

*Several areas of formation of personnel policy in the field of public service in the context of European integration processes were revealed. The first direction is the improvement of existing domestic personnel technologies when enrolling in the public service. As for the second line of personnel policy in the field of public service, educational and preparatory, the prospects for the implementation of vocational training of public servants in Poland and France were clarified for Ukraine. In particular, the experience of France with regard to the decentralization of the training system and the experience of Poland in differentiating the training of public servants of different categories. The third direction of the personnel policy in the field of public service is the reorientation of the system of motivation on the ratio of the quality of the work performed to the remuneration.*

**Key words:** public service, personnel policy, educational and vocational training, Prosecutorial Statement of the future civil servant.

Стаття надійшла до редакції 16.10.2018 р.

УДК 341.231.14:179.7

**Ю. В. Камардіна, Н. В. Мітько**

### **ПРАВО НЕВИЛІКОВНО ХВОРОГО НА ЕВТАНАЗІЮ: МІЖНАРОДНО-ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ТА ПРАКТИКА РЕАЛІЗАЦІЇ**

*У статті розглядаються правові аспекти проблеми реалізації права невиліковно хворого на евтаназію. Досліджено поняття «невиліковно хворий» та виділено основні кваліфіковані ознаки цього поняття. Проаналізовано особливості правового визначення понять «невиліковно хворий», «інкурабельний хворий», «термінальний хворий» та їх співвідношення. Запропоновано надати юридичну значимість поняттю «невиліковно хворий» та визначити ознаки, які притаманні цій категорії пацієнтів.*

**Ключові слова:** хворий, невиліковний, невиліковно хворий, інкурабельний хворий, термінальний хворий, евтаназія, добровільна евтаназія, Хоспіс.

*Постановка проблеми.* Розвиток сучасних медичних технологій спричинив проведення медичних реформ як у багатьох європейських країнах, так і в Україні, що стало початком впровадження у сфері охорони здоров'я нових правових стандартів, серед яких головною цінністю залишається право на життя по відношенню до всіх соціальних та моральних чинників суспільства. Сучасний етап медичної реформи в Україні супроводжується втіленням в реалії сьогодення міжнародно-правової практики реалізації прав людини на медичну допомогу. У кожній демократичній державі відбулися фундаментальні перетворення в області науково-медичного прогресу та визвало надзвичайний інтерес до проблеми евтаназії відносно невиліковно хворої людини, що актуалізувало суперечливість у медичних та юридичних колах суспільства.

В країнах Європи на сьогоднішній день вельми актуальним залишається питання легалізації евтаназії, тобто придати їй нормативного узаконення як права на смерть. Основним аргументом світової науки у боротьбі «за» та «проти» евтаназії виступають юридичні заборони та дозволи. Україна, обравши шлях євроінтеграції, постала перед необхідністю впровадження європейських стандартів, шляхом внесення змін та доповнень нормативно-правової бази. Звертаючись до внутрішнього законодавства нашої держави, Кримінальний Кодекс України забороняє будь яке позбавлення людини життя, тому евтаназія теж вважається вбивством.

В останні роки, дослідженню сутності явища евтаназія в науці та практиці

потребує багатовекторного аналізу, оскільки невиліковно хвора людина може наполягати на задоволенні прохання про легку та безболісну смерть легальним проявом реалізації її права на життя. Отже, дилема ускладнюється постановкою питань: чи має право на смерть людина, яка має невиліковну хворобу; чи можна покласти край фізичним та психологічним стражданням невиліковно хворої людини, а також хто повинен взяти на себе виконання цієї функції? І якщо таке відбувається, то чи слід залучати до відповідальності винних?

*Метою статті є обґрунтування теоретико-правових підходів щодо визначення поняття «невиліковно хворий» та відповідно до цього виокремлення ознак, які б з правової точки зору допомогли визначити за яких обставин і на яких підставах, може здійснювати, або сприяти здійсненню права невиліковно хворого на евтаназію.*

*Аналіз останніх досліджень та публікацій.* Реалізація права невиліковно хворого на евтаназію за своєю суттю є феноменом сучасних медичних технологій, тому останні дослідження і публікації з її практичної реалізації тільки починають накопичуватись у науковій літературі. Евтаназія як проблема міжгалузевого характеру досліджується науковцями в медичному праві, цивільному праві, кримінальному праві, які розглядають роль міжнародних, субрегіональних, національних інституцій громадянського суспільства в гуманізації політики щодо невиліковно хворих у світі та Україні.

Правові аспекти регламентації евтаназії в Україні сьогодні знайшли своє відображення у працях вітчизняних вчених О.Т. Безарова, С.А. Крюкова, О.І. Сердюка, С.А. Хімченко, які досліджують трансформацію терміну «евтаназія», осмислюючи його юридичні аспекти.

В українському законодавстві питання евтаназії залишається не розкритим, а навіть недопустимим, тобто евтаназія знаходиться під забороною з кримінальної точки зору. Тому у вітчизняній правовій доктрині відсутні комплексні дослідження міжнародно-правової регламентації та реалізації практики спричинення смерті невиліковно хворому на його прохання. Таким чином, велика суспільна значущість розвитку надання медичної допомоги невиліковно хворим, законодавча неврегульованість та недостатність наукових досліджень в цій сфері вказує на актуальність обраної теми.

*Виклад основного матеріалу.* В останні роки в медичних закладах України у значній кількості хворих діагностується фізичний стан як проміжне між життям та смертю. Завдяки медичним технологіям та отриманим людством нових знань в сфері здоров'я, хвору людину можна підтримувати в життєвому стані тривалий час. В даному випадку виникає ряд правових та моральних проблем, які пов'язані з тим, що евтаназія на справді практикується, але має пасивний (латентний) характер, що становить актуальність з правової точки зору.

До нормативно-правових актів, що містять норми про евтаназію, перш за все слід віднести міжнародні нормативні правові акти, зокрема, прийнята на 35-тій Всесвітній Медичній Асамблеї у жовтні 1983 року Венеціанська декларація про термінальний стан [с.48], вихідним положенням якої є безумовна норма медичної етики - полегшення лікарем страждань пацієнта в процесі лікування, якщо це можливо, і завжди відповідно до інтересів пацієнта. Винятки не допускаються навіть в разі невиліковних захворювань і каліцтв. У Декларації сказано, що «лікар не продовжує муки вмираючого, припиняючи на його прохання, а якщо хворий без свідомості - на прохання його родичів, лікування, здатне лише відстрочити наступ неминучого кінця». Тим самим визнається, що активна терапія у випадках, коли методами сучасної медицини неможливо запобігти близьку смерть пацієнта, є негуманною, тому що тільки продовжує

процес вмирання.

Наступним міжнародно-правовим актом прийнятим на 39-тій Всесвітній Медичній Асамблеї у жовтні 1987 року у Мадриді (Іспанія) є Декларація про еутаназію, в якій «еутаназія» розуміється як акт навмисного позбавлення життя пацієнта, навіть на прохання самого пацієнта або на підставі звернення з подібним проханням його близьких, не етична. Це не виключає необхідності поважного ставлення лікаря до бажання хворого не перешкоджати течією природного процесу вмирання в термінальній фазі захворювання [2]. Можна побачити, що у Декларації ВМА про еутаназію (1987) визначено етичний статус даної медичної технології.

В наступні роки перелік міжнародних документів розширювався, проте прямо в нормах міжнародного права питання про еутаназію не врегульовано. До числа міжнародних нормативних правових актів, що регулюють право на життя і тим самим мимоволі мають відношення до еутаназії, відносяться, зокрема, Загальна декларація прав людини від 10 грудня 1948 року, Міжнародний пакт про громадянські і політичні права від 16 грудня 1966 р Європейська конвенція про захист прав людини і основних свобод від 4 листопада 1950 року (зі змінами та доповненнями від 11 травня 1994 г.).

Надалі окремі держави брали свої юридичні документи, які давали визначення та регулювали відносини сторін щодо еутаназії. Якщо звернутися до національного законодавства, а саме до ч. 3 ст. 52 Закону України «Основи законодавства про охорону здоров'я», то під еутаназією розуміється як заборона медичним працівникам здійснювати еутаназію, тобто навмисне прискорення смерті або умертвіння невиліковно хворого з метою припинення його страждань. Отже, з цього поняття можна побачити, що суб'єкт до якого застосовується еутаназія - це невиліковно хворий. Тому, перш ніж почати розглядати практику застосування еутаназії до невиліковно хворого, нам необхідно обґрунтування теоретико-правових підходів щодо визначення поняття «невиліковно хворий» та виокремити притаманні ознаки цієї категорії, щоб визначити до якої саме людини можна застосовувати еутаназію та у яких випадках.

Нажаль на сьогоднішній день в Україні як на законодавчому, так і на науковому рівні дане поняття не знайшло свого відображення. Але у медицині використовуються декілька понять «хворий».

Згідно з енциклопедичним словником медичних термінів, «хворий – це людина, яка захворіла на те чи інше захворювання». «Хворі» поділяються на три категорії, відповідно до особливостей свого статусу:

- амбулаторний хворий, який отримав медичну допомогу на прийомі в поліклініці (амбулаторії) або вдома; це одиниця статистичного обліку діяльності поліклініки (амбулаторії).

- хворий, який вибув із стаціонару – хворий, який вибув із стаціонару або помер там у даний обліковий період; це одиниця статистичного обліку в лікарні.

- інфекційний хворий – хворий на інфекційне захворювання, незалежно від ступеню його заразної віддачі, тобто небезпечності його для оточення, як джерела інфекції [1].

Проте, на нашу думку, з юридичної точки зору ці визначення не досить вірні, так як не визначають здатність хворого до праці, до нормального життя, до самообслуговування. За іншими джерелами «хворий» – це людина, вражена якою-небудь хворобою, той, що свідчить про наявність хвороби [2].

Слово «невиліковний» сприймається як той, хто не дає надій на поліпшення. У сучасній медицині поняття «невиліковно хворий» має характеризувати людину, яка страждає на такі захворювання:

- онкологічні у 3–4 стадії;

- системи кровообігу, інваліди 1-2 групи;
- органів дихання, після видалення легеня;
- неврологічні, після тяжких інсультів, ампутацій;
- крові та кровотворних органів;
- сечостатевої системи, після видалення органу;
- ендокринні. [4, с. 186–192].

Що ж стосується українського законодавства, то слід відзначити, що поняття «невиліковно хворий» має й іншу назву - «інкурабельний хворий», яке знайшло своє відображення в Наказі МОЗ України від 27.12.2007 №866 Примірне положення про хоспіс для хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД[6]. Але визначення цього поняття можна знайти в медичній енциклопедії, де сказано: інкурабельність походить від латинського слова «incurabilis», що перекладається як «невиліковний». У теперішній час в Україні надання допомоги інкурабельно хворим не має чіткого правового регулювання як на національному так і на регіональному рівні, що в свою чергу негативно відображається на якості медичної допомоги цій категорії пацієнтів, передусім в останній період їх життя. Цим терміном позначається такий стан пацієнта, залежне від патологічного процесу або загальних порушень в організмі, повністю виключає можливість не тільки лікування, але і тривалої підтримки життя. Інкурабельні прогресуючі захворювання, особливо у декомпенсованих та у термінальних стадіях перебігу, супроводжуються вираженим больовим синдромом, іншими важкими ураженнями органів і систем організму та розладами життєдіяльності, що завдають значних фізичних і моральних страждань, суттєво знижують якість життя пацієнтів та членів їхніх родин. Таким чином, інкурабельні хворі - це пацієнти, для яких всі медичні методики не принесуть надії на продовження життя, так звані безнадійні хворі.

У зарубіжній літературі зустрічається поняття «термінальні» хворі [5, с.172–178.]. З наукової точки зору «термінальний» – той, що близький до кінця, граничний, тобто прикінцева стадія життя, стан між життям та смертю. Вважається, що, термін «термінальний хворий» не слід вживати як синонім невиліковно хворого, оскільки він означає хворого в термінальному стані. Термінальний стан – це стан помирання, який містить у собі декілька стадій, або в початковій стадії постреанімаційного періоду. Стан хворого, який помирає від невиліковної хвороби, не вважається термінальним станом, поки кровообіг та газообмін забезпечуються власними силами організму [6, с. 544].

Хворі на гострі інфекційні захворювання, на туберкульоз та на деякі гострі захворювання (інфаркт міокарда, проривна виразка шлунку), з несприятливим прогнозом та раптовою смертю не можуть бути віднесені до категорії невиліковно хворих.

Інфекційні хвороби мають нетривалий термін захворювання, і лікування хворих на інфекційні захворювання повинно здійснюватися в інфекційних відділеннях з дотриманням санітарно-епідеміологічного режиму.

Перебіг туберкульозу має хронічний характер, але хворі на цю патологію на весь термін захворювання залишаються носіями хвороби, яка розповсюджується побутовим способом, і для їх лікування необхідна ізоляція хворого та спеціальний режим дезінфекції.

Зазначимо, що у медичній практиці досить часто плутаються поняття «пацієнт» і «хворий». Хворий – це біологічний статус, що характеризує відхилення від норми в стані організму, причому не тільки людського. А пацієнтом може бути тільки людина, і це не біологічний, а правовий статус. Статус пацієнта автоматично набуває будь-яка людина, що звернувся за медичною допомогою. У кожного пацієнта є перелік прав, які є закріпленими в законодавстві України та загальноновизнаними в світі правилами

відносин «лікар - пацієнт». Обов'язок кожного медичного працівника - дотримання прав пацієнта, а також їх роз'яснення. У разі якщо медичний працівник не знає або не дотримується права пацієнта, це говорить про його не кваліфікованість і недобросовісності.

У багатьох країнах світу існує система надання медико-соціальної допомоги невиліковно хворим та інкурабельним хворим з обмеженим прогнозом тривалості життя. Витоки системи паліативного лікування та догляду – у створенні лікарень для безнадійних хворих (хоспісів). «Хоспіс» – у перекладі з англійської мови – будинок для мандрівників.

Хоспіс надає допомогу інкурабельним хворим в термінальній стадії захворювання. На території України допомогу в хоспісах надається переважно онкологічним хворим з вираженим больовим синдромом в термінальній стадії захворювання, підтвердженого медичними документами.

Первинним об'єктом медико-соціальної та психологічної допомоги в хоспісі є хворий і його сім'я. Догляд за хворими здійснює спеціально підготовлений медичний і обслуговуючий персонал, а також родичі хворих і добровільні помічники, які пройшли попереднє навчання в хоспісах.

Хоспіс забезпечує амбулаторну та стаціонарну допомогу хворим. Останнім часом у східних країнах високовартісна госпітальна допомога поступово замінюється економічно вигіднішою «домашньою турботою» [19, с. 20-25]. Амбулаторна допомога надається на дому бригадами виїзної служби хоспісу («хоспіс на дому»). Стаціонарна допомога в залежності від потреб хворого і його родини виявляється в умовах цілодобового, денного або нічного перебування хворих в стаціонарі.

У хоспісі може бути реалізований принцип «відкритості діагнозу». Питання про повідомлення хворим їх діагнозу вирішується індивідуально і тільки у випадках, коли на цьому наполягає хворий. Для всіх лікарів, що працюють, стало загальноприйнятим при вирішуванні складних етичних питань спиратися на принципи поваги прав пацієнта самостійно приймати рішення, прагнення допомогти пацієнту, щирість та відповідальність за вірогідність та повноту інформації про стан своїх пацієнтів [18, .18-19].

Вся сукупність медико-соціальної та психологічної допомоги хворому повинна бути спрямована на ліквідацію або зменшення больового синдрому і страху смерті при максимально можливому збереженні його свідомості і інтелектуальних здібностей.

Кожному хворому в хоспісі повинен бути забезпечений фізичний і психологічний комфорт. Фізичний комфорт досягається створенням в стаціонарі умов, максимально наближених до домашніх. Забезпечення психологічного комфорту здійснюється на основі принципу індивідуального підходу до кожного хворого з урахуванням його стану, духовних, релігійних та соціальних потреб.

Джерелами фінансування хоспісів є бюджетні кошти, кошти благодійних товариств і добровільні пожертвування громадян і організацій.

У Франції та Японії проводиться державна політика допомоги безнадійно хворим, догляд у лікарнях здійснюється за рахунок медичного страхування, а хто його не має – отримує догляд у відділеннях гуманітарної допомоги. У Франції хворі, як правило, вмирають у лікарнях, на них приходиться 8 із 10 смертей [8, с.40]. В Японії у зв'язку зі збільшенням осіб похилого віку гостро стоїть проблема забезпечення медико-соціальною допомогою, не вистачає кількості лікарняних ліжок у лікарнях та будинках сестринського догляду для хронічно хворих [9, с.11-15]. Але в цій країні створюються заклади для надання медико-соціальної допомоги, розробляються тарифи та стандарти для персоналу, впроваджена система догляду вдома [10, с.14- 22].

В Ізраїлі існують відділення для хронічно хворих при будинках для осіб похилого віку. Фінансування здійснюється за рахунок лікарняних кас [11, с.11-12].

У Фінляндії існує не значна кількість хоспісів лише три. [12, с.3-6.]. Крім того, біля 2% пацієнтів перебувають у центрах здоров'я (лікарнях) більше року. Це хворі похилого віку, які страждають хронічними захворюваннями і потребують тривалого лікування та кваліфікованого догляду.

В Італії прийнято закон, який дозволяє призначати хворим пероральне введення опіатів (у вигляді таблеток). Здійснення політики знеболювання при захворюваннях на рак в індійських штатах Гуджарат, Карнатака, Махараста та Таміл-Наду в рамках Національного Всеіндійського плану боротьби з раком передбачає також, поряд з професійним навчанням працівників охорони здоров'я, надання можливості використовувати морфін у вигляді таблеток [13, с.76].

У Данії, якщо лікар вважає, що подальше протипухлинне лікування безперспективне, особі, яка здійснює догляд за хворим, надається оплачувана відпустка. Така ж практика здійснюється в Норвегії [14, с.110-118].

У Сполучених Штатах Америки прийнято законодавчі акти, які стосуються надання паліативної допомоги безнадійно хворим вдома або у хоспісі [15]. Поняття «хоспіс» в цій країні включає комплекс заходів, які дозволяють пацієнтам у термінальному стані провести останні місяці та дні свого життя в домашній або наближеній до домашньої обстановці і при цьому бути максимально вільними від болю та інших супутніх симптомів. Допомога може надаватися вдома, у стаціонарі хоспісу або в іншому лікарняному закладі, в якому для паліативної допомоги може бути відведена частина приміщення. Хоспіс у США розглядається не як будь-яке визначене місце, а як концепція надання допомоги смертельно хворим людям. У США, як свідчить статистика, ракові хворі становлять 80% пацієнтів хоспісів і лише 20% припадає на неврологічних і ВІЛ-інфікованих хворих.

В Англії та Канаді існують окремі хоспіси для хворих на СНІД, які відкриті завдяки благодійній організації Light House. Метою цих закладів є проведення паліативного лікування хворих на СНІД, забезпечення професійного догляду, просвітня діяльність. Догляд за хворими передбачає медичну допомогу, надання можливості мешкання, консультування, підтримку сімей, відпочинок. Фінансування цих закладів здійснюється за рахунок щорічного гранту Міністерства охорони здоров'я Канади. Усі послуги хворим надаються безкоштовно [16, с.16-17].

Отже, головною метою сучасної системи хоспісної допомоги є забезпечення максимально досяжної якості життя інкурабельних пацієнтів у термінальному періоді, шляхом полегшення фізичних та моральних страждань, психологічної, соціальної та духовної (релігійної) підтримки і супроводу пацієнта і його близьких, збереження людської гідності пацієнтів наприкінці земного (біологічного) життя.

Людина являє собою складну фізіологічну, психологічну систему, яка усвідомлює себе як індивід та виражає свій психологічний стан також індивідуально. У період захворювання психологічні фактори відіграють значну роль у патогенезі, особливо це стосується хворих на онкологічні та інші невиліковні захворювання. Будь-яке соматичне захворювання, особливо хронічне, що створює загрозу для життя хворої людини є могутнім психотравмуючим чинником для неї [20, с. 54 с].

У хронічно хворих спостерігаються глибокі психічні розлади: з'являються страх, тривога, депресія, внутрішнє напруження, емоційна лабільність, гнів, розлад партнерських відносин з родиною та іншими людьми хоча є дані, які свідчать про те, що сімейна підтримка та релігійність відіграють велику роль у психологічному стані хворих

Дослідження, виконані О.І. Сердюком [21, с. 41-42.], показали, що у 73% хворих на хронічні соматичні захворювання виявилися дезадаптивні типи реагування на хворобу, понад 80% хворих відзначали негативний соціотравмуючий вплив хвороби на якість життя та становище в суспільстві. У сфері міжособистісних стосунків хворих хронічне соматичне страждання в 51% випадків створює конфліктну психотравмуючу ситуацію [22, с.25-29].

Таким чином, можна побачити, що у невиліковно хворої людини зберігається ряд характеристик і проявляються певні специфічні особливості, притаманні здебільшого лише цій категорії хворих: покірливість хворобі; наявність духовної кризи; духовна та фізична зломленість; відсутність бажання жити; наявність депресивного стану; наявність психічних змін, явища самоізоляції; незадоволення своїм станом; наявність страху за свою родину, дітей; наявність агресії; наявність складних взаємовідносин у сім'ї, пов'язаних із хворобою, з очікуванням смерті, розподілом спадщини; наявність страху перед болем, який іноді переважає страх смерті; наявність страху перед очікуваною смертю; наявність відчаю через неможливість зробити головні, з точки зору хворого, справи.

Отже, щоб полегшити страждання невиліковно-хворої людини, в деяких країнах світу пішли на зустріч пацієнту та дозволили проведення евтаназії на легальному (законодавчому) рівні. Однак, процес проведення акуту евтаназії складається з декілька етапів. Перший етап – це добровільна згода невиліковно-хворої людини, яка страждає від фізичного болю на проведення відносно нього акту евтаназії. Другий етап – це коли людина вже не надає ніяких ознак нормального функціонування як на фізичному так психологічному рівні (кома), та не може самостійно надати добровільної згоди, замість неї це право мають його близькі родичі. Отже, застосування евтаназії залежить від наявності двох чинників: незаперечності поставленого смертельного діагнозу (наявність невиліковної хвороби) та згоди пацієнта. Розглянемо більш детально поняття «добровільна згода на евтаназію».

Вперше «добровільна» евтаназія отримала легалізацію у Нідерландах, яка відбувалась поетапно. Так, в квітні 1994 р голландський парламент прийняв інструкцію, що дозволила проводити її з деякими обмеженнями. А вже 10 квітня 2001 р Верхня палата голландського парламенту затвердила закон, який звільняє від кримінальної відповідальності лікарів, які допомагають хворим позбутися життя.

«Добровільно піти з життя» невиліковно хворим людям дозволено в Бельгії, позбавивши медиків від кримінальної відповідальності за проведення такої процедури. Прийнявши такий закон, бельгійський уряд створило постійний комітет для контролю над евтаназією. Останньою країною, легалізувати добровільна відмова людини від життя, став Люксембург.

Цікава позиція в цьому питанні законодавців Швейцарії, де евтаназія заборонена, але фактично дозволена, так як законодавство попереджає, що допомога при здійсненні самогубства не суперечить закону. Таким чином, йде з життя понад 100 чол. на рік. З тією ж метою сюди приїжджають громадяни інших держав, оскільки це єдина країна в Європі і світі, де евтаназія не заборонена для іноземців.

Як це відбувається? Тільки при наявності медичного висновку про те, що хвороба є невиліковною і призведе до смерті пацієнта. На його підставі виписується рецепт на придбання відповідного медичного препарату. Потім невиліковно хворий пацієнт звертається до спеціалізованих закладів, де йому допомагають померти.

В першу чергу виникає питання процедурних моментів винесення медичного висновку про смертельний діагноз, яке і буде однією з підстав для здійснення евтаназії. Таким чином, слід на законодавчому рівні передбачити необхідність проведення

консиліуму лікарів різних напрямків для прийняття ними рішення про невиліковність хвороби, яке обов'язково має бути одноголосним. З юридичної точки зору, таке рішення повинно бути не просто зафіксовано окремим документом і завірено нотаріально, а й підтверджено свого роду експертним висновком, детально обґрунтованим.

Проблема фіксації волевиявлення пацієнта може бути вирішена наступним чином.

Згода пацієнта на евтаназію доцільно оформити у вигляді одностороннього угоди, обов'язково завіреного нотаріально. Згода пацієнта може бути так само зафіксовано на відео при обов'язковій присутності лікаря психіатра, нотаріуса, і мінімум двох свідків. Лікар психіатр повинен підтвердити, що пацієнт знаходиться в здоровому глузді і здатний все зважити і оцінити свої шанси на одужання. При цьому обов'язково необхідно враховувати фізичний стан пацієнта. Присутність нотаріуса необхідно, щоб зафіксувати волевиявлення пацієнта і відсутність тиск на нього з боку.

Є такі випадки, коли людина знаходиться без свідомості та про добровільну згоду мова зовсім йти не може, то виникає питання: а можуть найближчі родичі надати таку згоду?

У випадках неможливості отримати згоду пацієнта, батьків або законних представників, а також щодо осіб, які страждають психічними розладами, надання медичної допомоги може бути і без їх згоди (стаття 34 ЗУ «Основи законодавства про охорону здоров'я»). У цих умовах лікар повинен бути впевнений не тільки в реально загрозовою небезпеки хворому у разі незастосування конкретного медичного втручання, а й в відсутності його альтернативи. Ненадання допомоги хворому може бути також розцінена як навмисне припинення життя, тому в цьому випадку може бути доцільно для хворого і юридично виправдано для лікаря не бездіяльність, а будь-який обґрунтований ризик. На нашу кримінальним законодавством несприятливий результат не може розглядатися як злочин, якщо особа, яка допустила ризик, не маючи альтернативи, вжив достатніх заходів для запобігання смерті (стаття 42 Кримінального Кодексу України). При цьому вчинені дії повинні бути забезпечені відповідними знаннями і умінням, достатніми в конкретній ситуації, щоб попередити настання шкідливих наслідків. При існуючому стані, коли евтаназія заборонена законом, вона може оформлятися як відмова від медичного втручання, що підтримує життя. Щоб гідно вийти з такої складної ситуації лікар не тільки повинен володіти високим професіоналізмом і ретельно документувати свої дії, але бути юридично грамотним фахівцем.

Окрім цих питань, відзначимо що Бельгія є найбільш ризикованою країною та запропонувала законопроект, що дозволяє легалізувати дитячу евтаназію [23]. Він передбачає можливість її застосування для важкохворих дітей за згодою їх батьків, а також пропонує дозволити добровільно йти з життя дорослим з ранньої деменцією. Подібного явища поки немає ніде в світі. Бельгійські правозахисники вважають, що така ідея дозволить зрівняти права дітей з дорослими (з 18 років), яким можливість добровільного відходу з життя гарантована законом, прийнятим ще в 2002 р. Найближче до цього підійшли в Голландії. Там подібна процедура може проводитися для громадян старше 12 років.

Поки ж в прогресивній Європі намагаються реалізувати права невиліковно хворих дітей на добровільну смерть, в Україні про це не може бути й мови. Оскільки у нас, як і в багатьох інших країнах пострадянського простору, евтаназія заборонена законом.

Таким чином, підводячи підсумок, слід погодитись з А.В. Гнездиловим [24, с.41-42.], який виділяє особливо важливі питання, що постають перед невиліковно хворими та їх родинами:



- платне обстеження призводить до пізнього звернення хворих до лікарів, у зв'язку з цим приблизно у 80% випадків люди, що звертаються до медиків уперше, вже мають занедбану форму раку, тому для них потрібна тільки паліативна допомога;

- незнання природи походження пухлин викликає страх «зараження раком» від хворих. Тому спостерігаються явища самота соціальної ізоляції хворих, складні взаєностосунки в сім'ї, з дітьми, з сусідами комунальної квартири;

- незабезпеченість ліками, відсутність гарантій на знеболення, висока вартість лікування і фатальність хвороби часто викликають суїцидні тенденції (присупи самогубства) серед хворих на новоутворення. Це вкрай негативна соціально-психологічна проблема. Тому так названа евтаназія більш гуманна процедура.

- родичі помираючого пацієнта часто стають матеріально неспроможними та психічно пригніченими після його смерті, а ніяких фондів підтримки сімей держава не створює;

- існуюча система медичного забезпечення онкохворих дуже громіздка, високовартісна і неекономічна. У її основі лежить принцип повної недовіри людей одне до одного. Це стосується перш за все призначення знеболюючих наркотичних препаратів хворим вдома. Наприклад, 80% виїздів швидкої допомоги задіяно для зняття болювого синдрому, що спричиняє невинуваті затрати; адже існують знеболюючі таблетки для онкологічних хворих, які не мають цінності для наркоманів.

Їх застосування хворими може змінити всю існуючу систему знеболювання.

Сьогодні, для вирішення питань щодо покращення медико-соціальних послуг населенню, надання паліативної допомоги тим, хто її потребує, раціонального використання ресурсів, які надаються для такої допомоги, необхідно офіційно визначити «невиліковно хворих» як категорію споживачів таких послуг у галузі охорони здоров'я та соціального захисту [25, с. 214-221].

*Висновки.* Автор вважає, що норми як міжнародного так і національного права повинні конкретніше регулювати питання евтаназії, вони повинні чітко визначити, що евтаназія може здійснюватися не до будь якої людини, а конкретно до «невиліковно хворого» та відповідно до цього визначити ознаки, які б з правової точки зору допомогли визначити за яких обставин і на яких підставах, може здійснювати, або сприяти здійсненню права невиліковно хворого на евтаназію.

Таким чином, автором запропоновано з правової точки зору наступне визначення поняття «невиліковно хворий» - це фізична особа (пацієнт) яка в силу фізичних вад має невиліковне прогресуюче захворювання, виражене болювими симптомами, тяжкими розладами життєдіяльності, що не може бути вилікуваним сучасними і доступними методами та засобами і супроводжується психічними розладами у термінальній стадії захворювання, що унеможливають здатність хворого до праці, до нормального життя, до самообслуговування.

Пацієнт з моменту звернення до медичного закладу є учасником цивільних правовідносин, який повинен бути наділений низкою ознак, які його індивідуалізують, відокремлюють з-поміж та персоніфікують як учасника цих правовідносин. Отже, до ознак невиліковно хворого пацієнта належать:

- пацієнт має діагноз, в якому чітко визначено хворобу, яка є невиліковним прогресуючим захворюванням;

- за медичними показниками хвороба супроводжується болювими симптомами, тяжкими розладами життєдіяльності, що не може бути вилікуваним сучасними і доступними методами та засобами;

- хвороба супроводжуються психічними розладами у термінальній стадії захворювання;

- втрата здатності невиліковно хворого до праці, а також унеможлиблюють здатність до нормального життя та до самообслуговування.

Медична допомога такій категорії пацієнтів надається від моменту встановлення невиліковного діагнозу і до останніх хвилин життя. Така медична допомога надається у спеціалізованих закладах охорони здоров'я особливого типу «Хоспіс», головною метою яких є забезпечення максимально досяжної якості життя невиліковно хворої людини у термінальній стадії, шляхом полегшення фізичних та моральних страждань, психологічної, соціальної та духовної (релігійної) підтримки і супроводу пацієнта і його близьких, збереження людської гідності пацієнтів наприкінці біологічного життя.

Саме з метою полегшити страждання невиліковної хворої людини, в деяких країнах світу пішли на зустріч пацієнту та дозволили проведення евтаназії на легальному (законодавчому) рівні, під якою розуміється навмисне прискорення настання смерті невиліковно хворого з метою позбавити його від страждань.

Щодо законодавчого регулювання евтаназії в Україні, варто зазначити, що Цивільним Кодексом України, Кримінальним Кодексом України та Закон України «Основи законодавства про охорону здоров'я» чітко визначають негативне ставлення до можливості здійснення евтаназії у будь якому випадку та за будь яких обставин.

#### **Список використаної літератури**

1. Островская И.В. Медицинская этика. Москва: АНМИ, 2001. 247 с.
2. Конвенция о защите прав и достоинствах человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине. Совет Европы, Овьедо, 4 апр. 1997 г.
3. Энциклопедический словарь медицинских терминов. за ред. Б. В. Петровский. Москва: Сов. энциклопедия, 1982.Т.1: 464 с.
4. Ожегов С. И. Словарь русского языка. М.: Рус. яз.,1988. 187 с.
5. Крюков С. А.Сучасні проблеми державного управління у галузі надання медико-соціальної допомоги безнадійно хворим. *Вісник Української Академії державного управління при Президентіві України*. 2001. №2,Ч.2. С.186-192.
6. Про затвердження примірних положень про хоспіс та відділення паліативної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію та СНІД: Наказ МОЗ України від 27.12.2007 №866.  
URL: <http://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0866282-07>
7. Крюков С. А.Сучасні проблеми державного управління у галузі надання медико-соціальної допомоги безнадійно хворим. *Вісник Української Академії державного управління при Президентіві України*. 2001. №2, Ч.2. С.186-192.
8. Большая медицинская энциклопедия: В 30-ти т./ за ред. Б. В. Петровский. 3-е изд. М. : Сов. Энциклопедия,1985. Т.25:Теннис-Углекислота. 544 с.
9. Collier Joe. Право пациента на информацию. *Здоровье мира*.1994. Т. 47. № 5.С.18-19.
10. Cross-border care for oncology patients/ Jochem Inge., Stevens F. C.J., Janssens J.T.E., et al. *Eur. J. of Palliative Care*.1997. Vol.4, № 1. P.20-25.
11. Горбачева А. Врачи и пациенты во Франции. *Врач*. 1997. № 2. 40с.
12. Гришин В. В., Семенов В. Ю., Бродская Ю.Б. Медицинское страхование в Японии. *Экономика здравоохранения*. 1997.№1.С.14–22.
13. Гурвич Э. *Здравоохранение в Израиле*. Провизор.1997. №1.С.11–12.
14. Вишняков Н. И. Некоторые сравнительные показатели здоровья населения в динамике и их влияние на современное развитие стационарной

медицинской помощи в Санкт-Петербурге и Финляндии (1995-1996гг.). *Проблемы социальной гигиены и история медицины*. 1997. №6 .С.3–6.

15. Обезболивание при раке и паллиативное лечение. Перевод с англ. ВОЗ. М.: Медицина. 1992. 76с.

16. Ангелуца П. Скільки коштує лікування в Австралії? *Медицина світу*. 2000. Т. 9, № 2. С. 110–118.

17. Christakis N. A, Escarse J. J. Survival of Medicare patients after enrollment in Hospice Programs. *The New England Journal of Medicine*. 1996. Vol. 335, № 3. P. 172-178.

18. Рахманова А. Г. Хосписы для больных спид, секс, здоровье. 1999. № 2. С. 16-17.

19. Коваленко В. Б. Психоэмоциональные проблемы хосписного обслуживания. *Паллиативная медицина и реабилитация*. 1999. № 2. 54 с.

20. Сердюк О. І. Хронічне соматичне страждання як чинник психосоціотравматизації хворої людини: Проблеми та перспективні напрями організації діяльності системи медичної допомоги населенню. *Вісник соціальної гігієни та орг. охорони здоров'я України*. 2000. № 1. С. 13-15.

21. Зотов П. Б., Новиков Г. А., Уманский С. М. Суицидальное поведение онкологических больных. *Паллиативная медицина и реабилитация*. 1997. № 4. С. 25-29.

22. Бельгия приняла беспрецедентный закон о детской эвтаназии. 3 марта 2014. URL: <http://www.mk.ru/politics/world/article/2014/03/03/992801-belgiyapriynyalabespretsedentnyiy-zakon-o-detskoj-evtanazii.html>

23. Гнездилов А. В., Леоненкова С. А., Репина М. Т. Некоторые социальные проблемы в хосписной службе среди онкологических больных. *Паллиативная медицина и реабилитация*. 1997. № 3. С. 41-42.

24. Крюков С. А. Законодавчі аспекти паліативної медицини: зарубіжний та вітчизняний досвід. *Вісник Української Академії державного управління при Президенті України*. 2001. № 4. С. 214-221.

**Y. Kamardina, N. Mitko**

#### **THE RIGHT OF NEUELICALLY PATIENT TO EVANZAZIYA: INTERNATIONAL LEGAL REGULATION AND PRACTICE OF REALIZATION**

*The article deals with the legal aspects of the implementation of the law of the incurably ill patient with euthanasia. The concept of "incurably sick" is investigated and the main qualitative features of this concept are highlighted. The peculiarities of legal definition of concepts "incurably ill", "incurable patient", "terminal patient" and their correlation are analyzed. It is proposed to give legal significance to the term "incurably sick" and to identify the features that are inherent in this category of patients.*

**Key words:** patient, incurable, incurable patient, terminal patient, euthanasia, voluntary euthanasia, hospice.

Стаття надійшла до редакції 16.10.2018 р.

УДК 342.922

**В. В. Волік**

#### **ДЕЯКІ ПИТАННЯ ПІДВИЩЕННЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ПЕРЕВІЗНИКІВ**

*В статті підіймаються питання, що стосуються захисту пільгових категорій громадян під час користування ними громадським транспортом. Розглянуто поточний*