

УДК 347.121.2:616-082

DOI <https://doi.org/10.24144/2307-3322.2026.93.5.62>

ПРАВО ПАЦІЄНТА НА ВІДМОВУ ВІД ЛІКУВАННЯ ЯК ПРОЯВ ОСОБИСТОЇ АВТОНОМІЇ: ОКРЕМІ АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ

Белов О.М.,

*аспірант кафедри конституційного права
та порівняльного правознавства*

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

ORCID: 0009-0005-3272-9896

Белов О.М. Право пацієнта на відмову від лікування як прояв особистої автономії: окремі актуальні питання.

Стаття присвячена теоретико-правовому аналізу окремих актуальних питань права пацієнта на відмову від медичного лікування та реанімаційних заходів як прояву принципу особистої автономії в системі соматичних прав людини. Зазначена проблематика розглядається на перетині медичного права, біоетики, конституційного права та міжнародного права прав людини, що зумовлює її міждисциплінарний характер та практичну значущість в умовах стрімкого розвитку медичних технологій. Обґрунтовано, що право на відмову від медичного втручання є «негативним» правом, яке ґрунтується на доктрині інформованої згоди та принципі поваги до людської гідності, і принципово відрізняється від «позитивного» права на отримання медичної допомоги. Наголошується, що патерналістська модель медицини поступово замінюється партнерською, де центральне місце посідає поінформована та вільна згода пацієнта, а право на відмову від лікування є її логічним продовженням. Досліджено питання відмови від реанімаційних заходів, у тому числі правовий статус DNR-розпоряджень та інституту завчасно висловлених побажань (*advance directives*). Розглянуто особливості правового становища недієздатних осіб та механізми прийняття медичних рішень на їхню користь родичами або уповноваженими представниками. Проаналізовано практику Європейського суду з прав людини у справах *Arskaya v. Ukraine* (2013), *Lambert v. France* (2015) та *Pindo Mulla v. Spain* (2024), які сформували ключові стандарти щодо позитивних зобов'язань держави у сфері медичного права та поваги до автономії пацієнта. Здійснено порівняльно-правовий аналіз підходів до законодавчого регулювання права на відмову від лікування у США, державах-членах ЄС та в Україні. Встановлено, що вітчизняне законодавство не містить системного механізму завчасного письмового волевиявлення пацієнта, що породжує правову невизначеність та унеможливує реальну реалізацію права на самовизначення у критичних медичних ситуаціях. За результатами дослідження сформульовано пропозиції щодо законодавчого закріплення інституту медичного заповіту (*living will*) та механізму призначення медичного представника (*health-care proxy*) в українському праві з урахуванням міжнародних стандартів і досвіду зарубіжних правових систем.

Ключові слова: соматичні права; право на відмову від лікування; особиста автономія пацієнта; *advance directives*; реанімаційні заходи.

Byelov O.M. The patient's right to refuse treatment as a manifestation of personal autonomy: some current issues.

The article is devoted to the theoretical and legal analysis of some current issues of the patient's right to refuse medical treatment and resuscitation measures as a manifestation of the principle of personal autonomy in the system of somatic human rights. The specified issues are considered at the intersection of medical law, bioethics, constitutional law and international human rights law, which determines its interdisciplinary nature and practical significance in the conditions of the rapid development of medical technologies. It is substantiated that the right to refuse medical intervention is a «negative» right, which is based on the doctrine of informed consent and the principle of respect for human dignity, and fundamentally differs from

the «positive» right to receive medical care. It is emphasized that the paternalistic model of medicine is gradually being replaced by a partnership one, where the informed and free consent of the patient takes the central place, and the right to refuse treatment is its logical continuation. The issue of refusal of resuscitation measures is investigated, including the legal status of DNR orders and the institution of advance directives. The peculiarities of the legal status of incapacitated persons and the mechanisms for making medical decisions in their favor by relatives or authorized representatives are considered. The practice of the European Court of Human Rights in the cases of *Arskaya v. Ukraine* (2013), *Lambert v. France* (2015) and *Pindo Mulla v. Spain* (2024) is analyzed, which formed key standards regarding the positive obligations of the state in the field of medical law and respect for patient autonomy. A comparative legal analysis of approaches to the legislative regulation of the right to refuse treatment in the USA, EU member states and Ukraine is carried out. It is established that domestic legislation does not contain a systematic mechanism for the patient's advance written expression of will, which creates legal uncertainty and makes it impossible to actually exercise the right to self-determination in critical medical situations. Based on the results of the study, proposals were formulated regarding the legislative consolidation of the institution of a medical will (living will) and the mechanism for appointing a medical representative (health-care proxy) in Ukrainian law, taking into account international standards and the experience of foreign legal systems.

Key words: somatic rights; right to refuse treatment; personal autonomy of the patient; advance directives; resuscitation measures.

Постановка проблеми. Право на відмову від медичного лікування та реанімаційних заходів належить до найбільш дискусійних і водночас практично значущих питань сучасного медичного права. В умовах стрімкого розвитку медичних технологій, що дозволяють підтримувати життєдіяльність людини навіть за відсутності реальних перспектив одужання, гостро постає питання про межі медичного втручання та право пацієнта самостійно визначати власну медичну долю. Ситуація ускладнюється тим, що традиційна патерналістська модель медицини, яка ставила лікаря в позицію безумовного авторитету, поступово поступається місцем моделі партнерської взаємодії, в центрі якої поінформована та вільна згода пацієнта. Відзначимо, право на відмову від лікування є логічним продовженням цього принципу: якщо пацієнт має право погодитися на медичне втручання, він має й право його відхилити.

Водночас реалізація цього права на практиці нашоухується на серйозні правові, етичні та організаційні перешкоди. По-перше, чинне законодавство більшості держав, зокрема України, не містить вичерпного і системного регулювання права на відмову від лікування, що породжує правову невизначеність як для пацієнтів, так і для медичних працівників. По-друге, особливої гостроти набуває питання про відмову від реанімаційних заходів та складання так званих «заздалегідь висловлених побажань» (*advance directives*), правовий статус яких в Україні досі залишається невизначеним. По-третє, існують складні колізії між правом пацієнта на самовизначення, з одного боку, та обов'язком медичного персоналу зберігати життя і здоров'я людини з іншого. Усе це свідчить про нагальну потребу в комплексному науковому осмисленні зазначеної проблематики з урахуванням міжнародних стандартів та досвіду зарубіжних правових систем.

Метою статті є теоретико-правовий аналіз окремих актуальних питань права пацієнта на відмову від медичного лікування та реанімаційних заходів як прояву принципу особистої автономії.

Стан опрацювання проблематики. Проблематика права пацієнта на відмову від медичного лікування перебуває на перетині медичного права, біоетики, конституційного права та міжнародного права прав людини, що зумовлює її міждисциплінарний характер та відображається у широкому колі наукових досліджень. У зарубіжній науці ця тема отримала ґрунтовне опрацювання починаючи з другої половини ХХ століття. Вагомий внесок у розробку концепції інформованої згоди та права на відмову від лікування зробили Т. Бошамп і Дж. Чайлдресс (Т. Beauchamp, J. Childress) [див. наприклад, 1], які в своїй фундаментальній праці «Принципи біомедичної етики» обґрунтували автономію пацієнта як один із засадничих принципів медичної етики. Питання правового регулювання заздалегідь висловлених побажань та відмови від реанімації досліджували А. Сабатіно (А. Sabatino) [див. наприклад, 2], Е. Андорно (R. Andorno) [див. наприклад, 3], Р. Ріджен (J. Rietjens) [див. наприклад, 4] та інші. У контексті практики Європейського суду з прав людини важливе значення мають справи *Lambert v. France* (2015) [5], *Pindo Mulla v. Spain* (2024) [6] та *Arskaya v. Ukraine* (2013) [7], які сформували ключові стандарти щодо права на відмову від лікування та припинення підтримуючої терапії.

У вітчизняній юридичній науці дослідженням медичного права, прав пацієнтів та соматичних прав займалися М.Белова [8], С. Булеца [9, 10], І. Сенюта [11, 12], С. Стеценко [12] та інші. Разом з тим, питання права на відмову від лікування як самостійної правової категорії в контексті особистої автономії пацієнта залишається недостатньо дослідженим у вітчизняній науці.

Виклад матеріалу дослідження. Право на відмову від медичного лікування та реанімації є одним із ключових елементів соматичних прав людини, прав, що стосуються контролю особи над власним тілом та її фізичною цілісністю. Зазначене право ґрунтується на принципах особистої автономії, поваги до людської гідності та свободи від небажаних зовнішніх втручань. В умовах стрімкого розвитку медичних технологій, що дозволяють підтримувати життєдіяльність людини навіть у критичних станах, це право дедалі частіше стає предметом гострих дискусій на перетині юриспруденції, біоетики та моральної філософії.

Соматичні права, що охоплюють право на фізичну цілісність та тілесну недоторканність, є невід'ємною складовою фундаментальних прав людини, закріплених у ключових міжнародно-правових документах, зокрема в Загальній декларації прав людини та Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод [13, с. 302]. Право на відмову від медичного втручання безпосередньо впливає з принципу автономії особистості, відповідно до якого компетентна доросла людина має беззаперечне право самостійно приймати рішення щодо власного тіла, без будь-якого примусу чи тиску. За своєю правовою природою це право належить до категорії «негативних» прав, тобто прав на невтручання, і в цьому сенсі принципово відрізняється від «позитивного» права на отримання медичної допомоги.

У контексті реанімації, право на відмову охоплює ситуації, коли пацієнт може відмовитися від заходів, таких як кардіопульмональна реанімація, вентиляція легенів чи інших заходів, що підтримують життя. Воно ґрунтується на доктрині інформованої згоди, де пацієнт повинен бути повністю поінформований про ризики та альтернативи. Однак, соматичні права не є абсолютними: вони обмежуються, якщо відмова загрожує суспільному здоров'ю, наприклад, у випадках інфекційних хвороб або якщо пацієнт некомпетентний, наприклад, через психічні розлади [14, с. 45].

У системі соматичних прав це право пов'язане з правом на гідну смерть, але відрізняється від евтаназії чи асистованого самогубства, оскільки фокусується на пасивній відмові, а не активних діях. У багатьох юрисдикціях, як у США, воно захищене конституційно чотирнадцятою поправкою, яка гарантує свободу від небажаного медичного втручання. В Європі, ЄСПЛ інтерпретує це як частину права на приватне життя, підкреслюючи, що свобода приймати чи відмовлятися від лікування є ключовою для самовизначення [15, с. 56-61].

Право на відмову від медичного лікування законодавчо закріплене в багатьох країнах, з акцентом на «advance directives» - юридичні документи, які дозволяють людині заздалегідь визначити своє волевиявлення щодо медичної допомоги, яку вона бажає отримати, або яку не бажає, якщо стане недієздатною, та попередні заяви про відмову від реанімації. У США, з 1990 року після справи *Cruzan v. Director, Missouri Department of Health*, Верховний суд визнав конституційне право на відмову від життєзабезпечувальних заходів включаючи харчування та гідратацію, за умови чіткого волевиявлення. Кожен штат має закони про «advance directives» такі як «living wills» та тривалі довіреності на медичні рішення [16, с. 80].

У ЄС підходи варіюються. У Німеччині закон про попередні розпорядження від 2009 року дозволяє пацієнтам фіксувати відмову від лікування, включаючи відмову від реанімації, з обов'язковою перевіркою на компетентність. У Великобританії закон про психічну дієздатність регулює попередні рішення про відмову від лікування, з акцентом на дотримання інтересів для некомпетентних пацієнтів. У Нідерландах та Бельгії право розширене до евтаназії для термінальних хворих, але базове право на відмову закріплене в законах про пацієнтські права. У Канаді закон про медичну допомогу при смерті від 2016 року дозволяє відмову та активну допомогу в смерті для термінальних пацієнтів, з розширенням критеріїв у 2021 році. У Туреччині право на відмову існує, але з обмеженнями, і потребує реформ для кращого захисту [3, с. 208].

Відмова від реанімаційних заходів. Право людини відмовитись від медичного втручання, включно з реанімаційними заходами, є складним морально-правовим питанням, у якому перетинаються принципи автономії, гуманності та професійного обов'язку лікаря. У більшості правових систем світу реанімаційні дії вважаються невідкладними і спрямованими на збереження життя за будь-яких умов. Втім, право людини на самовизначення включає також можливість відмовитись від заходів, які продовжують біологічне існування без надії на відновлення життєвих функцій

або свідомості. З моральної точки зору примусова реанімація пацієнта, який свідомо відмовився від неї, може розглядатися як порушення його гідності. Це особливо стосується випадків, коли такі дії лише продовжують страждання або підтримують життя у стані, несумісному з людською свідомістю [1, с. 45].

Юридично проблема полягає у відсутності чітких процедур, що дозволяють зафіксувати волю людини щодо відмови від реанімації. У багатьох країнах це вирішується через документ, відомий як *Do Not Resuscitate Order* письмове волевиявлення пацієнта, що зобов'язує медичний персонал утриматись від реанімаційних заходів у разі клінічної смерті [2, с. 215]. В Україні подібний механізм не має законодавчого закріплення, тому лікар, який не здійснить реанімацію, може бути притягнутий до відповідальності, навіть якщо діяв згідно з бажанням пацієнта. Етична дилема в цьому випадку полягає в суперечності між лікарським обов'язком рятувати життя і повагою до волі людини.

Визнання права на відмову від реанімації не означає знецінення життя, навпаки – це визнання того, що життя має сенс лише тоді, коли воно зберігає гідність і свідомий вимір. Якщо медичне втручання лише продовжує процес вмирання, а не відновлює здоров'я, воно може перетворитися на форму насильства над людиною. Тому, вважаємо, у правовій державі необхідно забезпечити механізм, який дозволить пацієнтові заздалегідь визначити межі допустимого втручання. Це не заперечує гуманізм медицини, а навпаки – надає йому морального сенсу, перетворюючи лікаря на партнера у збереженні людської гідності навіть у момент смерті.

Відмова пацієнта від лікування смертельних хвороб. Відмова пацієнта від лікування невиліковної або смертельної хвороби є проявом автономії особистості, яка визнає за собою право приймати рішення щодо власного тіла, страждань і тривалості життя. З морального погляду таке рішення може сприйматись як прагнення зберегти гідність у ситуації, коли медицина більше не здатна вилікувати, а лише продовжує агонію. Юридично це питання пов'язане з правом на інформовану згоду, адже людина може свідомо відмовитись від лікування лише тоді, коли повністю розуміє наслідки свого вибору.

Лікар зобов'язаний надати пацієнтові всю інформацію про стан здоров'я, можливості терапії, прогноз і потенційні страждання, які може спричинити як лікування, так і його відсутність. Така прозорість забезпечує свободу вибору і знімає з лікаря частину моральної відповідальності. Втім, у практиці часто виникають конфлікти, коли медики, керуючись професійною етикою або страхом юридичної відповідальності, продовжують лікування всупереч бажанню пацієнта. З точки зору права це є порушенням особистої автономії, адже ніхто не може бути примушений до медичного втручання без власної згоди.

Етична сторона проблеми полягає в тому, що відмова від лікування не завжди є проявом безнадії. Часто це усвідомлений вибір людини, яка прагне прожити залишок життя спокійно, поруч із близькими, без болю і примусових процедур. Таке рішення вимагає великої внутрішньої мужності й не повинно сприйматись як заперечення цінності життя. Навпаки, воно може бути виявом поваги до нього – розумінням, що життя не вимірюється тривалістю, а гідністю і змістом [1, с. 80].

В той же час, на наш погляд, у правовій системі важливо закріпити механізми, які б дозволяли людині офіційно оформити відмову від лікування, щоб медичний персонал не опинявся перед вибором між законом і совістю. Водночас держава має гарантувати доступ до паліативної допомоги, психологічної підтримки та знеболення, щоб відмова від лікування не була вимушеною через біль або безвихідь. У такому підході поєднуються гуманізм, свобода і повага до людської гідності.

Рішення родичів щодо лікування недієздатних осіб. Ситуації, коли рішення про лікування або його припинення приймають родичі недієздатної особи, належать до найскладніших як у правовому, так і в моральному вимірі. Недостатність волевиявлення самого пацієнта створює загрозу того, що рішення родичів буде визначене не інтересами хворого, а власними переконаннями, емоціями або навіть матеріальними мотивами. З правового погляду такі рішення повинні ґрунтуватися виключно на принципі «найкращих інтересів пацієнта» - тобто на тому, що відповідає його гідності, стану здоров'я і реальним шансам на покращення [1, с. 121].

Моральна дилема полягає в тому, що навіть близькі люди не можуть повністю відчути межу між боротьбою за життя і продовженням страждання. Часто родичі прагнуть «утримати» людину будь-якою ціною, бо не готові прийняти втрату. Однак така позиція може бути суперечливою, якщо пацієнт перебуває у вегетативному стані або в стані незворотного ураження мозку. З етич-

ного погляду продовження лікування у таких випадках може розглядатись як порушення права людини на гідне помирання [13, с. 302].

Отже, скоріш за все, юридично необхідно встановити механізми контролю, які б гарантували, що рішення родичів приймаються об'єктивно, із залученням лікарів, етичних комісій чи суду. В ідеалі кожна людина повинна мати можливість за життя визначити довірену особу, яка прийматиме рішення щодо медичного втручання у разі втрати нею дієздатності. Така практика, поширена в розвинених державах, дозволяє уникати конфліктів і забезпечує повагу до волі людини навіть тоді, коли вона не може її висловити.

Морально суспільство повинно виховувати повагу до гідності навіть безпомічних осіб, визнаючи, що продовження життя за будь-яку ціну не завжди є проявом любові чи турботи. Іноді найбільш гуманним рішенням є дозвіл на природне завершення життя без болю і приниження. Баланс між співчуттям, правом і мораллю у таких ситуаціях визначає справжню зрілість суспільства та його здатність поважати не лише життя, а й людяність у його завершенні [3, с. 210].

В свою чергу, у США суттєво розвинена система *advance directives* та *DNR*-розпоряджень, яка дозволяє особі заздалегідь визначити медичні рішення на випадок втрати дієздатності. Наприклад, федеральне положення *Patient Self-Determination Act (PSDA)* 1990 р. зобов'язує медичні заклади повідомляти пацієнта про право на оформлення таких документів, коли його госпіталізують. *Advance directive* включає «*living will*» (завчасне розпорядження), повноваження «*health-care proxy*» (довірена особа для медичних рішень) або інші форми документа. Конкретно щодо *DNR*: це письмове розпорядження, яке фіксує, що пацієнт не бажає проходити реанімацію у разі зупинки серця чи дихання. У різних штатах існують свої форми та правила; наприклад, штат Каліфорнія має регламент, що при госпіталізації медзаклад має дозволити пацієнту оформити «*Request to Forego Resuscitative Measures / Advance Health Care Directive / DNR*». Юридично всі ці документи мають силу, але їхня реалізація залежить від того, чи виконано всі формальні вимоги, чи документ знаходиться в медичній карті, чи лікар чи медперсонал отримав його копію. Таким чином, в США пацієнт має широкі можливості фіксації волі з точки зору медичних рішень, а державне/медичне законодавство надає цьому статус [14, с. 88].

У країнах Євросоюзу розвиток механізму *advance directives* також йде, але з меншим рівнем уніфікації на загальноєвропейському рівні. Дослідження показують, що у країнах ЄС існують різні підходи до «завчасних медичних розпоряджень» - деякі держави повністю визнали їх юридично, інші залишають на рівні рекомендацій або етичних стандартів. Європейський суд з прав людини в ряді рішень визнав, що право пацієнта висловити свої переваги щодо медичного втручання має бути враховано як елемент автономії, але країни-члени самостійно визначають форми оформлення. Наприклад, директивні дослідження показують, що документ «*advance directive*» повинен бути чітким, зрозумілим, а призначений для ситуації, коли особа вже втратила здатність ухвалювати рішення. Водночас у багатьох випадках юридична сила таких документів залежить від того, чи є відповідний правовий механізм в окремій країні, як фіксується документ, чи включено його у медичну карту, чи є можливість перегляду чи скасування. Отже, в ЄС механізм існує, але з великою варіативністю: де юридично обов'язковий, де рекомендаційний, де застосовується лише в контексті етичних комітетів [17, с. 101].

В Україні ситуація суттєво відрізняється. На сьогодні немає законодавчо закріпленого механізму, який би на рівні закону дозволив пацієнтові заздалегідь письмово фіксувати волевиявлення щодо медичного втручання, коли він втратить здатність ухвалювати рішення. Законодавство України встановлює, що рішення щодо медичного втручання приймаються самим пацієнтом або законним представником у разі втрати дієздатності, але чітких правил для «завчасних директив» немає. Наприклад, законодавчі акти про охорону здоров'я не містять положень, що дозволяють пацієнту заздалегідь заповнити документ, який зобов'язує медиків безумовно виконати його волю у майбутньому. Водночас Конституція та закони встановлюють право на медичну допомогу, добровільність лікування, охорону гідності, але механізм реалізації волі щодо відмови від лікування чи реанімації – суттєво обмежений. Наприклад, законодавство про охорону здоров'я та медичну допомогу містить загальні положення, але не визначає конкретно форму та юридичну силу такого волевиявлення. Практично це означає, що лікарі, медичні заклади або родичі можуть стикатись з правовою невизначеністю у випадках, коли пацієнт залишив «медичну волю». Науково-правові дослідження в Україні підкреслюють, що інститут «*living will*» (медичний заповіт) у країні має теоретичне обговорення, але не має чіткої правової регламентації [10, 11, 12].

Порівняно, можна виділити кілька ключових відмінностей між підходами: по-перше, у США механізм оформлення волевиявлення є високо розвиненим, оформлюється письмово, часто має спеціальні форми або шаблони, має силу в медичних закладах, включає DNR і advance directive. Наприклад, лікар може внести до медичної картки DNR-розпорядження, що значно підвищує практичну реалізацію волі пацієнта. У країнах ЄС є рух у цьому напрямку, але варіативність велика і залежить від юрисдикції, і навіть там, де документ юридично визнаний, практика може бути, наприклад, добровільною та не примусовою [1, с. 91-100]. В Україні відсутність нормативної бази означає, що пацієнт має права, але механізм їх реалізації щодо заздалегідь оформленого волевиявлення обмежений і менш захищений.

По-друге, із точки зору юридичної сили: у США advance directives та DNR мають значну юридичну силу, хоча й залежно від штату. Медичні заклади зобов'язані інформувати, приймають документи, враховують їх при лікуванні. У ЄС юридична сила варіює: там, де закріплена законодавством – ефект сильніший, але можлива ситуація, коли документ носить рекомендаційний характер [1, с. 104-106]. В Україні юридичні наслідки таких документи відсутні або не визначені, що створює правову невизначеність.

По-третє, із точки зору практики та реалізації: США мають широку практику консультування пацієнтів, застосування таких форм, включення в систему охорони здоров'я [1, с. 110-112]. ЄС робить акцент на автономії та етиці, але реалізація залежить від країни-члена [2, с. 220]. Україна ще не має усталеного практичного механізму: пацієнт може висловити бажання, але медзаклад чи лікар не зобов'язаний слідувати письмовій директиві заздалегідь сформованій.

На наш погляд, ця ситуація має важливі наслідки. З одного боку, високий рівень розвитку механізму в США означає, що пацієнт має значну міру контролю над своїм медичним майбутнім. З іншого, відсутність подібного механізму в Україні означає, що воля пацієнта може залишитись юридично незафіксованою і не буде гарантовано виконана. Це створює ризики: медичні рішення можуть бути прийняті без врахування бажань особи, виникають етичні дилеми для лікарів, родичів і системи охорони здоров'я.

В даному контексті буде доречно розглянути кілька судових прецедентів.

Arskaya v. Ukraine (заява № 45076/05). Справа висвітлює класичну проблему виконання позитивних обов'язків держави щодо охорони життя у сфері медичної допомоги та порядку розслідування смерті, що настала внаслідок можливої медичної недбалості. Факти справи вказують на те, що син заявниці поступив до стаціонару з важкою легеневою інфекцією і абсцесом, йому було запропоновано хірургічні й діагностичні втручання, але він відмовлявся від багатьох процедур. Під час лікування мали місце операційні та організаційні недоліки – неналежний нагляд, помилки в інтерпретації діагностичних даних і запізніле переведення до реанімації, що в сукупності створило обґрунтовані підозри у некоректному наданні допомоги. Родина ініціювала кримінальне та дисциплінарне розслідування, проте національні органи не забезпечили, на думку заявниці, ефективного з'ясування обставин і притягнення винних до відповідальності. ЄСПЛ у цій справі наголошує на двокомпонентній природі державних зобов'язань за статтею 2 Конвенції: по-перше, держава повинна утримуватися від свавільного позбавлення життя, по-друге, вона має позитивні обов'язки – забезпечити ефективну медичну систему та механізми розслідування випадків смерті. Суд ретельно дослідив медичні матеріали і встановив, що національна практика розслідування в цьому випадку не відповідає вимозі ефективності: не було належного, незалежного та оперативного з'ясування причин смерті й оцінки дій медперсоналу. На підставі цього ЄСПЛ констатував порушення процедурної сторони статті 2, оскільки потерпілі не могли отримати реальну правову відповідь на запитання про можливу недбалість у наданні медичної допомоги. Рішення підкреслює, що в системі охорони здоров'я держава не лише гарантує формальне право на життя, а й має організаційні та процесуальні обов'язки: належний клінічний нагляд, стандарти діагностики, протоколи переведення хворих у відділення інтенсивної терапії і, в разі летального результату, ефективні процедури розслідування та можливість притягнення до відповідальності. Практично рішення ЄСПЛ покликало на оновлення підходів у національній практиці: удосконалити системи медичного контролю, стандартизувати процеси розслідування смерті в лікувальних установах і забезпечити потерпілим ефективний доступ до правосуддя, аби запобігти повторенню подібних трагедій [7].

Pindo Mulla v. Spain (заява № 15541/20, Велика Палата, 17.09.2024). Ця справа піднімає складний баланс між державним інтересом у захисті життя та гарантіями автономії і свободи совісті

особи; передбачуваною проблематикою стали завчасні письмові відмови від конкретних медичних процедур (зокрема переливання крові) і способи їхнього урахування лікарями в екстрених умовах. У справі заявниці, мотивована релігійними переконаннями, оформила письмову і документовану відмову від переливання крові, яка була розміщена в її медичній карті та мала бути врахована медичним персоналом. Під час подальшого невідкладного випадку, коли переливання крові було застосовано з огляду на загрозу життю, лікарі не стали керуватися фіксованою письмовою відмовою або, принаймні, не сформували процедуру адекватної перевірки і документування причини невиконання волевиявлення. Велика Палата аналізувала питання в ключі статті 8 (право на приватне життя) у взаємозв'язку зі статтею 9 (свобода думки, совісті та релігії), і дійшла висновку, що хоча держава має обов'язок захищати життя, вона також мусить забезпечити, щоб поважались релігійні переконання і воля пацієнта шляхом надійних процедур, які дозволяють вчасно і безпомилково ідентифікувати і дотримуватись завчасних директив. Суд зробив акцент на процесуальному обов'язку держави: від неї вимагається створення таких механізмів, організаційних алгоритмів та інструкцій для персоналу (включно з контролем за наявністю документів, маркуванням в історії хвороби, алгоритмами дій в екстрених ситуаціях), щоб уникнути ситуацій, коли релігійні або письмові відмови залишаються неврахованими. Рішення Великої Палати встановлює стандарт: держава не може обґрунтовано посылатися винятково на «необхідність рятувати життя» без одночасного надання гарантій того, що виконавці медичної допомоги діяли відповідно до чітких процедур перевірки добровільних відмов і документального фіксування. Суд нагадав, що можливість обмеження свободи совісті впливає з законної і пропорційної мети (захист життя), але такі обмеження мають бути мінімально інвазивні й компенсовані механізмами, що забезпечують повагу до автономії. Рішенням ЄСПЛ було визнано порушення прав заявниці та поставлено завдання державі вдосконалити національні процедури, аби у майбутньому воля пацієнтів у питаннях критичного лікування була надійно захищена й могла бути виконана навіть в умовах невідкладної допомоги [5].

Lambert v. France (заява № 46043/14, Велика Палата, 05.06.2015). Справа Вінсента Ламбера стала ключовою для тлумачення співвідношення між правом на життя та правом на гідну смерть у ситуаціях тривалого і незворотного стану пацієнта, підкресливши «margin of appreciation» держав у регулюванні медичних рішень про припинення штучної підтримки. Після тяжкої травми мозку пан Ламберт перебував у стійкому стані залежності з довготривалим штучним харчуванням; клінічна група і національні органи Франції, керуючись внутрішніми законодавчими й етичними підходами, дійшли висновку, що продовження апаратної підтримки життя було «obstination déraisonnable» – необґрунтованою впертістю — і ухвалили рішення про припинення життєпідтримки за встановленою процедурою. Родичі заперечували, спираючись на заявлені раніше побажання пацієнта, і справа пройшла складний національний та міжнародний розгляд. Велика Палата, розглядаючи справу під кутом статті 2 Конвенції, визнала, що Франція не порушила Конвенцію: національна правова база і процедура, що передбачала участь медиків, етичних консультацій та врахування думок родичів, були достатньо чіткими й забезпечували гарантії для захисту інтересів пацієнта. Суд наголосив, що вирішення таких питань перебуває в зоні широти оцінки держави-члена, оскільки воно вкорінене в національних етичних, правових і медичних традиціях; однак така свобода оцінки не є абсолютною – національні процедури повинні бути ретельними, прозорими, включати медичні обґрунтування, участь незалежних фахівців і належне розглядання наявних висловлених побажань пацієнта. Рішення *Lambert* підтвердило, що припинення «марного» лікування може відповідати Конвенції за умови наявності обґрунтованої, документованої клінічної аргументації і достатніх процесуальних гарантій; ця позиція надалі стала орієнтиром для держав, які регулюють питання припинення штучної підтримки життя, поєднуючи захист життя з повагою до людської гідності та клінічного здорового глузду [6].

Висновки. По-перше, право пацієнта на відмову від медичного лікування та реанімаційних заходів є невід'ємним елементом системи соматичних прав людини та безпосереднім проявом принципу особистої автономії. За своєю правовою природою воно належить до категорії «негативних» прав і ґрунтується на доктрині інформованої згоди, відповідно до якої компетентна доросла особа має беззаперечне право самостійно визначати межі допустимого медичного втручання щодо власного тіла. Аналіз практики Європейського суду з прав людини, зокрема рішень у справах *Arskaya v. Ukraine* (2013), *Lambert v. France* (2015) та *Pindo Mulla v. Spain* (2024), свідчить про те, що це право підлягає захисту в контексті статей 2, 8 і 9 Конвенції про захист прав людини

і основоположних свобод. При цьому ЄСПЛ послідовно підкреслює: держава несе не лише негативний обов'язок утримуватися від свавільного позбавлення життя, а й позитивний обов'язок забезпечити ефективні правові та організаційні механізми, що гарантують реальне врахування волевиявлення пацієнта, зокрема його завчасно висловлених побажань щодо відмови від лікування.

По-друге, порівняльно-правовий аналіз засвідчує суттєву диференціацію у підходах до законодавчого регулювання права на відмову від лікування в різних правових системах. У США цей механізм є найбільш розвиненим: системи *advance directives*, *living wills* та DNR-розпоряджень мають чітку законодавчу основу, підкріплену федеральним *Patient Self-Determination Act* 1990 р. та конституційними гарантіями, підтвердженими Верховним судом у справі *Cruzan v. Director* (1990). У державах-членах ЄС спостерігається значна варіативність підходів: від повноцінного законодавчого закріплення (Німеччина, Нідерланди, Бельгія, Велика Британія) до здебільшого рекомендаційного характеру таких документів. В Україні ж механізм завчасного письмового волевиявлення пацієнта щодо відмови від лікування та реанімації досі не має системного законодавчого закріплення, що породжує правову невизначеність для пацієнтів, їхніх родичів і медичного персоналу та фактично унеможливує реалізацію права на самовизначення у критичних ситуаціях.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Beauchamp T. L., Childress J. F. *Principles of Biomedical Ethics*. 8th ed. New York. 2019. 512 p.
2. Sabatino C. P. The Evolution of Health Care Advance Planning Law and Policy. *The Milbank Quarterly*. 2010. Vol. 88. № 2. P. 211–239. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2010.00596.x>.
3. Andorno R., Biller-Andorno N., Brauer S. Advance Health Care Directives: Towards a Coordinated European Policy? *European Journal of Health Law*. 2009. Vol. 16. № 3. P. 207–227. DOI: <https://doi.org/10.1163/157180909X453053>.
4. Rietjens J. A., van Tol D. G., Schermer M., van der Heide A. Judgement of Suffering in the Case of a Euthanasia Request in the Netherlands. *Journal of Medical Ethics*. 2009. Vol. 35. № 8. P. 502–507. DOI: <https://doi.org/10.1136/jme.2008.028779>.
5. Pindo Mulla v. Spain. URL: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-236065%22%5D%7D>.
6. Lambert and Others v. France, URL: <https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-155352>.
7. Case of Arskaya v. Ukraine. URL: <https://hudoc.echr.coe.int/#%7B%22itemid%22:%5B%22001-170553%22%5D%7D>.
8. Hromovchuk M., Euthanasia and bioethics: correlation issues. *Visegrad Journal on Human Rights*. 2020. № 5. S. 76-80. URL: <https://journal-vjhr.sk/wp-content/uploads/2021/11/VJHR-521-Last.pdf>.
9. Булеца С.Б. Цивільно-правові відносини в галузі медичної діяльності: проблеми теорії та практики : монографія. Ужгород: Поліграфцентр «Ліра», 2015. 600 с.
10. Медичне право : підручник / за заг. ред. С.Б. Булеці, М.В. Менджул. Ужгород: РІК-У, 2021. 720 с.
11. Сенюта І.Я. Медичне право: право людини на охорону здоров'я : монографія. Львів: Астролябія, 2007. 224 с.
12. Стеценко С.Г., Стеценко В.Ю., Сенюта І.Я. Медичне право України : підручник / за заг. ред. С.Г. Стеценка. Київ : Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність», 2008. 507 с.
13. Громовчук М.В., Белов Д.М. Гуманізм як філософсько-правова категорія в умовах формування нової парадигми в праві. *Аналітично-порівняльне право*. №3. 2022. С. 301-310. URL: <https://journal-app.uzhnu.edu.ua/article/view/265072>.
14. Faden R. R., Beauchamp T. L. *A History and Theory of Informed Consent*. New York. 1986. 392 p.
15. Sudre F. *Droit européen et international des droits de l'homme*. 14e éd. Paris: PUF, 2019. 1056 p.
16. Jones R. *Mental Capacity Act Manual*. 8th ed. 2025. 784 p.
17. Buchanan A. E., Brock D. W. *Deciding for Others: The Ethics of Surrogate Decision Making*. 1989. 442 p.
18. Nys H. (ed.). *International Encyclopaedia of Laws: Medical Law*. Alphen aan den Rijn: Kluwer Law International, 2010. 331 p.

19. Белова М.В. Правові механізми запобігання зловживанням у сфері трансплантології в умовах воєнного стану в Україні. *Науковий вісник УжНУ. Серія «Право»*. Випуск 90. 2025. Ч. 5. С. 341-348. URL: <https://visnyk-pravo.uzhnu.edu.ua/article/view/341115>.

Дата першого надходження рукопису до видання: 25.12.2025
Дата прийняття до друку рукопису після рецензування: 20.02.2026
Дата публікації: 5.03.2026

© Белов О.М., 2026

Стаття поширюється на умовах ліцензії CC BY 4.0