ISSN 0038-982X (2011): 1 p. 15-31

UDK 1763:314.335(497.11)
DOI:10.2298/STNV1101015P
Originalni naučni rad
Primljeno: 05.05.2011.

PRAVNO-MEDICINSKI ASPEKTI RADA ETIČKOG ODBORA ZA PREKID TRUDNOĆE

Zoran PONJAVIĆ, Mirjana VARJAČIĆ*[▽]

U članku se analizira nastanak i funkcionisanje etičkih odbora za prekid trudniće u Republici Srbiji, posebno kroz rad ovog odbora pri Kliničkom centru u Kragujevcu. Najpre se izlažu razlozi koji su doveli do pojave etičkih odbora uopšte. U pitanju je, pre svega, razvoj biomedicine, kao i pojava bioetike, nove naučne discipline, koja treba da odgovori na pitanje da li su rezultati naučnih istraživanja uvek etički prihvatljivi. Ovo je naročito aktuelno u slučaju primene prenatalne dijagnostike u cilju utvrđivanja stanja ploda pre rođenja. Ovim je omogućeno da se još u ranoj fazi trudnoće otkriju anomalije ploda i izvrši njen prekid, bez izazivanja većih etičkih i pravnih dilema. Međutim, mogućnosti prenatalne dijagnostike su još uvek ograničene. Ponekad dobijeni rezultati nisu potpuno izvesni ili se, s druge strane, neke od anomalija začetka mogu otkriti dosta kasno, krajem drugog i početkom trećeg trimestra trudnoće, što sve, pored medicinskih, izaziva velike etičke i pravne dileme. U ovakvim slučajevima u zakonodavstvu Republike Srbije je predviđeno da uslove za vršenje prekida trudnoće utvrđuje etički odbor zdravstvene ustanove. Ovaj odbor ima ulogu da pruži pomoć lekarima u pogledu utvrđivanja uslova za vršenje kasnog pobačaja, budući da pravila lekarske etike nisu u ovom slučaju dovoljna. Njegovo uvođenje je pokušaj da se u oblasti reproduktivnih prava jasnije artikulišu društveni interesi. Većina odobrenih prekida trudnoće pred Etičkim odborom Kliničkog centra u Kragujevcu odnosila se na anomalije ploda, manji broj na zdravlje majke, a nijedan na tzv. pravne indikacije. Na kraju se predlažu i nova zakonodavna rešenja koja jasnije oslikavaju etičke dileme.

Ključne reči: *prekid trudnoće, etički odbor, pravno-medicinski aspekti, Klinički centar Kragujevac*

Uvod

Ono što karakteriše drugu polovinu 20. veka nije toliko ljudska žeđ za saznanjima, već činjenica da je predmet istraživanja postao sam čovek. U kontekstu sve bržeg napretka nauke i tehnologije, biomedicina zauzima sasvim posebno mesto, jer za razliku od ostalih nauka koje teže da osiguraju vladavinu nad stvarima i prirodom, ona se primenjuje direktno na čoveku (Dalcq-Depoorter, 2003).

* Pravni fakultet Univerziteta u Kragujevcu.

[▽] Medicinski fakultet Univerziteta u Kragujevcu.

Korišćenje biotehnologije od strane države ili pojedinaca, u oblasti genetike ili reprodukcije, ne tiče se samo izolovanog pojedinca i njegovih prava, već i drugih, kao što su začeta a još nerođena deca, članova porodice, porodice kao institucije i osnove celokupnog društva, osnove srodstva i na kraju samog ljudskog društva. Ova pitanja, dakle, istovremeno antropološka, politička i etička, uveliko prevazilaze privatne interese i individualna prava. U cilju njihovog regulisanja, da bi se izbegao rizik po zdravlje vezan za eksperimentisanje i nove biotehnologije, dolazi do stvaranja niza pravnih pravila na nacionalnom i međunarodnom planu,[1] čak i do pojave novih naučnih disciplina.

Pravnim pravilima se, pored ostalog, ustanovljava i institucionalna kontrola u ovoj oblasti. Jedan od vidova ove kontrole u oblasti genetike i reprodukcije predviđen u pozitivnom zakonodavstvu Republike Srbije jeste i stvaranje etičkih odbora, sa zadatkom da pruže pomoć lekarima prilikom utvrđivanja uslova za vršenje kasnog pobačaja i na jasan način artikulišu društvene interese. Ostvarenje ovih ciljeva zavisi, pored ostalog, i od delotvornosti pravnih pravila kojima se ova oblast reguliše i čijom se analizom, pored ostalog, bavi ovaj rad.

Veliki značaj navedenih pitanja doveo je, počevši od sedamdesetih godina prošlog veka, i do pojave nove naučne discipline *bioetike*. Tvorac ovog novog pojma (Poter, 1970) ističe da je bioetika disciplina koja kombinuje saznanja iz oblasti biologije sa saznanjima o sistemu ljudskih vrednosti.[2] Razlika između etičkih vrednosti[3] i bioloških činjenica bila je osnova procesa kojim je dovedena u opasnost humanost, čak i preživljavanje čoveka na zemlji. Bioetika se, dakle, pojavila u jednoj alarmantnoj situaciji preokupiranoj progresom nauke i društva. Ona treba da dâ odgovor na pitanje da li su rezultati naučnih istraživanja uvek etički prihvatljivi.

[1] Zaštita prava čoveka u domenu biomedicine osigurava se na međunarodnom planu. Ovde treba, pre svega, navesti Evropsku konvenciju za zaštitu ljudskih prava i osnovnih sloboda iz 1950. i Konvenciju o ljudskim pravima u biomedicini iz Ovijeda iz 1997. godine. Sledeće godine usvojen je i dodatni protokol uz ovu Konvenciju o zabrani kloniranja ljudskog bića.

[2] Vrlo često se etika i moral mešaju. Ova dva pojma se razlikuju: moral ima kolektivno i opšte značenje dok je etika više individualne prirode i često povezana sa situacijom ili određenom profesijom (Leleu, Genicot, 2005).

[3] Etika je pojam koji se danas vrlo često koristi. Tako se pored "bioetike" pominju i "etički komiteti", napominje se da treba voditi računa o "etici diskusije", govori se o "etici u komunikaciji", "etici u nauci", itd.

Bioetika, prenatalna dijagnostika i pobačaj

Između mnogobrojnih pravnih problema koje bioetika izaziva pobačaj je jedan od najstarijih i najuniverzalnijih. Debata u pogledu njega je aktuelizovana razvojem najnovijih naučnih saznanja kojima se, pored ostalog, omogućava prenatalna dijagnostika. Mogućnosti prenatalne dijagnostike su poslednjih godina veoma uvećane, omogućavajući sa sve većom preciznošću dijagnostikovanje stanja ploda pre rođenja. Zahvaljujući razvoju tehnike (fetalna ehografija ili uzimanje tkiva ili krvi fetusa), omogućeno je da se sa značajnom sigurnošću utvrdi zdravlje fetusa u svim fazama njegovog razvitka. Pored ovoga, mogu se otkriti ne samo malformacije[4] (anomalije) ili bolesti fetusa u materici već i sa velikom verovatnoćom genetske bolesti koje će se razviti tek po rođenju deteta. Ovo omogućava da se već u ranoj trudnoći, u prvom i drugom trimestru, preduzmu sve raspoložive mere u cilju lečenja jedne bolesti ili anomalije, ako je to moguće. Istovremeno, mogućnost otkrivanja nedostataka, koji su neizlečivi, u ranijoj fazi trudnoće, "stvara prostor za liberalizaciju ranih pobačaja, ali i za restrikciju kasnih pobačaja" (Mujović-Zornić, 2009). S druge strane, saznanje žene da može tražiti prekid trudnoće i u kasnijoj fazi može dovesti do njegovog odlaganja. Prekid trudnoće iz medicinskih razloga se tako pojavljuje u središtu kontroverzi koje nastaju u vezi primene tehnika prenatalne dijagnostike. Istovremeno, tehnički progres je stvorio mogućnosti da se prekid trudnoće vrši u bilo kojoj fazi gestacije, na relativno lak i bezopasan način.[5] S druge strane, tehnički progres sve više i više pred ženu postavlja etičku dilemu da li da sačuva život svog deteta ili ne.

U nekim slučajevima nemoguće je izvršiti prekid trudnoće pre trećeg trimestra, bilo zato što se ranije i ne može otkriti ta anomalija, bilo zato što se do tada ne može predvideti njena ozbiljnost. Poznato je tako da se mongoloizam (Downov sindrom) najčešće otkriva tek krajem drugog, odnosno početkom trećeg trimestra. Mogućnost ranijeg otkrivanja u 14. nedelji gestacije biopsijom trofoblasta nije masovnije prihvaćena, niti široko dostupna u većini centara prenatalne dijagnostike. Nužnost vršenja prekida trudnoće u trećem trimestru tako proističe istovremeno iz dobrog poznavanja tehnomedicine, ali i iz ograničenja saznanja koja ona pruža. U jednoj takvoj dramatičnoj situaciji roditelji se, bez obzira na njihova intimna ubeđenja, religijsko ili kulturno nasleđe, nalaze pred dilemom rađanja hendikepiranog

[4] Malformacija je nasleđeno ili stečeno odstupanje od normalnog oblika u građi celog tela, njegovih pojedinačnih delova, organa ili psihološke funkcije (http://sr.wikipedia.org).

[5] Ovo je, zajedno sa nekim drugim spoljnim faktorima, dovelo do odvajanja prava od morala i omogućilo ženi da se podvrgne abortusu "kao nečenu što je medicinski izvodljivo, a pravno dopušteno, učini nešto što je moralno neispravno"(Živojinović, 2009).

ili bolesnog deteta ili da u konsultaciji sa lekarom traže prekid trudnoće. U praksi je ovo drugo rešenje često i jedino.[6] Ovim se omogućava roditeljima da u jednom društvu koje je sve više preokupirano kvalitetom života i nastojanjem da deca odgovaraju jednoj "normalnosti", raspolažu začetim detetom putem pobačaja onda kada ta društvena očekivanja nisu ostvarena.

Pored ovoga, prenatalna dijagnostika ima svoja ograničenja i u pogledu izvesnosti dobijenih rezultata, kao i u pogledu primene određene terapije. Naime, sve je više situacija kada prenatalna dijagnostika ne daje jasne rezultate u pogledu stanja zdravlja ploda. U pitanju su situacije kada lekar ne može zbog još uvek objektivno nedovoljnih naučnih saznanja, pružiti pacijentu, trudnici, sve informacije u pogledu dijagnoze, a naročito prognoze budućeg zdravlja ploda. Ovome treba dodati i činjenicu da je pojam malformacija ploda vrlo heterogen, budući da je "normalnost" pre svega vrednosni sud, a ne utvrđena činjenica (Šeparović, 1982). Odstupanja od prosečnog modela normalnog mogu biti neznatna do ekstremnih. U ovakvim situacijama pred praktičare se postavlja, pre svega, moralna dilema: koje je najbolje rešenje u situacijama koje nisu potpuno izvesne?

Poznato je da što je starost trudnoće veća medicinski zahvat za njen prekid je komplikovaniji, a njegove nepovoljne posledice češće. No, pored ovih medicinsko-tehničkih problema iskrsavaju i neka druga pitanja na koje treba dati odgovor pre nego što se pristupi hiruškom zahvatu prekida trudnoće. Pre svega, ko treba da donese odluku o prekidu trudnoće i drugo, koje sve malformacije treba prekinuti, a koje lečiti. U okolnostima još uvek objektivno nedovoljnih naučnih saznanja ovo može u određenom procentu dovesti do pogreške u utvrđivanju dijagnoze. Tako se može dogoditi da se bolesni fetus proglasi zdravim ili da se sasvim zdravi proglasi bolesnim. U ovom drugom slučaju to može biti odlučujuća činjenica prilikom donošenja odluke o prekidu trudnoće. Sa ovim u vezi može se postaviti pitanje odgovornosti lekara koji je pogrešio. Našavši se u ovako složenoj situaciji da odlučuju o prekidu trudnoće u trenutku kada su žena trudnica i njen partner željno iščekivali rođenje deteta, lekar ima potrebu za potvrdom i opravdanjem svoga stava kroz jednu zakonsku formulaciju koja bi trebalo da sadrži "minimum morala".[7] U ovako neizvesnim situacijama kada se lekar našao pred etičkim dilemama, društvo je pronašlo način njegove zaštite i

[6] S obzirom na ovo, a imajući u vidu da je u Irskoj prekid trudnoće samo izuzetno dozvoljen u slučaju kada je život majke neposredno ugrožen u ovoj zemlji je, jedino u Evropi, zabranjena prenatalna dijagnostika. Videti: http://www.touteleurope.eu/fr/actions/social/sante-publique/presentation/comparatif-les-questions-bioethiques-en-europe-le-dpi-et-le-dpn.html

[7] "Moralni zakon štiti ljude od ljudi" (navod iz *Mahabharate*). Prema nekim autorima (Sureau, 2001) "zakon može samo reći šta je dozvoljeno ili zabranjeno, ali ne i šta je dobro ili loše". Ovaj autor je protiv postojanja "državnog morala", jer moral može biti samo individualni.

pomoći kroz moralno-etičke forme prevencije, a da pri tome ničije emocije ne budu povređene.

Pravno regulisanje etičkih odbora

Počevši od kraja Drugog svetskog rata usvojeni su mnogi međunarodni dokumenti, deklaracije i povelje, koje se tiču medicinske etike. Tu pre svega treba imati u vidu Ženevsku povelju 1948. godine, Međunarodni kodeks medicinske etike 1949, Helsinšku deklaraciju Svetske medicinske asocijacije o biomedicinskom istraživanju na ljudima 1964, Deklaraciju iz Manile 1981. Naročito značajnom se čini Helsinška deklaracija, kao prvi tekst međunarodnog karaktera koji se tiče bioetike. Budući da sadrži više principa ona se može smatrati vodičem za sve lekare. Neki od njih se tiču medicinskih istraživanja, dok se drugi principi odnose na slobodnu i jasnu saglasnost pacijenta, kao i princip prvenstva zaštite ljudske ličnosti. Na kraju ovog pregleda međunarodnih dokumenata kojima se, u osnovi, reguliše bioetika treba pomenuti i Konvenciju o ljudskim pravima u biomedicini, koju je naša zemlja nedavno ratifikovala. [8]

Jedna od specifičnosti koje je sa sobom donelo pravno regulisanje bioetike je pojava etičkih odbora. Naročito se to odnosi na Helsinšku deklaraciju koja je više puta menjana, poslednji put u Edinburgu 2000. Dva osnovna kriterijuma karakterišu etičke odbore: pre svega njihov sastav mora odražavati različitost mišljenja i shvatanja i oni moraju biti nezavisni u odnosu na vlast (političku, ekonomsku, naučnu ili medicinsku). Najopštije govoreći, razlikuju se dva tipa ovih odbora – oni koji zavise od nekog nacionalnog ili nadnacionalnog tela[9] i oni koji zavise bilo od lokalnog tela (npr. bolnice, klinike,

[8] Pun naziv ove Konvencije je: Konvencija o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskih bića u pogledu primene biologije i medicine. Konvenciju, sačinjenu u Ovijedu 1997, Srbija je ratifikovala 2010. godine, donoseći Zakon o potvrđivanju ove konvencije, koji je objavljen 15.12.2010 u *Službenom glasniku* – Međunarodni ugovori, 12-10. Prema čl.2. ove Konvencije "Interesi i dobrobit ljudskog bića imaju prednost nad samim interesom društva ili nauke".

[9] Posle formiranja prvih etičkih tela u SAD, počelo se i u Evropi sa tom praksom. Najpre su formirana na nivou države: u Velikoj Britaniji Commision Warnock je postavila osnove razmatranja etičkih pitanja izazvanih novim tehnikama reprodukcije, u Nemačkoj je Komisija Benda proširila etičke probleme i na pitanja vezana za analizu ljudskog genoma i genetske terapije. Francuska je prva država koja je institucionalizovala etičke probleme stvarajući stalno telo CCNE (Nacionalni konsultativni komitet za bioetiku) 1983. godine, koji ima zadatak da daje svoje mišljenje o moralnim problemima izazvanim istraživanjima u oblasti biologije, medicine i zdravlja. Njegova mišljenja su prvenstveno konsultativna, ali mogu eventualno dovesti i do toga da ta pitanja budu regulisana od strane Parlamenta. Takva stalna tela postoje i u Švedskoj (Nacionalni savet za etičku medicinu), od 1986, i Danskoj (Nacionalni danski etički savet) od 1987. U toku poslednje decenije prošlog veka formirani su i nadnacionalni komiteti – Komitet direktora za bioetiku Saveta Evrope i Evropska grupa za etiku nauke i novih tehnologija Evropske unije, kao i Međunarodni komitet za bioetiku Unesco.

univerziteta) ili regionalnog. Oni koji zavise od neke lokalne (ili regionalne) strukture prema svom predmetu rada mogu biti etički odbori u oblasti istraživanja, i klinički etički odbori (Hottois, Missa, 2001). I prvi i drugi su najpre formirani u SAD. Prvi su formirani od šezdesetih godina prošlog veka, kada su otkriveni skandali u vezi eksperimentisanja na ljudima,[10] a drugi posle slučaja Quinlan, kada je sud pre donošenja odluke u jednom slučaju zatražio procenu situacije od strane kliničkog etičkog odbora.[11]

Sledeći svetsku praksu i u Srbiji se prvi etički odbori formiraju počevši od 90-ih godina prošlog veka, pošto su prethodno ta pitanja institucionalno rešena zakonodavstvom. Pre svega Zakonom o zdravstvenoj zaštiti. Za razliku od većine evropskih država u kojima su prvi etički odbori formirani u oblasti medicinskih istraživanja, u Srbiji je prvi etički odbor unet u zakon kojim se reguliše prekid trudnoće (1995). Njegov osnovni zadatak je da utvrdi postojanje uslova za vršenje prekida trudnoće posle dvadesete nedelje trudnoće. Zatim je usledilo formiranje etičkih odbora i u domenu medicinskih istraživanja. Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti,[12] u odeljku o stručnim organima, u čl. 147. govori se o Etičkom odboru zdravstvene ustanove. On se definiše kao stručno telo "koje prati pružanje i sprovođenje zdravstvene zaštite na načelima profesionalne etike". Pored ovoga, na nivou Republike se formira Etički odbor Srbije. Prema čl. 156, on se "stara" o istim pitanjima na nivou Republike, kao i etički odbor zdravstvene ustanove.

Etički odbor zdravstvene ustanove donosi odluku o preduzimanju ogleda nad pojedincem.[13] Prema Zakonu o transplataciji ćelija i tkiva, etički odbor u zdravstvenoj ustanovi koja obavlja poslove transplatacije ćelija i tkiva vrši sledeće poslove: daje saglasnost na uzimanje ćelija i tkiva, daje mišljenje o etičkim i drugim pitanjima u postupku transplatacije i obavlja i druge poslove u skladu sa Zakonom (čl.17). Kada se radi o etičkom odboru osnovanom u zdravstvenoj ustanovi koja obavlja postupke BMPO, u Zakonu o lečenju neplodnosti postupcima biomedicinski potpomognutog oplođenja rečeno je (čl.22) da se na njegov rad shodno primenjuju odredbe zakona kojim se uređuje transplantacija ćelija i tkiva.[14]

[10] Tako su u bolnici Jewish Chronic Disease Hospital u Njujorku, starijim osobama ubrizgane ćelije raka, iako su ta lica bila svesna njihove prirode.

[11] U pitanju je odluka suda iz Nju Džersija (New-Jersey) doneta 31. marta 1976. godine u slučaju Karen-Ann Quinlan. Ova odluka upućuje i na postojanje drugih multidisciplinarnih odbora, pa i onog za prekid trudnoće. Sastav ovih odbora je regulisan autonomno od strane svake bolnice (www.encyclopedia.com/doc/1G2-3468302809.html).

[12] Zakon o zdravstvenoj zaštiti, *Službeni glasnik RS*, 107/2005, 72/2009 – dr.zakoni, 88/2010 i 99/2010.

[13] Član 38. st.9. Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

[14] Zakon je objavljen u *Službenom glasniku RS*, 72/2009.

Etički odbori za prekid trudnoće se formiraju posle donošenja Zakona o postupku prekida trudnoće[15] u zdravstvenim ustanovama (u daljem tekstu: Zakon).[16] Ovaj odbor ima ulogu da pruži pomoć lekarima u pogledu utvrđivanja uslova za vršenje kasnog pobačaja, budući da pravila lekarske etike nisu u ovom slučaju dovoljna. Njegovo uvođenje je pokušaj da se u oblasti reproduktivnih prava, koja je očito dugo bila moralno zapuštena i etički zapostavljena (Babić, 1996) jasnije artikulišu društveni interesi. On je mesto razmene mišljenja među stručnjacima različite struke, institucionalizovani oblik interakcije prava i etike (Mujović-Zornić, 2007),[17] telo koje utvrđuje uslove za prekid trudnoće na isti način kao što to radi konzilijum zdravstvene ustanove do 20. nedelje trudnoće. Etički odbor za prekid trudnoće je pokušaj da se na jedan prihvatljiv način uredi pitanje kasnog pobačaja i da se njegovi pravni i moralni aspekti dovedu u sklad. Ovo će često biti izuzetno težak zadatak, imajući u vidu multikulturalni karakter našeg društva, kao i eroziju nekih normi tradicionalnog morala. Vrlo je teško u nekim situacijama doneti odluku koja će zadovoljiti sve zainteresovane strane. U situaciji kada ne postoji bilo kakav valjan konsenzus o osnovnim vrednostima u vezi prekida trudnoće na nivou društva, teško je očekivati da će ga biti na nivou etičkog odbora.

Pravno uređenje prekida trudnoće

Prilikom regulisanja prekida trudnoće od strane nacionalnih zakonodavstava veoma važnu ulogu ima trajanje trudnoće (Mujović-Zornić, 2009). U prvim nedeljama trudnoće, u prvom trimestru,[18] uslovi za vršenje prekida trudnoće su najliberalnije postavljeni. Već u kasnijim fazama razvitka ploda ti uslovi se, po pravilu, sužavaju, kako u pogledu indikacija, tako i u pogledu poštovanja određene forme, koja se tiče nadležnosti tela koja donose odluku i tražene procedure. Ovo se naročito odnosi na prekid trudnoće u trećem trimestru kada se radi o fetusu koji je već sposoban za vanmaterični život.

[15] Koristi se izraz prekid trudnoće, koji je "emocionalno lakši" nego izrazi pobačaj i abortus. U svakom slučaju on se može označiti kao izbacivanje fetusa iz materice, pre nego što on bude u potpunosti razvijen i sposoban za preživljavanje izvan nje (http://sr.wikipedia.org/sr/). Izraz prekid trudnoće se koristi u slučaju postojanja medicinskih indikacija na strani majke i na strani ploda, ali i u slučaju postojanja pravne indikacije.

[16] Objavljen u *Službenom glasniku RS*, 16/1995.

[17] I nikako ne podsećaju na "strašni sud", kao što se ponekad tvrdi (Jovanović, Simeunović-Patić, 2007).

[18] Još od vrlo poznate odluke Roe vs Wade, Vrhovnog suda SAD, razlikuju se tri trimestra kod formulisanja pravila za vršenje prekida trudnoće. Prema ovoj odluci na kraju svakog trimestra pravila se menjaju. Sloboda vršenja pobačaja je najveća na kraju prvog trimestra, a minimalna je u periodu kada je fetus sposobnan za život (navedeno prema: http://caselaw.lp.findlaw.com/ scripts/ getcase.pl?court=us&vol=410&invol=113).

Rešenja iz našeg Zakona se od većine evropskih zakonodavstava razlikuje u pogledu dve bitne stvari. Najpre, indikacije za prekid trudnoće se ne sužavaju u kasnijim fazama razvitka ploda. One su iste bez obzira kada se vrši prekid trudnoće posle desete nedelje. I drugo, ukupni period trudnoće se ne deli na trimestre, već se razlikuje prekid trudnoće u prvih 10. nedelja trudnoće,[19] period od 10. do 20. nedelje i treći, najduži period, od 20. nedelje do kraja gestacionog perioda.[20] U prvom periodu prekid trudnoće je slobodan. Posle toga je "izuzetno" dozvoljen. Dozvolu daje, odnosno utvrđuje razloge za prekid trudnoće, konzilijum lekara do 20. nedelje, posle toga etički odbor.

Prema ovom Zakonu uzeta je granica od 20 sedmica trudnoće, posle koje etički odbor utvrđuje uslove za prekid trudnoće. Opravdano se može postaviti pitanje – zašto je tek (ili već) od tog momenta to i etički problem, i da li se do ovog momenta ne postavlja pitanje moralnog statusa embriona? U nekim zemljama fetus stiče moralni status tek od trenutka kada ima sposobnost da preživi van majčinog tela, sa ili bez pomoći neonatalne intezivne nege. Poznato je da je dete sposobno za život (viable) počevši od 24. sedmice trudnoće, odnosno od završetka druge trećine trudnoće.[21] Da li to znači da se već od 20. nedelje kod nas priznaje moralni status embriona, pre nego što je sposoban za vanmaterični život?

Zakon predviđa dve vrste razloga za prekid trudnoće: iz medicinskih (a) i pravnih razloga (b).

(a) Prekid trudnoće iz medicinskih razloga[22] se može izvršiti ako se utvrdi postojanje jednog od dva uzroka: kada se na osnovu medicinskih indikacija

[19] Većina zemalja EU reguliše prekid trudnoće u prvih 12 sedmica trudnoće uz minimalna ograničenja: nemački zakon iz 1995. godine, Austrije iz 1974, Belgije 1990, Bugarske 1990, Danske 1973, Španije 1985, Estonije 1998, Finske 1985, Francuske 1975. sa izmenama iz 2001, Grčke 1986, Mađarske 2000, Letonije 2002, Luksemburga 1978, Češke 1986, Rumunije 1989, Slovačke 1986. http://www.touteleurope.eu/fr/actions/social/sante-publique/presentation/comparatif-le-droit-a-l-avortement.html

[20] Gornja granica za vršenje prekida trudnoće nije postavljena. Prema tome, bez obzira o kojoj se indikaciji radi, prekid trudnoće je moguć u bilo kojoj fazi razvitka ploda. Prema Zakonu o uslovima i postupku za prekid trudnoće Republike Crne Gora, gornja granica je 32. nedelja trudnoće (čl.4).

[21] Naše zakonodavstvo ne vodi računa o ovom pojmu. Fetus, čak i onaj koji je sposoban za život, nema pravni subjektivitet. On nema nikakva prava sve dok se ne rodi živ.

S druge strane, pojam "sposobnost za život" se menja. Njegov početak varira ne samo od jedne do druge zemlje, zavisno od uslova koje pruža prenatalna medicina, već od jednog perioda do drugog. Menja se tokom vremena u skladu sa napretkom neonatalne medicine.

[22] Zakon ne koristi ovaj izraz, kao što je slučaj npr. sa francuskim zakonom (Loi Veil od 17. januara 1975, izmene zakona od 2001. godine. Tekst zakona je integrisan u Zakon o javnom zdravlju). Pre ovih izmena korišćen je izraz "terapeutski", koji je sada zamenjen sa jednim neutralnim izrazom "medicinski". Termin "terapeutski" nije dobar. Naime, često, kao rezultat

utvrdi da se na drugi način "ne može spasiti život ili otkloniti teško narušavanje zdravlja žene";[23] ili "kada se na osnovu naučno-medicinskih saznanja može očekivati da će se dete roditi sa teškim telesnim ili duševnim nedostacima".

Prvi slučaj je prilično restriktivan i omogućava vršenje prekida trudnoće samo ako drugog izlaza nema. Drugi slučaj (eugenička indikacija), koji se u praksi najčešće koristi, otvara široke mogućnosti vršenja prekida trudnoće. Najpre zato što se ne traži velika verovatnoća rađanja deteta sa teškim telesnim ili duševnim nedostacima, već se koristi izraz "može očekivati".[24] U situaciji kada su naučno-medicinska saznanja još uvek nedovoljna da bi se uvek sa sigurnošću uspostavila dijagnoza i dala prognoza u pogledu mogućnosti lečenja, ovakvim rešenjem se otvara put za vršenje prekida trudnoće kada se navedeni nedostaci mogu očekivati i sa malom verovatnoćom. Činjenica da se prekid trudnoće može vršiti ne samo ako je anomalija utvrđena već i kada je moguća, otvara dodatne pravne, a naročito etičke dileme. Pogotovu ako se prekid trudnoće vrši u kasnijim fazama razvitka ploda, krajem drugog i početkom trećeg trimestra trudnoće. Prema tome, može se smatrati pravno i etički prihvatljivim da se detetu i majci pruži sva pažnja i briga adekvatna njihovom stanju samo u situacijama kada se može očekivati rađanje deteta sa nedostacima koji nisu teški. Lekari, praktičari, koji treba da donesu odluku u pogledu nastavka trudnoće u slučaju kada postoje anomalije fetusa nalaze se rastrzani između odredbi zakona, društvenih institucija i zahteva trudnice. Ako se radi o kasnijoj trudnoći u tome treba da im pomoć pruži i etički odbor. Upravo, može se reći da zbog nepostojanja uvek sigurne dijagnoze i složenosti upotrebljene zakonske terminologije etički odbori i postoje sa zadatkom da omoguće donošenje odgovorne odluke.

Koliki je značaj ovih eugeničkih indikacija vidi se i iz činjenice da su one važne i kod sprečavanja začeća i kod postupaka biomedicinske oplodnje, pa, dakle, i kod prekida trudnoće. Naime, roditeljima kod kojih postoji visoki rizik rađanja nenormalnog potomstva lekari će preporučiti da spreče začeće, što je deo zdravstvene zaštite stanovništva. Istovremeno, kada se radi o

prenatalne dijagnostike, dolazi do prekida trudnoće, uništenja ploda, što se nikako ne može smatrati terapeutskim sredstvom. U ovom slučaju pre se može govoriti o "eugeničnom prekidu trudnoće".

[23] I prema čl.162. st.12. francuskog Zakona o javnom zdravlju, ovaj uzrok je alternativno postavljen: prekid trudnoće se izvodi radi spašavanja života žene, ali i onda kada život nije doveden u pitanje, već će nastavak trudnoće prouzrokovati teško narušavanje zdravlja žene.

[24] Pomenuti francuski zakon (čl.162) u ovom slučaju zahteva postojanje "velike verovatnoće da će dete biti rođeno sa naročito teškom bolešću, koja se smatra neizlečivom u momentu dijagnostikovanja".

lečenju neplodnosti postupcima biomedicinski potpomognutog oplođenja u čl.27. st.2. Zakona kojim se reguliše ovo pitanje, kaže se da će se ova metoda koristiti i ako se "tim načinom začeća sprečava prenošenje teških naslednih bolesti na dete".

b) Pravni razlozi. Prekid trudnoće je moguć i kada je do začeća došlo izvršenjem krivičnog dela (silovanje, obljuba nad nemoćnim licem, obljuba nad maloletnim licem, obljuba zloupotrebom položaja, zavođenje i rodoskrnavljenje). U praksi, ovo je najređi slučaj kada se vrši prekid trudnoće. Štaviše, ovaj razlog gotovo nema nikakvog smisla. U ovom slučaju za donošenje odluke potrebno je da već postoji pravnosnažna sudska odluka kojom je utvrđeno postojanje krivičnog dela, što je često nemoguće zbog uobičajene dužine trajanja sudskog postupka. Ako bi bila i doneta presuda, takva činjenica ima apsolutni značaj jer etički odbor ne može nikako doneti drugačiju odluku osim da dozvoli prekid trudnoće. Prema jednom izveštaju Svetske zdravstvene organizacije (OMS, 2004) u mnogim državama se u ovakvim prilikama smatra da je zaštita mentalnog zdravlja osnova za vršenje pobačaja. Neke zemlje za postojanje indikacije u ovom slučaju ne zahtevaju postojanje pravnosnažne sudske odluke, već prihvataju svedočenje žene kao dovoljno. Da bi se izbeglo prikazivanje lažnih slučajeva u nekim zemljama se traži medicinsko-pravna ekspertiza kojom se dokazuje penetracija, ili svedočenje službenika policije koji treba da izrazi svoje profesionalno uverenje da su prava žene zaista bila povređena (Billings). Ako bi se slično rešenje usvojilo i kod nas tada ne bi trebalo uopšte dozvoliti prekid trudnoće posle 20. nedelje,[25] pod pretpostavkom da se ustroji jasan protokol za policiju i zdravstvene radnike kako bi se omogućilo brzo utvrđivanje navedenih okolnosti.

Etički odbor se sastoji od pet članova,[26] koji si nadležni da utvrđuju uslove za prekid trudnoće bez obzira o kojoj se indikaciji radi.[27] Etički odbor odlučuje o postojanju uslova za prekid trudnoće samo ako je trudnica takav zahtev postavila, pošto je prethodno od strane lekara obaveštena o stanju zdravlja fetusa.[28] Prema tome, očigledno da postoji sloboda žene-trudnice

[25] Ovakvo rešenje predviđa i pomenuti Zakon o uslovima i postupku za prekid trudnoće Republike Crne Gore (čl.7.st.1).

[26] Broj članova, sastav i način rada Etičkog odbora utvrđen je Pravilnikom, koji je objavljen u *Službenom glasniku RS*, 30/1995.

[27] Za razliku od našeg rešenja, prema francuskom zakonu struktura tela koje utvrđuje ove uslove zavisi od indikacija. Prema čl.2213. st.1. Zakona o javnom zdravlju, kada se radi o prekidu trudnoće radi zaštite zdravlja trudnice taj odbor se sastoji od najmanje tri lica od kojih su dva lekara i jedna osoba koja je socijalni radnik ili psiholog. Ako se radi o anomalijama fetusa odbor se sastoji od lekara Centra za prenatalnu dijagnostiku.

[28] Otac deteta ne raspolaže nikakvim pravom da prekid trudnoće nametne ili spreči (Ponjavić, 1997).

garantovana zakonom da ne izvrši prekid trudnoće uprkos utvrđenog hendikepa deteta, što je argument u prilog onih koji smatraju da prenatalna dijagnostika i prekid trudnoće ne predstavljaju eugeničnu praksu zaštićenu zakonom (Bellivier, Labrusse-Riou, 2002).

Analiza rada Etičkog odbora Kliničkog centra u Kragujevcu

Predmet analize su svi slučajevi prekida trudnoće pred Etičkim odborom Kliničkog centra u Kragujevcu od 2000. zaključno sa 2010. godinom. Podatke koje smo analizirali dobili smo uvidom u protokol upisanih slučajeva koji su prikazani Etičkom odboru, zapisnicima sa sednica i analizom dostavljene dokumentacije od strane trudnica koje su upućivale molbu za prekid trudnoće. Odbor se, u skladu sa Pravilnikom, sastoji od 5 članova koji moraju uvek biti prisutni (ili njihovi zamenici) na sednicama koje se unapred zakazuju. Sednice se zakazuju prema potrebi, po pravilu sedam dana unapred ili u hitnim slučajevima i kraće. Kao što je i regulisano Pravilnikom, odluke Etičkog odbora kojima se utvrđuje postojanje uslova za prekid trudnoće donose se jednoglasno. Etički odbori postoje i u okviru drugih zdravstvenih ustanova tercijernog nivoa (klinički centri), ali tehnički nije bilo moguće prikupiti podatke i analizirati rad svih. Imajući u vidu da je broj članova, njihova uža specijalnost kao i principi rada isti za sve etičke odbore, smatramo da ispitivani etički odbor ne predstavlja izuzetak, ni po jednom pitanju, i da se zaključci dobijeni analizom njegovog rada mogu uopštiti.

Uvek je teško i subjektivno utvrditi stepen ozbiljnosti jedne patološke pojave ili jednog hendikepa. U većini slučajeva odluke se donose relativno brzo budući da se radi o situacijama gde postoji smrtna opasnost po dete ili ozbiljna prognoza da će dete biti rođeno sa teškim nedostacima. Sumnja na postojanje teških anomalija fetusa obično se postavljala na osnovu ultrazvučno dijagnostikovanih teških anomalija: ekstremno proširenih moždanih komora sa nakupljanjem velike količine likvora i maksimalnom redukcijom moždane mase, koja je uvek praćena teškom mentalnom retardacijom; defektom prednjeg zida grudne i trbušne duplje sa prolabiranjem organa u plodovu vodu, kao i velikim defektom ili potpunim nedostatkom dijafragme, što je praćeno prolaskom organa trbušne duplje u grudnu duplju što vodi hipolaziji pluća i poremećaju srčanog ritma. Značajan broj slučajeva koji je prezentovan Etičkom odboru imao je patološki kariotip kao potvrdu postojanja hromozomopatije (Daunov sindrom, Patau sindrom) na osnovu pregleda plodove vode (amniocenteza) ili krvi (kordocenteza).

U posmatranom periodu bilo je ukupno 72 zahteva, od čega je 10 odbijeno.

Tabela 1.
Broj zahteva po godinama, broj odbijenih zahteva i broj zahteva čija je starost trudnoće bila manja ili jednaka 24. nedelji gestacije, 2001-2010.

Godina	Broj predmeta na EO	Broj odbijenih zahteva	Broj zahteva sa trudnoćom starosti ispod XXIV ng
2001	7	1	2
2002	6	1	1
2003	5	0	3
2004	7	1	4
2005	4	1	3
2006	8	1	2
2007	11	2	3
2008	4	0	3
2009	10	1	4
2010	10	2	4
Ukupno	72	10 (13,89%)	29 (40,28%)

Izvor: Etički odbor za prekid trudnoće Kliničkog centra u Kragujevcu, protokoli razmatranih zahteva.

Uočava se da čak 40,28% zahteva upućenih Etičkom odboru pripada trudnoćama koje su starosti ispod 24. nedelje trudnoće, što ukazuje da bi se broj prezentovanih slučajeva značajno smanjio ukoliko bi se granica za trudnoće koje se moraju prekidati po odluci Etičkog odbora povećala sa 20 nedelja gestacije, na 24 nedelja gestacije. Starost trudnoće od 24 nedelje predstavlja granicu između pobačaja i prevremenog porođaja. Ovo bi značajno uprostilo i olakšalo proceduru za prekid trudnoća kod kojih je dijagnostikovana fetalna anomalija.

Najveći broj anomalija koje su bile indikacija za prekid trudnoće pripadao je grupi anomalija centralnog nervnog sistema (43,06%), a zatim grupi dijagnostikovanih multiplih anomalija koje su označene kao hydrops foetalis (20,83%), i grupi hromozomopatija (13,89%). Anomalije centralnog nervnog sistema su anomalije koje su najdostupnije ultrazvučnoj dijagnostici i okrivaju se u više od 80% slučajeva, pa je razumljivo zašto je njihov broj najveći.

Bolest majke bila je indikacija za prekid trudnoće u 9,72% slučajeva. To su najčešća hronična oboljenja trudnice na koja se nadovezala trudnoća (teško psihijatrisko oboljenje koje zahteva intenzivnu terapiju, maligna bolest majke) ili težak poremećaj zdravstvenog stanja koji se javio u trudnoći (intenzivno trudničko povraćanje) koje je ugrožavalo život trudnice.

U 7 slučajeva (9,72%) trudnoća se završila smrću fetusa intrautero u periodu od podnošenja molbe, do trenutka zasedanja Etičkog odbora, tako da njegova odluka o prekidu trudnoće nije bila potrebna (tabela 2).

Tabela 2.
Indikacije za prekid trudnoće po godinama, 2001-2010.

Godina	Bolesti majke	Hydrocephalus	Sy Down i druge genetski verifikovane genopatije	Hydrops foetalis i druge udružene anomalije	Anomalije prednjeg trbušnog zida, i dijafragme	Fecomelije
2001	3	2	1	1	0	
2002	1	3	0	1	1	
2003	1	3	0	2	0	
2004	0	3	0	2	2	
2005	0	2	1	0	0	
2006	1	3+1*	0	2	1	
2007	0	5+1*	0	2	0+1*	2
2008	0	0	4	0	0	
2009	1	2+1*	2	3	1	
2010	0	4+1*	2	1+1*	0+1*	
Ukupno	7(9,72%)	31 (43,06%)	10 (13,89%)	15(20,83%)	7 (9,72%)	2 (2,77%)

Izvor: Etički odbor za prekid trudnoće Kliničkog centra u Kragujevcu, priložena medicinska dokumentacija koju su trudnice dostavljale uz molbu.
*Napomena**: trudnoće koje su se završile smrću fetusa intrautero tokom trajanja procedure od podnošenja zahteva do zasedanja Etičkog odbora).

Odluka da ne postoje uslovi za vršenje prekida trudnoće, doneta je u 13,89% slučajeva, budući da utvrđena oštećenja ili hendikep ne opravdavaju donošenje takve odluke. Takva odluka je obično donošena u slučajevima gde dijagnostikovana anomalija bila "blaga" i koja se mogla hirurški korigovati nakon rođenja, ili je bila razvojnog tipa (poremećaj srčanog ritma, nesindromski rascep usne, septalni defekt na srcu, diskretna jednostrana proširenja moždanih komora bez značajne redukcije moždane mase). Ovde je veoma prisutno pitanje autonomije i ličnog izbora roditelja, koji nisu spremni na život koji podrazumeva veliku žrtvu i patnju i koji problem doživljavaju kao neku vrstu žigosanja i obeleženosti za čitav život.

Međutim, pored ovih situacija koje su jasne, postoje i one kod kojih je vrlo teško doneti odluku. U pitanju su situacije u kojima dijagnoza nije u potpunosti izvesna, između ostalog i zato što se različito tumače dobijene ultrazvučne slike abnormalnosti, čemu treba dodati i nesigurnu prognozu

uspešnosti hirurškog lečenja, koja se razlikuje od centra do centra i koja nikad nije u potpunosti poznata. Veoma ilustrativan primer ovakvih dilema je stepen dijafragmalnog defekta (postojanje komunikacije između trbušne i grudne duplje) gde je odluka veoma laka kada je defekt potpun, ali istovremeno i veoma teška kada je defekt nepotpun. Uspešnost hirurške korekcije je između 70-20%, ali je oporavak novorođenčeta veoma neizvestan, povezan sa veoma teškim komplikacijama, te je preživljavanje duže od jedne godine ispod 20%.

U većini slučajeva (86,11%), rešavajući po zahtevima žena trudnica, Etički odbor je doneo odluku da postoje uslovi za prekid trudnoće. Zahtevi trudnica se postavljaju najčešće pošto je lekar ultrazvučnim pregledom otkrio anomaliju fetusa. U tom trenutku, naročito ranjivom za ženu, ona traži mišljenje o vrsti anomalije i njenim posledicama po zdravlje deteta. Način na koji joj je ta informacija saopštena ima odlučujući značaj za donošenje odluke od strane same trudnice, kao i porodice u celini. U ovome treba videti jedan povlašćen i delikatan položaj lekara koji ženi saopštava trenutno i buduće zdravstveno stanje fetusa. Neosporno je da on tom prilikom iznosi i neke sopstvene vrednosne sudove (Thiel, 2002). S druge strane, činjenica moguće odgovornosti lekar,a ukoliko bi bilo rođeno dete sa hendikepom, dodatno može uticati na njega. Naime, i u situaciji kada ne postoji jasan dijagnostički nalaz lekar može sugerisati ženi da izvrši prekid trudnoće.

Kada Etički odbor donese odluku o postojanju uslova za prekid trudnoće, što svi članovi Odbora potvrđuju svojim potpisom na protokolu,[29] lekar-ginekolog može pristupiti prekidu trudnoće. U ovom slučaju lekar ne može, stavljajući prigovor savesti, odbiti da vrši prekid trudnoće.[30] Ovim je Etičkom odboru data mogućnost da odlučujući o etičkim pitanjima odbije prekid trudnoće, a lekaru koji vrši hiruški zahvat, čime je neposredno stavljen u poziciju da promišlja o ovim pitanjima, ta mogućnost nije pružena.[31] Ovakvo rešenje našeg Zakona se može pravdati jedino ako se radi o prekidu trudnoće u slučaju kada je ugrožen život ili zdravlje žene-trudnice. U ovom slučaju lekar je dužan da pruži medicinsku pomoć i moglo bi se čak govoriti i o njegovoj odgovornosti ako to ne učini.

[29] Ovaj protokol, odnosno Uput etičkom odboru za prekid trudnoće starosti iznad 20. nedelje, doneo je Klinički centar Kragujevac.

[30] U mnogim drugim zakonodavstvima ovakav prigovor se može istaći. U francuskom pravu u ovom slučaju lekar je dužan ukazati majci na drugog lekara koji prihvata prekid trudnoće u tom slučaju.

[31] Zakonom o lečenju neplodnosti postupcima biomedicinski potpomognutog oplođenja (*Službeni glasnik RS*, 72/2009) u čl.35. st.1. data je mogućnost da "Zdravstveni radnik, kao i druga lica imaju pravo da odbiju da učestvuju u postupku BMPO isticanjem svojih etičkih, moralnih ili verskih ubeđenja – pozivom na prigovor savesti".

Zaključak

Na kraju, treba reći da se prenatalna dijagnostika smatra jednim "legitimnim pravom", koje treba da omogući rađanje zdravog deteta. Njena primena i dobijeni rezultati dovode do brojnih moralnih i etičkih dilema, na koje pravo nije još uvek u stanju da odgovori. Treba se u odlučivanju pridržavati četiri osnovna principa medicinske etike:

- autonomija (poštovanje ličnosti, privatnost, pristanak na osnovu informacije i diskrecija),
- činjenje dobra (raditi u najboljem interesu pacijenta – majke i fetusa),
- nečinjenje zla (da eventualno lečenje ne dovede do pogoršanja stanja),
- pravda (jednak i pošten odnos prema svakom pojedinačnom slučaju u smislu predočavanja realne slike poremaćaja, eventualne mogućnosti lečenja, ishoda lečenja i kvaliteta života nakon toga).

Očigledno da praksa prihvatanja gotovo svih zahteva za prekid trudnoće posle dvadesete nedelje trudnoće govori o usvajanju jednog intervencionističkog stava. Prekid trudnoće se vrši kada postoje sigurni dokazi o postojanju malformacija, ali i kada postoji samo njihova izvesna mogućnost. Ovo može stvoriti opasnost mogućih zloupotreba, kao što je eugenizam. Šta više, ovo sve može biti i reakcija na nedostatak usluga za decu sa invaliditetom.

Stiče se utisak da je granica od 20 nedelja starosti trudnoće, posle koje se uspostavlja nadležnost etičkog odbora, proizvoljno postavljena, budući da se moralna vrednost fetusa ove gestacijske starosti ne razlikuje u odnosu na onog koji je gestacijski mlađi. Stoga bi ovu granicu trebalo pomeriti na 24 sedmice, od kada je dete sposobno za vanmaterični život. Mnoge zemlje, uključujući i Veliku Britaniju, dozvoljavaju prekid trudnoće do 24. nedelje gestacije, a iza toga samo ukoliko kod deteta postoji ozbiljan rizik za težak fizički ili mentalni hendikep. Termin "ozbiljan" nije bliže definisan.

U slučaju pomeranja granice za prekid na 24. nedelju gestacije, potrebno je indikacije za vršenje prekida trudnoće sužavati sa kasnijim fazama napredovanja trudnoće i razvitka fetusa, dok bi pravnu indikaciju trebalo izostaviti.

Literatura

BABIĆ, J. (1996). "Moralna dimenzija reproduktivnih prava", zbornik sa savetovanja *Reforma porodičnog zakonodavstva* (Beograd: Pravni fakultet – Udruženje pravnika Srbije za socijalno pravo), str. 234.

BELLIVIER, F., C. LABRUSSE-RIOU (2002). "Les droits de l'embryon et du fœtus en droit privé", *Revue internationale de droit comparé* , n. 2, p. 590.

BILLINGS, D. L. et al.,(2002). "Constructing Access to Legal Abortion Services in Mexico City", http://www.svri.org/constructing.pdf .

DALCQ-DEPOORTER, J. (2003). "L'utilite des comites etiques", *Revue trimestrielle des droits de l'homme*, n. 54. http://www.rtdh.eu/pdf/2003549.pdf.

HOTTOIS, G., J-N. MISSA (2001). *Nouvelle encyclopédie de bioéthique: médecine, environnement, biotechnologie,* p.193. http://books.google.rs/books?

JOVANONOVIĆ S., B. SIMEUNOVIĆ-PATIĆ (2007). "(Ne)dozvoljeni prekid trudnoće", *Pravni život*, br. 9, str.157.

LELEU, Y-H., G. GENICOT (2005). Le droit médical: aspects juridiques de la relation médecin-patient, n.05, vol.79, p.35, http://books.google.rs/books?

MUJOVIĆ-ZORNIĆ, H. (2007). "Pravni aspekti rada etičkih komiteta u medicini," *Pravni život*, br.9, str. 254.

MUJOVIĆ-ZORNIĆ, H. (2009). "Reproduktivna prava: aktuelna pitanja kasnog pobačaja", *Stanovništvo*, br.1, str. 57.

OMS (2004). Avortement médicalisé: Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé (Genève: Organisation mondiale de la santé). www.who.int/reproductivehealth/ publications/unsafe _abortion/9241590343/fr /index. html

PONJAVIĆ, Z. (1997). *Prekid trudnoće – pravni aspekti* (Beograd: Nomos).

POTER, V. R. (1970). "Bioethics: the science of survival", *Perspectives in Biology and Medicin*e, 14, p. 127-153; navedeno prema: Taguieff, P.-A. (1995). L'espace de la bioéthique Esquisse d'une problématisation, vol. 44, n. 44 pp. 7-24, www.persee.fr/web/revues/home/prescript/revue/mots.

SUREAU, C. (2001). "Non à la moral d'Êtat", *Le concours medical* (13 janvier), prema: Duprat, J.-P., La portée des normes dans le domaine de la biomédecine; www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2002-3-page-31.htm#no28.

ŠEPAROVIĆ, Z. (1982). "Pravno medicinski aspekti otkrivanja nakaznih fetusa", *Pravo na život i pravo na smrt* (Zagreb: Jug, medicinska naklada), str. 41.

THIEL, M-J. (2002). "La jurisprudence Perruche ou la vie handicapee comme prejudice," *Revue des Sciences Religieuses*, n.2, p.218-245. http://projet-idea.u-strasbg.fr/depotcel/DepotCel/547/debutdevie/Arr%253Ft_Perruche_.pdf

ŽIVOJINOVIĆ, D. (2009). *Pravni položaj nerođenog deteta* (Kragujevac: Pravni fakultet), str. 78.

Zoran Ponjavić, Mirjana Varjačić

Legal and Medical Aspects of the Ethics Committee's Work Relating to Abortion

Summary

This paper analyses the legal and medical aspects of the work of ethics committees on abortion. According to the legislation of the Republic of Serbia, these committees are competent to determine justifiable terms for abortion after the twentieth week of the fetus.

It is well known that abortion is not only a medical but a legal, ethic, social and demographic problem as well. A liberal solution in view of abortion in the first trimester has been accepted in most European countries, as by the legislature of the Republic of Serbia. Since prenatal diagnosis cannot always determine the fetus state with certainty but at times may do so at a later stage, abortion is then required when the child is already capable of extrauterine life. The necessity for performing abortion in the third trimester is thus a result of good knowledge of techno-medicine but also from the limited information it provides. In such situations, the physician needs confirmation and justification of his standpoint with respect to abortion through a legal formulation which should contain "minimum moral". Society has found a way to protect and help him through moral and ethic forms of prevention without anybody's emotions being affected. Ethics committees should thus help the physician in view of determining the terms for performing late abortion, since the rules of doctor's ethics are not sufficient in this case.

The article especially analyses the work of the Ethics Committee of the Clinical Center in Kragujevac in the period 2000-2010. It is stated that the largest number of cases referred to determined diseases or fetus anomalies while only a negligible number (11.29%) to the illness of the mother. There were no requests for abortions due to legal reasons (pregnancies from criminal offences).

A significant number (40.28%) of requests submitted to the Ethics Committee related to pregnancies under the 24th week of pregnancy. Since a pregnancy of 24 weeks represents a boundary line between a miscarriage and preterm birth, the paper proposes a shift in the boundary line of pregnancies which must be terminated according to the Ethics committee, from 20 weeks of gestation to 24 weeks of gestation. At the same time, the requirement for narrowing legal conditions for abortion in later phases of pregnancies is pointed out as well as abolition of legal indications.

Key words: *abortion, ethics committee, legal and medical aspects, Clinical Center in Kragujevac*