

UDK: 343.222:[616.98:578.834

doi: 10.5937/crimen2002132V

ORIGINALNI NAUČNI RAD

PRIMLJEN / PRIHVAĆEN: 18. 4. 2020. / 22. 6. 2020.

Igor Vuković*

Pravni fakultet, Univerzitet u Beogradu

KOLIZIJA DUŽNOSTI KAO OSNOV OPRAVDANJA U OKOLNOSTIMA PANDEMIJE

Apstrakt: Globalna kriza povodom pandemije virusa Covid-19 pokrenula je izvesna pitanja od značaja i za krivično pravo. Iz više zemalja stižu uznemirujuće vesti o smrti velikog broja ljudi usled nemogućnosti zdravstvenih radnika da im zbog nedostatka uređaja za mehaničku ventilaciju pluća pruže adekvatnu medicinsku pomoć. U tom smislu, postavlja se pitanje koji su uopšte kriterijumi prema kojima bi se odlučivalo o tome ko će biti priključen na ventilator i kako se može olakšati odlučivanje lekara u ovim tragičnim pitanjima života i smrti. U radu se razmatra institut tzv. kolizije dužnosti, koja u nekim pravnim sistemima predstavlja samostalan osnov isključenja protivpravnosti, a negde podvrstu krajnje nužde. U uporednom pravu se sreće više različitih kriterijuma prema kojima bi trebalo vršiti trijažu pacijenata u situacijama katastrofe. Autor zaključuje da donošenje odgovarajućih smernica može uspostaviti standard dužnog postupanja u katastrofama, koji bi sa lekara donekle skiniuo teret odlučivanja.

Ključne reči: kolizija dužnosti, krajnja nužda, trijaža, pandemija, smernice.

Kolizija dužnosti podrazumeva situaciju u kojoj se određena dužnost može ostvariti samo po cenu neispunjenja neke druge dužnosti, kojom se ostvaruju obeležja nekog krivičnog dela. Tako otac ima garantnu dužnost da u situacijama životne ugroženosti svoje dece od njih otkloni opasnost. Ako su međutim oba njegova deteta ugrožena vatrenom stihijom, pitanje kriterijuma po kojem će otac biti obavezan da odabere čiji život će spasiti ne predstavlja samo tragično emocionalno i moralno breme, već ima i izvestan pravni značaj. U sličnoj poziciji su u mnogim zemljama i lekari, u aktuelnoj katastrofi pandemije virusa SARS-CoV-2, poznatijeg kao COVID-19. Stižu uznemiravajuće vesti da su u Italiji i nekim drugim zemljama lekari prinuđeni da u postupku medicinske trijaže vrše odabir između pacijenata koje će priključiti na tzv. ventilator, aparat za mehaničku ventilaciju vazduha koji se

* Redovni profesor, igorvu@ius.bg.ac.rs.

upumpava u pluća pacijenta ugroženog virusom. Lekar nalik roditelju takođe ima garantnu dužnost da pacijentu koji se nalazi u životnoj opasnosti pruži neophodnu medicinsku pomoć, pa se, bar teorijski, može postaviti pitanje eventualne odgovornosti ako učinjen izbor odstupa od utvrđenih opšteobavezujućih kriterijuma trijaže. Od dostupnih zakonskih opisa, najverovatnija je odgovornost za krivično delo nesavesnog pružanja lekarske pomoći (čl. 251 KZ), gde bi bio dovoljno da je očigledno nesavesno postupanje lekara ili drugog zdravstvenog radnika, očitovano u grubom zanemarivanju prihvaćenih standarda u pružanju intenzivne nege, dovelo do pogoršanja zdravlja pacijenta.¹ To što je uskraćivanje hitne medicinske pomoći možda samo ubrzalo izvesno nastupanje smrti ne bi imalo pravni značaj, jer je na planu uzročnosti i odgovornosti za posledicu smrti dovoljno i nezatno skraćivanje života. Treba imati u vidu da takve situacije, kako okolnosti aktuelne pandemije pokazuju, uopšte ne predstavljaju hipotetičku situaciju, budući da u uslovima masovne zaraženosti ograničeni materijalni resursi onemogućavaju dostupnost medicinskih aparata svima koji su životno ugroženi.

KOLIZIJA DUŽNOSTI – PODVRSTA KRAJNJE NUŽDE ILI SAMOSTALNI OSNOV OPRAVDANJA?

Kolizija dužnosti se u uporednoj doktrini nekada smatra podvrstom *krajnje nužde*, dok je mnogi autori izdvajaju i kao samostalni osnov isključenja protivpravnosti. Krajnju nuždu kao osnov opravdanja uređuje i srpski Krivični zakonik,² propisujući da ne postoji krivično delo ako je ono učinjeno radi toga da učinilac od sebe ili drugog otkloni istovremenu neskrivljenu opasnost koja se na drugi način nije mogla otkloniti, a pri tom učinjeno zlo nije veće od zla što je pretilo (čl. 20, st. 2). Osnovni razlog zbog kojeg se u uporednoj literaturi zagovara izdvajanje kolizije dužnosti u samostalni osnov opravdanja jeste nemogućnost primene ondašnjih odredbi o krajnjoj nuždi na situacije kolizija dužnosti upravljenih prema dobrima *jednake* vrednosti. Većina stranih krivičnopравниh sistema poznaje naime dve vrste krajnje nužde, jednu koja isključuje protivpravnost dela, a gde je uslov da spaseno dobro po vrednosti *preteže* u odnosu na ono koje se vršenjem dela povređuje, i drugu gde taj uslov nije ispunjen, pa delo ostaje protivpravno, ali gde se zbog nerazrešivog konflikta u kojem učinilac mora da učini izbor između dva interesa približne vrednosti njemu na planu krivice ne može uputiti prekor.³ Zaista, može li pravni poredak isključiti protivpravnost nečijeg dela, ako jedno lice, da bi od drugog ot-

1 Manje je verovatna odgovornost za ubistvo, iako lekar redovno ima svest da će davanje prednosti drugom pacijentu ili isključenje pacijenta sa ventilatora možda dovesti i do njegove smrti. Iako krivično delo nesavesnog pružanja lekarske pomoći ima i umišljajni i nehatni oblik, u domaćoj doktrini (vid. npr. Z. Stojanović /2020/: *Komentar Krivičnog zakonika*, Beograd, 10. izdanje, p. 840) nema dileme da umišljajni oblik ne uključuje direktni već samo eventualni umišljaj, koji bi ovde predstavljao pravilo.

2 „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.

3 Takvo razlikovanje uobičajeno je i u angloameričkoj doktrini, uz slično objašnjenje, s tim što neke jurisdikcije poznaju u praksi obe forme, a neke samo krajnju nuždu koja isključuje pro-

klonilo životnu opasnost, treće lice dovodi u istu takvu opasnost ili ga čak i lišava života? Kako vidimo, domaća odredba o krajnjoj nuždi na prvi pogled odstupa od uobičajanih uporednih rešenja, dopuštajući da delo bude opravdano i ako su sučeljena zla jednake vrednosti. Drugim rečima, osnovni razlog izdvajanja ovih situacija u samostalan osnov isključenja protivpravnosti, prisutan u uporednoj doktrini, kod nas ne igra odlučujuću ulogu, budući da naša odredba dopušta postupanje u krajnjoj nuždi i u odnosu na dobra jednake vrednosti.⁴ Osim toga, razmatranjem ovih situacija unutar osnova krajnje nužde izbegava se i mogući prigovor ustanovljenja nezakonskog osnova isključenja protivpravnosti, u situaciji kada je već dostupan jedan opšti osnov opravdanja, koji se pritom i u stranoj doktrini često podvodi pod krajnju nuždu.⁵ To međutim ne umanjuje brojna sporna pitanja koja rešavanje sličnih situacija unutar čl. 20 Krivičnog zakonika pokreće.

U literaturi je u rešavanju svih situacija odlučno da li su dobra u koliziji istog ili *različitog ranga*. Ako se u tom smislu može učiniti jasna razlika, načelno će prednost imati *vrednije dobro*. Na dogmatskom planu nije sporno da u ovim konstelacijama izbor manjeg zla isključuje protivpravnost. Tu se u doktrini uobičajeno upućuje na kriterijume koji se primenjuju u slučaju krajnje nužde, ali se zbog nužnosti da se jedna od dužnosti povredi zaključuje isključenje protivpravnosti i kada je prednost jednog dobra u odnosu na drugo samo neznatna.⁶ Tako bi lekar, primera radi, ostvario obeležja neovlašćenog otkrivanja tajne (čl. 141, st. 1 KZ), ako u koliziji dužnosti da sačuva lekarsku tajnu da je njegov pacijent zaražen HIV-om i interesa da to treba da saopšti njegovoj supruzi, sa kojom ovaj održava seksualne odnose bez zaštite, odabere da povredi tajnost.⁷ Uostalom, u ovoj situaciji i sam krivični zakonodavac ustanovljava naročiti osnov opravdanja, koji dopušta obelodanjivanje tajne ako se tajna otkrije „u opštem interesu ili interesu drugog lica koji je pretežniji od interesa čuvanja tajne” (čl. 141, st. 2 KZ). Treba naglasiti da se prema srpskoj odredbi o krajnjoj nuždi ne porede isključivo dobra, u smislu njihovih *apstraktnih* vrednosti (npr. život je vredniji od telesnog integriteta, čime se poređenje završava), već „zla”. Stoga su tu primenjiva i druga uobičajena merila od značaja za vrednovanje – stepen opasnosti koja pretili ugroženim dobrima, stepen verovatnoće koji će od pacijenata preživeti, zatečene bolesti itd. Uključivanjem ovih različitih kriterijuma nekada se u vrednovanju može zaključiti prednost ispunjenja one dužnosti koja na prvi pogled izgleda nižeg ranga (vozač koji je prouzrokovao saobraćajni udes mora

tivpravnost (vid. J. Finn /2016/: Emergency Situations and the Defence of Necessity, *Law in Context: A Socio-Legal Journal* 34, № 2, p. 100, 105).

4 I. Vuković /2013a/: *Krivična dela nepravog nečinjenja*, Beograd, p. 173 fn. 218.

5 U. Ebert /2001/: *Strafrecht. Allgemeiner Teil*, Heidelberg, 3. Auflage, p. 182; M. Köhler /1997/: *Strafrecht. Allgemeiner Teil*, Berlin – Heidelberg, p. 294.

6 H.-H. Jescheck, T. Weigend /1996/: *Lehrbuch des Strafrechts. Allgemeiner Teil*, Berlin, 5. Auflage, p. 366.

7 Treba primetiti da se u ovom primeru i ne radi o pravoj koliziji dužnosti, budući da lekar nije obavezan da suprugu informiše o činjenici da je njen suprug HIV pozitivan. On samo ima takvu mogućnost ako proceni da pacijent svojim neodgovornim ponašanjem ugrožava članove svoje porodice. Lekar je naime oslobođen dužnosti čuvanja tajne ako se time „ugrožava život ili zdravlje pacijenta ili drugih ljudi” (čl. 24, st. 1, tač. 2 Kodeksa medicinske etike Lekarske komore Srbije, „Službeni glasnik”, br. 104/2016).

da zbrine povređenog, ali i da obezbedi mesto udesa kako druga vozila ne bi naletele na unesrećene). U svakom slučaju, nije sporno da učinilac postupa protivpravno ako u slučaju kolizije dužnosti odabere veće zlo, odnosno odabere da odgovori dužnosti nižeg ranga u odnosu na dužnost višeg ranga.

Treba ukazati da je uporednoj doktrini sporno da li *ljudski život* uopšte predstavlja vrednost koja se na planu krajnje nužde koja bi isključivala protivpravnost može porediti. U *nemačkoj* literaturi vladajuće je gledište da se ljudski životi ne mogu porediti ni kvalitativno ni kvantitativno, pa utoliko ne bi bilo moguće opravdati učinioaca koji jedno lice usmrti kako bi spasao desetoro drugih, već bi njegovo nedelo bilo moguće isključiti jedino na planu krivice. U takvim egzistencijalnim odlučivanjima liberalno orijentisani pravni sistemi principijelno negiraju mogućnost upoređivanja vrednosti života, nezavisno od mogućih kriterijuma prisutnih u filozofiji morala. Primer takvog pravničkog rezona nude procesi vođeni protiv pojedinih nemačkih lekara koji su od 1939. u duševnim bolnicama u vreme nacističkog režima na spiskove za odstrel stavljali neke od bolesnika, vođeni idejom da se žrtvovanjem beznadežnih slučajeva mogu spasiti životi mnogih drugih pacijenata. Iako bi njihovim odbijanjem da tako učine verovatno bili zamenjeni poslušnicima režima, koji se ne bi ustručavali da bilo koga poštede, sudovi nisu prihvatili isključenje protivpravnosti na osnovu ideje spasavanja većeg broja ljudskih života. Iako i u *angloameričkoj* doktrini postoje gledišta da čak i ubistvo drugog može biti opravdano kako bi se spasio veći broj ljudi,⁸ sudovi su i tu manje spremni da opravdaju umišljajno ubijanje u krajnjoj nuždi, uz sličan argument da ljudski životi ne podležu kvantifikaciji.⁹

Ako su dobra načelno *iste vrednosti*, kao što se uostalom najčešće i radi u situacijama kada lekar mora da odabere kojeg će od više pacijenata priključiti na ventilator, nije tako jednostavno utvrditi čijem dobru (životu) dati prednost. Prethodno se međutim postavlja pitanje da li to što učinilac prema okolnostima i nema mogućnost da istovremeno odgovori obema obavezama na planu isključenja krivičnog dela ima neki značaj. Tako jedno vrlo zastupano gledište smatra da nalik činjenici da se u uporedivim slučajevima, gde nije moguće utvrditi da jedan interes jasno preteže u odnosu na drugi, u slučaju krajnje nužde zagovara isključenje *krivice* – isti kriterijum mora primeniti i ovde.¹⁰ I ovde bi, smatraju zastupnici takvog pristupa, bilo nepravično da pravni poredak životu lica kojem je uskraćen ventilator uskrati i pravnu zaštitu, pa bi se delo lekara ipak smatralo protivpravnim. Takav pristup nije prihvatljiv. Ako učinilac odgovori jednoj obavezi, on drugu fizički i ne može da ispuni. Drugim rečima, obaveze se ne mogu ispuniti istovremeno već samo alternativno. Kako se od garanta ne može tražiti nemoguće (*impossibillum nulla obligatio est*) smislenije je isključiti već protivpravnost (I. Vuković /2013a/, *op. cit.*, p. 175). Da ovo gledište ni kriminalno-politički ne zadovoljava pokazuje i to što bismo u

8 Kao primer se navodi nesreća trajekta u belgijskoj luci Zebriž iz 1987. godine, gde je jedan mladić desetak minuta zaprečavao put ostalim unesrećenim, i gde je prosto gurnut sa merdevina kako bi ostali bili spaseni (J. Finn, *op. cit.*, p. 108), a gde za to niko nije odgovarao.

9 J. A. Cohan /2006/: Homicide by Necessity, *Chapman Law Review* 10, № 1, p. 122.

10 T. Fischer /2011/: *Strafgesetzbuch und Nebengesetze*, München, 58. Auflage, p. 276; Momsen, Savić, u: B. von Heintschel-Heinegg (Hrsg.) *et al.* /2020/: *BeckOK StGB*, München, 45. Auflage, § 34, 24.

tom slučaju postupanje lekara, koji jednom pacijentu omogućava a drugom uskraćuje preživljavanje smatrali protivpravnim delom, protiv kojeg bi bila moguća nužna odbrana drugog pacijenta, što bi u uslovima katastrofa uslovlilo uspostavljanje „prava jačeg”.¹¹

Nije sporno da garant bi mora da odabere jednu od dužnosti da bi izbegao kažnjavanje. Pri tom, lekar ne može izbeći dužnost da leči pozivanjem na rizik da prilikom tretmana zaraženog pacijenta i on bude zaražen, jer u suprotnom podleže odgovornosti za neukazivanje lekarske pomoći (čl. 253 KZ), dok god se prema okolnostima može zaključiti bar opasnost teškog narušavanja zdravlja ugroženog.¹² Uostalom, i srpska odredba o krajnjoj nuždi (čl. 20, st. 4 KZ) izričito predviđa da „nema krajnje nužde ako je učinilac bio dužan da se izlaže opasnosti koja je pretila”.

KRITERIJUMI TRIJAŽE PACIJENATA U OKOLNOSTIMA KAKVE KATASTROFE

Kriterijumi uspostavljanja odgovarajućeg ranga između više dužnosti pružanja pomoći primenjuju se i u medicinskoj trijaži, prilikom odabira koji će od pacijenata u nuždi dobiti primarnu medicinsku pomoć. Trijaža (od francuskog „trier” – sortirati, razvrstati) upravo predstavlja postupak razvrstavanja pacijenata u grupe, u smislu uspostavljanja prioriteta u lečenju u okolnostima ograničenih raspoloživih resursa u vreme masovnih katastrofa i rata,¹³ po određenim, unapred definisanim kriterijumima. Trijažni protokoli kao rukovodeći princip najčešće zastupaju utilitarističku ideju *maksimiranja koristi*, koja podrazumeva da je u uslovima akutne oskudice medicinskih sredstava najvažnije umanjeње broja smrtnih ishoda uz optimalnu alokaciju raspoloživih resursa.¹⁴ U odnosu na druge katastrofe, pandemije gripa i sličnih bolesti nose i neke karakteristične rizike, koji se u okolnostima nedovoljnih resursa redovno ispoljavaju preko nedovoljnog broja ventilatora na odeljenjima intenzivne nege. U tom smislu su i pre aktuelne krize osmišljavani različiti protokoli, koji su uvažavali izvesne osobenosti pandemija u odnosu na trijaže u okolnostima drugih katastrofa.¹⁵ Pacijenti se razvrstavaju u više grupa. Prvu čine oni koji su životno ugroženi, a čiji su izgledi uz primenu ventilatora vrlo dobri, dok se na potpuno suprotnom polu nalaze oni pacijenti čija je prognoza loša, i koji se

11 S pravom T. Rönnau /2013/: Rechtfertigende Pflichtenkollision, *Juristische Schulung*, № 2, p. 113.

12 Vid. se rezervama H. Malm *et al.* /2008/: Ethics, Pandemics, and the Duty to Treat, *American Journal of Bioethics*, № 8, p. 16.

13 Prvi protokoli trijaže vezivali su se za uspostavljanje prioriteta među ranjenicima u uslovima rata. I tu je rukovodeći bio utilitaristički pristup opšte koristi, koja se u okolnostima neophodnosti održavanja borbene gotovosti izražavala kroz davanje prioriteta onim ranjenim vojnicima koji su se mogli najpre vratiti u borbene redove, dok su oni sa težim povredama morali sačekati kraj bitke (G. P. Smith /2009/: Re-Shaping the Common Good in Times of Public Health Emergencies: Validating Medical Triage, *Annals of Health Law* 18, № 1, p. 11).

14 Takav pristup će u uslovima hitnosti, kada je samo jedan od pacijenata akutno ugrožen, a drugi na svojevrsnom „čekanju”, omogućiti da optimalnom iskorišćenošću angažovanih resursa i analizom rizika možda i oba života budu spasena.

15 Kako utvrđivanje takvih smernica u uslovima kriznih situacija pokreće niz etičkih pitanja, mnoge države su do sada izbegavale da ih izričito normiraju.

samo palijativno tretiraju bez mogućnosti priključenja na aparat, uz odgovarajući režim antivirusnih medikamenata.¹⁶ Između ovih kategorija se nalaze lakši slučajevi, čija je prognoza dobra,¹⁷ i nešto teži slučajevi, čije stanje dopušta odlaganje intenzivne medicinske nege. Iako uspostavljanje navedenih grupa deluje komplikovano i opterećeno rizikom neobjektivnosti, treba imati u vidu da savremeni trijažni protokoli vrlo detaljno utvrđuju pretpostavke medicinskih stanja koja opravdavaju svrstavanje u određenu kategoriju pacijenata. Osim toga, u medicinskoj praksi su u primeni i različiti sistemi tzv. *skorovanja*, koji preko savremenih kompjuterskih programa omogućavaju numeričko izražavanje relevantnih rizika (npr. rizika otkazivanja organa), i time znatno olakšavaju i objektiviziraju izbor.¹⁸

Danas se većinski smatra neprihvatljivim da se hijerarhija pacijenata utvrđuje na osnovu kriterijuma *socijalnog statusa*, npr. da primat u priključenju na ventilator ima poznati glumac ili sportista. Premda se u uporednoj krivičnopravnoj judikaturi, naročito angloameričkoj, nailazi na odluke u kojima je data prednost licima određenog *pola* ili *starosti* (npr. ženama i deci)¹⁹, u evropskoj krivičnopravnoj misli se takva merila najčešće smatraju neprimerenim. Štaviše, i u situacijama oskudice medicinskih sredstava je kao kriterijum alokacije u pojedinačnim primerima primenjivano merilo *socijalne vrednosti*. Tako je tokom 60-tih godina, prilikom odabira pacijenata bolesnih od hronične bubrežne insuficijencije koji će biti priključeni na aparat za hemodijalizu, kriterijum uzimao u obzir eventualne socijalne doprinose pacijenata (uvaženi umetnici, naučnici, političari itd.). Iako su i kritičari ovakvog modela priznavali da bi neki subjekti morali imati prednost u dodeli (npr. šef države u odnosu na osuđivanog kriminalca),²⁰ zbog nemogućnosti utvrđivanja iole upotrebljivih merila (istraživač raka ili političar, poznati pripovedač ili poznati pesnik,

-
- 16 Oni kojima nije dostupna intenzivna nega najčešće su pacijenti koji imaju lošu prognozu smrtnosti nezavisno od eventualnog priključenja na ventilaciju, pacijenti koji bi mogli imati izvesnu korist od intenzivne nege ali samo uz dugotrajnu negu koja se u uslovima nedovoljnih resursa ne može opravdati, kao i pacijenti čija bazična bolest (npr. uznapredovali kancer) ima lošu prognozu sa visokom verovatnoćom smrti, a koji bi takođe zahtevali veliko angažovanje nedovoljnih resursa (M. D. Christian *et al.* /2006/: Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic, *Canadian Medical Association Journal*, № 11, p. 1379).
- 17 Lakši slučajevi se uobičajeno smeštaju u prostore koji primaju veći broj ljudi (sportske hale, privremene poljske bolnice itd.).
- 18 Od sličnih sistema, koji se oslanjaju na matematičke proračune i algoritme da bi što preciznije izračunali stopu smrtnosti u uslovima intenzivne nege, u najvećoj meri se preporučuje SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) sistem (J. L. Hick, D. T. O'Laughlin /2006/: Concept of Operations for Triage of Mechanical Ventilation in an Epidemic, *Academic Emergency Medicine* 13, № 2, p. 227). Njegova prednost se sastoji u mogućnosti procene na dnevnom nivou, lakoći pribavljanja fizioloških parametara, jednostavnosti neophodnih laboratorijskih testova itd. (A. V. Devereaux *et al.* /2008/: Definitive Care for the Critically Ill During a Disaster, *Chest* May, p. 57).
- 19 Tako je u jednom poznatom primeru iz američke prakse iz 1842. godine (United States v. Holmes, 26 F. Cas. 360, 361 [C.C.E.D. Pa. 1842]) 14 putnika izbačeno iz jednog čamca za spasavanje da bi ostatak preživeo brodolom. Iako je prethodno bilo govora da se odabir onih koji treba da budu žrtvovani obavi putem kocke, na kraju je odlučeno da muševi i žene ne budu razdvajani, i da se ne baci nijedna žena. Sudija je obrazloženju osude za ubistvo smatrao da je rukovodeći princip, uz izuzetak kapetana i minimalnog broja neophodnih članova posade, morao da podrazumeva davanje prednosti putnicima u odnosu na mornare.
- 20 M. J. Mehlman /1985/: Rationing Expensive Lifesaving Medical Treatments, *Wisconsin Law Review*, № 2, p. 257. Tako je bolnica za bubrežne bolesnike u Sijetlu između ostalog uzimala u obzir

mladi student ili stariji ugledni profesor, vid. M. J. Mehlman, *op. cit.*, p. 258) u medicinskoj etici se smatra da ovaj model ima više štetnih obeležja.²¹ Uostalom, i Kodeks medicinske etike Lekarske komore Srbije kao jedno od osnovnih utvrđuje i *načelo jednakosti* (čl. 5), koje zabranjuje pravljenje razlike u dostupnosti lekarske pomoći po nekom ličnom svojstvu. Nedavno usvojene smernice švajcarske Akademije za medicinske nauke (SAWM)²² o trijaži u uslovima oskudice resursa, posvećene suzbijanju virusa COVID-19, kao jedan od rukovodećih principa utvrđuju upravo princip jednakosti, koji podrazumeva raspodelu raspoloživih medicinskih resursa bez diskriminacije, odnosno na temelju neopravdanog nejednakog lečenja po osnovu starosti, pola, prebivališta, nacionalnosti, verske pripadnosti, društvenog položaja, zdravstvenog osiguranja ili hronične invalidnosti.

Od navedenih ličnih svojstava najspornije je merilo *starosti*. Iako se najčešće neposredno ne formuliše pravilo da mlađi pacijenti imaju prednost, primenom drugih merila se mlađi pacijenti posredno ipak dovode u povoljniji položaj. Tako navedene smernice kao jedan od rukovodećih principa pominju *kratkoročnu prognozu*, gde bi prioritet imali pacijenti kojima je intenzivna nega najpotrebnija, a čija je verovatnoća preživljavanja bez nege manja. Ta prognoza ne može međutim izbeći i vrednovanje različitih hroničnih bolesti, kojima se stariji građani (sa tzv. komorbiditetima) najpodložniji, pa indirektno i starost postaje činilac od značaja. U tom smislu i smernice nemačkog Interdisciplinarnog udruženja za intenzivnu i hitnu medicinu (DIVI)²³ predviđaju da uspostavljanje prioriteta nije dozvoljeno *isključivo* na temelju kalendarske starosti i socijalnih kriterijuma. Znatno kontroverznije preporuke usvojilo je međutim italijansko udruženje za anesteziju, terapiju bolova, reanimaciju i intenzivnu medicinu SIAARTI.²⁴ Ove preporuke imale su uostalom i najznačajniju primenu, imajući u vidu da su upravo lekari u Italiji u aktuelnoj pandemiji virusa COVID-19 najviše bili izloženi odlučivanju između života i smrti. Dva rukovodeća kriterijuma, unutar podgrupe akutno životno ugroženih, tu su verovatnoća da će tretirani pacijent preživeti i broj *godina života* koje tim putem mogu biti spasene, čime se i neposredno u računicu uključuje starost pacijenta.

Jedan od teorijskih modela raspodele oskudnih medicinskih sredstava podrazumeva *egalitarijski* pristup, prema kojem bi se dostupnost oskudnih medicinskih aparata određivala prema faktoru sreće (svojevrsnoj lutriji), ili principu „ko prvi – njemu aparat” („first-come, first-serve” allocation system). Prednost ovakvih modela prepoznaje se između ostalog u izbegavanju pristrasnosti po bilo kom ličnom osnovu, prisutnoj kod drugih modela, i skidanju tereta teških odluka sa lekara (M. J. Mehlman, *op. cit.*, p. 269). S druge strane, takav model se smatra manje efikasnim,

i bračni status pacijenata, prihode, obrazovanje itd. Zbog domašaja svojih odluka telo bolnice koje je donosilo odluke kolokvijalno je nazivano „Komitet bogova iz Sijetla”.

21 Teško je međutim otići se utisku da u realnom životu i socijalna merila drastično utiču na odlučivanje. Uostalom, i holivudski blokasteri koju se se bavili temom „sudnjeg dana” u odabiru koji će građani biti spaseni tipično polaze od sličnih kriterijuma.

22 Vid. <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Intensivmedizin/Chronologie-Richtlinien-Triageentscheidungen.html>

23 Vid. <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1540-covid-19-ethik-empfehlung-v2/file>

24 Vid. <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid-19%20-%20Clinical%20Ethics%20Reccomendations.pdf>

jer se zanemarivanjem medicinskih kriterijuma gube jasni mehanizmi za spasavanje većeg broja ljudskih života. I sistem koji bi podrazumevao prednost onoga kome ventilator bude najdostupniji, iako na prvi pogled pravičan, u ishodu bi pogodovao onima kojima su dostupna transportna sredstva ili koji su bolje informisani.²⁵

Kao jedan od upotrebljivih kriterijuma nekada se pominje i naročita zaštita *medicinskih radnika*, pre svih lekara i medicinskih sestara koji opslužuju zaražene. Oni ne samo da su najviše izloženi riziku zaraze, već se njihova nemogućnost da odgovore svojim radnim dužnostima neposredno odražava na mogućnosti zdravstvenog sistema da i ostalim građanima pruže nužnu medicinsku pomoć.²⁶ Sličnim privilegovanjima se uobičajeno zamera izvesna neodređenost, jer su u sistem zdravstvene zaštite uključeni ne samo postupajući lekari i medicinsko osoblje, već i različito tehničko osoblje i administracija, pa se postavlja pitanje preciziranja kruga privilegovanih, naročito imajući u vidu heterogenost medicinskih specijalizacija i mogućnost povlašćivanja i drugih lica angažovanih u sličnim hitnim službama (npr. pripadnika policije ili vatrogasaca).²⁷

Kako nam se čini, samo model prioriteta zasnovanog na *medicinskim merilima* zaslužuje prihvatanje, iako nijedno rešenje nije idealno. Odlučivanje se mora zasnivati na vrednovanju zdravstvenog stanja ugroženih pacijenata i proceni čije su šanse, u korelaciji sa dužinom vremena neophodne intenzivne nege, kratkoročno najbolje. Teško se može prenebregnuti da tu posredno na odlučivanje ne utiče i starost pacijenata. Očigledno je da su stariji građani u sličnim pandemijama najugroženija kategorija, pa će tu redovno i medicinska prognoza uspešnosti intenzivne nege biti češće biti nepovoljna. To međutim nije razlog da osnovni parametar odlučivanja treba da budu godine starosti, u smislu izrazitog davanja prednosti mlađim pacijentima, kako to čine aktuelne italijanske smernice, jer se time ipak pravi etički sumnjiva razlika na osnovu ličnog svojstva. I pored prednosti ovog kriterijuma, treba ukazati i na njegove potencijalne slabosti. Tako bi npr. pušači ili lica sa hroničnim bolestima, često pripadnici siromašnijih slojeva stanovništva kojima nije uvek pod jednakim uslovima dostupno zdravstveno osiguranje, verovatno bili u podređenom položaju. Iako bi takav pristup imao svoje medicinsko opravdanje, teret pandemije bi verovatno u većoj meri podneo socijalno ranjiviji deo populacije (M. A. Rothstein, *op. cit.*, p. 8).²⁸ To se međutim teško može izbeći. Jedan od kriterijuma trijaže moraju biti i zatečene bolesti, iako njihovo sadejstvo sa virusom svakako umanjuje ukupne šanse pacijenta za preživljavanje.

25 K. Kinlaw, D. H. Barrett, R. J. Levine /2009/: Ethical Guidelines in Pandemic Influenza: Recommendations of the Ethics Subcommittee of the Advisory Committee of the Director, Centers for Disease Control and Prevention, *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, S2, p. 5.

26 I pomenute švajcarske smernice kao jedan od fundamentalnih etičkih principa ističu i zaštitu profesionalaca (svih lica povezanih sa većim rizikom zaraze tokom obavljanja svog posla, uključujući i farmaceute i srodnike zaraženih).

27 M. A. Rothstein /2010/: Should Health Care Providers Get Treatment Priority in an Influenza Pandemic?, *Journal of Law, Medicine & Ethics*, № 2, p. 3, 5.

28 Tako su procene o očekivanoj neuporedivo većoj smrtnosti Afroamerikanaca i Latinoamerikanaca u okolnostima pandemije, prisutne u literaturi (N. B. Hobbes /2011/: Out of the Frying Pan into the Fire: Heightened Discrimination & Reduced Legal Safeguards When Pandemic Strikes, *University of Pittsburgh Law Review* 72, № 4, p. 780), tokom aktuelne krize, kako pokazuje statistika u SAD, nažalost potvrđene.

KOLIZIJA DUŽNOSTI U USLOVIMA PANDEMIJE – KRIVIČNOPRAVNI KRITERIJUMI

Očigledno je da smernice koje se u mnogim državama u okolnostima aktuelne pandemije donose polaze od realnosti da se lekar osnovano može naći u poziciji da odabere između dva ljudska života. Uostalom, videli smo da i domaća odredba o krajnjoj nuždi jasno omogućava opravdanje u sličnim situacijama. Štaviše, ako je u slučaju krajnje nužde opravdanje u slučaju dobara iste vrednosti prema većinskom stanovištu u literaturi u najvećem broju situacija zaslužuje da bude isključeno, u situacijama kolizije dužnosti se takav ishod i u krivičnopravnoj doktrini oseća kao pravilo. Ako je isključenje protivpravnosti u slučaju kolizije dužnosti i u odnosu na vrednost „život” načelno moguće, ostaje otvoreno da li bi tu trebalo poći od pomenute nemogućnosti kvantifikacije, u smislu da bi mogao biti opravdan i lekar koji, u poziciji da spasi petoricu pacijenata, ipak odabere spasavanje samo jednog života. Pojedini teoretičari smatraju da bi i takav učinilac zasluživao opravdanje, čak i nezavisno od toga koji su ga motivi i kriterijumi prilikom izbora opredeljivali.²⁹ Irelevantnost pobuda ne tiče se samo onih kriterijuma koji se u pomenitim protokolima trijaže smatraju spornim (socijalni status ili starost), već se za pravno irelevantne proglašavaju i oni izbori gde je lekar, u uslovima oskudice raspoloživih resursa, zanemario šanse pacijenta da preživi. Neki autori i izričito odbacuju utilitaristički pristup,³⁰ koji se, kako smo videli, definiše kao rukovodeći medicinski kriterijum trijaže u aktuelnim smernicama. Takav pristup u ishodu gotovo isključuje eventualnu krivičnu odgovornost lekara, dok god je sačuvan neki život. Lekar će biti opravdan ako je nekog od prisutnih pacijenata priključio na jedini dostupan ventilator i kada je racionalnim izborom mogao spasiti i više života, pa čak i kada se rukovodio moralno sumnjivim razlozima.

Drugačije je međutim ukoliko se u koliziji nalaze jedna dužnost na činjenje i jedna dužnost na nečinjenje. Tu se u krivičnopravnoj doktrini uobičajeno smatra da dužnost na činjenje pred dužnošću na nečinjenje *ustupa*.³¹ Smatra se neprihvatljivim da se životno ugroženi pacijent, već priključen na ventilator, sa njega skine, kako bi se drugom životno ugroženom pacijentu obezbedilo preživljavanje. Taj uslov redovno ne bi bio ispunjen ako su oba pacijenta životno ugrožena, osim ukoliko se uz ventilator jedan život izvesno spasava, a u slučaju drugog neminovna smrt samo privremeno odlaže (U. Neumann, u: *op. cit.*, § 34, 130). Iz ugla medicinske trijaže, međutim, ovakav pristup zvuči prilično *strogo*. Treba imati u vidu da dužina intenzivne nege lica priključenih na ventilaciju pluća zahteva stalnu reevaluaciju stanja i dalje nužnosti primene mere. Tako švajcarske smernice predviđaju da se svakih 48 časova (italijanske – svakog dana) postojeći status mora preispitivati, te se ako nema

29 U. Neumann, u: U. Kindhäuser, U. Neumann, H.-U. Paeffgen (Hrsg.) *et al.* /2017/: *Nomos Kommentar. Strafgesetzbuch. Band 1*, Baden-Baden, 5. Auflage, § 34, 132, 132a; C. Roxin /2006/: *Strafrecht. Allgemeiner Teil. Band I. Grundlagen. Der Aufbau der Verbrechenslehre*, München, 4. Auflage, p. 782.

30 D. Sternberg-Lieben, u: A. Schönke, H. Schröder, A. Eser *et al.* /2019/: *Strafgesetzbuch. Kommentar*, 30. Auflage, vor § 32, 74.

31 V. Erb, u: B. von Heintschel-Heinegg (Bandred.) /2017/: *Münchener Kommentar zum Strafgesetzbuch. Band I*, München, 3. Auflage, § 34, 40.

poboljšanja ili pogoršanja stanja u uslovima iscrpljenosti resursa mora doneti odluka da li cilj lečenja mora biti promenjen, a pacijentu pružena samo palijativna nega. Drugim rečima, može se realno dogoditi da utilitaristički pristup, koji podrazumeva očuvanje većeg broja života, omogućući prekidanje intenzivnog lečenja pacijenta na ventilatoru i tamo gde lekari procene da određeni pacijent ima *veće šanse* za preživljavanje. U tom slučaju promena već dostignutog stepena zaštite pacijenta na lečenju morala bi biti odgovarajuće obrazložena, odnosno, kako se ukazuje, iza takvog čina morao bi stajati jasan pretežniji interes.

Očigledno je da postoji izvestan raskorak između postojećeg krivičnogpravnog pogleda na moguću odgovornost lekara i prisutnih medicinskih kriterijuma (istina, u uporednom zakonodavstvu još uvek u nastajanju) u okolnostima kolizije dužnosti. Zapravo, pokazuje se da se i u uslovima upoređivanja dobara navodno istog ranga u osnovi radi o primeni kriterijuma karakterističnih za krajnju nuždu, gde se u oceni okolnosti moraju uzeti u obzir ne samo apstraktne vrednosti, već i drugi momenti od značaja. Tu nisu u koliziji dva (ili više) života, već dva života u opasnosti, koja se uz to može stepenovati. U takvoj jednačini puno je nepoznatih (starost pacijenata, zatečene bolesti, težina zdravstvenog stanja itd.), što otežava utvrđivanje izvesnog redosleda između pacijenata u smislu hitnosti.

U tom smislu, definisanje postupka trijaže izvesnim protokolima imalo bi važan uticaj na potencijalnu krivičnogpravnu ili građanskogpravnu odgovornost zdravstvenog radnika. Tu se nekada postavlja pitanje da li definisanje procedura u formi smernica ima obavezujući karakter koji uopšte utvrđuje odgovarajući *standard nege*, ili, kako se u delu literature ukazuje (J. L. Hick, D. T. O’Laughlin, *op. cit.*, p. 228), smernice predstavljaju obične preporuke, u odnosu koji bi i izvesno (ne značajno) odstupanje moglo da isključi odgovornost. U američkoj literaturi vladajuće je gledište da se ovde radi o tzv. „mekom pravu”, čije pridržavanje pruža snažan dokaz da je poštovan standard nege koji odgovara postupanju zdravstvenih radnika u uslovima katastrofe,³² ali koje nemaju obavezujuće dejstvo. U svakom slučaju, u praksi npr. američkih sudova se nekada ovo pitanje smatra otvorenim, naročito o obrnutim situacijama, gde u nekim odlukama odbijanje njihove primene od strane lekara nije nužno vodilo zaključku da je lekar postupao sa grubom nepažnjom.

Pojedini autori čak smatraju da uvođenje odgovarajućih standarda nije dovoljno, jer se ne može isključiti da će tužilaštvo i pored toga krivično goniti lekare i druge zdravstvene radnike, pa se preporučuje propisivanje naročite krivične neodgovornosti (svojevrsnog materijalnog imuniteta) za zdravstvene radnike koji deluju u uslovima proglašene vanredne situacije zbog pandemije i sličnih katastrofa.³³ Slične materijalne imunitete od odgovornosti poznaju mnogi američki propisi na

32 V. Gutmann Koch, B. E. Roxland /2013/: Unique Proposals for Limiting Legal Liability and Encouraging Adherence to Ventilator Allocation Guidelines in an Influenza Pandemic, *DePaul Journal of Health Care Law* 14, № 3, p. 485.

33 I. Glenn Cohen, A. M. Crespo, D. B. White /2020/: Potential Legal Liability for Withdrawing or Withholding Ventilators During COVID-19, *Journal of the American Medical Association* April, p. E2. Kao primer se navodi zakonodavstvo američke države Merilend, koje propisuje da pružalac zdravstvene usluge uživa imunitet od građanske ili krivične odgovornosti ako deluje u dobroj veri i saglasno protokolima dodeljivanja ventilatora.

federalnom nivou odnosno nivou saveznih država, sa različitim domašajem primene u uslovima manjka ventilatora, istina, prvenstveno na planu građanskopravne a ne krivične odgovornosti (V. Gutmann Koch, B. E. Roxland, *op. cit.*, p. 482, 499). U tom smislu se u literaturi preporučuje da procedure eventualno budu i dvostepene, kako bi se još više umanjila mogućnost pogrešnih odluka i potencijalni rizici od odgovornosti.³⁴

Kako nam se čini, pridržavanje ustanovljenog standarda bi gotovo izvesno isključilo krivičnu odgovornost lekara, jer u njemu utvrđeni kriterijumi odgovaraju mehanizmu odmeravanja zala kod krajnje nužde. Lekarska greška podrazumeva zanemarivanje ili opšteprihvaćenog medicinskog standarda, ako takav postoji, ili opšteg standarda brižljivog postupanja, koji sud prema okolnostima veštačenjem može ustanoviti.³⁵ Kako protokoli koji utvrđuju utvrđivanje redosleda prioriteta u postupanju sa pacijentima kojima je potreban ventilator ustanovljavaju *profesionalni* standard, u čijem definisanju su učestvovali predstavnici struke, tu se ne bi radilo o *stručnoj grešci* – takvom zanemarivanju profesionalnih dužnosti u pružanju zdravstvene zaštite, nepažnje ili propuštanja, odnosno nepridržavanju utvrđenih pravila struke i profesionalnih veština u pružanju zdravstvene zaštite, koje dovodi do povrede, oštećenja, pogoršanja zdravlja ili gubitka delova tela pacijenta (čl. 186, st. 1 Zakona o zdravstvenoj zaštiti)³⁶. Ako se lekar datog standarda pridržava, njegovo ponašanje se po pravilu i ne može oceniti kao nesavesno, pa izostaje povreda dužnosti zbog koje bi on odgovarao. Definisane sličnih procedura bi sa potencijalnih donosilaca odluke nesumnjivo skinulo teško breme neizvesnosti i eventualne proizvoljnosti, i, što je još važnije, smanjilo rizik od njihove hipotetičke krivične ili građanske odgovornosti (I. Glenn Cohen, A. M. Crespo, D. B. White, *op. cit.*, p. E1).

Šta će međutim predstavljati sadržinu sličnih smernica, kako vidimo, medicinari sa različitim meridijana različito određuju. Tu su pored pravnih uključena i pitanja medicinske deontologije, pa se u zavisnosti od kulturnog obrasca primenjuju različiti kriterijumi trijaže u okolnostima nedovoljnih resursa za intenzivnu negu. Sva ta pravila, međutim, podrazumevaju stalno preispitivanje zdravstvenog stanja pacijenata priključenih na aparate za ventilaciju pluća. Stoga nam se čini da se ne može *a priori* zaključiti neprihvatljivost skidanja sa aparata jednog lica kako bi se pomoć pružila drugome, kako to gotovo jednoglasno zastupa krivičnopravna doktrina. Ako i ovde, bar prema srpskom pravu, važe osnovni kriterijumi krajnje nužde, onda se i ovde moraju uzeti u obzir i drugi relevantni kriterijumi od značaja za odlučivanje, pre svih realna mogućnost poboljšanja zdravstvenog stanja daljim održavanjem na aparatima, dužina trajanja takvog tretmana u odnosu na to koliko bi lica u istom periodu moglo biti spaseno i verovatnoća preživljavanja. Odgovarajuće smernice sličnog tipa u srpskoj medicini još uvek nisu formulisane, a pitanje je i da li će i kada to biti slučaj. Oko pitanja konkretnih kriterijuma potrebno je me-

34 Sporno je međutim da li je omogućavanje prigovora ili kakvog drugog pravnog leka saglasnosti neophodnosti hitnog reagovanja (D. Patrone, D. Resnik /2011/: Pandemic Ventilator Rationing and Appeals Processes, *Health Care Anal*, № 2, p. 9).

35 I. Vuković /2013b/: Pojam lekarske greške i krivična odgovornost, *Pravni život*, № 10, p. 641.

36 „Službeni glasnik RS”, br. 25/2019.

đutim uspostaviti saglasnost među ne samo medicinskim radnicima već i pravnicima, kako bi lekari, u pitanjima odlučivanja o životu i smrti, što je moguće više bili oslobođeni ne samo teškog bremena savesti već i potencijalne pravne odgovornosti.

LITERATURA

- Cohan J. A. /2006/: Homicide by Necessity, *Chapman Law Review* 10, № 1.
- Christian M. D. et al. /2006/: Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic, *Canadian Medical Association Journal*, № 11.
- Devereaux A. V. et al. /2008/: Definitive Care for the Critically Ill During a Disaster, *Chest* May.
- Ebert E. /2001/: *Strafrecht. Allgemeiner Teil*, Heidelberg, 3. Auflage.
- Finn J. /2016/: Emergency Situations and the Defence of Necessity, *Law in Context: A Socio-Legal Journal* 34, № 2.
- Fischer T. /2011/: *Strafgesetzbuch und Nebengesetze*, München, 58. Auflage.
- Glenn Cohen I., Crespo A. M., White D. B. /2020/: Potential Legal Liability for Withdrawing or Withholding Ventilators During COVID-19, *Journal of the American Medical Association* April.
- Gutmann Koch V., Roxland B. E. /2013/: Unique Proposals for Limiting Legal Liability and Encouraging Adherence to Ventilator Allocation Guidelines in an Influenza Pandemic, *DePaul Journal of Health Care Law* 14, № 3.
- Heintschel-Heinegg B. von (Hrsg.) et al. /2020/: *BeckOK StGB*, München, 45. Auflage.
- Heintschel-Heinegg B. von (Bandred.) /2017/: *Münchener Kommentar zum Strafgesetzbuch. Band I*, München, 3. Auflage.
- Hick J. L., O'Laughlin D. T. /2006/: Concept of Operations for Triage of Mechanical Ventilation in an Epidemic, *Academic Emergency Medicine* 13, № 2.
- Hobbes N. B. /2011/: Out of the Frying Pan into the Fire: Heightened Discrimination & Reduced Legal Safeguards When Pandemic Strikes, *University of Pittsburgh Law Review* 72, № 4.
- Jescheck H.-H., Weigend T. /1996/: *Lehrbuch des Strafrechts. Allgemeiner Teil*, Berlin, 5. Auflage.
- Kindhäuser U., Neumann U., Paeffgen H.-U. (Hrsg.) et al. /2017/: *Nomos Kommentar. Strafgesetzbuch. Band 1*, Baden-Baden, 5. Auflage.
- Kinlaw K., Barrett D. H., Levine R. J. /2009/: Ethical Guidelines in Pandemic Influenza: Recommendations of the Ethics Subcommittee of the Advisory Committee of the Director, Centers for Disease Control and Prevention, *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, S2.
- Köhler M. /1997/: *Strafrecht. Allgemeiner Teil*, Berlin – Heidelberg.
- Malm H. et al. /2008/: Ethics, Pandemics, and the Duty to Treat, *American Journal of Bioethics*, № 8.
- Mehlman M. J. /1985/: Rationing Expensive Lifesaving Medical Treatments, *Wisconsin Law Review*, № 2.
- Patrone D., Resnik D. /2011/: Pandemic Ventilator Rationing and Appeals Processes, *Health Care Anal.*, № 2.
- Rönnau T. /2013/: Rechtfertigende Pflichtenkollision, *Juristische Schulung*, № 2.
- Rothstein M. A. /2010/: Should Health Care Providers Get Treatment Priority in an Influenza Pandemic?, *Journal of Law, Medicine & Ethics*, № 2.

- Roxin C. /2006/: *Strafrecht. Allgemeiner Teil. Band I. Grundlagen. Der Aufbau der Verbrechenslehre*, München, 4. Auflage.
- Schönke A., Schröder H., Eser A. at al. /2019/: *Strafgesetzbuch. Kommentar*, 30. Auflage.
- Smith G. P. /2009/: Re-Shaping the Common Good in Times of Public Health Emergencies: Validating Medical Triage, *Annals of Health Law*, № 1.
- Stojanović Z. /2020/: *Komentar Krivičnog zakonika*, Beograd, 10. Izdanje.
- Vuković I. /2013a/: *Krivična dela nepravog nečinjenja*, Beograd.
- Vuković I. /2013b/: Pojam lekarske greške i krivična odgovornost, *Pravni život*, № 10.

Igor Vuković*

Faculty of Law, University of Belgrade

COLLISION OF DUTIES AS A DEFENCE OF JUSTIFICATION IN THE CIRCUMSTANCES OF PANDEMIC

SUMMARY

The global crisis over the Covid-19 virus pandemic has raised some questions that are relevant to criminal law as well. Disturbing news are coming from several countries about the deaths of many people because of the inability of healthcare professionals to provide them with adequate medical care due to a lack of mechanical ventilation devices. In this regard, the question arises as to what are the criteria by which to decide who will be connected to the ventilator and how the decision-making of doctors in these tragic life and death issues can be facilitated. The paper deals with the institute of the so-called collision of duties, which in some legal systems constitutes an independent cause for the exclusion of unlawfulness and, in some cases, a type of necessity. In comparative law, a number of different criteria are met by which patients should be triaged in disaster situations. The author concludes that the adoption of appropriate guidelines can establish a standard of due diligence that would to some extent remove the burden of decision making from physicians.

Keywords: collision of duties, necessity, triage, pandemic, guidelines.

* Full Professor, igorvu@ius.bg.ac.rs .