

РОЗДІЛ XIII. АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОЇ ПРАВОВОЇ НАУКИ

УДК 342.7:616-082

DOI: <https://doi.org/10.24144/2307-3322.2026.94.4.37>

ПРАВО НА ВІДМОВУ ВІД РЕАНІМАЦІЇ: ПРАВОВИЙ, БІОЕТИЧНИЙ ТА ПОРІВНЯЛЬНИЙ ВИМІРИ

Бєлов О.М.,

*аспірант кафедри конституційного права
та порівняльного правознавства*

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

ORCID: 0009-0005-3272-9896

Бєлов О.М. Право на відмову від реанімації: правовий, біоетичний та порівняльний виміри.

Стаття присвячена дослідженню права пацієнта на відмову від проведення серцево-легеневої реанімації (СЛР) як самостійного суб'єктивного права, що є частиною ширшого права на самовизначення у сфері охорони здоров'я. Актуальність теми зумовлена тим, що в умовах розвитку медичних технологій та зростання тривалості життя населення питання добровільної відмови від реанімаційних заходів дедалі частіше постає як у клінічній практиці, так і в судових залах. Разом з тим у правовій науці ця тема залишається відносно малодослідженою, а національне законодавство більшості держав, у тому числі України, не містить належного спеціального регулювання. Метою статті є аналіз правової природи DNR/DNAR-наказів (наказів «не реанімувати»), виявлення їх місця в системі прав пацієнта, а також порівняльно-правове дослідження підходів різних держав до законодавчого регулювання відмови від реанімації. У статті розглядаються засади автономії пацієнта як наріжного каменя сучасного медичного права і біоетики, правова природа наказу DNR та механізми його реалізації, специфіка регулювання у США, Великій Британії, Німеччині, Франції та Нідерландах. Особлива увага приділяється питанням: чи є право відмовитися від реанімації абсолютним; які гарантії надаються пацієнтам без дієздатності; яка роль заздалегідь складених медичних директив. Аналізується позиція Американської медичної асоціації, Американської кардіологічної асоціації, Ради Комісії з якості медичного обслуговування Великої Британії, а також міжнародні документи – Ов'єдська конвенція Ради Європи та Конвенція про захист прав людини. Окремо розглядаються проблеми несанкціонованого проведення реанімації всупереч наявному DNR-наказу, а також питання совісної відмови медичного персоналу. Автор доходить висновку, що право на відмову від реанімації є конкретизацією принципів поваги до людської гідності та автономії особи, однак потребує чіткої законодавчої регламентації та процедурних гарантій.

Ключові слова: право на відмову від реанімації, DNR-наказ, автономія пацієнта, самовизначення, права пацієнта, право на життя, біоетика.

Byelov O.M. Right to refuse resuscitation: legal, bioethical and comparative dimensions.

The article is devoted to the study of the patient's right to refuse cardiopulmonary resuscitation (CPR) as an independent subjective right constituting part of the broader right to self-determination in healthcare. The relevance of the topic is conditioned by the fact that, against the background of the development of medical technologies and increasing life expectancy, the issue of voluntary refusal of resuscitation is increasingly arising both in clinical practice and in courts. At the same time, this topic remains relatively understudied in legal science, and the national legislation of most countries, including Ukraine, lacks proper special regulation. The purpose of the article is a systematic analysis of the legal nature of DNR/DNAR orders (Do Not Resuscitate/Do Not Attempt Resuscitation), identification of their place in the system of patients' rights, as well as a comparative legal study of approaches of different states to the legislative regulation of refusal of resuscitation. The article examines the foundations of patient autonomy as a cornerstone of modern medical law and bioethics, the legal nature of the DNR

order and mechanisms for its implementation, and the specifics of regulation in the United States, Great Britain, Germany, France, and the Netherlands. Special attention is paid to the questions: whether the right to refuse resuscitation is absolute; what guarantees are provided to patients lacking decision-making capacity; and what role advance medical directives play. The position of the American Medical Association, the American Heart Association, the UK Care Quality Commission, and international documents – the Oviedo Convention of the Council of Europe and the Convention for the Protection of Human Rights are analyzed. The problems of unauthorized CPR performed despite an existing DNR order, as well as issues of conscientious refusal by medical staff, are separately considered. The author concludes that the right to refuse resuscitation is a concretization of the principles of respect for human dignity and personal autonomy, but requires clear legislative regulation and procedural guarantees.

Key words: right to refuse resuscitation, DNR order, patient autonomy, self-determination, patients' rights, end of life, bioethics.

Постановка питання. Розвиток медицини у другій половині XX – на початку XXI століття кардинально змінив уявлення суспільства про смерть і вмирання. Поява та поширення методу серцево-легеневої реанімації (CPR)¹ у 1960-х роках перетворила реанімацію на стандартну медичну процедуру, що за замовчуванням застосовувалася до всіх пацієнтів, у яких зупинилося серце або дихання. Це спричинило принципову правову колізію: як узгодити право пацієнта вирішувати, що відбуватиметься з його тілом, із презумпцією лікарського обов'язку рятувати життя? Відповіддю правової системи стало поступове формування окремого інституту – права на відмову від реанімації, закріпленого у формі DNR-наказу (Do Not Resuscitate) або його функціональних еквівалентів (DNAR, DNACPR)².

Аналіз останніх досліджень свідчить про стійкий науковий інтерес до цієї теми в зарубіжній правовій та біоетичній літературі. Питання правомірності DNR-наказів, їх співвідношення з принципом автономії пацієнта та лікарської евтаназії досліджували Д. Вейсман [1], А. Семюелс [2], С. Міхаловські та В. Мартін [3]. Правові засади відмови від реанімації у Великій Британії в контексті Закону про дієздатність 2005 р. і практики NHS аналізують Г. Боуз та Дж. Херрінг [4]. Порівняльно-правовий аспект, зокрема різницю між підходами США та Великої Британії, висвітлюють дослідження Філіпа Ангра та Левіанді [5], а також О. Гіббс зі співавторами [6]. Міжнародний вимір, включаючи значення Ов'єдської конвенції 1997 р. [7] та законодавства країн ЄС [8], знайшов відображення у порівняльних аналізах Ф. Орсіні зі співавторами [9]. Водночас у вітчизняній правовій науці проблематика права на відмову від реанімації практично не досліджена: наявні роботи торкаються цього питання лише побіжно у контексті ширших тем інформованої згоди або права на гідну смерть.

Метою цієї статті є аналіз правової природи DNR/DNAR-наказів, виявлення їх місця в системі прав пацієнта, а також порівняльно-правове дослідження підходів різних держав до законодавчого регулювання відмови від реанімації. На основі заявленої мети, автор вважає за доцільне:

¹ Серцево-легенева реанімація (CPR, від англ. *cardiopulmonary resuscitation*) являє собою комплекс невідкладних медичних заходів, спрямованих на штучне підтримання кровообігу та дихання у особи, в якій настала зупинка серця або припинилося самостійне дихання. У базовому варіанті CPR включає компресії грудної клітки, що механічно замінюють серцевий викид, та штучну вентиляцію легень; розширений протокол передбачає також електричну дефібриляцію, введення вазоактивних препаратів та інтубацію трахеї. З правової точки зору принципово важливо, що CPR є втручанням, яке за своєю природою здійснюється в екстрених умовах, як правило, без попередньої згоди пацієнта, на підставі презумпції згоди на збереження життя, що діє у більшості правових систем. Саме ця презумпція і є тим нормативним тлом, на якому право на відмову від реанімації набуває свого особливого юридичного значення: воно не просто фіксує небажання пацієнта отримати конкретну процедуру, а спростовує законодавчо встановлену за замовчуванням фікцію згоди, вимагаючи від правопорядку спеціального механізму для визнання та виконання такої відмови.

² Наказ «Не реанімувати» (DNR, від англ. *Do Not Resuscitate*) є офіційним медичним розпорядженням, що фіксує волю пацієнта або його законного представника щодо відмови від проведення серцево-легеневої реанімації у разі зупинки серця чи дихання. У клінічній та правовій практиці різних держав цей інструмент функціонує під різними найменуваннями: DNAR (*Do Not Attempt Resuscitation*) – акцентує на тому, що йдеться саме про спробу реанімації, успіх якої не гарантований, тоді як DNACPR (*Do Not Attempt Cardiopulmonary Resuscitation*) точніше окреслює предметну сферу наказу, обмежуючи його виключно заходами CPR і не поширюючи на інші форми інтенсивної терапії. Попри термінологічні відмінності, всі зазначені різновиди виконують єдину правову функцію: вони трансформують абстрактне право пацієнта на відмову від реанімації у конкретний, юридично обов'язковий для медичного персоналу документ, що має бути внесений до медичної документації та дотриманий незалежно від суб'єктивної оцінки лікаря щодо доцільності реанімаційних заходів у конкретному випадку.

(1) розкрити правову природу права пацієнта відмовитися від серцево-легеневої реанімації; (2) простежити еволюцію правового регулювання DNR-наказів у ключових правових системах; (3) виявити міжнародно-правові стандарти у цій сфері; (4) сформулювати висновки щодо перспектив правового регулювання в Україні.

Виклад матеріалу дослідження. Право на відмову від реанімації є конкретизацією значно ширшого принципу автономії пацієнта, який у сучасному медичному праві набув статусу фундаментального. Під автономією у цьому контексті розуміється право особи самостійно приймати рішення щодо власного тіла без зовнішнього примусу та без обмежень, що унеможливають усвідомлений вибір [5]. В юридичній літературі автономія пацієнта концептуалізується насамперед як негативне право – право відхилити будь-яке медичне втручання, у тому числі реанімаційне, а не як позитивне право вимагати будь-якого лікування [10].

Відзначимо, **принцип автономії пацієнта** сформувався як одна з центральних доктрин сучасної біоетики та медичного права у другій половині XX століття, насамперед як реакція на патерналістську модель лікар-пацієнт, що домінувала в попередні епохи. В межах патерналізму лікар виступав носієм авторитетного знання і приймав рішення замість хворого, керуючись виключно медичними міркуваннями. Переосмислення цієї моделі відбулося під впливом розвитку концепції прав людини, поширення ліберальної філософії особистої свободи та резонансних судових справ, які поставили під сумнів правомірність нав'язаного лікування. Результатом стало утвердження погляду, згідно з яким пацієнт є не об'єктом медичного втручання, а суб'єктом із власною волею, цінностями та правом на самовизначення у питаннях, що стосуються його тіла і здоров'я.

В свою чергу, у своєму нормативному змісті принцип автономії пацієнта охоплює кілька взаємопов'язаних правомочностей: право на отримання повної та достовірної інформації про стан здоров'я, право на усвідомлену згоду на будь-яке медичне втручання, а також, що особливо важливо, право відмовитися від запропонованого лікування чи процедури навіть за умови, що така відмова суперечить медичним рекомендаціям або несе ризик для життя. Саме в цій останній правомочності принцип автономії виявляє свою найбільш радикальну і водночас найбільш дискусійну грань: право пацієнта на відмову стикається з етичним обов'язком лікаря зберігати життя, породжуючи колізію, яку неможливо вирішити без чіткого правового регулювання.

Американська медична асоціація (АМА) у своїй Кодексі медичної етики, думка 5.4, прямо вказує: «Етичне зобов'язання поважати автономію та самовизначення пацієнта вимагає від лікаря поважати рішення про відмову від лікування, навіть якщо таке рішення призведе до смерті пацієнта» [11]. Ця позиція логічно випливає з того, що реанімація є єдиною медичною процедурою, яка застосовується за замовчуванням і для відмови від якої необхідне спеціальне юридичне оформлення [10].

Еволюція правового ставлення до реанімації відбувалася поступово. У 1960-х роках вона розглядалася як загальнообов'язкова медична відповідь на зупинку серця. Вже у 1974 р. Американська кардіологічна асоціація визнала, що значна частина пацієнтів виживала після реанімації зі стійкими порушеннями здоров'я, і рекомендувала лікарям документувати відмову від неї за згодою пацієнта [12]. Штат Нью-Йорк у 1988 р. став піонером законодавчого регулювання: прийнятий там закон встановив загальну презумпцію згоди на реанімацію, але водночас легалізував право пацієнта у письмовій формі відмовитися від неї [10]. Подібна модель з часом поширилася на інші штати США та зарубіжні правові системи.

Принципово важливим є розмежування між DNR як суто клінічним рішенням лікаря та DNR як правовим інструментом реалізації волевиявлення пацієнта. У правовій традиції Великої Британії наказ «не реанімувати» (DNACPR) завжди вважався клінічним рішенням лікаря, проте в умовах зміцнення концепції автономії пацієнта акцент усе більше зміщується на добровільний вибір самого пацієнта [2]. Показово, що британський науковець А. Семюелс, аналізуючи правомірність DNR-наказів, наголошує: якщо пацієнт зберіг дієздатність, він має бути проконсультований, а його автономія, гідність і рішення безумовно поважатися [2].

Таким чином, право на відмову від реанімації є суб'єктивним правом пацієнта, що входить до системи прав на самовизначення в охороні здоров'я, і реалізується шляхом оформлення DNR/DNAR-наказу або внесення відповідного положення до задалегідь складеної медичної директиви (*advance directive*). Разом з тим зазначене право не є абсолютним: воно потребує наявності дієздатності особи та дотримання встановленої процедури, а у певних ситуаціях може конкурувати з обов'язком лікаря діяти в найкращих інтересах пацієнта, що й породжує найгостріші правові колізії.

Аналіз окремих прикладів з зарубіжного законодавства свідчить про значну різноманітність підходів до правового регулювання відмови від реанімації, зумовлену відмінностями у правових традиціях, культурних цінностях та рівнях розвитку систем охорони здоров'я.

Так, зокрема, у Сполучених Штатах Америки склалася найбільш розвинена правова база у цій сфері. Федеральний Закон про самовизначення пацієнтів 1990 р. (Patient Self-Determination Act)¹ зобов'язав заклади охорони здоров'я інформувати пацієнтів про їхнє право приймати або відхиляти медичне лікування, у тому числі складати *advance directives* [12]. Реалізація DNR-наказів переважно регулюється законодавством окремих штатів. Зокрема, у Луїзіані внутрішньолікарняний DNR-наказ не є документом, що потребує суворо регламентованої форми, і регулюється передусім локальною лікарняною політикою, тоді як Техас прийняв спеціальні законодавчі акти щодо питань «марності лікування» (*medical futility*) [13]. АМА підкреслює, що DNAR-накази можуть бути прийнятні для будь-якого пацієнта, якому загрожує кардіопульмональна зупинка, незалежно від його віку та від того, чи має він невиліковне захворювання [11].

Великобританія виробила власну концепцію DNACPR, яка базується на загальному праві та Законі про дієздатність 2005 р. (*Mental Capacity Act 2005*). Саме поняття «DNACPR» підкреслює, що йдеться про відмову виключно від серцево-легеневої реанімації, а не від лікування загалом [3]. В той же час, С. Міхаловські та В. Мартін у своєму дослідженні виявили цілий комплекс правових неясностей у британській практиці DNACPR, що загострилися в умовах пандемії COVID-19, коли такі рішення масово застосовувалися до мешканців будинків для літніх людей без належної індивідуальної оцінки [3]. Автори встановили, що рекомендація DNACPR, що ґрунтується на відсутності реалістичних шансів успіху реанімації, є суто клінічним рішенням; натомість якщо CPR може продовжити життя, рішення набуває ціннісного характеру і потребує врахування думки пацієнта [3]. Крім того, у тому ж дослідженні зазначається, що «загальні» рекомендації DNACPR, застосовані до груп людей виключно за ознакою захищеної характеристики, зокрема віку або інвалідності, можуть становити дискримінацію [14].

Схоже дослідження Г. Боуз та Дж. Херрінга, проведене на основі даних 23 трастів Англії, виявило, що 80% пацієнтів, які вмирають у лікарнях, мають рішення DNACPR; під час двох основних хвиль COVID-19 (березень 2020 – січень 2021 р.) кількість таких рішень зростає [4]. Ці дані порушили серйозне питання про баланс між ефективністю та правовою захищеністю пацієнтів.

Продуктивним є і порівняльно-правовий аналіз, проведений вченими Ангтра та Левіанді щодо Великої Британії та Індонезії. Встановлено, що якщо перша має розгалужені правові протоколи, засновані на NHS і Законі про дієздатність 2005 р., то в Індонезії DNR-накази визнаються, але не мають спеціального законодавчого врегулювання через культурні та релігійні стереотипи [5].

Міжнародне порівняльне дослідження практики DNACPR-рішень, проведене О. Гіббс у 2016 р., показало, що навіть серед розвинених правових систем існує значна варіативність у тому, як саме реалізуються чотири фундаментальні принципи медичної етики: повага до автономії пацієнта, благодійність, незаподіяння шкоди та справедливість [6]. Ця варіативність зумовлена культурними відмінностями у розумінні смерті, ролі сім'ї у прийнятті рішень та ставленням до паліативної допомоги.

У Франції право пацієнта погоджуватися або відмовлятися від лікування, у тому числі реанімаційного, було закріплено законом Кушнера 2002 р. (*Loi Kouchner*) після резонансних публічних дискусій [15]. У Нідерландах автономія пацієнта є надзвичайно широкою: голландське законодавство не лише визнає *advance directives*, а й допускає лікарську асистовану смерть за суворих умов [15]. Натомість Німеччина поєднує захист права на самовизначення з концепцією держави загального добробуту: провадження реанімації за наявності заяви пацієнта про відмову кваліфікується як правопорушення [16].

Важливим досягненням у сфері правового регулювання *end-of-life decisions* в Європі стало прийняття Ов'єдської конвенції 1997 р. – єдиного міжнародно-правового документа, що є обов'язковим у галузі захисту прав людини у біомедичній сфері [7]. Конвенція закріплює принципи поваги до гідності та ідентичності людини, а також гарантії для кожного без дискримінації. Разом з тим,

¹ Закон про самовизначення пацієнтів (PSDA) був прийнятий Конгресом Сполучених Штатів у 1990 році як поправка до Закону про комплексне узгодження бюджету 1990 року. З 1 грудня 1991 року цей закон зобов'язував лікарні, будинки для людей похилого віку, агентства домашнього догляду, хоспіси, організації з підтримки здоров'я (НМО) та інші заклади охорони здоров'я надавати інформацію про попередні медичні директиви дорослим пацієнтам під час їх надходження до медичного закладу.

незважаючи на її рамковий характер, прямого регулювання DNR-наказів документ не містить, залишаючи простір для відмінних національних рішень.

Порівняльне дослідження Ф. Орсіні щодо правового регулювання кінця життя в Європі констатує суттєву строкатість законодавчих підходів: різні держави мають відмінні інтерпретації поняття інформованої згоди, права відмовитися від лікування, права на здоров'я та самовизначення [9]. Це призводить до феномену «медичного туризму» – пошуку сприятливого правового середовища пацієнтами, чий бажання не можуть бути реалізовані на батьківщині [9]. У тому ж дослідженні наводяться дані щодо того, що лише 15 з 28 держав-членів ЄС розробили спеціальні норми про заповіді щодо лікування [8], що свідчить про нагальну потребу у гармонізації відповідного законодавства.

Правова теорія і клінічна практика виявляють кілька ключових проблемних вузлів, що потребують окремого правового аналізу.

Перший – це питання про дієздатність пацієнта та порядок прийняття рішень за її відсутності. Якщо пацієнт зберігає повну дієздатність, його рішення відмовитися від реанімації не викликає принципових правових ускладнень, воно підлягає беззаперечному виконанню. Складніша ситуація виникає тоді, коли особа не може самостійно висловити свою волю. У цьому випадку правові системи розробили два основні механізми: інститут представника рішень (*surrogate decision maker*) та *advance directive*. Зокрема, АМА наполягає на тому, що DNAR-наказ для пацієнта без дієздатності, але за наявності представника, має бути погоджений саме з таким представником; у разі ж відсутності як дієздатності пацієнта, так і будь-якого представника – рішення лікар приймає самостійно, виходячи з принципу найкращих інтересів пацієнта [11]. Британський Закон про дієздатність 2005 р. будує схожу систему, визначаючи ієрархію осіб, уповноважених приймати рішення замість пацієнта.

Другий проблемний аспект – несанкціоноване проведення реанімації всупереч чинному DNR-наказу. Це явище виявилось надзвичайно поширеним, особливо в контексті виїзду бригад швидкої допомоги. Японське дослідження 2024 р. К. Кюрода зафіксувало численні випадки проведення небажаної для пацієнта СЛР у позалікарняних умовах, незважаючи на наявність наказу DNAR, та виявило комплекс причин цього явища: відсутність доступу до документів, юридична невизначеність, надмірна обережність рятувальників та відсутність належного навчання [17]. Автори наполягають на потребі в освітніх, системних і законодавчих реформах задля захисту права пацієнта на відмову від реанімації [17].

Третя проблема пов'язана з правовим регулюванням DNR-наказів під час операційних та інших інвазивних процедур, коли пацієнт свідомо обирає хірургічне лікування, але зберігає бажання не бути реанімованим у разі ускладнень. П. Нандхабалан зі співавторами акцентують на тому, що саме в умовах відділень інтенсивної терапії розрив між теорією та практикою DNACPR є найбільш відчутним, а забезпечення справжньої автономії пацієнта є надзвичайно складним через суттєві відмінності у рівні медичної грамотності та здатності клініцистів делікатно донести відповідну інформацію [18].

Четвертим викликом є питання совісної відмови медичного персоналу. Р. Берген та Дж. Скідмор у своєму дослідженні розглядають ситуації, коли глибоко усвідомлені етичні переконання клініцистів вступають у суперечність із законом, інституційною політикою або рішеннями пацієнтів, у тому числі щодо спроб реанімації [19]. Автори констатують, що лікар може совісно відмовитися діяти відповідно до медичного вибору пацієнта у тих випадках, коли виконання такого рішення, на думку лікаря, призведе до передчасної або невиправданої смерті [19]. Разом з тим такий підхід потребує чіткого правового врегулювання задля забезпечення балансу між правом на свободу совісті медичного працівника та правом пацієнта на реалізацію прийнятого рішення.

Правовий аналіз засвідчує також вагомість питань, пов'язаних із проблемою «марності лікування» (*medical futility*). Дж. Люс та Е. Алперс наголошують, що автономія залишається першочерговим правовим принципом навіть тоді, коли більшість критично хворих пацієнтів змушені реалізовувати її через представників [19]. Дослідники вказують, що судова практика у справах про «марність лікування»¹ складається таким чином, що лікарі частіше добиваються кращих правових результатів, якщо відмовляють у безперспективному лікуванні та надалі захищають своє

¹ «Марність лікування» (*medical futility*) – це концепція медичної етики та права, згідно з якою певне медичне втручання є недоцільним, оскільки не здатне принести пацієнту реальної клінічної користі або досягти терапевтичної мети. У контексті реанімації це означає, що СЛР визнається «марною», якщо шанси на відновлення серцевої діяльності або виживання пацієнта є мінімальними чи відсутніми взагалі. Правова дискусія навколо цього поняття полягає в тому, хто має право констатувати «марність» – лікар одноосібно чи лише за згодою пацієнта або його представника.

рішення як таке, що відповідає професійним стандартам [19]. Однак і в цьому випадку автори рекомендують уникати одностороннього прийняття рішень.

Нарешті, особливого значення набуває розмежування між DNR-наказом та евтаназією. Так, зокрема, у дослідженні індонезійських правових та біоетичних проблем зазначається, що право пацієнта відмовитися від реанімації не є рівнозначним евтаназії, оскільки в першому випадку йдеться про відмову від застосування конкретної медичної процедури, а в другому – про активне спричинення смерті [20]. У американській правовій науці це розмежування також чітко проводиться: Дж. Нафзігер відносить DNR до категорії «пасивного» відхилення від лікування, що глибоко вкоренилося як у біоетиці, так і в медичній науці, і принципово відрізняється від активної лікарської асистованої смерті [21].

Висновки. По-перше, право на відмову від реанімації є конкретизацією принципу автономії пацієнта та права на самовизначення у сфері охорони здоров'я. За своєю природою це суб'єктивне негативне право – право відхилити конкретне медичне втручання (СЛР), яке за відсутності спеціального волевиявлення пацієнта застосовується за медичним замовчуванням. Реалізується це право шляхом видачі DNR/DNAR-наказу або включення відповідного положення до advance directive.

По-друге, порівняльно-правовий аналіз засвідчує значну варіативність національних підходів: від розгалуженого федерального та загальнофедерального законодавства США із потужною процедурною захищеністю пацієнта до відсутності спеціального регулювання у більшості держав-членів ЄС і в Україні. Спільним знаменником усіх розглянутих систем є поступове зміщення акценту з патерналізму до автономії та поваги до волі пацієнта.

По-третє, міжнародно-правовий рівень регулювання все ще залишається недостатнім. Так, Ов'єдська конвенція 1997 р. заклала загальні засади, але не містить спеціального регулювання DNR-наказів. Відсутність обов'язкових міжнародних стандартів призводить до фрагментарності та несумісності національних підходів, зокрема у транскордонних ситуаціях.

По-четверте, право на відмову від реанімації є дієвим лише за наявності чітких процедурних гарантій: (а) вимоги індивідуальної (а не «загальної» чи групової) оцінки; (б) надання пацієнту повної та зрозумілої інформації; (в) механізмів реалізації волі особи без дієздатності через представника або advance directive; (г) ефективного захисту від несанкціонованого проведення реанімації всупереч наказу DNR.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Weissman D.E. Do Not Resuscitate Orders: A Call for Reform. *Virtual Mentor (AMA Journal of Ethics)*. 2001. Vol. 3. No. 7. P. 242–246. DOI: 10.1001/virtualmentor.2001.3.7.elce1-0107. URL: <https://journalofethics.ama-assn.org/article/do-not-resuscitate-orders-call-reform/2001-07>.
2. Samuels A. Do not resuscitate: Lawful or unlawful? *Medicine, Science and the Law*. 2022. Vol. 62. No. 2. P. 144–148. DOI: 10.1177/00258024211032799. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8996286>.
3. Michalowski S., Martin W. DNACPR Decisions: *Aligning Law, Guidance, and Practice*. *Medical Law Review*. 2022. Vol. 30. No. 3. P. 434–456. DOI: 10.1093/medlaw/fwac007. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9383715>.
4. Bows H., Herring J. DNACPR decisions during Covid-19: An empirical and analytical study. *Medical Law Review*. 2022. Vol. 30. No. 1. P. 60–80. DOI: 10.1093/medlaw/fwab047. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35029676>.
5. Philip Anggra, Lewiandy. The Urgency of Legal Regulation for Do Not Resuscitate Orders in the Indonesian Healthcare System: A Comparative Study with the United Kingdom. *Journal of Law, Politics and Humanities*. 2024. Vol. 5. No. 1. P. 592–600. DOI: 10.38035/jlph.v5i1.898. URL: <https://dinastires.org/JLPH/article/view/898>.
6. Gibbs A.J.O., Malyon A.C., Fritz Z.B.McC. Themes and variations: An exploratory international investigation into resuscitation decision-making. *Resuscitation*. 2016. Vol. 103. P. 10–16. DOI: 10.1016/j.resuscitation.2016.01.020. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4879149>.
7. Council of Europe. Convention on Human Rights and Biomedicine (Oviedo Convention), ETS No. 164. Oviedo, 1997. URL: <https://www.coe.int/en/web/human-rights-and-biomedicine/oviedo-convention>.
8. Porcar Rodado E., Peral Sanchez D., Gisbert Grifo M. Advance Directives. Comparison of current legislation within the European Union. *Spanish Journal of Legal Medicine (Revista Española de Medicina Legal)*. 2021. Vol. 47. No. 2. P. 66–73. DOI: 10.1016/j.remle.2020.05.011. URL: <https://www>.

- elsevier.es/en-revista-spanish-journal-legal-medicine-446-articulo-advance-directives-comparison-current-legislation-S2445424921000121.
9. Orsini F., Cioffi A., Cipolloni L. et al. Towards a European End-of-Life Regulation: A *Necessary Analysis*. *Healthcare*. 2025. Vol. 13. No. 2. Art. 130. DOI: 10.3390/healthcare13020130. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11764540>.
 10. Baergen R.N., Skidmore J. Conscience at the End of Life. *Nursing Reports*. 2024. Vol. 14. No. 4. P. 4091–4108. DOI: 10.3390/nursrep14040298. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11676207>.
 11. American Medical Association. Orders Not to Attempt Resuscitation (DNAR). AMA Code of Medical Ethics, Opinion 5.4. 2016. URL: <https://code-medical-ethics.ama-assn.org/ethics-opinions/orders-not-attempt-resuscitation-dnar>.
 12. Braddock C.H., Clark J.D. Do Not Resuscitate Orders. *Ethics in Medicine*. University of Washington, Department of Bioethics & Humanities. 2022. URL: <https://depts.washington.edu/bhdept/ethics-medicine/bioethics-topics/detail/61>.
 13. Miceli M. Bioethics in Practice: Unilateral Do-Not-Resuscitate *Orders*. *The Ochsner Journal*. 2016. Vol. 16. No. 2. P. 111–112. PMC4896650. URL: <https://www.ochsnerjournal.org/content/16/2/111>.
 14. Autonomy Project. What does the law say about DNACPR recommendations? 2024. URL: <https://autonomy.essex.ac.uk/our-research/dnacpr/what-does-the-law-say-about-dnacpr-recommendations>.
 15. Varahala S. Autonomy on Trial: Trust, Capacity, and the Doctor-Patient Divide in US Bioethics and Law. *Voices in Bioethics*. 2025. Vol. 11. DOI: 10.52214/vib.v11i.13957. URL: <https://journals.library.columbia.edu/index.php/bioethics/article/view/13957>.
 16. German Reference Centre for Ethics in the Life Sciences (DRZE). *Advance Decisions*. Bonn: Universität Bonn, 2024. URL: <https://www.drze.de/en/research-publications/in-focus/advance-decisions>.
 17. Kuroda K., Ito K., Uemura T. Unwanted cardiopulmonary resuscitation against patients' "Do Not Attempt Resuscitation" orders in community settings in Japan: A narrative review. *Geriatrics & Gerontology International*. 2024. Vol. 24. No. 11. P. 1093–1098. DOI: 10.1111/ggi.14993. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11843528>.
 18. Nandhabalan P., de Beer T., Tobin R. et al. Do-not-attempt-cardiopulmonary resuscitation decisions in critical care: The gap between theory and practice. *Journal of the Intensive Care Society*. 2025. DOI: 10.1177/17511437251369306. URL: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/17511437251369306>.
 19. Luce J.M., Alpers A. Legal Aspects of Withholding and Withdrawing Life Support from Critically Ill Patients in the United States and Providing Palliative Care to Them. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2000. Vol. 162. No. 6. P. 2029–2032. DOI: 10.1164/ajrcm.162.6.1-00. URL: <https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/ajrcm.162.6.1-00>.
 20. Medicolegal Bioethics Study Regarding Refusal of Cardio Pulmonary Resuscitation Stated in the Do-Not-Resuscitate Form. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research (Proceedings ICOSHIP-2020)*. Atlantis Press, 2021. DOI: 10.2991/assehr.k.210401.076. URL: <https://doi.org/10.2991/assehr.k.210401.076>.
 21. Nafziger J.A.R. The Law and Bioethics of End-of-Life Decisions. *The American Journal of Comparative Law*. 2022. Vol. 70. Suppl. 1. P. i394–i416. DOI: 10.1093/ajcl/avac013. URL: https://academic.oup.com/ajcl/article/70/Supplement_1/i394/6597036.
 22. Bielova M., Byelov D. Transhumanism as a legal category. *Visegrad Journal on Human Rights*. Issue 6. 2023. p. 6-12. URL: <https://journals.uran.ua/journal-vjhr/article/view/299311>.
 23. Белова М.В., Белов Д.М., Гуманістичні засади правової системи: діалектика теорії та практики в умовах сучасних викликів. *Аналітично-порівняльне правознавство*. № 5. 2024. С.933-939. DOI: <https://doi.org/10.24144/2788-6018.2024.05.143>.

Дата першого надходження рукопису до видання: 11.03.2026
 Дата прийняття до друку рукопису після рецензування: 23.04.2026
 Дата публікації: 10.05.2026