Cambridge University Press, Cambridge, 2002, str. 73.

о *праву* на достојанствену смрт, уверени да се у овој области преплићу политички, етички и јуридикчки ниво, значајније и интензивније него када је реч о питању абортуса или смртне казне.

Наша је претпоставка да заузимање становишта о томе да ли треба законом допустити право на достојанствену смрт подразумева да најпре јасно буде одређено (1) на шта се тачно ово право односи (на који облик еутаназије), (2) какве су обавезе других лица које проистичу из овог права, односно (3) под којим условима права других лица ускраћују право (пацијента) на достојанствену смрт, и под којим условима обавезе других лица, које проистичу из поменутог права, представљају ограничавање њихових *права личности*.

## ОБЛИЦИ ЕУТАНАЗИЈЕ

Термин *еутаназија* је грчког порекла, и он дословно означава „добру смрт”, дакле спокојан и лак процес умирања, лишен болова и патње. На пример, антички филозоф Епикур је пронашао начин да смањи патње проузроковане заглављеним каменом у бубрегу, па је последње сате живота провео у врућој купки, миран и спокојан, јер је као филозоф успео да се избори са страхом од смрти. У античком смислу речи, Епикурова смрт је – *еутаназија*.

Грегори Пенс одређује еутаназију као одузимање живота некој особи из „наводно милосрдних разлога” (Pens 2007, 143). То значи да приликом еутаназије виновник смрти није сам болесник, који је изложен тешким патњама, него друга особа. Чак и у случају да је особа над којом ће се извршити еутаназија то изричито захтевала, док је била свесна и разумна, сам акт одузимања живота подразумева одлуку и деловање другог лица. То често захтева процену да ли се ради о тешким и неподношљивим патњама, односно да ли постоји нада да се стање особе којој ће бити одузет живот може санирати. Самоубиство, насупрот томе, подразумева да виновник буде лице које жели да оконча свој живот – чак и у оним случајевима када је, ради извршења, потребна помоћ других људи. Рационална процена тада је на страни особе која тражи асистенцију како би окончила свој живот. Већ ова разлика

сугерише да се, када је реч о *еутаназији*, тежиште помера са права пацијента да располаже својим животом, на друга лица, односно њихову *обавезу* са му у томе помогну или га у реализацији поменути намере спрече.

Пенсово разликовање, међутим, тешко је примењиво на такозване „граничне случајеве”, попут оног који наводи Хелга Кузе (*H. Kuhze*), која описује еутаназију Мери Ф. којој је на сопствени захтев убризгана смртоносна инјекција (*Kuhze 2004, 26*), или на случајеве о којима говори Сингер, када описује Кеворкианову „машину за самоубиства”. Имајући у виду овакве случајеве, предлажемо следећу појмовну разлику: Појам *еутаназија* означава одузимање живота особама за које се зна да ће сигурно умрети у блиској будућности, да би се олакшале њихове патње (са или без њихове сагласности) – док се појам *самоубиство* односи на случајеве у којима људи који нису непосредно витално угрожени, који сами или уз помоћ другог лица одузимају себи живот.

Примери у којима терминално оболеле особе посежу за самоубиством, али не из разлога да би се спасиле тешких физичких патњи, него да би поштеделе своје ближње бриге или финансијских издатака за лечење и негу, захтева да претходно разграничење допунимо: У случају еутаназије (1) рационалну процену стања пацијента доносе друге особе, независно од тога да ли је тешко оболела особа непосредно изразила жељу да се њене физичке патње окончају одузимањем њеног живота, док је у случају самоубиства увек реч о рационалној процени и деловању особе која жели да оконча свој живот. Из тога исходи (2) да се код еутаназије осим етичког појављује и проблем *права* (самог пацијента, породице или лекара да окончају његов живот) а да је самоубиство *par excellence* етички проблем.

Из тог разлога у етици, али и у правним нормама појединих земаља, асистирано самоубиство се не третира као еутаназија – за разлику од *самоубиства уз помоћ лекара*, о чему ће више речи бити касније.

Уколико еутаназија није ни *убиство* одлуком других (породице или друштвене заједнице), нити самоубиство (из немедицинских разлога, или разлога који нису медицински објективни), то значи да еутаназија подразумева релацију

– воље лица које жели да умре у ситуацији која се може медицински оправдати, и других лица, која треба да својим чињењем или нечињењем допринесу остваривању ове одлуке.

Ближе одређујући појам еутаназије у савременом контексту, најпре треба поћи од дистинкције *активне* и *пасивне еутаназије*.

*Активна еутаназија* подразумева примену медицинске терапије са намером да се нечији живот оконча. По својој форми, активна еутаназија може да буде директна или индиректна. У првом случају то подразумева скраћење живота неизлечиво болесног пацијента убризгавањем опојних средстава, која ће одагнати бол, и давањем смртоносне инјекције, обично калијум-хлорида, који зауставља рад срца (онда када је пацијент већ у дубокој седацији).

У законодавствима многих земаља, активна еутаназија изједначена је са кривичним делима убиства или убиства из нехата. У нашем законодавству, *Кривични законик Републике Србије* у члану 118. „нехатно лишење живота”, за лишење живота из нехата предвиђа исте санкције као и за лишење живота из самилости (KZRS 2019, члан 118.). То значи да је радња овог кривичног дела иста као и код убиства, с тим што је његово субјективно обележје – мотив самилости, из чега произлази и другачије одређивање санкције у односу на друга дела лишења живота (Вановић, Туранџанин и Соговић 2018, 237–287).

Индиректна активна еутаназија подразумева скраћивање живота пацијента до кога долази „узгредним дејством” неког медицинског третмана, чији је циљ ублажавање бола. Терминална седација је облик индиректне еутаназије.

На први поглед, и индиректна активна еутаназија могла би да буде квалификована као убиство из нехата. Међутим, лекарска комора Немачке заузела је јасан став да квалитет живота који се постиже ублажавањем болова треба да има предност над квалитетом живота уопште (Клајн-Татић 2007) . Иако овакво одређење свакако има у виду дефиницију здравља Уједињених нација – поменути став се узима у обзир приликом судских процеса у којима се лекарима суди због довођења у

терминалну седацију њихових пацијената, али како су овакви процеси ретки, у многим земљама, а не само у Немачкој, овај вид еутаназије се примењује *de facto*, иако није одобрен позитивним прописима.

*Пасивна еутаназија* са друге стране, подразумева да се оболелом у терминалној фази болести, укида лечење којим се он одржава у животу, што после краћег или дужег времена доводи до смрти. То подразумева да се пацијентима не даје храна, вода, кисеоник, вештачко дисање, лекови, трансфузија или дијализа – без чега пацијент није у стању да преживи (Radišić 2008, 145).

Овај вид еутаназије је дозвољен у многим земљама. У нашем законодавству, и овај вид еутаназије могао би да буде санкционисан чланом 117. *Кривичног законика Србије*, а могао би да буде и теже третиран, уколико се посумња у постојање изричите воље оболелог да се са њим поступи на овакав начин.

Колико је домаће законодавство нејасно и непрецизно када је реч о овом виду еутаназије, показује очигледан несклад *Закона о правима пацијената* („Sl. glasnik RS”, br. 45/2013 и 25/2019 - dr. zakon) и *Кривичног законика*. Наиме, *Закон о правима пацијената* у члану 17. преузима некадашњу одредбу члана 33. *Закона о здравственој заштити Републике Србије* из 2005. У члану 17. овог закона стоји:

Пацијент, који је способан за расуђивање, има право да предложено медицинску меру одбије, чак и у случају када се њоме спасава или одржава његов живот.

Надлежни здравствени радник дужан је да пацијенту укаже на последице његове одлуке о одбијању предложене медицинске мере, и да о томе од пацијента затражи писмену изјаву која се мора чувати у медицинској документацији, а ако пацијент одбије давање писмене изјаве, о томе ће сачинити службену белешку.

У медицинску документацију надлежни здравствени радник уписује податак о пристанку пацијента, односно његовог законског заступника на предложено медицинску меру, као и о одбијању те мере (ZOSP 2019, član 17.).

Према овом одређењу, пасивна еутаназија је практично дозвољена, иако наведена одредба *Закона о правима пацијената* заправо не предвиђа да лекар у болничким условима ускраћивањем терапије, на основу исказане воље пацијента, допринесе бржем леталном исходу (и тако скраћењу трајања патњи).

Са друге стране, *Кодекс медицинске етике Лекарске коморе Србије* („Sl. glasnik RS”, br. 104/2016) изричито забрањује само активну еутаназију, допуштајући и у куративним поступцима да нечињењем, по вољи пацијента, буде убрзан летални исход, што на изванредан начин противречи одредбама *Кривичног законика Србије*. О поменутом одређењу еутаназије у *Кодексу медицинске етике Лекарске коморе Србије*, више речи биће у наставку овог рада.

*Самоубиство уз помоћ лекара* за разлику од *асистирања у самоубиству* свакако може да буде третирано као еутаназија. Овај вид еутаназије претпоставља изричит захтев пацијента да буде подвргнут смртоносном третману, а лекар притом помаже пацијенту, тако што му, на пример, указује која ће медицинска средства изазвати брзу и безболну смрт, или му поменута средства набавља. У овом случају, пацијент је сам виновник престанка живота, али су активности другог лица неопходне да би до лишавања живота дошло, због чега се и овде ради о специфичном облику еутаназије.

Самоубиство уз помоћ лекара дозвољено је у Белгији, Швајцарској, Холандији, Луксембургу, Албанији, Колумбији, као и у америчким државама – Орегону, Монтани и Вашингтону. У Европској унији ово питање и даље није решено на јединствен начин, а пракса је да свака земља има право слободне процене када је реч о еутаназији (Simović i Simeunović-Patić 2017, 317–336).

Према кривичном законодавству у Србији овај облик еутаназије третира се као *навођење на самоубиство и помогање у самоубиству*:



1) Ко наведе другог на самоубиство или му помогне у извршењу самоубиства, па ово буде извршено или покушано, казниће се затвором од шест месеци до пет година.

(2) Ко другом помогне у извршењу самоубиства под условима из члана 117. овог законика, па ово буде извршено или покушано, казниће се затвором од три месеца до три године.

(3) Ко дело из става 1. овог члана учини према малолетнику или према лицу које се налази у стању битно смањене урачунљивости, казниће се затвором од две до десет година.

(4) Ако је дело из става 1. овог члана учињено према детету или према неурачунљивом лицу, учинилац ће се казнити по члану 114. овог законика.

(5) Ко сурово или нечовечно поступа са лицем које се према њему налази у односу какве подређености или зависности, па оно услед таквог поступања изврши или покуша самоубиство које се може приписати нехату учиниоца, казниће се затвором од шест месеци до пет година (KZRS 2019, члан 119.).

Иако се асистирање у самоубиству, под које потпада и *убиство уз помоћ лекара* у Кривичном законнику РС повезује са „лишавањем живота” из члана 115. („убиство на мах”), овде је ипак забрањена знатно блажа казна, иако се, за разлику од „нехатног лишења живота” (члан 118.), подразумева *одлука* другог лица да пружи помоћ у самоубиству (што претпоставља и помоћ лекара у описаним условима).

Одређујући ближе појам еутаназије, констатовали смо да он подразумева лишење живота на основу одлуке пацијента. У научним расправама али и правним документима, говори се и о дистинкцији добровољне и недобровољне еутаназије.

Строго посматрано, у оба случаја ради се о еутаназији на основу воље пацијента, само што у случају невољне еутаназије пацијент, који је пре губитка свести или других способности да изрази своју одлуку јасно изразио жељу да у

одређеним околностима терминалне фазе болести жели да буде подвргнут еутаназији – с тим што непосредну одлуку, сада, на основу воље пацијента, треба да донесе неко други, обично лице које је сам пацијент за то овластио.

Међутим, у правно-медицинској пракси постоје случајеви у којима је пацијент терминално болестан, без наде за излечење, а његово стање битно отежава живот људи који о њему брину, у смислу стварања тешке материјалне оскудице. Па ипак, према нашем мишљењу, лишавање живота пацијента, без његове јасно изражене воље изречене у време када је то било могуће, не представља еутаназију, већ облик који садржи све елементе бића кривичног дела убиства.

Овај случај, такође, мора бити разликован од стања насталог у случају мождане смрти, када је одлука породице о искључењу апарата који пацијента одржавају у животу, легитимна и допуштена, и у оквирима домаћег законодавства.

## ЕТИЧКЕ ДИЛЕМЕ И ЊИХОВ ПРАВНИ КОНТЕКСТ

### Морална оправданост одлуке пацијента

Одлуку пацијента да у активној или пасивној форми оконча свој живот, услед терминалног стања које прате неиздрживе тегобе, од самоубиства разликује управо питање односа према лекару, односно ономе ко треба да изврши неки од облика еутаназије.

Уколико се међутим фокусирамо на саму пацијентову одлуку са позиција моралног апсолутизма, наилазимо на одређене недоумице. Тако се у Кантовом спису *Метафизика морала*, у делу који говори о самоубиству (§ 6), одузимање живота сматра недопустивим, зато што се на тај начин „уништава морални субјекат у својој властитој особи” (Kant 1993, 222). Другим речима, за Канта недопустивост самоубиства потиче отуда што је одлука о престанку живота супротна у односу на моралну аутономију, која човека издваја из ланца каузалитета природе, дајући његовој егзистенцији – *достојанство*, то јест „живот независан од животињства, чак и од целог чулног света” (Kant 1979, 175) а то значи

„истребљивање моралности из света” иако је она „ипак сврха за себе”, како стоји у *Метафизици морала*.

Исто као и када је реч о сакаћењу, да би се оствариле одређене диспозиције које ће донети добру зараду (кастрирање које повећава вокалне способности), или ради продавања органа свога тела, самоубиство према Канту претпоставља хипотетички императив, односно стављање у стање подређености према некој спољашњој сврси, што значи – напуштање самосврховитости коју *производи* практички ум.

Па ипак, и поред каузистичких питања које прате поменути параграф *Метафизике морала*, Кантов однос према самоубиству, уколико би био примењен на моралну оправданост захтева пацијента за извршење еутаназије, суочава се са проблемом на који указује једно посебно медицинско стање: *деменција*. Дементне особе не располажу оном „вредношћу интелигенције”, самосврховитог ума, оне нису у стању да се својом моралном аутономијом уздигну из живота „независног од животињства” (Budić 1998). Овај проблем се заоштрава тиме што сам дементни пацијент није у могућности да самосвесно сагледа стање у коме се налази, па ни да донесе поменту одлуку – што отвара питање допуштености противвољне еутаназије у том случају.

Са друге стране, и сама болест, као израз природне каузалности, значајно утиче на аутономију ума, коју Кант у *Критици практичког ума* назива „интелигенцијом”. У делу *Чаробни брег*, Томас Ман пружа један уверљив опис болесног стања, у монологу Сетембринија: „Човек који живи као болесник, *само* је тело, а то је нешто античовечанско и унижавајуће, - у највећем броју случајева он није ништа бољи од леша...” (Ман 1956, 117).

Дакле, шта ако је природа већ својом каузалношћу свела болесног човека на стање његовог „животињског постојања”, уколико он, трпећи неподношљиве болове, заправо више не располаже моралном аутономијом, будући да његово стање не допушта никакву самозаконодавност, већ претпоставља сталну подређеност физиолошким процесима, у зачараном кругу из кога се не може изаћи?

Разумевање живота као вредности по себи, управо из разлога што он омогућује *искуство*, односно зато што представља *могућност* надилажења фактичког стања, развио је и Нејгел у депривационој теорији:

...вриједност живота и њезин садржај не придаје се само органском преживљавању: готово би сви били равнодушни (ако су остале ствари једнаке) између непосредне смрти и непосредне коме након које би услиједила смрт, али двадесет година касније, без освјешћивања. И друго, као и већина производа, ово се може помножити временом: више је боље него мање (Nagel 1991, 9).

Вредност живота по себи, то што је живот потенција искуства, за Нејгела је, супротно Епикуру, који смрт види као одсуство сваког даљег искуствовања, па самим тим и бола. Исто тако, овај Нејгелов став супротстављен је поменутом решењу Лекарске коморе Немачке, по коме је живот без болова значајнији од пуког живота. Но, да ли се на основу тога може тврдити да је захтев пацијента да буде подвргнут еутаназији морално неприхватљив? Да ли се на основу ове „објективно” успостављене вредности живота може бранити став да је и у случају терминалне болести једино оправдан онај императив који у Ибзеновој драми *Луткин дом* заступа др Ранк, један од епизодних ликова – који сматра да је сваки тегобни дан још увек неупоредиво бољи од престанка сваког осећаја (Ibzen 1983, 43)?

Питање о моралној одговорности пацијента може се поставити и у контексту хришћанског разумевања „светости живота”. Уколико пацијент одбије такозвана „непропорционална поступања”, дакле неки болни медицински третман, његова се одлука не може окарактерисати као самоубиство. У пренесеном смислу, одбијање наставка живота у третману који претпоставља изражене тегобе, може се разумети као поменута „непропорционална процедура”, према чему би, барем када је реч о добровољној пасивној еутаназији, пацијент био лишен моралне одговорности за такву одлуку (Kuhze 2004, 431).

Према томе, морално би била допуштена пасивна еутаназија, односно пацијент није морално одговоран уколико не жели да се над њим обави лечење које претпоставља

значајан ризик, или је неизвесно када је реч о исходима. Но, у том смислу, пацијент, у ствари, не жели да умре, него између понуђених опција бира „нечињење”, као ону која ће по његовом мишљењу произвести за њега најприхватљивије услове за наставак живота (чак и уколико то претпоставља свакодневне болове или друге тегобе). Но, из тога не исходи да би морално било допуштено одбити и оне медицинске третмане који би сигурно продужили живот, а који припадају „пропорционалним” средствима.

Питање еутаназије, међутим, од проблема самоубиства разликује управо то што еутаназија претпоставља не само морално одношење према себи (макар и према себи као према другом), него и однос према другима. Кант у каузистичким питањима о проблему самоубиства, дотиче и подручје еутаназије, наводећи пример човека кога је угризао бесни пас, и који, свестан да се ради о неизлечивој болести, предузима самоубиство да не би у наступу беснила унесрећио друге људе (Kant 1993, 223). У нешто измењеном контексту, може се поставити питање да ли је захтев пацијента да над њим буде извршена еутаназија оправдан у случају када пацијент сматра да ће његово стање нанети штету другим људима, а он од тога жели да их поштеди, односно може ли се овакав захтев, у оваквом и сличном контексту универзализовати.

У контексту овога рада, међутим, искрсава и правно-политички контекст питања о еутаназији, који исходи из етичких недоумица. Еутаназија претпоставља улогу лекара, свеједно да ли ће он убризгати смртоносну инјекцију, или ће допустити да пацијент умре. У деонтолошком контексту, *захтев* да друго лице реализује ову одлуку претпоставља коришћење тог лица као *средства*, а не као *сврхе*, што подразумева ускраћивање његове моралне аутономије.

Морално право лекара да одлучи о томе да ли ће поступити према вољи пацијента, свеједно да ли је реч о активној или пасивној еутаназији, обично се превиђа у јуридикчком сагледавању овог питања. Етички посматрано, лекару се не може ускратити право на моралну одлуку, а сам поступак пацијента, који захтева еутаназију, у том би смислу био морално неоправдан. Другим речима, како то показују

либертијанистичке расправе, сагласност (жеља) пацијента није у ужем смислу довољан услов за кршење *неотуђивог* права на живот, а у ширем смислу његова је одлука потпуно ирелевантна, јер се о оправданости еутаназије мора изјаснити одговарајуће медицинско удружење (McConell 2000a, 43). Полазећи од Локове дистинкције између неотуђивости права на живот, и могућности да се ово право изгуби, Мозер (Moser 2017, 449) на трагу Мекконела сматра да сам пацијент не може да поменуто право „отуђи”, иако му оно у узвесним околностима може бити одузето:

Неотуђиво право може се одузети или игнорисати због посебно значајних разлога. Тако, неко може изгубити своје неотуђиво право, али га не може добровољно одбацити. Он или она је правно неспособан да оправда понашање друге особе за повреде тог права, у смислу да он или она не могу поштовања тога права ослободити друге ни када су сами у питању. Осим тога, право на живот је право на право. То подразумева задатке других према носиоцу права (Moser 2017, 448).

У правном и етичком контексту, дакле, морају се успоставити одређене *норме*, на основу којих би било одлучено о праву или дужностима лица од којих се очекује да у активном или пасивном смислу утичу на окончање живота пацијента у терминалној фази болести.

### Оправданост одлуке пацијента

Еутаназија подразумева да *друга особа* узрокује смрт пацијента, ради самог пацијента, односно сходно његовом захтеву, а у случају терминалне фазе болести. Пасивна еутаназија, у том смислу, претпоставља да се болесников живот не прекида, на пример давањем смртоносне инјекције, него да се прекидом, или одустајањем од примене одређеног медицинског третмана, убрза наступање леталног исхода.

То што медицинска пракса и правна регулатива у свету, изузев у Холандији, забрањују активну еутаназију, а дозвољава пасивну, засновано је углавном на констатацији да се у првом случају најнепосредније утиче на смртни исход. Са

друге стране, одустајање од примене неког третмана који би продужио живот, у бројним радовима се управо сама природа болести узима као агенс, који доводи до леталног исхода. Лишеност, односно нечињење, прама томе, нису непосредан узрок смрти, него је то болест.

На основу тога заступа се мишљење да је активна еутаназија нехумана, јер подразумева одузимање живота, што је у супротности са прокламованим задацима медицинске струке.

Међутим, не само када је реч о подручју етике, него и у јуридикчком контексту, разликовање пасивне и активне еутаназије је сасвим проблематично. То се јасно уочава, када погледамо члан 67. *Етичког кодекса Лекарске коморе Србије*:

Намерно скраћивање живота у супротности је с медицинском етиком.

Забрањено је предузимање поступака којима се живот умирућег пацијента активно скраћује.

У случају када би одлагање неизбежне смрти за умирућег пацијента представљало само нехумано продужење патњи, лекар може, у складу са слободно израженом вољом пацијента способног за расуђивање о одбијању даљег предузимања мера за продужење живота, даље лечење ограничити само на ефикасно ублажавање пацијентових тегоба (Kodeks medicinske etike LKS 2016, član 67.).

Уколико имамо у виду да кривично дело лишења живота из самилости подразумева одређену радњу, поставља се питање да ли је „одбијање даљег предузимања мера за продужење живота”, у условима које предвиђа цитирани члан *Етичког кодекса*, и само извесна *радња*, односно да ли се *нечињење* може квалификовати као неки вид *чињења*.

Наиме, радња кривичног дела је у људском понашању, а понашање не започиње у вољном акту (Mrvić-Petrović 2008, 82), него претпоставља *одлуку*, базирану на основу рационалног повезивања неке активности или неактивности (чињења или нечињења) са последицама које оно изазива. Дакле, уколико

постоји свест да ће неко *нечињење* изазвати летални исход, онда се оно свакако може сврстати у активну еутаназију.

Надаље, одустајање од лечења може да изазове већу патњу од активне еутаназије, јер је пацијент, лишен терапије, често у болнијој терминалној фази, која иако скраћује живот, његове последње моменте чини тежим и неподношљивијим од стања које је томе претходило:

Утврђивање узрока смрти може бити веома важно са правног становишта, јер може утврдити да ли да се против лекара поднесе кривична пријава. Али не мислим да се ова идеја може искористити за показивање моралне разлике између активне и пасивне еутаназије. Разлог зашто се сматра да је лоше бити узрок нечије смрти јесте то што се смрт сматра великим злом - и то јесте. Међутим, уколико се одлучи да је еутаназија - чак и пасивна еутаназија - пожељна у датом случају, одлучено је да у овом случају смрт није веће зло од пацијентовог континуираног постојања. А ако је то истина, уобичајени разлог да нико не треба да изазове смрт другог једноставно губи снагу (Rachels 1975, 79).

Агенс „пропуштања” неког медицинског третмана који би продужио живот, или одустајања од терапије која би деловала на исти начин, а према жељи пацијента, је, према томе, *друга особа*, најчешће лекар или друго медицинско особље. Тако је одлука лекара о томе да ли ће предузети неку меру, у циљу еутаназије (при чему је и пасивна еутаназија производ некаквог деловања, односно чињења), ствар моралног избора – независно од јуридикских претпоставки, које би овакав избор оправдале или санкционисале. У том смислу, дакле, између пасивне и активне еутаназије не стоји тако драстична разлика, како то изгледа на први поглед:

Ако доктор дозволи пацијенту да умре, из хуманих разлога, он је у истом моралном положају као да је пацијенту дао смртоносну инјекцију из хуманих разлога. Ако је његова одлука била погрешна - ако је, на пример, болест болесника у ствари била излечива - одлука би била једнако забрињавајућа, без обзира који је метод коришћен за њено извршење. А ако је лекарска одлука



исправна, коришћени метод није само по себи важан (Rachels 1994, 90).

Да пропуштање чињења у медицинској пракси може да буде разумевано као активност, која директно доприноси смрти показују они случајеви у којима је одбијање лекара да изврши неки медицински третман изазвало да се болест летално заврши. Оно што пасивну еутаназију, иако усвојимо Рејчелсове приговоре, одваја од поменутих случајева су два битна момента: захтев пацијента са једне, и терминално стање које не даје наду да је могуће продужење живота и одагнавање болова и других тешких тегоба, са друге стране.

Одлука пацијента је, у овако описаној ситуацији, иницијална, односно тек на основу те одлуке треба да дође до пасивне еутаназије, по чему се она разликује од врсте убиства (какво би, рецимо, било одбијање да се болеснику, у стању анафилактичког шока убризга адреналин и кортикостероиди), а од самоубиства по томе што је пацијент у терминалној фази болести, која се сматра неизлечивом и не постоји нада да ће на другачији начин бити омогућен престанак тегоба.

Самим тим што се овде не ради ни о асистираним самоубиству, у коме би агенс био сам болесник (коме би само било омогућено да дође до неопходних средстава за безболно прекидање живота), већ неко друго лице, намеће мноштво етичких недоумица.

Најпре, поставља се питање адекватне пацијентове процене свога стања. Пацијент не може, осим у ретким случајевима, да сам има евиденцију о тежини своје болести. Он не зна да прочита и тумачи налазе медицинских претрага, и нема искуство када је реч о току болести, вероватноћи и очекивањима у вези са њеним даљим фазама. О свему томе, пацијент добија информације од лекара.

Уколико лекар може да претпостави да би саопштавање *истине* о стању пацијента, и изгледима за даљи ток болести могло да утиче на његову одлуку о томе да ли жели наставак медицинског третмана који ће га још неко време одржавати у животу – онда он упознавајући пацијента са његовим здравственим стањем, у ствари утиче на доношење одлуке.

Све то говори у прилог да саопштавање дијагнозе најчешће може да има битну улогу у формирању одлуке пацијента о томе да захтева прекид даљег третмана, који га одржава у животу. У том смислу, пацијентова одлука није аутономна, већ је базирана на одређеним диспозицијама, које пацијент усваја од лекара. Уколико дозволимо могућност да ће лекарска грешка, у случају погрешне дијагнозе која негира тешку болест бити узрок погоршања болести, јер ће пацијента довести у ситуацију да у дужем временском периоду занемарује симптоме, онда је подједнако вероватно да ће саопштавање скорог фаталног исхода такође утицати на пацијентову рецепцију властитог стања, па чак и на доживљај физичких тегоба.

Претходни увид отвара три етички значајна питања: (1) у ком је смислу *компетентно* мишљење пацијента (који ту одлуку доноси макар делимично под утицајем лекара); шта су, заправо (2) стварне интенције пацијента, независно од медицинског контекста који он сазнаје од лекара и (3) да ли је мишљење пацијента уопште *релевантно* приликом доношења одлуке, у смислу да оно аутоматски обавезује другог да се тој одлуци повинује.

У својој критици „тврдог патернализма”, Фајнберг (*J. Feinberg*) указује на могућност да се пацијент одриче права на живот (да отуђује право на живот) зато што није адекватно информисан, то јест не може да схвати природу свог стања или је на неки начин приморан да донесе одлуку. Критикујући Адамсов патернализам, Фајнберг јасно указује на ову опасност (*Feinberg 1977, 240*).

Одбацујући патерналистички контекст, али усвајајући поменути део Адамсовог приговора, Фајнбер заступа „меки патернализам”, односно уверење да се *сагласност* самог пацијента може сматрати веродостојном под одређеним условима. То води и семантичком појашњењу, које почива на диференцији „давања сагласности” и „захтевања”, мада и у једном и у другом случају утицај лекара, или чланова породице може да одигра значајну улогу у одлуци пацијента.

Иако се одређени услови, који треба да буду задовољени да би се одлука пацијента сматрала веродостојном, за Фајнберга морају испоштовати када је реч о активној еутаназији, ми их

овде можемо применити и на пасивну еутаназију, која, према претходно изнетим аргументима, представља одређени вид „активности” са циљем убрзавања леталног исхода.

Такозвани Брокови услови који треба да буду задовољени, како би се са сигурношћу тврдило да је пацијентова одлука лишена злоупотреба, а који подразумевају да је (1) пацијент компетентан, да је (2) информисан о интервенцији, и да је (3) његова сагласност дата слободно, односно у потпуности добровољно, међутим, представљају сами по себи релативно сложен механизам. Остављајући по страни јуридикчки аспект овог питања, усредсредимо је на етички момент Броковог сложеног принципа на основу кога се може верификовати компетентност пацијента да донесе одлуку о еутаназији:

1. Пацијент треба да буде упознат са свим релевантним информацијама о његовом или њеном здравственом стању, прогнози, доступним алтернативним третманима, и прогнозама за сваку од њих.
2. Процедура треба да обезбеди да је захтев пацијента за еутаназију сигуран и постојан (може се обезбедити и одређени период чекања да пацијент донесе коначну одлуку), и дат потпуно добровољно (пацијент може именовати адвоката да би то осигурао);
3. Све разумне алтернативе у циљу побољшања квалитета живота пацијента и ослобађања од било каквог бола и патње, морају бити узете у обзир;
4. Психијатријска евалуација треба да покаже да захтев пацијента није резултат психолошког оштећења које се може третирати, као што је депресија (Brock 1992, 20).

Задовољавање ових захтева, осим што јуридикчки штити пацијента, у етичком смислу, обезбеђујући да пацијент доноси одлуку својевољно, заправо штити лекара, који је онда извршилац слободно донете одлуке. Другим речима, уколико овај етички услов не би био испуњен, поступање лекара, свеједно да ли се ради о еутаназији или продужетку живота, било би патерналистичко, односно поништавало би слободу пацијента на властиту моралну одлуку.

Међутим, чак и ако сви поменути Брокови услови буду задовољени, остаје питање уколико терминална болест уопште утиче не на сам процес расуђивања, него на вредносне судове пацијента. Исто тако, остаје у најмању руку дискутабилно, шта заправо пацијент жели: престанак болова или других патњи, или окончање живота. Уколико престанак болова посматра као примарни циљ, онда он у ствари жели да искуствује безболност, а саму смрт разуме као одсуство осећања бола. Но, неизвесно је да ли би исти пацијент, у тренутку када су болови привремено купирани, донео исту одлуку. Време које треба оставити пацијенту да би размислио о својој одлуци, не мора да се подудара са временом купирања болова (MCintyre 2004).

Самим тим, ако се усвоји ова разлика, према којој пацијент, заправо, никада није довољно компетентан – морална тежина пада на лекара, који треба да одговори на питање да ли је скоро биолошка смрт неминовна, и да ли патње којима је пацијент изложен могу бити, у кратком временском року до леталног исхода, купирани на било какав другачији начин. У том смислу, одлука самога пацијента, ма каква она била, остаје ирелевантна. Као што се сагласност пацијента не може тражити када је он у шоку или полусвесном стању, тако у овом случају она не може бити довољна. Коментаришући патернализам др Кембела, Мекконел зато указује на значај одлуке лекара, сматрајући да је одлука пацијента нужна, али да никада није довољна:

Други проблематски аспект аргумената др Кембела се односи на специфичну препоруку за коју верује да следи из чињенице да некада није јасно утврђено да је захтев за еутаназију добровољан. Он тврди да у таквим случајевима захтев не треба поштовати. Очигледно је дозвољено да се поступа по захтеву само ако је познато да је он дат добровољно. Али ово је веома захтеван стандард, и тешко је примењив и у другим областима медицине. Ако се пацијент који трпи велике болове превезе у ургентни центар и пристане на препоручену операцију, ми не оклевамо да извршимо процедуру иако бол који пацијент осећа пристанак чини недобровољним. Питање је да ли се овакав случај разликује од еутаназије, јер је операција очигледно рационална и у најбољем

интересу пацијента. Јер др Кембел с правом признаје, ако је бол који болесник осећа непоправљив и може се окончати само убрзавањем смрти, онда је можда паметно да пацијент изабере да заврши свој живот (McConnell 2000b, 218).

Уколико захтев или пристанак пацијента не представљају довољан услов за еутаназију, то онда, у етичком смислу, значи да и лекар, који се руководи другим критеријумима, има извесну моралну одговорност. Зато се, као једно од питања у етичком разматрању проблема еутаназије, посебно разматра намера лекара.

### ДЕЛОВАЊЕ И ПРЕДВИЂАЊЕ У ПАЛИЈАТИВНОЈ МЕДИЦИНИ

Члан 68. *Кодекса медицинске етике Лекарске коморе Србије*, констатујући да је лечење умирућег пацијента лекарска обавеза, у другом ставу као обавезу лекара истиче олакшавање телесних и душевних патњи, дужност лекара да „обезбеди услове умирања достојне човека” (KMELKS 2016, član 67.).

Међутим, овде је примерено поставити питање: уколико обезбеђивање ових услова за достојанствено умирање доведе до леталног исхода, да ли се у том случају ради о активној еутаназији, односно о кривичном делу лишавања живота из самилости?

Одлука о томе подразумева реконструкцију мотива лекара. Па ипак, тиме је проблем само привидно решен. Наиме, лекар може да буде сасвим свестан последица деловања, односно да ће давање средстава против болова изазвати летални исход. Да ли у том случају стварање услова за достојанствену смрт, упркос знању лекара о могућем исходу овог поступка, значи истовремено и активну еутаназију? Уколико се да потврдан одговор, остаје питање да ли је овде реч о директној или индиректној активној еутаназији.

Разјашњење, које је неопходно да би се уопште конципирала ваљана правна регулатива, и овде претпоставља етичку димензију.

Када је реч о лошој последици према акцидентацији и према намери, ту смо још увек у водама нормативне етике и морланог апсолутизма. Међутим, када је реч о случају, етички контекст да се сагледати само на основу последице. Случај подразумева ненамеравани догађај, па се његова морална вредност у том смислу може сагледати само из конкретне последице, никако полазећи од узрока, односно од оне велике премисе на којој се заснива практички силогизам.

У покушају да формулише ову у примерима уочену разлику, Квин (*W. Quinn*) зато предлаже да се дистинкција направи на основу одговора на питање – *зашто се нека акција предузима*. Ако се на питање одговара са „да” (питање: „Зашто гураш косачицу”, одговор: „да бих секао траву”), онда се нека друга последица може сматрати случајном. Међутим уколико се избегава овако директан одговор (са „да (бих)”), онда последица свакако није ненамеравана. Тако, уколико, користећи чувени пример о хистеротомiji, када спасавање мајке подразумева убиство плода, који се заглавио у материчном каналу поставимо питање „Зашто убијаш бебу”, а лекар одговори: „не може се помоћи ако спасим мајку” (*Quinn 1989, 343*), онда његов одговор сакрива намеру, садржану у интенцији да спасе мајку, а то је жртвовање фетуса. Међутим, када је реч о случају, на питање „зашто” не следи јасан одговор. Рецимо да лекар има намеру да помогне пацијенту тако што ће, ускраћивањем терапије, убрзати његово умирање. Међутим, престанак терапије изазвао је смањење тегоба пацијента, иако је заиста дошло до брзог леталног исхода. Лекар није имао намеру да примарно допринесе престанку патњи, јер није знао да терапија коју пацијент прима парадоксално изазива оне ефекте које је требало да предупреди (смањење болова, на пример). Тако се у резултату смањење болова показало као позитивна страна овог поступка; иако је намера лекара била да самом смрћу изазове престанак патњи, догодило се да је случајни престанак болова случајно изазвао мирну смрт.

Консеквенцијалистичко објашњење, коме прибегавају неки утилитаристи, дакле, не процењује намеру, него сам поступак. Намера лекара који одлучује да уклони фетус из канала материце, не намеравајући да га убије, и лекара који

то свесно чини (намерава), резултира истом последицом, која може да буде морално квалификована.

Супротно изворној верзији принципа дуплог ефекта, интерпретатори који не полазе од принципа, него од последица, разлику између непосредног произвођења лоше последице и „ненамераване”, акциденталне последице, објашњавају путем диференције између циља и средстава. Према томе, као зло се може оквалификовати када је последица до које долази лоша. Међутим, ако се, у прорачунавању којим се врстама деловања може остварити неки циљ *користи* зло, онда је то морално оправдано. На пример, траума коју доживљавају деца приликом одређених медицинских третмана је сама по себи лоша, али у контексту оствареног циља, а то је излечење, она се мора другачије квалификовати.

Разлика између деонтолошког и утилитаристичког становишта постаје сасвим очигледна ако се послужимо примерима. Тако Софија Рајбетанц (*S. Reibetanz*) наводи пример лекара који се налази пред моралном дилемом: има само једну дозу спасоносног лека, а два пацијента, од којих ће извесно умрети онај који лек не прими (*Reibetanz* 1998, 220). Деонтолошки посматрано, лекар, уколико да лек једном од пацијената, посредно узрокује смрт другог, иако његов поступак није непосредни узрок смрти, него је то недостатак лека. Строго деонтолошки, у том је случају лекар једног пацијента посматрао као средство за спасавање другог (недавање лека једном пацијенту омогућује да други буде спасен). Међутим, према утилитаристичком сагледавању последица, лекар је морално поступио, јер је спасао један живот, што представља максимално добар исход у датим околностима.

Са друге стране, уколико је пацијент квалификован да одлучује, односно ако је задовољен нужан, мада не и довољан услов, а то је његова одлука да буде подвргнут еутаназији, лекар који ово треба да обави, у активном или пасивном смислу, такође мора да прође кроз процес етичког одлучивања. Он може да поступи тако што ће применити ризичне методе за олакшавање симптома, али исто тако може и да сматра како је смрт пацијента заправо једини сигуран спас од тегоба које пацијент осећа.

Разлика у намери, али и у ефекту, између наведених случајева је очигледна. Па ипак, принцип двоструког ефекта не може на једнозначан начин, дакле принципијелно, одредити границу у којој намера да се помогне витално угроженом пацијенту прелази у интенцију да се он усмрти. У палијативној медицинској пракси мала је вероватноћа да ћемо наићи на случајеве када је намера јасно изведена из неког принципијелног става. Исто тако, тешко је претпоставити да ће лекар поступити апсолутно деонтолошки, а да неће промишљати о крајњем исходу, јер се ова два погледа заправо прожимају, па тако процена исхода битно одређује и намеру, а намера указује на могуће мере, које треба промишљено применити (Hills 2003, 152).

Другим речима, ако лекар не треба да буде одређен фактичким стањем, него императивом деловања, које подразумева макар покушај да се фактичко стање надиђе, онда се, ни на основу деонтолошког принципа, ни према целисходности поступка, не може морално вредновати радња

### **ЗАКЉУЧАК: ПРАВА ПАЦИЈЕНТА И ПРАВА ДРУГИХ ЛИЦА**

Како када је реч о одговорности пацијента, тако и када се ради о одговорности лекара, етички ставови заплићу се, као што смо покушали да покажемо, у антиномије. У том смислу:

1. Морална одговорност пацијента се не сме занемарити, иако постоје стања (а то може да важи и уопште), када пацијент није компетентан или способан да донесе одлуку;
2. Међутим, моралну одговорност за еутаназију у том је случају нема ни лекар, односно његова потенцијална одговорност заплиће се у антиномије односа родова и врста, односно принципа и конкретног деловања Још у аристотеловском кључу могуће је замислити лекара који има морално исправне нормативне интенције, али који поступа тако да то не доведе до њихове реализације, јер прави *погрешне процене* (случај Едип);



3. Пацијент, независно од својих интенција, има право на доживотну медицинску збринутост, која не сме бити ускраћена чак ни у случају да он то јасно пожели (односно он мора бити медицински збринут у случајевима када није у стању да сам поступи другачије, да напусти болницу, и слично);

4. Одлука о битним корацима у циљу смањења патњи пацијента који је у терминалној фази болести увек полази од тога да је циљ пацијент, односно да он не може бити употребљен као средство за неке друге циљеве.

У последње две тезе видљиво је како се етичка проблематика сели на јуридикчко подручје. Тек тада морална *недоличност* прелази у подручје објективне неправичности..

*Право избора, дакле, не почива на моралном него на социјалном, политичком оправдању.* Управо из овог разлога питање о милосрдној смрти представља једну од тема спорења супротстављених политичких доктрина у земљама Запада.

Главни арбитар, на основу кога се заправо одлучује о еутаназији је социјална заједница, која проблем моралне одговорности премеће у подручје *права*.

Упоредо са писањем обимног *Преднацрта Грађанског законика Републике Србије* предлагач је конципирао основне делове будућег *Закон о праву на достојанствену смрт*, у коме треба да буду решене бројне дилеме, од којих смо на неке указали у овом раду. Ово је учињено пре најављене стручне јавне расправе, али одређене формулације указују да су овде ипак консултована стручна мишљења, пре свега етичара и лекара.

Најпре, интенција предлагача је да јасно разреши дилему коју постављају постојећи закони и прописи, а пре свега *Закон о заштити права пацијената и Етички кодекс Лекарске коморе Србије*. То јасно показује радна верзија формулације која гласи:

У изузетно тешкој и дуготрајној медицинској, психолошкој и социјалној ситуацији умирућег може се, на основу јасно, несумњиво и слободно изражене воље, уважити захтев о превременом прекиду живота у виду

достојанственог умирања (Radni materijal o predlogu zakona na dostojanstvenu smrt 2018).

Овде се, јасније него у формулација закона и прописа о којима смо у раду говорили, указује на *активност* медицинског особља. Међутим, потребно је одредити прецизне критеријуме за то како ће се у ситуацији дуготрајних не само физичких него и психолошких патњи одредити расудна моћ пацијента, па следствено томе и *слобода* изражавања воље (односно да ли пацијент истински разуме да ће одређеним медицинским третманом бити лишен живота).

Надаље, уколико се поменути захтев пацијента *уважи*, остаје питање да ли се тиме изричито допушта активна еутаназија, што би, према нашем мишљењу била сасвим логична последица. Уколико се излази у сусрет пацијентовој жељи да се прекидом живота, у терминалној фази болести, прекину патње, онда право на достојанствено умирање претпоставља брзу и ефикасну меру, а не троме, дуге, и потенцијално болне методе пасивне еутаназије.

Са друге стране, ова формулације не прецизира да ли ће активност превременог прекида живота бити директна или индиректна, мада је, правно посматрано, и овде реч о дилеми која би се могла разрешити у корист директне активне еутаназије – што се ипак највероватније неће догодити, због недовољно припремљеног јавног мњења.

Оно што изазива највише недоумица, са друге стране, тиче се формулације о томе на који начин се доноси одлука о превременом прекиду живота у терминалној фази болести, односно – ко ту одлуку може да донесе. У Материјалу стоји:

У случају да умирући пацијент није свестан, односно да „није у објективној могућности да јасно, несумњиво и слободно изрази своју жељу да му се прекине живот у виду достојанственог умирања, онда такву вољу, изузетно, може изразити законски заступник или други овлашћени пуномоћник”.

Овде, разуме се, треба прецизирати да ли је поменути законски заступник, док је пацијент био у свесном стању и док је могао да слободно изврши своју вољу, добио пуномоћје да о

томе одлучује, и да ли су јасно прецизирани услови под којима он у име пацијента може да донесе овакву одлуку. Такође, отвара се питање под којим ће условима овакво пуномоћје имати правну снагу.

У Материјалу се такође предвиђа задовољавање одређених услова, да би до посредне или непосредне еутаназије уопште могло да дође. Ти су услови тројаки, и у Материјалу су именовани као *медицински, хумани и социјални*.

Треба имати у виду да утврђивање поменутих услова треба да, осим регулисања права пацијента, регулише и права других лица. Уколико је опуномоћено лице прихватило да у одређеним случајевима донесе одлуку, потребно је утврдити на основу чега ће медицинско особље имати обавезу да ову одлуку следи, а да притом буде избегнуто бреме етичке одговорности (притисак савести), који може не само да угрози права медицинског особља на духовно благостање, него и да представља непосредан иницијум обољевања (услед стреса).

Зато је формулација на коју наилазимо у Материјалу свакако непотпуна, будући да медицински критеријум подразумева да „надлежни конзилијум лекара одговарајуће специјалности, на основу медицинске документације и непосредног увида, утврди да у конкретном случају у блиској будућности не постоји нада да се, и поред коришћења научног, стручног и практичног искуства и сазнања савремене медицинске науке, може постићи излечење пацијента или побољшање његовог здравственог стања.”

Колективна одговорност спречава злоупотребу, али у извесном смислу моралне одговорности ослобађа друга лица. Међутим, остаје питање, на основу којих критеријума се уопште може мериторно одлучити да је неко стање медицински безнадежно?

Са друге стране, хумани услови подразумевају да је „умирући у таквом психофизичком стању које је због физичких болова и психичких патњи постало неиздрживо у дужем периоду”.

Осим медицинских у хуманих, Материјал предвиђа да *Предлог закона* кумулативно захтева и испуњење трећег

услова, који је именован као *социјални*, односно – „ако су због дуготрајнијег здравственог и психофизичког стања умирућег наступиле за ужу породицу, или особу која се стара о њему, тако тешке материјално-социјалне последице које знатно угрожавају њихову материјалну егзистенцију или будући социјални положај”.

Тек када буду задовољена сва три критеријума, на основу писаног образложења, о захтеву за извршење еутаназије треба да одлучи надлежни суд у ванпарничном поступку. То значи да се бреме одговорности дели између медицинских и правосудних органа. Одлука суда сматра се коначном и правоснажном, па остаје дилема, коју у финалном тексту Закона свакако треба разрешити – шта ако се пацијент у међувремену предомисли, или наступи нагло и неочекивано побољшање (или побољшање материјалних прилика, која породицу или стараоце ослобађа социјалног бремена, који је пацијент имао у виду приликом директно или индиректно упућеног захтева за спровођење еутаназије).

Са друге стране, треба похвалити решење, на које наилазимо у Материјалу, да еутаназију на основу одлуке суда врши тим извршитеља медицинске струке, од којих један непосредно извршава чин еутаназије и то чува као лекарску тајну.

Ово решење још једном говори у прилог потреби да се још у уводним деловима текста јасно истакне да се ради о активној еутаназији, односно да је начин извршења подразумева не само индиректно него и директну активну еутаназију.

Насупрот добро распоређеном бремену одговорности, по коме сертификовани извршитељи медицинске струке деле одговорност са медицинском комисијом која даје мишљење и судом који у ванпарничном поступку одобрава еутаназију – решење да један извршитељ непосредно извршава сам чин еутаназије (нарочито ако се ради о директној активној еутаназији), представља слабо и недовољно промишљено место, јер ограничава право на душевно благостање тог лица – које постаје једини индивидуални агенс, суочен са индивидуом лица чији живот треба да превремено оконча. Могуће је осмислити да читава група – или више група сертификованих

извршитеља обавља овај процес, тако да остане непознато ко је од њих непосредни изазивач превременог леталног исхода.

Поменути нацрти законских решења, дабоме, неће анулирати етичке проблеме, који изгледа остају неизбежни када је реч о еутаназии, абортусу, клонирању или смртној казни, као додирним подручјима етике и права.

## РЕФЕРЕНЦЕ

- Brock, Dan W. 1992. "Voluntary Active Euthanasia", *The Hastings Center Report*, 22 (2): 10–22.
- Budić, Marina. 2017. "Suicide, Euthanasia and the duty to Die: a Kantian approach to Euthanasia", *Philosophy and Society*, 29 (1.1-152): 88–114.
- Feinberg, Joel. 1977. "Voluntary Euthanasia and the Inalienable Right to Life" *The Tanner Lectures on Human Values*, The University of Michigan, April 1977.
- Ibsen, Henrik. 1983. *By David Thomas*. London: Macmillan Press.
- Mujović-Zornić, Hajrija. 2011. „Medicinske greške u okvirima građanskopravne odgovornosti”. *Strani pravni život*, 55 (3): 98–112.
- Hills, Alison. 2003. "Defending Double effect". *Philosophical Studies* 116 (2): 133–152. doi.org/10.1023/B:PHIL.0000005744.80837.65.
- Kant, Immanuel. 1979. *Kritika praktičkog uma*. Beograd: BIGZ.
- Kant, Immanuel. 1993. *Metafizika morala*. Sremski Karlovci-Novi Sad: Izdavačka knjižarnica Zorana Stojanovića.
- Keown, John. 2002. "The First Survey: The Incidence of Euthanasia", In: Keown J. *Euthanasia, Ethics and Public Policy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Klajn-Tatić, Vesna. 2007. „Eutanazija i lekareva pomoć u samoubistvu”, u *Pomeramo granice*, ur. Mirjana Rašević i Zorica Mršević, 11–26. Beograd: Institut za društvene nauke.

- Krivični zakonik RS [KZRS]. “Službeni glasnik RS”, br. 85/2005, 88/2005 - ispr., 107/2005 - ispr., 72/2009, 111/2009, 121/2012, 104/2013, 108/2014, 94/2016 i 35/2019.
- Kodeks medicinske etike Lekarske komore Srbije. „Službeni glasnik RS”, br. 104/2016.
- Kuhze, Helga. 2004. „Eutanazija” u *Uvod u etiku*, ur. Piter Singer, 424–436. Sremski Karlovci-Novı Sad: Izdavačka knjižarnica Zorana Stojanovića.
- Man, Tomas. 1956. *Čarobni breg*. Beograd: Prosveta.
- McConnell, Terrence. 2000a. *Inalienable Rights: The Limits of Consent in Medicine and the Law*. Oxford: Oxford University Press.
- McConnell, Terrance. 2000b. “On an alleged problem for voluntary euthanasia”, *Journal of Medical Ethics* 26 (3): 217–219. doi.10.1136/jme.26.3.218
- MCintyre, Alison. 2004. “The Double Life of Double Effect”, *Theoretical Medicine* 25 (1): 61–74. doi.org/10.1023/B:ME-TA.0000025095.73394.34.
- Moser, Elisas. 2017. “The Right to Life, Voluntary Euthanasia, and Termination of Life Request”. *Philosophy Study* 7 (8): 445–454.
- Mrvić – Petrović, Nataša. 2008. *Krivično pravo – Opšti i posebni deo*, Beograd: Union-Službeni glasnik.
- Nagel, Thomas. 1991. „Smrt – filozofsko gledište”. *Treći program Hrvatskog radija* 31: 7–11.
- Pens, Gregory. 2007. *Klasični slučajevi iz medicinske etike*. Beograd: Službeni glasnik.
- Prednacrt Građanskog zakonika Republike Srbije – Tekst propisa*, [https://www.paragraf.rs/nacrti\\_i\\_predlozi/280519-prednacrt-gradjanskog-zakonika-republike-srbije.html](https://www.paragraf.rs/nacrti_i_predlozi/280519-prednacrt-gradjanskog-zakonika-republike-srbije.html), poslednji pristup: 17. 07. 2019.
- Rachels, James. 1975. „Active and Passive Euthanasia”. *The New England Journal of Medicine* 292 (2): 78–80

- Rachels, James. 1994. "More Impertinent Distinction and a Defense of Active Euthanasia", In: *Killing and Letting Die*, eds. Steinbock, Bonnie. i Norcross, Alastair, 139–154. New York: Fordham University Press.
- Radišić, Jovan. 2008. *Medicinsko pravo*. Beograd: Pravni fakultet Univerziteta Union.
- Reibetanz, Sophia. 1998. "A Problem for the Doctrine of Double effect". *Proceedings of the Aristotelian Society New Series*, 98 : 217–223. doi.10.2307/4545284.
- Quinn, Warren S. 1989. "Actions, Intentions, and Consequences: The Doctrine of Double Effect", *Philosophy and Public Affairs*, 98 (3): 287–312.
- Zakon o zaštiti pacijenata [ZOSP]. „Službeni glasnik RS”, br. 45/2013 i 25/2019 - dr. zakon.
- Banović, Božidar, Veljko Turanjanin i Emir Ćorović. 2008. „Pravo na eutanaziju u pravnom poretku Republike Srbije”, *Srpska politička misao*, 60 (2): 273–287.
- Simović, Darko i Biljana Simeunović-Patić. 2017. „Eutanazija i etičke dileme – ljudsko dostojanstvo naspram svetosti života”, *Zbornik radova pravnog fakulteta u Novom Sadu*, god. LI (2): 317–336.

**Iva D. Golijan\***

*Agency for Business Registers*

## **POLITICAL-SOCIAL BASIS ON THE RIGHT TO EUTANASIA**

### **Resume**

The problem of euthanasia is a contact area of ethics, law and politics. In this text, which seeks to contribute to the expert public debate on the introduction of euthanasia into Serbian legislation, the term terminology - euthanasia (as a Right to Die with Dignity) is first terminologically clarified. Furthermore, the text considers the obligations of other persons arising out of this right and under what conditions the obligations of other persons arising from the said right constitute a restriction of their personality rights.

By citing examples in the field of ethics and law, the text notes that the distinction between active and passive euthanasia is in fact a product of inadequate thinking in the implementation of this distinction.

Based on the ethical argumentation of the double effect, also the text points to the inadequacy of the ethical approach in the function of legal regulation of the problem of euthanasia.

In that sense, the paper concludes that the principle of double effect cannot in an unambiguous way, in principle, determine the limit within which the intention to help a vitally endangered patient turns into the intention to kill him. In palliative medical practice, it is unlikely that we will come across cases when the intention is clearly derived from a principled position. Also, it is difficult to assume that the doctor will act absolutely deontologically, without thinking about the final outcome, because these two views actually permeate, so the assessment of the outcome significantly determines the intention, and the intention indicates possible measures that should be applied thoughtfully.

The text concludes that, when it comes to patient responsibility, and when it comes to physician responsibility, ethical attitudes

\* E-mail address: janjniiva@gmail.com.



become entangled in antinomies: (1) The moral responsibility of the patient must not be neglected, although there are conditions (and this may be true in general) , when the patient is not competent or able to make a decision; (2) However, the doctor is not morally responsible for euthanasia in that case, ie his potential responsibility is entangled in the antinomies of the relationship between genera and species, ie the principles and concrete action. but who acts in such a way that it does not lead to their realization, because he makes wrong assessments (the case of Oedipus); (3) The patient, regardless of his intentions, has the right to lifelong medical care, which must not be denied even if he clearly wishes it (ie he must be medically cared for in cases when he is unable to act otherwise, to leave the hospital, etc.); (4) The decision on important steps in order to reduce the suffering of a patient who is in the terminal phase of the disease always starts from the fact that the target is the patient, ie that he cannot be used as a means for some other purposes. Therefore, the ethical issue of euthanasia is moving from the ethical to the legal level.

Using abundant literature, which, from the legal and ethical point of view, problematizes euthanasia, the author concludes that the right to dignity is a social value that needs to be lawfully formulated, so that possible abuses can be prevented - and at the same time avoiding burdening the burden of responsibility to other persons (whether or not these are subjects of the judiciary or medicine), who should implement the patient's desire to die with dignity. Also, the author sought to base this article on the belief that Serbian legislation should legally shape the conditions for active direct euthanasia.

**Keywords:** Euthanasia, Mercy Killing, Active Euthanasia, Passive Euthanasia, Suicide, Responsibility, Ethics, Low