

Весна Клајн-Татић

ПРАВНО-ЕТИЧКИ АСПЕКТИ ЛЕКАРЕВЕ ПОМОЋИ НЕИЗЛЕЧИВО БОЛЕСНОМ ПАЦИЈЕНТУ

При суочавању са смртном или неизлечивом болешћу, у очима пацијента квалитет живота може имати предност над дужином живота. Будући да и право и етика налажу лекарском позиву борбу за људски живот по сваку цену, поставља се питање да ли пацијент треба заштитити од намећућих продужавања живота. Ту ситуацију карактерише конфликт професионалних дужности лекара и искрсава проблем еутаназије и лекареве помоћи у самоубиству. У раду се налази да у дебати о еутаназији није кључно питање да ли појединац има слободу да оконча свој живот, јер самоубиство није незаконито ни у једном савременом правном систему. Кључно је питање да ли лекар може законито пружити пацијенту помоћ да то учини и да ли је легитимно (законито) да држава забрани или ограничи еутаназију, и ако то чини, онда како и под којим околностима? У раду се приказују уредно-правна решења о еутаназији и помоћи код самоубиства, а поштом се критички сагледава садашњи, преовлађујући законски оквир који уређује медицински прејман неизлечиво болесног пацијента. Најпосле, износе се предлози за реформу, јер је аутор на савановишту да су постојећа законска решења у овој материји прекомерно етички одбрањива.

Кључне речи: *Став о ограниченој свештњи људског живота. – Квалитет живота. – Билансно самоубиство. – Декриминализација свих облика лекареве помоћи. – Извештај о окончању пацијентовог живота.*

I. УВОД

1. У већини развијених земаља једнообразно је признат принцип да одлуке о лечењу треба да се доносе у складу са личним приоритетима и вредностима пацијента и да нико не може бити лечен против своје воље. С друге стране, чињеница је да и право

и етика налажу лекарском позиву борбу за људски живот по сваку цену, па се поставља питање да ли пацијента треба заштитити од наметнутог продужавања живота. При суочавању са смртном или неизлечивом болешћу, у очима пацијента квалитет живота може имати предност над дужином живота. Стога ову ситуацију карактерише конфликт професионалних дужности лекара: дужности да олакша патњу и задржи квалитет пацијентовог живота на најбољем могућем нивоу, и дужности да одржи пацијентов живот докле год је то могуће. У тој фази неизбежно се суочавамо са проблемом еутаназије и лекареве помоћи код самоубиства, као и са расправама које се воде између оних који верују да сви животи имају једнаку и објективну вредност, те да се морају чувати под свим околностима, и оних који сматрају да када бол, непокретљивост и беспомоћност спречавају било какво животно уживање, тада човек има право да изабере смрт уместо таквог живота.¹ У вези са другим наведеним гледиштем, важно је истаћи: није реч о томе да ли појединац има слободу да оконча свој живот, јер самоубиство није незаконито ни у једном савременом правном систему, него је кључно питање *да ли лекар може законито пружити помоћ пацијенту да то учини и да ли је легитимно (законито) да држава забрани или ограничи еутаназију*, и ако то чини, онда како и под којим околностима.²

Еутаназија је свеобухватан назив за проблеме који настају у случају кад пацијент одлучи да одбије да зајочне или да настави лечење ради очувања свог живота, или кад захтева да лекар ујошребити неко медицинско средство за убрзање иначе блиске и

1 У вези са пацијентовим правима видети: *Декларација о унапређењу права пацијената у Европи Светске здравствене организације*, усвојена у Амстердаму 1994. године; две декларације Светског савеза лекара: *Ревидирана Лисабонска декларација о правима пацијената* и *Ревидирана Хелсиника декларација о медицинском исцртавању на човеку*; као и: *Конвенција Европског савеза лекара о људским правима у области биомедицине*. Видети и: Ј. Радишић, М. Драшкић, В. Водинелић, М. Поповић и др.: „Повеља о правима пацијената“, *Право – теорија и пракса*, број 12/1999, стр. 40–41; Alan Meisel: *The Right to Die* (1989), Wiley 605, III Avenue New York, N.Y., pp. 40–50; Erwin Deutsch: *Arztrecht und Arzneimittelrecht*, 1983, XII, стр. 153–155; Марија Драшкић: „Права пацијената – крај патерналистичког концепта медицине“, *Правни живот*, бр. 9/1998, стр. 254; Albin Eser, u. Fritsch/Goulon/Eser/Braun/Roquet: *Das Recht auf einen menschenwürdigen Tod?*, 1977, стр. 22 (цит. према: Wilhelm Uhlenbruck: „Vorab-Einwilligung und Stellvertretung bei der Einwilligung in einen Heileingriff, *Medizinrecht /MedR/*, 1992, Хефт 3, стр. 138); упоредити: Erwin Deutsch: „Euthanasia: A German View“, u: *Euthanasia*, Edited by A. Carmi, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo 1984, p. 92; Linda A. Laceywell: „A Comparative View of the Roles of Motive and Consent in the Response of the Criminal Justice System to Active Euthanasia“, *Medicine and Law (An International Journal)*, Volume 6, 1987, pp. 449, 451; R. Kalish (1965): „The adge and the dying process: The inevitable decisions“, *J. Soc Iss* 21; H. Congdon (1947). *The pursuit of death*. Nashville, Abingdon (цит. према: A. Carmi: „Live Like a King: Die Like a King“, u: *Euthanasia*, 1984, pp. 26–27).

2 Тако о томе: John Griffiths, Alex Bood, Heleen Weyers: *Euthanasia and Law in the Netherlands*, Amsterdam University Press, Amsterdam 1998, p. 167.

неизбежне смрти, односно за ослобађање од нејролазне патиње коју лекар не може деловорно да ублажи ниш оићклони ниједним другим расјоложивим медицинским ирејманом. У правној литератури се појмом еутаназије у ширем смислу обухвата често и лекарева помоћ код самоубиства, јер еутаназија, квалификована као „убиство на захтев“, није ништа друго него самоубиство преко посредника.³

2. У излагању које следи најпре ћемо приказати стање које се тиче еутаназије и помоћи код самоубиства у појединим правним системима. Потом ћемо, уз критичко сагледавање садашњег, преовлађујућег законског оквира који уређује медицински третман неизлечиво болесног пацијента, изнети неке предлоге за његову реформу, оне који имају ослонац у новијој медицинској етици, правној доктрини и медицинској и судској пракси.

II. ЕУТАНАЗИЈА И ПОМОЋ КОД САМОУБИСТВА ПРЕМА ПОЗИТИВНОМ ПРАВУ

1. Законска решења која данас преовлађују праве оштру разлику између, с једне стране, *пасивне еућаназије*, тј. одбијања употребе мера којима се неизлечиво болестан пацијент одржава у животу и *активне индирекћне еућаназије*, тј. давања лекова за ослобађање од бола за које се зна да ће вероватно скратити живот пацијента и, с друге стране, *лекареве ћомоћи код самоубиства* и *активне дирекћне и добровољне еућаназије*, тј. предузимања непосредне акције планиране да усмрти пацијента. У начелу, и кривично и грађанско право признају право на пасивну еутаназију, те не захтевају од пацијента да се, противно својој вољи, подвргне медицинским мерама којима се његов живот вештачки продужава. Такође, и кривично и грађанско право признају право на активну индирекћну еутаназију, тј. допуштају пацијенту да прима лекове за ослобађање од бола у завршној фази неизлечиве или смртоносне болести, чак и ако ће се тиме убрзати моменат његове смрти. Међутим, законодавци нерадо прихватају пацијентово право самоодређења у односу на властити живот, односно на властиту смрт, и не показују спремност да уведу нова правила која би одобрила

³ Упоредити: Rudolf Schmitt: „Aerztliche Eurtliche Entscheidung Zwischen Leben und Tod in strafrechtlicher Sicht“, *Juristen Zeitung*, Heft 8/1985, p. 368; Arthur Kaufmann: „Euthanasia – Selbsttoetung – Toetung auf Verlangen“, *Medizinrecht*, Heft 4/1983, p.124 (цит. према: Ненад Ђурђевић: „Одговорност због самоубиства хоспитализованог пацијента“, у: Љ. Круљ и др.: *Акћуелни иравни ироблеми у медицини*, Институт друштвених наука, Београд 1996, стр. 230–231); Упоредити: Lonisell: „Euthanasia and Bianthanasia“, *Death, Dying and Euthanasia*, 386 (Horan D. Mall D eds. 1980 (цит. према: L. A. Lacewell, op. cit., p. 450).

право на лекареву помоћ код самоубиства и на активну директну и добровољну еутаназију.⁴

2. У третирању помоћи у самоубиству приметна су два опречна става која заузимају правни системи појединих земаља. По једном, помоћ у самоубиству које је оправдано само по себи не подлеже санкцијама, под условом да се тим поступком не нарушавају права ма које треће особе. Самоубиство не санкционишу законодавства Шведске, Француске, Немачке, Шкотске, Швајцарске и државе Тексас (САД).⁵ Према другом гледишту, које је заступљено у законодавству највећег броја земаља, помагање у самоубиству представља и данас кривично дело, иако самоубиство по себи то није.⁶ Изузетак је држава Орегон (САД) у којој је, у два наврата, донесен *Закон о смрти са госпојансијвом* (1994. и 1997. године), да би се лекарева помоћ код самоубиства уредила посебним законом.⁷

3. У погледу активне директне и добровољне еутаназије или „убиства из милосрђа“, правни системи појединих земаља заузимају

4 Видети: Весна Клајн-Татић: „Допустивост и забрана еутаназије зависно од начина извршења“, у: *Актуелни правни проблеми у медицини*, ИДН, Београд 1996, стр. 150–151.

5 Видети о томе: Alister Browne: *Understanding Euthanasia: Should Canadians Amend the Criminal Code*, Revised 1994, <http://www.islandnet.com/>, 1 (у даљем тексту: A. Browne, *Understanding Euthanasia*); Wayne R. LaFave and Austin W. Scott: *Handbook on Criminal Code* (St. Paul: West Publishing Co., 1972) sec. 74, pp. 568–569; H. Saving: „Euthanasia: A Study in Comparative Criminal Law“, *University of Pennsylvania Law Review*, Vol. 103, No. 3 (1954), 350–389; C. F. Hadding: „Prevent or Aid Suicide?“, у: *Euthanasia*, 1984, pp. 151; 153–154; у случају *Avon v. State*, 102 Tex. Crime, 478, 277, S.W. 1080 (1925), оптужени је обезбедио средства за извршење самоубиства, али је суд државе Тексас (САД) одлучио да кривично дело не постоји (цит. према: A. Browne, *ibidem*, стр.1 и f. n. бр. 9); видети и: James Rachels: *The End of Life: Euthanasia and Morality*, Oxford University Press, Oxford–New York–Melbourne, 1986, p. 86.

6 Видети члан 51 Кривичног закона Републике Србије, *Службени гласник СРС*, бр. 26/1977; *Службени гласник РС*, бр. 16/1990, 26/1991, 75/1991, 58/1991, 9/1992, 49/1992, 51/1992, 23/1993, 67/1993, 47/1994, 17/1995, 48/1998 и 10/2002; видети и члан 34 Кривичног закона Републике Црне Горе, *Службени лист РЦГ*, бр. 42/93, 14/94 и 27/94; о томе: Б. Чејовић – В. Миладиновић: *Кривично право – посебни део*, Ниш 1995, 170; видети и: Зоран Стојановић – Обрад Перић: *Коментар Кривичног закона Републике Србије и Кривичног закона Републике Црне Горе с објашњењима*, изд. „Службени лист Савезне Републике Југославије“, Београд 1996, 80–82; 416; Н. Мемедовић: „Самоубиство и право на живот“, *Правни животи*, бр. 9/1997, 64–65; члан 409 шпанског Кривичног законика; § 78 аустријског Кривичног законика; члан 294 холандског Кривичног законика; одељак 1–2 енглеског Suicide Act-а из 1961. године; члан 580 италијанског Кривичног законика; одељак 2304, 2305 (1944) Кривичног закона државе Њујорк (САД); о томе: Н. Ђурђевић, *op. cit.*, стр. 218 и даље; A. Browne, *ibidem*, p.1 и f. n. бр. 8.

7 Видети о томе: „Constitutional Law: Physician-Assisted Suicide and the Equal Protection Clause – Lee v. Oregon“, *American Journal of Law and Medicine*, Vol. XXI, No. 4, 1995, pp. 477–479; Dick Carroll: „Taking the Initiative on Suicide“, *Trustee*, 27 May 1995; „What is Measure 16 and Where Does it Now Stand?“, *Trustee*, 10 May 1995; „Euthanasia: Oregon's Goodnight“, *The Economist*, November 26th 1994, pp. 28; Зоран Цветковић: „Еутаназија“, *Бранич*, бр. 2/1999, стр. 23–24.

три различита става. По једном, активна еутаназија се квалификује као убиство првог степена: овај став је заступљен у законодавству Републике Србије, Велике Британије, Француске и САД.⁸ Према другом гледишту, које је заступљено у законодавству највећег броја земаља, активна еутаназија се вреднује као привилеговано убиство: кривични законици Немачке, Швајцарске, Аустрије, Словеније, Црне Горе, Грчке, Данске, Пољске, Италије, Норвешке, Канаде, Индије и Уругваја кажњавају извршиоца еутаназије, али у квалификовању прекршаја и/или изрицању казне извршиоцу узимају у обзир и/или мотив извршиоца и/или захтев (молбу) жртве.⁹ Према трећем ставу, активна еутаназија је у медицинском контексту легитиман поступак – *на јасан, изричит, озбиљан, трајан, добровољан и информисан захтев* неизлечиво болесног пацијента – који је заступљен у јапанском, колумбијском, кинеском, белгијском и холандском праву, с тим што је Холандија 2001. године декриминализовала и помоћ у самоубиству и активну еутаназију кад су у питању лекари, под материјалним и процедуралним условима који су били установљени законодавством из 1993. године.¹⁰

8 За српско право видети члан 47 (убиство) и члан 49 (убиство из нехата) Кривичног закона Републике Србије; за француско право и право Велике Британије видети: Јелачић Олга – Толић Бранко: „Еутаназија /деонтолошки и правни проблеми“, *Наша законитосић*, бр. 2/1976, 48–49; видети и: *Полиџика*, 11. IV. 2001, стр. 5; за америчко право видети: American Law Institute, *Model Penal Code* (1985) (цит. према: L. A. Laceywell, *op. cit.*, p. 453).

9 Comment, Euthanasia: A Comparison of the Criminal Law of Germany Switzerland and the United States, 6 *BC Int' l § Comparativ Law Review* at 547–548; 550–551 (1984) (цит. према: L. A. Laceywell, *ibidem*, 457); O. J. Silving (1954): „Euthanasia: A Study in Comparative Criminal Law“, *U. Pa Law Rev* 103–12–23, at 383–384 (цит. према: L. A. Laceywell, *ibidem*); видети: чл. 113 швајцарског Кривичног законика; & 216 немачког Кривичног законика; & 77 аустријског Кривичног законика и J. W. Steiner, аустријски реферат у Соимбри (Грчка) на тему: „Еутаназија“; чл. 46, став 4 Кривичног закона Републике Словеније, *Уредни листи СР Словеније*, шт. 12 дне 11. IV. 1977; и о словеначком законском решењу видети: Љубо Прван: „Да ли привилегирати еутаназију“, *Наша законитосић*, бр. 6/1976, стр. 89; за грчко право видети: чл. 300 грчког Кривичног законика и коментар N. S. Fotakis-a и других, грчког реферата у Соимбри (Грчка), на тему: „Еутаназија“, стр. 107; видети и: О. Јелачић – Б. Толић, *op. cit.*, 48; Љ. Прван, *ibidem*, 87; за норвешко, индијско и уругвајско право видети: L. A. Laceywell, *ibidem*, p. 457; за канадско право: Law Reform Commission of Canada (1983). Report on Euthanasia, Aiding Suicide and Cessation of Treatment, Working Paper 33. Homicide (1984), у: „Comment, The Right to Die“, 7 *Jlous L Rew* 645 (1970) 505–506 (цит. према: L. A. Laceywell, *ibidem*); за јапанско право видети: Frederic Stephen Ury: „Euthanasia: The Court's Struggle for an Answer“, *American Bar Association Journal*, Volume 6, 1976, p. 23; видети и: *Полиџика*, 14. новембар 1994; за кинеско и колумбијско право видети: „Еутаназија у свету“, *Полиџика*, 11. IV. 2001, 5; за белгијско право видети: Herman Nys: „Physician Involment in a Patient's Death: A Continental European Perspective“, *Medical Law Review*, 7, Summer 1999, pp. 243–244.

10 О холандском праву видети: J. Griffiths et al., *op. cit.*, pp. 111–112; 98–108; Dirk J. van de Kaas: „Human Rights, Terminal Illness and Euthanasia“, *Population and Human Rights*, United Nations, New York 1990 (Geneve, 3–6. април 1989), pp. 186–188; видети и: Gusta van den Bogaard: „Euthanasia and the Law in Netherlands“, *Palliative Care and Euthanasia*, Edited by Frank A. Huser, Campion Press, Edinburgh 1995, pp. 49, 54.

Суштински значај новог холандског законодавства налази се у томе што оно уклања жиг криминалитета са активне директне и добровољне еутаназије и лекареве помоћи код самоубиства, под условом да је лекар, приликом њиховог извршења, испунио *кришиеријуме дужне њажње* утврђене законом, и што тиме *мења улогу органа кривичног гоњења, односно јавног тижилаштва*.¹¹

4. Позитивна законска решења која регулишу медицински третман смртно или неизлечиво болесног пацијента (осим оних у Холандији), темеље се на гледишту *о ограниченој свеишњи људског животиња* које заговарају традиционална медицинска етика, правна доктрина и медицинска и судска пракса. У новијој медицинској етици, правној доктрини и медицинској и судској пракси, све значајније место заузима став према коме, у доношењу одлука о окончању људског живота, разматрање које се тиче пацијентовог квалитета живота мора имати доминантну улогу. За разлику од приступа традиционалне медицинске етике, правне доктрине и медицинске и судске праксе, приступ о квалитету пацијентовог живота *не прави разлику између активних и пасивних медицинских постојања обликованих иако да окончају животи*. Позитивни поступак „усмрћења“ смртоносном инјекцијом, на пример, једнак је „пасивном препуштању пацијента умирању“ – ускраћивању медицинског третмана за одржавање и/или спасавање живота. У оба случаја, најбитнији је квалитет пацијентовог живота.¹²

III. КРИТИЧКО САГЛЕДАВАЊЕ САДАШЊЕГ, ПРЕОВЛАЂУЈУЋЕГ ЗАКОНСКОГ ОКВИРА КОЈИ УРЕЂУЈЕ МЕДИЦИНСКИ ТРЕТМАН НЕИЗЛЕЧИВО БОЛЕСНОГ ПАЦИЈЕНТА И ПРЕДЛОЗИ ЗА РЕФОРМУ

1. Став новије медицинске етике, правне доктрине и медицинске и судске праксе, који и ми заступамо, гласи: не постоје морални и правни разлози за различито законско третирање лекареве помоћи код самоубиства и активне директне и добровољне еутаназије, с једне стране, и других блиско повезаних облика поступања лекара којима се скраћује живот неизлечиво болесном пацијенту, с друге стране, тј. пасивне добровољне, нехотичне и

11 Видети о томе: *CNN. com. world – europe: Dutch euthanasia law – what's involved*, Web posted at 8: 17 AMEST (1317 GMT), @ 2001 Cable News Network, pp. 1/2; „The Responsibility of the doctor – Ministry of Foreign Affairs“, *Holland Horizon Magazine*, Questions and euthanasia policy 2001, htm, pp. 1/2.

12 Упоредити: March, Stauch & Kay Wheat with John Tingle: *Sourcebook on Medical Law*, London-Sydney 1998, Reprinted 1999, pp. 642–644; видети и: Alexander Morgan Capron: „Even in Defeat Proposition 161 Sounds a Warning“, *Hasting Center Report*, January-February 1993, p. 33.

недобровољне еутаназије и активне индиректне еутаназије, које улазе у опсег тзв. *нормалне медицинске љраксе* и које се сматрају неконтроверзним уколико се тичу кривичног и медицинског права.¹³ Чини се да има основа тврдња бројних еминентних правника да би и за лекареву помоћ код самоубиства и за активну директну и добровољну еутаназију, као и за *намерну смрт* која је резултат нормалне медицинске праксе, морали да важе *исти љравни сѝан-дарди*.¹⁴ Они, на пример, постављају питање: зашто *нормалну медицинску љраксу* у виду давања лекова за ублажавање бола који скраћују пацијентов живот као могуће предвидив резултат, треба сматрати, саму по себи, морално и правно мање проблематичном од активне директне и добровољне еутаназије или лекареве помоћи код самоубиства. Исто важи и за уздржавање од медицинског третмана за одржавање и/или спасавање живота за које се предвиђа да води у пацијентову смрт. По закону, лекар одговара не само за намерне последице свог поступања већ и за оне последице за које је извесно знао или је морао знати да могу наступити.¹⁵ Такође, пропуст лекара да узме у обзир оне последице које су разумно предвидиве, основ је за кривичну одговорност за убиство из нехата и за деликтну одговорност из нехата.¹⁶ Из тога следи закључак да *разлика између намерног и ненамерног скраћења животића неизлечиво болесног пацијентића*, која лежи у основи различитог законског статуса лекареве помоћи код самоубиства и активне директне и добровољне еутаназије и других облика намерног скраћења живота (активне индиректне и пасивне еутаназије), на коју се позивају традиционална медицинска етика и правна доктрина у настојању да оправдају постојећи законски оквир, изгледа правно тешко одбрањива и може бити неприменљива на одређеног безнадежно болесног пацијента и његовог лекара. Јер, може постојати мала разлика између *намере безнадежно болесног*

13 Упоредити: J. Griffiths, et al., *op.cit.*, pp. 157–158, 91, 93–95, 267–269, 273–278, видети и: R. G. Frey: „Distinctions in Death“, u: Gerald Dworkin, R. G. Frey, Sissela Bok: *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide – For and Against*, Part One, Cambridge, United Kingdom, Cambridge University Press 1998, pp. 20–21, 24; 41–42, Eike-Henner Kluge: *Ethics and Deliberate Death*, у обраћању канадским сенаторима у *Посебном комитетију за еутаназију и помоћ у самоубиству* (*Senate Special Committee on Euthanasia and Assisted Suicide*); додатно сведочење је уследило 26. септембра 1995. године, у: *Vancouver Transcripts*; такође: Kluge' s Amendments: *Restructing the Criminal Code*, <http://www.islandnet.com/>, pp. 11–13; 20/36.

14 Упоредити: J. Rachels, *op. cit.*, pp. 94–95; J. Griffiths et al., *op. cit.*, pp. 165–167; Eike-Henner Kluge: *Ethics and Deliberate Death*, <http://www.islandnet.com/>, стр. 20–21/36.

15 Видети, нпр.: чл. 47 Кривичног закона Републике Србије и чл. 158 и чл. 266, ст. 2, 1 и 5 Закона о облигационим односима, *Службени лист СФРЈ*, бр. 29/78, 39/85, 45/89 (одлука УСЈ У бр. 363/86), 57/89 и *Службени лист СРЈ*, бр. 31/93.

16 Видети, нпр.: чл. 49 КЗ Србије и чл. 16, чл. 18, ст 2 и чл. 154 у вези са чл. 163 ЗОО; видети о томе и: J. Griffiths et al. pp., *op. cit.*, 165–166; A. Meisel, *op. cit.*, pp. 61–63, 76–77, 81.

пацијенту који одлучи да му се укину средствија за продужавање живота и намере пацијенту који изражи од лекара помоћ да му оконча живот. У оба случаја, пацијент тражи му да се убрза блиска сигурна смрт или да се смрћу ослободи неподношљиве патње, за чије ублажење или отклањање није на располагању ниједан други делотворни медицински третман. Такође, и намера лекара може бити истиа, или управо сујеројна од оне за коју се, према садашњем законском оквиру, претпоставља да је лекар има у прекидању медицинског третмана за одржавање живота или у уздржавању од таквог медицинског третмана, и у давању лекова за ослобађање од бола, с једне стране, и у преписивању смртоносне дозе лекова, чије ће узимање проузроковати пацијентову смрт, с друге стране. Наиме, лекар који пројусити да пружи медицински третман без кога ће пацијент умрети, или пројусити да пружи третман за ослобађање од бола пацијенту који ће без тог третмана бити изложен нехуманој патњи, могао би то учинити управо са намером да усмрти пацијенту или да пацијенту нанесе телесну повреду нечињем. Супротно томе, лекару који претпоставља да је лекар мора нужно бити намера пацијентова смрт, већ просто жеља да пацијенту олакша патњу, подстакнута пацијентовим захтевом.¹⁷ Другим речима, за процену о томе да ли је лекар одговоран за смрт неизлечиво болесног пацијента и да ли је лекарева интервенција, било активна или пасивна, била етички и правно прикладна унутар датог каузалног тока догађаја, увек су релевантне околности конкретног случаја. С друге стране, ако пацијентова смрт није сигурно најмање могуће зло, њу не може оправдати ни активна ни пасивна еутаназија. Дакле, оба облика еутаназије опстају или падају заједно, упркос данас преовлађујућем законском оквиру који активну еутаназију инкриминише, док пасивну еутаназију допушта под материјалним и процедуралним ограничењима утврђеним законом.¹⁸

2. Постоји још један разлог због кога су садашња законска решења која регулишу медицински третман неизлечиво болесног пацијента правно тешко одбрањива. Показује се, заправо, да сви облици лекареве помоћи неизлечиво болесном пацијенту имају исти заједнички елементи. Наиме, као и код пасивне добровољне еутаназије и активне индиректне еутаназије, тако и код лекареве помоћи код самоубиства и активне директне и добровољне еута-

17 Видети у вези с тим: U. S. Supreme Court у случајевима *Washington et al. v. Harlod Glucksberg et al. and Dennis C. Vacco et al. v. Timothy Quill et al.*, <http://caselaw.com/scripts/>, стр.19–20/47.

18 Опширније о гледишту о једнакости: Весна Клајн-Татић: *Лекарева помоћ неизлечиво болесном пацијенту – етички и правни проблеми*, изд. Институт друштвених наука, Београд, 2002, стр. 211–223 и стр. 241; J. Rachels, *op. cit.*, pp. 110–114, 123, 128–129, 139; A. Meisel, *op. cit.*, pp. 59–69, 76–77.

назије, неизлечиво болестан паацијент и лекар постојућају удружено да би изазвали паацијентову смрт, на шемељу паацијентове информисаности и добровољној пријанка.¹⁹ Отуда се стиче утисак да је тежња за аутономијом и лекара и паацијента једнако вредан циљ у ситуацији кад је пацијент смртно или неизлечиво болестан. У принципу, то јесте тачно. Ипак, одлука о томе шта установљава добру медицинску праксу кад је у питању пацијент са једном узнапредовалом и неизлечивом болешћу, изискује од лекара да има разумевања за пацијентово лично одмеравање околности у којима се нашао. Другим речима, *део појма добре медицинске праксе мора укључивати и гаранцију* пацијенту да ће се његов лични суд о квалитету властитог живота поштовати, исто као и његова, на основу тога, донета одлука о престанку, односно непрестанку на медицински третман за одржавање и/или спасавање живота. Одговорна употреба инхерентно двосмисленог појма квалитета живота изискује од лекара да усклади своје односе са неизлечиво болесним паацијентом према вредностима и циљевима паацијента.²⁰

3. Сви случајеви соматских и несоматских извора пацијентове патње, као подлоге валидног захтева за окончање живота, могу се подвести под одредницу: *билансно самоубиство*, које је као такво оправдано и ослобађа лекара правне обавезе да га спречава по сваку цену. За разлику од самоубиства душевно болесних, код билансног самоубиства примарну улогу немају унутарпсихолошки фактори већ спољашњи догађаји: тешка болест, губитак вољене особе, старост, сиромаштво, усамљеност и сл. Истраживања показују да код билансног самоубиства није одлучујуће телесно обољење само по себи, *већ однос паацијента према својој болести и њени.*²¹ Билансно самоубиство није само легитиман хитан излаз из неподношљиве патње него и израз једне од основних слобода и права човека да одлучи када и како да престане да живи. У мери у којој питање аутономије пацијента добија на значају, све више се шири и простор за билансно или *рационално самоубиство*, због растућих проблема које изазивају медицински поступци према пацијентима у последњој фази живота или у фази озбиљне телесне онеспособљености. Питање билансног самоубиства биће у том контексту једно од подручја значајног правног (законског) развоја.²² Било да неизлечиво болестан, али ментално способан пацијент

¹⁹ Упоредити: Е-Н. Kluge, *op. cit.*, pp. 12, 20; R. G. Frey, *op. cit.*, pp. 20–21, 24, 41–42; за пасивну еутаназију видети: В. Клајн-Татић, *ibidem*, стр. 7–11, 103.

²⁰ Age Concern of Gerontology/Centre of Medical Law and Ethics: *The Living Will. Consent to Treatment at the End of Life. A Working Party Report* (London 1988), p. 12.

²¹ О томе видети: В. Клајн-Татић, *op. cit.*, стр. 239, 35–41; видети и: Н. Бурђевић, *op. cit.*, стр. 218.

²² Видети у вези с тим: *Декларација о унапређењу права паацијента у Европи*; о *Декларацији* видети: М. Драшкић, *op. cit.*, стр. 253–261; видети и: J. Griffiths et al., *op. cit.*, pp. 152–153 и даље.

захтева од лекара да се уздржи од медицинског третмана за одржавање и/или спасавање живота, односно да такав медицински третман, ако је започет, обустави, било да пацијент захтева да му лекар пружи третман за ослобађање од бола, било да пацијент захтева да му лекар да леталну инјекцију или да га снабде смртно-носним лековима – несумњиво је да је пацијентова намера, у сваком од ових случајева, да убрза моменат властите смрти. Однос према сопственој болести и патњи опредељује пацијента свесног својих поступака да, путем *билансно* или *рационално* *самоубиства*, нађе легитиман хитан излаз из неподношљиве патње. Лекар би требало да чини *све што је у његовој моћи* како би болесног човека лечио и одржавао у животу све док за то постоји смисао и медицински третмани који би му ублажили патњу. Само ако је могућност живота достојног човека потпуно ишчезла, и ако постоји *јасна и изричит* *жеља* неизлечиво болесног пацијента да више не живи, онда би лекар морао, под условима одређеним законом, помоћи пацијенту да му пут до смрти буде што је могуће лакши. Стога би медицинску праксу која одбија да пружи *активни облик помоћи* неизлечиво болесном пацијенту да оконча свој живот, *као послеђу моћу ошцију*, требало одбацити и заменити бољом медицинском праксом.²³ Према садашњем законском оквиру, није спорно да пацијент може да изврши билансно самоубиство путем одбијања медицинског третмана за одржавање и/или спасавање живота, и да, у том случају, *и право и обавеза лечења имају јасну границу у праву пацијента на самоодређење у односу на власито тело и животи*.²⁴

4. После свега реченог могли бисмо закључити да не постоји суштинска разлика између следећих облика лекареве помоћи неизлечиво болесном пацијенту: пасивне еутаназије и активне еутаназије; индиректне еутаназије и директне еутаназије; лекареве помоћи код самоубиства и активне директне и добровољне еутаназије. Будући да одређени облик лекареве помоћи може бити прикладан за једног пацијента, али сасвим неприкладан за другог, срж проблема није у сфери пуке законске декларације о томе да је један облик медицинске помоћи морално и правно допустив а други није. Тежиште проблема је у фактичком утврђивању да ли је одређени облик помоћи коју лекар пружа, у конкретном случају, управо она

²³ Упоредити: J. Rachels, *op. cit.*, p. 121.

²⁴ Упоредити: Adolf Laufs: *Arztrecht*, 4. Auflage (München 1988), стр. 51, марг. бр. 104 и 105 (цит. према: Јаков Радишић: „Одговорност због ускраћивања хитне медицинске помоћи“, *Активни правни проблеми у медицини*, ИДН, Београд 1996, 257); видети и пресуду немачког Савезног врховног суда од 4. 7. 1987, *Medizinrecht*, Heft 1/1985, 43–44 (цит. према: Н. Ђурђевић, *op. cit.*, стр. 236); видети из америчке судске праксе: случај *People v. Robinson* 83 A.D. 2d 271, 443 N.Y.S. 2d 1016; 1018–19 (цит. према: А. Meisel, *op. cit.*, p. 59); видети и: Albin Eser: „Sterbewille und aerzliche Verantwortung“, *Medizinrecht*, Heft 1/1985, 10–13; Erwin Deutsch, *Aezrecht und Arzneimitelrecht*, 2 Auflage, Berlin 1991, стр. 250 (цит. према: Н. Ђурђевић, *ibidem*, 234–235).

помоћ која је за *клинички стајтус* неизлечиво болесног пацијента најпримеренија и у најбољем интересу *шоџ* пацијента. Уколико је ова тврдња тачна, онда ни лекарева помоћ код самоубиства, ни активна директна и добровољна еутаназија не би могле бити недопустиве опције, већ би пре морале бити *паралелне и алтернативне опције дојустивене неизлечиво болесном пацијенту*, али само у случају кад су све друге терапијске могућности исцрпљене или кад за клинички статус одређеног пацијента други облици лекареве помоћи нису прикладни. За такву слободу избора, коју би ваљало обезбедити пацијенту, *прејисјавка је да се свим облицима лекареве помоћи додели исти законски стајтус. Материјалне и процедуралне услове под којима би биле дојустиве и лекарева помоћ код самоубиства и активна директна и добровољна еутаназија требало би ујврдити законом или пројоколима медицинских асоцијација*, на исти начин на који је то већ учињено у погледу палијативног лечења и, у његовом оквиру, активне индиректне еутаназије, прекидања медицинског третмана и вештачког оживљавања умирућих пацијената, тј. пасивне еутаназије.²⁵

5. С друге стране, *ниједан предлоџ за реформу садашњег законског оквира* који уређује медицински третман неизлечиво болесног пацијента, *а који остаје унутар контекста примене кривичног права, неће значајније унајредити контролу над извршењем лекареве помоћи код самоубиства и активне директне и добровољне еутаназије*. Лекару је потребна *суштинска законска сигурност а не формална*, кад очекујемо да он поштује аутономију свог пацијента, да буде вођен принципима медицинске етике, који изискују од њега да спречи пацијентову патњу и заштити људско достојанство, и да, у интересу делотворне контроле, буде отворен и искрен у погледу радњи које је извршио. Стога се чини да је *декриминализација* лекареве помоћи код самоубиства и активне директне и добровољне еутаназије *предуслов* за делотворну контролу над њиховим извршавањем. Оно што „декриминализација“ укључује јесте да се лекарева помоћ код самоубиства и активна директна и добровољна еутаназија *прејитирају на исти начин* као и пасивна еутаназија и активна индиректна еутаназија, да се сматрају „нормалном медицинском праксом“, „медицинским изузетком“ и предметом контроле која се примењује, према садашњем законском оквиру, на друге поступке лекара којима се скраћује живот пацијента.²⁶ Пре него што би се евентуално прихватио овај предлог, лекари и правници морали би да се сложе око тога да би

²⁵ Опширније о томе видети: В. Клајн-Татић, „Однос између облика лекареве помоћи неизлечиво болесном пацијенту“, у: *op. cit.*, стр. 209–236 и стр. 237–238 и 242.

²⁶ В. Клајн-Татић, *ibidem*, стр. 242–246; упоредити: J. Griffiths, et al., *op. cit.*, pp. 285–291 и даље.

извештај о окончању пацијентовог живота, у декриминализованом режиму контроле, морао да садржи следеће:

1) потпун опис поступка скраћења пацијентовог живота, укључујући лекове (ако су употребљени), са знаком датума и сата када су употребљени и у којим дозама, као и обавештење о медицинском третману који није био отпочет или који је био обустављен, итд;

2) опис менталне способности пацијента да учествује у доношењу одлуке о окончању свога живота – у случају сумње у менталну способност пацијента, требало би да постоји изјава независног лекара (психијатра) који се бавио питањем менталне способности пацијента;

3) потпун извештај о разговору са пацијентом, који је, ако је могуће, потврђен од стране сведока (чији би писмени исказ био саставни део извештаја);

4) захтев пацијента за медицинским поступком који скраћује његов живот или сагласност са њим, писмен и потписан (или забележен на траци или који се може доказати на неки други недвосмислен начин, на пример, у форми тзв. пацијентовог теста-мента или захтева за еутаназију);

5) писана изјава независног лекара који је био консултован поводом предложеног поступка за скраћење пацијентовог живота;

6) писана изјава медицинског особља, најнепосредније укљученог у старање о пацијенту, која се тиче пацијентовог здравственог стања и захтева, као и поступка по коме је донета одлука о окончању пацијентовог живота;

7) писана изјава блиског члана породице и/или других у непосредном окружењу пацијента, која се тиче пацијентовог здравственог стања и захтева, као и поступка по коме је донета одлука о окончању пацијентовог живота;

8) писане изјаве особа које су биле присутне у време кад је извршено окончање пацијентовог живота.

Пројусті да се поднесе извештај о случају скраћења пацијентовог живота на пројисан начин, у декриминализованом режиму контроле, био би кривично дело.²⁷

На крају ваља рећи да део медицинских посленика, правних стручњака и шире лаичке јавности, који се противи легализацији лекареве помоћи код самоубиства и активне директне и добровољне еутаназије, верује у кривичноправне забране. Они недовољно уважавају чињеницу да је управо инкриминација лекареве помоћи

27 В. Клајн-Татић, *ibidem*, стр. 244–245; Griffiths, et al., *ibidem*, pp. 291 и даље.

код самоубиства и активне директне и добровољне еутаназије, оно што чини немогућом делотворну контролу над њиховим извршавањем. Није вероватно да ће лекар који мисли да се излаже ма ком ризику, поднети извештај о пружању помоћи код самоубиства или о извршењу активне директне и добровољне еутаназије као о случају *нејприродне смрти*.

Vesna Klajn-Tatić

LEGAL AND ETHICAL ASPECTS OF PHYSICIAN'S ASSISTANCE TO INCURABLE PATIENTS

Summary

Current legal solutions regulating medical treatment of terminally ill or incurable patients (except for solutions adopted in the Dutch law) are based on the view of *limited sanctity of human life*, a standpoint supported by traditional medical ethics, legal doctrine, medical and court practice. According to that view, criminal and civil law recognize patient's right to passive euthanasia and active indirect euthanasia, subject to material and procedural limitations set by the law and which fall under the scope of so-called normal medical practice, while at the same time incriminating right to physician's assistance with suicide and the right to active direct and voluntary euthanasia.

View of the modern medical ethics, legal doctrine and medical and court practice, also supported by the author, is that there are no moral and legal reasons for different legal status of passive euthanasia and active indirect euthanasia, on one side, and physician's assistance with suicide and active direct and voluntary suicide, on the other side. Quality of patient's right approach *does not distinguish among active and passive medical actions which have objective to end someone's life*. All modalities of physician's assistance should acquire the same legal status, and would represent *parallel and alternative options available to a terminally ill patient*. Decriminalization of physician's assistance with suicide and active direct and voluntary euthanasia represents a precondition for effective control over their exercise. 'Decriminalization' requires that physician's assistance with suicide and active direct and voluntary euthanasia *receive identical treatment* to that accorded to passive euthanasia and active indirect euthanasia, to be considered 'normal medical practice', 'medical exception' and be subject to the type of control which is, under present legislation, used to monitor other actions of physicians directed towards shortening life of a patient.

In order to enable such control, in decriminalized regime of control, one needs physician's *report on terminating patient's life*, and the content of such report would be prescribed by the law or protocols of medical associations. Failure to submit *report* in a proscribed way would represent a *criminal offence*.

When facing a terminal or incurable disease, patient may favor quality of life over its duration. Given the fact that law and ethics order physicians to fight for human life at any cost, one has to ask whether patient should be protected from prolongation of life that is imposed on him/her. This situation is characterized by conflict of professional responsibilities of the physicians and one faces problems of euthanasia and physician's assistance to suicide. This paper stresses that the key issue in euthanasia debate is not whether an individual enjoys freedom to terminate his/her own life, given the fact that suicide is not illegal in any legal system. Crucial question is whether physician may legally assist patient to do that and whether it is legitimate (lawful) for a state to prohibit or limit euthanasia, and if it does so, under which circumstances? This article presents comparative solutions on euthanasia and suicide assistance, and thereupon critically assesses present, prevailing legislative framework regulating medical treatment of a terminally ill patient. Finally, reform proposals are offered, and the author submits that current legislative solutions on this subject matter are hard to defend legal and ethical standpoint.

Key words: *View on limited sanctity of human life. – Quality of life. – Balance suicide. – Decriminalization of all aspects of physicians' help. – Report on terminating patient's life.*