



*Комітет медичного і фармацевтичного права та біоетики  
Національної асоціації адвокатів України*

*Регіональна організація в підтримку права людини на гідну смерть (2006р.)*

## **БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЕЙТАНАЗІЇ ТА СУМІЖНИХ З НЕЮ ЯВИЩ В УКРАЇНІ**

**Матеріали круглого столу з міжнародною участю  
м. Київ, 18 грудня 2018 року**



*Біоетичні аспекти правового регулювання ейтаназії та інших суміжних з нею явищ в Україні:  
матеріали круглого столу з міжнародною участю, м. Київ, 18 грудня 2018 року*

Комітет медичного і фармацевтичного права та біоетики  
Національної асоціації адвокатів України

Регіональна організація в підтримку права людини на гідну смерть (2006 р.)

**БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЕЙТАНАЗІЇ  
ТА СУМІЖНИХ З НЕЮ ЯВИЩ В УКРАЇНІ**

**Матеріали круглого столу з міжнародною участю  
м. Київ, 18 грудня 2018 року**

**Київ, 2018**

*Біоетичні аспекти правового регулювання ейтаназії та інших суміжних з нею явищ в Україні:  
матеріали круглого столу з міжнародною участю, м. Київ, 18 грудня 2018 року*

Редактор: Я.О. Триньова

**Біоетичні аспекти правового регулювання ейтаназії та суміжних з нею явищ в Україні: матеріали круглого столу з міжнародною участю, м. Київ, 18 грудня 2018 року / за редакцією Я.О. Триньової. – Київ, 2018. - 105 с.**

© Оформлення. Я.О. Триньова

## ЗМІСТ

<b>Переднє слово</b> .....	5
<i>Гардашук Тетяна Василівна</i> <b>На межі життя й смерті: дискусійні обшири</b> .....	7
<i>Мишаткіна Тетяна Вікторівна</i> <b>Право человека на смерть</b> .....	17
<i>Майданик Роман Андрійович</i> <b>Еутаназія і правові способи припинення життя людини з власної волі</b> .....	32
<i>Москаленко Катерина Вікторівна</i> <b>Припинення життя новонароджених з вадами розвитку: досвід та судова практика США</b> .....	36
<i>Глушков Валерій Олександрович</i> <b>Эвтаназия: социологические и правовые аспекты</b> .....	40
<i>Грищук Віктор Климович</i> <b>Еутаназія: кримінально-правова оцінка</b> .....	54
<i>Куц Віталій Миколайович</i> <b>Кримінально-правове забезпечення в Україні права людини на гідне закінчення життя</b> .....	71
<i>Тупельняк Ігор Іванович</i> <b>Право на життя та смерть в контексті практики Європейського суду з прав людини</b> .....	73
<i>Триньова Яна Олегівна</i> <b>Перспективи правового врегулювання позбавлення життя іншої людини на прохання в Україні. Проект Закону України «Про забезпечення дотримання права людини на гідне закінчення життя» та внесення відповідних змін до пов'язаних з ним нормативно-правових актів. ....</b>	77
<b>Висновки</b> .....	103

## **Переднє слово.**

Право на життя людини є однією з основних гарантованих Конституцією цінностей нашого суспільства. У роздумах про нього рідко залишається місце питанням якості життя та гідного його закінчення. Ігнорування цього важливого аспекту проблеми призводить до абсолютизації будь-якого життя, у тому числі й незносного через певні причини і тому небажаного, а також до фактичного перетворення права на життя в обов'язок жити. Тоді постають питання: благом чи тягарем є незносне, не гідне людини «життя»; чи допустиме усвідомлене припинення такого «життя» його носієм; як розцінювати з точки зору моралі й права допомогу інших осіб у припиненні чужого життя на прохання його носія тощо.

У людства відсутня консолідована відповідь на означені питання. Не існує єдиної позиції з цього приводу й серед міжнародних правозахисних організацій. Лише одна з них чітко проголошує та відстоює на міжнародному рівні особисте право людини не лише на життя, але й на його припинення за виключних обставин. Це – Всесвітня організація в підтримку права людини на смерть (World Federation of Right To Die Societies), заснована в 1980 році, яка складається з 51 організації, що представляють 26 країн світу. Наша країна поки до неї не входить. Зате в Україні з 2006 року існує громадська організація в підтримку права людини на гідну смерть<sup>1</sup>, яка в міру своїх можливостей відслідковує діяльність вказаної Всесвітньої організації та здійснює відповідну інформаційну й правотворчу діяльність на вітчизняних теренах.

---

<sup>1</sup> Регіональну організацію в підтримку права людини на гідну смерть, зареєстровано 22.12.06 року. Остання є єдиною в Україні та на пострадянському просторі подібною організацією. Її засновником та керівником є Триньова Яна Олегівна.

Право на припинення власного життя у виключних випадках зумовлює доцільність визнання ще одного незвичного для України права – права на позбавлення життя іншої людини на її прохання чи за рішенням уповноважених суб'єктів, близьких осіб чи суду. В різних формах (ейтаназія, ортаназія, самогубство асистоване лікарем) таке право на законодавчому рівні визнане в таких державах як: Бельгія, Франція, Ізраїль, Колумбія, Канада, Нідерланди, США (штати Орегон, Каліфорнія), Швейцарія, автономне утворення Андалузія в Іспанії. Широкі дебати щодо легалізації ейтаназії або інших форм припинення життя на прохання його носія ведуться у Великій Британії, Греції, Італії, Іспанії, Росії. Деякі країни як альтернативу легалізації ейтаназії виокремили привілейований склад злочину – вбивство із співчуття (Грузія, Данія, ФРН, Молдова, Польща, тощо).

Євроінтеграційні зусилля України обумовлюють врахування міжнародного досвіду і в зазначеній сфері. З огляду на тенденцію до поширення легалізації ейтаназії на європейських теренах, Україні також необхідно готуватись до вирішення цього питання. Як і в багатьох інших незвичних для пострадянської України сферах, зокрема в протидії торгівлі людьми, відмиванню злочинних доходів, катуванням, домашньому насильству, корупції тощо, спочатку доцільно провести відповідну інформаційну кампанію з метою ознайомлення істеблішменту та широких мас із сутністю проблеми, що одночасно усуне викривлене уявлення про неї.

Засідання круглого столу на тему «Біоетичні аспекти правового регулювання ейтаназії та суміжних з нею явищ в Україні» є першим зібранням фахівців з правового забезпечення реалізації права людини на гідне закінчення життя в межах зазначеної кампанії.

Спонукою до проведення цього заходу стало різне розуміння українськими науковцями та широким загалом термінології, що вживається в

межах вказаної теми. У свою чергу, це призводить до неадекватного відображення дійсності в зазначеній сфері життєдіяльності суспільства та зумовлює певний острах перед нею. Відтак, метою заходу проголошено напрацювання загального філософського та медико-юридичного понятійного апарату для проведення подальших теоретичних розвідок за темою, а також відповідної правотворчої та просвітницької діяльності.

*Засновник та голова ГО  
«Регіональна організація в підтримку  
права людини на гідну смерть»  
к.ю.н., доцент, адвокат*

*Яна Триньова*

**Гардашук Тетяна Василівна**

*доктор філософських наук, провідний науковий співробітник, в.о.завіддіом  
логіки та методології науки Інституту філософії імені Г.С.Сковороди НАН  
України, м.Київ, e-mail:gardashuk@gmail.com*

**НА МЕЖІ ЖИТТЯ Й СМЕРТІ: ДИСКУСІЙНІ ОБШИРИ**

Питання ейтаназії, що в перекладі з грецької означає «хороша смерть» і яку найбільш загально визначають як припинення життя на прохання людини з метою позбавлення її від нестерпного болю, психологічних і фізичних страждань, давно є темою гострих суспільних дискусій, а в деяких країнах ейтаназія вже стала частиною легальних медичних практик. В Україні ці питання почали вноситися в публічний дискурс відносно недавно. З одного боку, ейтаназія може розглядатися як частина фундаментального антропологічного, екзистенціального та соціального питання про те, якою має бути турбота про людину в пограничному стані між життям і смертю і яким має бути завершення земного шляху людини. З іншого боку, ейтаназія – це складна, комплексна проблема, в якій можна виділити не претендуючи при цьому на повноту, такі аспекти:

- біоетичні;
- екзистенційні;
- медичні та медико-етичні;
- медико-технологічні;
- соціальні;
- етнокультурні та релігійні;
- комунікативні;
- економічні;



- правові;
- психологічні.

Метою цієї статті є стисло окреслити зазначені грані проблеми для обговорення її в умовах реалій українського суспільства.

**Біоетичні аспекти** ейтаназії стосуються визначення життя як внутрішньої, справжньої, найвищої цінності (intrinsic value), яка слугує «золотим стандартом етики» і якій підпорядковані всі інші цінності [6, 69]. Всі форми життя, у тому числі й людини, розглядаються як самоцінні, незалежно від прагматичних оцінок людини та у відповідності до світоглядних настанов егалітаризму, еко- та біоцентризму, або життєцентризму. В цьому контексті питання етичності позбавлення життя стосуються не лише людини, а й представників тваринного світу. Зокрема, вони стоять на порядку денному в дискусіях про етичне поводження з тваринами в ветеринарних практиках, під час біомедичних досліджень, способів контролю чисельності популяцій бездомних тварин в містах і селах (роман Дж.М.Кутзее «Безчестя»), позбавлення страждань невиліковно хворих домашніх улюбленців (роман Мілана Кундери «Нестерпна легкість буття», де Томаш і Тереза усипляють хворого пса Кареніна) тощо. Ці питання піднімаються на порядок денний представниками зоозахисних рухів, об'єднаннями освітян, біомедиків, ветеринарів. «Хороша смерть» для тварин у таких випадках визначаються як миттєве припинення серцевої та дихальної діяльності, функціонування мозку і смерть без болю та стресу. Така процедура має проводитися на належному професійному рівні та з урахуванням анатомічних і фізіологічних особливостей тварин [3]. Безболісне позбавлення життя тварин може бути темою окремого разлогого дослідження, і тому в подальшому йтиметься про практики ейтаназії стосовно людини.

**Екзистенційні аспекти** ейтаназії стосовно людини пов'язані з визначенням і розумінням сенсу людського життя, «особистісно-екзистенційного самоствердження» людини [1, 142], гідності та автономії особистості тощо, а також а також з визначенням змісту таких категорій як любов, жертівність, страждання, турбота, емпатія, довіра тощо, розгляд який спирається на відповідні філософські традиції та школи.

**Медичні та етико-медичні (або медико-біоетичні) аспекти.** В країнах, де ейтаназія легалізована згідно з законом, її зазвичай визначають як практику припинення *лікарем* (медичним персоналом) життя пацієнта на його прохання (*physician assisted suicide*, або *PAS*) у разі невиліковної хвороби, яка спричиняє нестерпні страждання пацієнта. Цей аспект охоплює: 1) визначення комплексу медичних показань (страждання пацієнта під час лікування, вимоги/бажання пацієнта, вік, перспективи подальшого лікування й одужання) для проведення ейтаназії; 2) умови та методи (напр., активна, пасивна) проведення цієї процедури. В ході ухвалення складних рішень (рішення щодо ейтаназії завжди складні) лікар (медперсонал) консультується з біоетичним комітетом (комісією) відповідного медзакладу або «зовнішніми» біоетиками з метою уникнення конфлікту інтересів і тиску з боку медперсоналу. Біоетики вивчають фактологічну базу та аргументи лікарів і проводять зустрічі з родиною пацієнта, причому представники баоетичного комітету мають репрезентувати і захищати інтереси пацієнта. Важливої ваги в питаннях ухвалення рішення щодо ейтаназії набувають питання взаємодовіри між лікарем і пацієнтом.

Під час медичних показників для проведення ейтаназії не можна виключати питання лікарської помилки стосовно прогнозів одужання чи смерті пацієнта, а також особливості стану самого пацієнта, його поінформованості. Наприклад, пацієнти з онкологічними захворюваннями

найбільше страждають фізично під час інтенсивної терапії і саме в цей період можуть бути найбільш схильними до ейтаназії, як способу позбавлення від страждань, при тому, що матимуть досить високі шанси на одужання. Ейтаназія також хибно може здаватися найпершим і найшвидшим способом позбавлення від страждань.

Пацієнти також мають бути поінформовані про альтернативні способи надання допомоги в межових ситуаціях: хоспісна допомога та контроль болю.

**Медико-технологічні аспекти** пов'язані з новітніми та емерджентними науками і технологіями (NESTs), які впливають на всі сфери життєдіяльності людини та суспільства від початку життя (репродуктивні технології, перспективи редагування геному людини) і до моменту його завершення. Більшість сучасних технологій (підтримка життєво важливих функцій організму, трансплантація органів і тканин, створення штучних органів і тканин тощо) мають на меті продовження життя людини. Разом з тим, розглядається потенціал новітніх технологій для того, щоб допомогти людині гідно завершити її життя. До таких технологій, наприклад, належать комп'ютерні системи, які забезпечують максимальний контроль над процесом помирання [2].

**Соціальні аспекти** охоплюють суспільне сприйняття ейтаназії та ставлення суспільства до ейтаназії відповідно до соціальних норм, цінностей і правил поведінки, прийнятних у тому чи тому суспільстві. Сюди входять ставлення суспільства до поцінування індивідуального життя та смерті, до тяжко та невиліковно хворих, до страждань, розуміння співчуття як суспільної цінності (ставлення до Іншого) тощо.

Суспільна думка відіграє надзвичайно важливу роль для розуміння й сприйняття практики ейтаназії. Так, збільшення цінності людського життя та

зростання нетерпимості до втручання сторонніх осіб у перебіг індивідуального життя та скорочення його тривалості є морально-етичним результатом пережитих людських втрат і моральних потрясінь під час Другої світової війни та Голокосту [5]. Водночас упродовж останніх декад суттєво зросли стандарти якості життя та можливості медицини з підтримки здоров'я людей економічно розвинених країн (антіайджінгові проекти аж до обговорення питань людського безсмертя в трансгуманістичному дискурсі), відповідно до яких змінюються уявлення людей про те, як вони *хочуть жити* і як вони *жити не хочуть*. Ілюстрацією до цього може бути роман англійської письменниці Джорджо Мойес «До зустрічі з тобою», де головний герой – молодий забезпечений та освічений чоловік, який після аварії втратив здатність самостійно рухатися, а його життя повністю залежить від оточуючих. Неможливість проводити активний спосіб життя і небажання бути тягарем для інших спонукає його до рішення вдатися до послуги з проведення ейтаназії однієї із клінік у Швейцарії.

Оцінка ставлення суспільства до ейтаназії також передбачає аналіз думки людей, які перебувають у стані повільного помирання від невиліковних захворювань або страждають від інших фізичних та психологічних станів і розмірковують про шляхи припинення цих страждань. Проте, як зазначають соціологи, проведення відповідних соціологічних досліджень серед цієї групи людей дуже ускладнене морально-етичними та емоційно-психологічними чинниками. Те ж саме стосується близьких родичів та оточення цих пацієнтів [5].

Важливою є також думка і ставлення представників медичного співтовариства (лікарів), котрі в західному суспільстві є «агентами» проведення ейтаназії, з одного боку, та покликані зменшити страждання людей, – з іншого. Лікарі сприймаються люди, на яких лягає відповідальність

за ухвалення рішення про завершення людського життя, і які в цьому сенсі наділені додатковою владою над життям Іншого.

**Етнокультурні та релігійні аспекти** тісно пов'язані розглянутими вище соціальними аспектами, але все ж таки потребують окремого аналізу і мають, безумовно, враховуватися. До етнокультурних чинників належать національні традиції й особливості ставлення до народження, життя, старіння й старості, смерті; сімейні та родинні традиції; баланс між взаємозалежністю людей певного кола та автономією особистостей тощо.

**Релігія** розглядає помирання та смерть як важливу частину людського життєвого шляху, як перехід в іншу, духовну сферу, сферу вічного життя і блаженства. Тому більшість релігій не схвалюють евтаназію, а деякі конфесії (наприклад, католицька церква) ставляться до неї вкрай негативно й забороняють, апелюючи до авторитету Бога, послуговуючись судженнями про сакральність, святість та особливість людського життя [8]. На «хорошу смерть», згідно багатьом релігійним догматам, людина має заслужити всім своїм попереднім життям. Водночас земні страждання розглядаються або як розплата за не гідне життя, вчиники чи недостатнє служіння Богу, або як передумова вічного блаженного життя після фізичної смерті.

**Комунікативні аспекти** передбачають способи і форми обговорення питань евтаназії в суспільстві загалом та в його окремих сегментах. Велика відповідальність покладається, зокрема, на засоби масової комунікації. Враховуючи дразливість і делікатність теми евтаназії, експерти констатують, що ЗМІ нечасто «чітко визнають свій обов'язок надавати аудиторії повну картину для того, щоб суспільна думка була насправді поінформована» [5].

**Економічні аспекти** евтаназії видаються найбільш складними для аналізу, бо, на перший погляд, здається, що евтаназія – це насамперед

морально-етична, правова та медична проблема. Насправді думки дослідників з цього приводу суттєво розходяться.

Катастрофічні наслідки запровадження Німецької програми з ейтаназії (*German euthanasia programme*) упродовж 1933–1945 рр. засвідчує небезпеку поєднання етичних та економічних критеріїв, або практикування ейтаназії з прагматичних міркувань економії ресурсів та «створення суспільства з високим рівнем працездатності». Частина дослідників доходять думки, що в сучасному суспільстві обговорення питань ейтаназії має тенденцію до виключення з розгляду будь-яких економічних аргументів [9]. Разом з тим, актуалізація ейтаназії в сучасних західних суспільствах в багатьох випадках є зворотнім боком високої вартості медичних послуг, і тому тема вартості догляду за пацієнтом наприкінці життя не повинна табуватися [12].

Згідно опитуванням, чимала кількість пацієнтів надали б перевагу смерті, ніж відчувати себе моральним і фінансовим тягарем для близьких і дорогих людей [4], і це є другим за значимістю після фізичного болю аргументом, чому вони могли б прийняти для себе рішення про припинення власного життя за допомогою лікарів. Питання про «життя з гідністю» тісно пов'язане з питанням про «вартість життя». Як альтернативу ейтаназії розглядають належну фінансову підтримку програм з хоспісної допомоги вартість якої, втім, значно перевищує вартість процедури асистованого самогубства: 35 доларів препарату для ін'єкції, яка може миттєво припинити життя, проти 35 – 40 тисяч доларів для надання належної турботи наприкінці життя [4].

Вейд Сміт (Wade M. Smith) зауважує, що до ухвалення рішення про асистоване лікарем самогубство можуть бути схильні найбільш вразливі групи пацієнтів – літні люди, люди з інвалідністю, жінки, люди без страховки та з низьким освітнім статусом, бідні, хронічно хворі та пацієнти з

психічними розладами, а також представники расових та етнічних меншин [11]. Пацієнти з недостатнім рівнем матеріального забезпечення можуть прагнути заощадити кошти родини, а пацієнти з важкими хронічними захворюваннями можуть відчувати на собі тиск суспільства через страх бути тягарем для оточуючих, або їм відмовляють у наданні належної паліативної допомоги. Крім того, чимало пацієнтів і їхніх родин відмовляються від паліативної допомоги на користь евтаназії через відчуття неминучої смерті.

Паліативна допомога і евтаназія розглядаються як протилежні, взаємовиключні практики. Відповідно, лікар має зважити, чи буде евтаназія «кращим» рішенням на користь пацієнта порівняно з іншими формами допомоги і турботи. Крім того, завдання лікаря – це не лише зберегти чиєсь життя, а й допомогти покращити здоров'я та самопочуття, зменшити страждання людини.

Евтаназія також розглядається як спосіб попередження самогубств серед пацієнтів [7], які можуть бути більш болісними для пацієнтів і спричинитися до ще більших страждань.

**Правові аспекти** позбавлення життя людини лікарем на їх прохання стосуються законодавчого унормування цих питань і пов'язане з правом громадян контролювати своє життя.

**Психологічні аспекти.** Обговорення питань евтаназії, ухвалення рішень та проведення цієї процедури супроводжується високим градусом емоційності і складними психологічними та емоційними станами всіх сторін.

Для лікаря, котрий за покликанням своєї професії має зберігати життя й покращувати здоров'я людини, евтаназія може видаватися «зрадою професії» та «зрадою клятви Гіппократа». Лікарі, котрі брали участь в проведенні процедури евтаназії, або асистованого лікарем самогубства, зазвичай тяжко переживають цей досвід [10]. Важливим є урахування

психологічного стану пацієнта, оскільки рішення про ейтаназію може прийматися на тлі тяжкої депресії. Професійна психологічна допомога має надаватися на всіх етапах завершення життя людини, коли психологи разом з іншими професіоналами мають вирішувати, чи є рішення пацієнта про асистовану смерть свідомим (раціональним) і автономним, і не прийнятим в стані виліковного психологічного розладу (такого, як депресія) чи під тиском з боку третіх осіб [6].

### **Висновок.**

1) Хоча в Україні питання ейтаназії не є предметом активних суспільних дискусій, уникати його обговорення чи накладати табу на цю тему є хибним.

2) Виносячи питання про позбавлення життя на прохання людини на порядок денний, необхідно брати до уваги складність, дражливість і багатоаспектність цього питання та намагатися максимально забезпечити професійне, комплексне вивчення й обговорення з урахуванням, з одного боку, результатів сучасної науки та практики інших країн, з іншого, – особливостей життя українського суспільства, його етно-культурних та релігійних традицій, стану економіки та рівня добробуту й освіченості населення, стану медицини, правосуддя й можливостей громадського контролю, гуманітарної та біоетичної експертизи тощо.

3) Професійне обговорення ейтаназії та інших форм полегшення стану людей в межових ситуаціях має забезпечуватися відповідними інформаційним супроводом для неупередженого, несенсаційного роз'яснення суспільству різних аспектів цього складного питання.

### **Література:**

1. Табачковський В.Г. Полісутнісне homo: філософсько-мистецька думка в пошуках «неевклідової рефлексивності». – К.: Видавець ПАРАПАН, 2005. – 432 с.
2. Brian Martin. Techniques to pass on: technology and euthanasia. – [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.bmartin.cc/pubs/10bsts.html>



3. Definition of Euthanasia. – [Electronic resource]. – Access mode: <https://vetmed.iastate.edu/vdpam/about/production-animal-medicine/dairy/dairy-extension/humane-euthanasia/humane-euthanasia/definition-euthanasia>
4. Economic Aspects of Euthanasia. – [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.life.org.nz/euthanasia/euthanasiapoliticalkeyissues/economics/>
5. Howarth G., Jefferys M.. Euthanasia: sociological perspectives // British Medical Bulletin. – 1996. – Vol.52/ -- № 2. – P.376-385.
6. Jamieson D. Ethics and the Environment: An Introduction. – Cambridge University Press, 2008. – 221 с.
7. Psychological Perspectives on Euthanasia and the Terminally Ill. An APS Discussion Paper prepared by a Working Group of the Directorate of Social Issues. – [Electronic resource]. – Access mode: <https://www.psychology.org.au/getmedia/c9d330e2-353b-4ed5-9d0a-af8a532feade/Euthanasia-Paper-updated-April-2008.pdf>
8. Religion and Euthanasia. – [Electronic resource]. – Access mode: <http://www.bbc.co.uk/ethics/euthanasia/religion/religion.shtml>
9. Scuffham P.A., Taylor M.J. Economics and decisions to end life: van Acht and Stoker revisited // Applied Health Economics and Health Policy. – 2002. – Vol. 1(3) – P.123 – 128.
10. Stevens K.R. Emotional and psychological effects of physician-assisted suicide and euthanasia on participating physicians. – [Electronic resource]. – Access mode: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16676767>
11. Wade M. Smith. The Ethical and Economic Concerns of Physician. – [Electronic resource]. – Access mode: <https://www.psychology.org.au/getmedia/c9d330e2-353b-4ed5-9d0a-af8a532feade/Euthanasia-Paper-updated-April-2008.pdf>
12. Ward P. R. Health Care Rationing: Can we Afford to Ignore Euthanasia? – [Electronic resource]. – Access mode: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/095148489701000105>

### **Мишаткіна Тетяна Вікторівна,**

*кандидат філософських наук, доцент, професор кафедри соціально-гуманітарних наук Міжнародного державного інституту ім. А.Д. Сахарова Білоруського державного університету, регіональний експерт ЮНЕСКО з біоетики м. Мінськ, Білорусь, e-mail: [mtv\\_2013@tut.by](mailto:mtv_2013@tut.by)*

### **ПРАВО ЧЕЛОВЕКА НА СМЕРТЬ**

Для одних смерть – кара, для других – дар,  
для многих – благо.

*Сенека*

Существует право, по которому мы можем отнять у человека жизнь,  
но нет права, по которому мы могли бы отнять у него смерть

*Фридрих Ницше*

В настоящее время дискуссии вокруг этико-медицинских проблем, связанных со смертью человека, сводятся к противоборству двух главных подходов к пониманию жизни: *концепции качества жизни* ( утилитаристский подход) и *концепции самоценности, святости жизни* [1].

Вместе с тем, признавая жизнь высшей и безусловной ценностью, мы должны признавать и ее естественную и неизбежную конечность. А это вызывает необходимость этико-гуманистического осмысления *умирания* – этой «*пограничной ситуации*» – заключительной фазы жизни [2]. В связи с этим актуальными становятся *проблемы сущности жизни и смерти, определения их критериев и границ*. Именно на этих проблемах делаются сегодня новые акценты в трактовке медицинского гуманизма. Врачи и человечество столкнулись с новой областью объективной реальности: впервые предметом изучения медицины становятся не только болезнь и здоровье (как модусы жизнедеятельности человека), но и сам *процесс умирания*, изучением которого занимается *танатология* [3]. Происходит коренная ломка старых, установившихся понятий, пересматриваются традиционные критерии смерти, что, в свою очередь приводит к появлению новых этических, философских, правовых проблем, связанных с «пограничными ситуациями» жизни человека. Центральной биоэтической, юридической и профессионально-медицинской проблемой (в частности, для принятия решений в реаниматологии, трансплантологии и других манипуляциях с человеческой жизнью) становится выявление критериев и сущности *феномена смерти* — ее *онтологического статуса*.

Прежде всего, что мы называем *смертью*? Является ли смерть биологическим фактом или социальным понятием? Известно, что *смерть* – это прекращение, остановка жизнедеятельности организма. Но смерть – это

не противоположность жизни, не отсутствие жизни, а ее окончание, завершение, это естественный процесс перехода из живого состояния в неживое. Не случайно человечество выработало такие, зачастую шокирующие максимы, как «Жить значит умирать», «Жизнь есть путь к смерти», «Человек рождается, чтобы умереть».

Таким образом, **смерть** – естественное явление, другая сторона жизни человека. Жизнь ограничена зачатием и смертью, и все люди равны перед ее лицом. Поэтому важнейшие этические задачи: во-первых, выработать эмоциональные и рациональные **механизмы защиты** (не от смерти, а от страха перед смертью), во-вторых, обеспечить человеку **право на достойную смерть**. Социальная биоэтика рассматривает это право как такое же *естественное право человека*, как и его право на достойную жизнь.

Возможность *эмоциональной защиты* от страха смерти английский философ Ф. Бэкон видит в том, что «...нет в душе человека даже самой слабой страсти, которая не побеждала бы страха смерти; а значит, смерть не может быть столь уж страшным врагом, раз у человека целая рать, способная ее одолеть. Мечь торжествует над смертью; любовь ее презирает; честь призывает ее; горе ищет в ней прибежище; страх предвосхищает ее...».

*Рациональная защита* от страха перед смертью предусматривалась еще в древних религиозных культах. Смягчают трагизм смерти учения Сократа, Платона, Аристотеля. Простой довод, снимающий страх перед смертью, приводит Эпикур: «...Самое ужасное из зол, смерть, не имеет к нам никакого отношения; когда мы есть, то смерти еще нет; а когда смерть наступает, то нас уже нет». Впоследствии эти и другие подобные идеи воспринимаются христианством и становятся традицией европейской духовной жизни.

Этико-философская проблема определения онтологического **статуса смерти** предполагает ответ на вопрос о ее *существовании* (как и вопрос о

существовании небытия). Если смерть *существует*, то существует она как *умирание*, как переход одного качества в другое: *живого – в мертвое* [4].

При этом определение *критерия смерти* зависит от ответа на вопрос: какую степень деградации жизненного процесса следует считать *объективно наступившей смертью*? Современные концепции, как известно, усматривают такой критерий в *смерти головного мозга* (Гарвардский критерий). Именно в этом случае утрачивается автономность и индивидуальность личности, поскольку носителем жизни, обеспечивающим ее автономную целостность, суверенность и индивидуальность (даже в биологическом смысле), является мозг. Поэтому *смерть мозга* есть расщепление основания жизни, ибо именно в этом случае утрачиваются ее атрибутивные качества [5]. Понятие «смерть мозга» означает гибель всего мозга, включая его необратимое бессознательное состояние, прекращение самостоятельного дыхания и исчезновение всех стволовых рефлексов. Диагноз «смерть мозга» устанавливается на основе целого комплекса признаков (клинических тестов). При этом анализ разных ситуаций с позиций биомедицинской этики показывает, прежде всего, *моральную уязвимость критерия «смерти мозга»* как смерти человека и необходимость очень ответственного отношения к исполнению каждого пункта констатации смерти, какими бы незначительными, «бюрократическими» они ни казались.

Дело в том, что при смерти мозга могут сохраняться некоторые видимые еще признаки жизни (например, сокращения сердечной мышцы), поэтому вековые медицинские традиции не дают признать человека мертвым. И тогда возникает вопрос: не является ли отключение аппаратуры, искусственно поддерживающей существование, убийством? Этот вопрос носит не абстрактно-умозрительный характер; он содержит в себе этические основания для решения практических задач современной биомедицины.

Как относиться, например, к феномену «вегетативного существования»: это жизнь или нет? Что следует предпринимать в этой ситуации – поддерживать это существование или прекращать его? Как квалифицировать действия врачей в последнем случае? Сегодня при соответствующем медицинском и экономическом обеспечении больные в «вегетативном» состоянии могут жить, точнее, существовать достаточно долго и после смерти мозга. Вопрос в том, нужно ли это и что это дает?

Даже в самом благоприятном случае неизвестно, вернется ли к спасенному человеку нормальное сознание (ведь повреждения мозга до недавнего времени считались необратимыми). Ради чего тогда сохранять это растительно-животное существование, если человек перестал быть личностью? Вместе с тем сегодня все чаще появляются сообщения о возвращении к жизни людей, достаточно долго просуществовавших в вегетативном состоянии. Поэтому в настоящее время остро стоит проблема постреанимационной патологии мозга. Социальная значимость этой проблемы велика в силу того, что значительная часть больных, выведенных из терминальных состояний, оказывается инвалидизированной в отношении своей нервной системы и требует реабилитационной терапии. Это еще больше усложняет принятие врачами решения в случае констатации гибели мозга.

С этической точки зрения, можно ли говорить о прогрессе медицинского гуманизма в связи с признанием смерти мозга критерием смерти человека? Не уступает ли в этом случае медицина соображениям утилитарной целесообразности, обосновывая и оправдывая право обрывать нить человеческой жизни? Подобные вопросы, в первую очередь – моральные, встают и при обсуждении проблем биоэтики, связанных с эвтаназией.

Именно в связи с развитием реанимационных, трансплантологических и других биомедицинских технологий проблема констатации смерти человека в

конце XX в. перешла из разряда медицинских проблем в категорию биоэтических и юридических. В зависимости от того, какое состояние человеческого организма признается моментом его смерти как человека, появляется необходимость/возможность прекращения поддерживающей терапии, проведения мероприятий по изъятию органов и тканей для их дальнейшей трансплантации и т. д. Вместе с тем однозначное и совершенное определение феномена смерти, так необходимое практикам, по-прежнему не выработано.

Так, представляется не совсем логически корректной дефиниция смерти, которая дана в дополнениях к Закону Республики Беларусь о трансплантации: «Смерть – необратимое прекращение деятельности головного мозга человека (смерть головного мозга), при котором искусственно с помощью лекарственных средств и медицинской техники могут временно поддерживаться его сердечная деятельность и дыхание» [6]. В этом определении искусственное поддержание сердечной деятельности и дыхания прочитывается как условие и признак смерти. Конечно, в тех случаях, когда органы пациента, у которого установлена смерть мозга, предполагается использовать для трансплантации, работа врачей отнюдь не прекращается, хотя и приобретает кардинально иной смысл: теперь уже речь идет о сохранении в жизнеспособном состоянии только тех органов и тканей, которые будут пересажены.

Поэтому более корректным и общим нам представляется определение смерти, в котором акценты были бы расставлены следующим образом: «смерть – необратимое прекращение деятельности головного мозга человека (смерть головного мозга), *даже если его сердечная деятельность и дыхание могут временно поддерживаться с помощью лекарственных средств и медицинской техники*».

Наступлению смерти всегда предшествуют *терминальные состояния* – *преагональное состояние, агония и клиническая смерть*, – которые в совокупности могут продолжаться от нескольких минут до часов и даже суток. Но вне зависимости от темпа наступления смерти ей всегда предшествует состояние *клинической смерти* – последний этап *умирания* как перехода одного качества в другое; здесь проходит граница бытия и небытия живого [4]. В. А. Неговской считает, что клиническая смерть «уже не является жизнью, но еще не является смертью», поскольку в этом состоянии возможно оживление человека. Другие исследователи (А. Я. Иванюшкин) вообще считают ее «качественно особой формой жизни», поскольку, с биологической точки зрения, при клинической смерти еще сохраняется достаточное количество «элементов жизни», многие функции которых лишь приостановились.

Различие *клинической смерти* (обратимого этапа умирания) и *биологической смерти* (необратимого этапа умирания), такая специфическая особенность «клинической смерти» как ее принципиальная *обратимость*, короткий временной интервал, характеризующий клиническую смерть (5–6 минут, иногда менее) – количественно выраженная мера еще сохраняющейся жизни, а также трагическая эмоциональность выражения «клиническая смерть» – все это порождает *этический императив*, требующий оказания незамедлительной и максимально интенсивной помощи умирающему.

Но это в большей степени проблемы биомедицинские. С точки зрения биоэтико-юридической, безусловное признание права человека на жизнь порождает закономерный вопрос: имеет ли человек такое же *право на смерть*, точнее, на свободу выбора, ведущего к прекращению собственной жизни? Эта проблема предполагает решение ряда драматичных дискуссионных ситуаций:

– определение права человека на достойную жизнь и столь же

достойную смерть;

- морально-психологический аспект отношения к суициду;
- проблема легализации или запрета эвтаназии;
- проблема «умирания с достоинством».

Мы считаем, что логическим продолжением *права человека на достойную жизнь* – как естественного права каждого человека – является признание столь же естественного его *права на достойную смерть* [7]. В праве на достойную смерть и достойное умирание могут фиксироваться различные моральные ценности и предпочтения. Одна из крайних форм реализации права на смерть – *суицид*, самоубийство, на которое человек решается по личным соображениям.

В биомедицинской этике *моральные проблемы умирания* возникают как «другая сторона» жизнедеятельности человека в результате так называемых нестандартных ситуаций в практике медицины, заставляя медицинское сообщество пересматривать и углублять содержание действующих в нем ценностей, в частности, отстаивая право больного на смерть, «данное ему от рождения» (Дж. Кеворкян – «доктор Смерть», США).

Сегодня человек все чаще уходит из жизни не дома, не в кругу родных и близких, а в больнице, где процесс умирания жестко регламентируется персоналом клиники и представлениями, общепринятыми в медицинской практике. Будучи до этого свободным в выборе того, как ему следует распорядиться своей жизнью, в ее финальной стадии он оказывается несвободным, а иногда и полностью лишенным права голоса, вынужденным принимать тот стиль поведения, который считается обязательным в общественном мнении. Вместе с тем *умирание с достоинством* должно включать в себя и уважение личной уникальности человека, его



мировоззренческих, этических, религиозных или атеистических взглядов и убеждений, его национальных традиций.

**Право на достойную смерть** – естественное право каждого человека, такое же, как *право на достойную жизнь*, так как смерть – другая сторона жизнедеятельности человека. Это право включает в себя два аспекта. Во-первых, *право на смерть*, основанное на моральном праве человека свободно, по своему усмотрению распоряжаться собой, своей жизнью и смертью, вплоть до отказа от лечения в ситуациях, когда оно чересчур мучительно, бесперспективно и ведет к потере человеческого достоинства.

Приверженцы традиционной медицинской деонтологии высказываются против права человека на смерть, считая, что оно противоречит такой фундаментальной человеческой ценности, как право на жизнь, а в случае его признания приведет к неблагоприятным для общества последствиям (массовым злоупотреблениям, дискредитации врачебной профессии, паническому страху больных перед врачами). Их оппоненты заявляют, что желание и свободный выбор человека должны считаться высшим законом, что признание права больного на прекращение собственной жизни не включает в себе никакой угрозы общественным интересам, поскольку касается сферы личной свободы, не подлежащей социальной регламентации.

Во-вторых, в *праве на достойную смерть* проявляется родовая сущность человека – естественное стремление к избежанию боли, физических и духовных страданий, угрожающих человеческому достоинству [8]. Право на достойную смерть фиксирует в себе моральные аспекты *достоинства*, гармонизирующие жизнь отдельного человека и общества в целом.

Сегодня не только уход из жизни по личным соображениям, когда человек сам предпочитает достойную смерть недостойной жизни, но и нестандартные ситуации, порождаемые научно-техническим прогрессом в практике медицины

(трансплантация органов, поддержание человека в бессознательном – «вегетативном» состоянии, новые подходы к определению критерия смерти и т.д.) заставляют общество пересматривать, углублять отношение к праву на достойную смерть. Это право предполагает нравственную заботу об автономии и достоинстве умирающего, прежде всего, со стороны медицинских работников, которые должны дать больному правдивую информацию о диагнозе его болезни, о лечебных процедурах и доводах за и против них, чтобы пациент сам смог сделать свой выбор.

Право на достойную смерть затрагивает как *личное достоинство* умирающего, так и *достоинство общества*, которое своими действиями должно охранять достоинство каждого человека. Меняющиеся социальные условия, демократизация общества, распространение новой модели взаимоотношений врача и пациента, усилившей автономность последнего, внедрение в практическую медицину достижений науки, которые продлевают жизнь тяжелобольного, но не всегда улучшают ее качество – все это расширило рамки понятия «умирание с достоинством». При этом «умирание с достоинством» предполагает не только достойное оформление естественного процесса ухода человека из жизни, нравственную заботу о нем. Но это еще и признание *права больного на решение уйти из жизни*, сделанное им обдуманно, с учетом своего психического и физического состояния, а не в минуту глубокого отчаяния. Оно может быть рассмотрено как самоуважение личности, так как связано с ценностным подходом к жизни. Умирающий больной сам определяет для себя, что для него важнее: сохранить себя как личность или просто биологически существовать еще какое-то время. Таким образом, признание права на жизнь как неотъемлемого права каждого человека предполагает и признание его права на решение *добровольно уйти из жизни*, даже через искусственно приближаемую смерть – *ейтаназию* [2].

Проблема ейтаназии связана, прежде всего, с *правом человека на жизнь*, которое имеет несколько аспектов: право на сохранение жизни (индивидуальности); право распоряжаться собственной жизнью; право подвергать свою жизнь значительному риску; наконец, наиболее оспариваемое *право – решать вопрос о прекращении собственной жизни*. Именно безусловное право человека на жизнь порождает вопрос: имеет ли человек такое же *право на смерть*, точнее, на *свободу выбора*, ведущего к *прекращению собственной жизни*?

*Эйтаназия* выступает реальным воплощением этических проблем, связанных с *правом человека на достойную смерть*. Термин «эйтаназия», как известно, означает добровольную безболезненную смерть и отражает естественное для человека желание умереть легко и спокойно. Никакого антигуманного содержания само по себе это понятие не несет. Обращение к ейтаназии – это попытка решить неразрешимые проблемы с помощью сверхрадикальных мер, посредством пересмотра этических обязательств, наложенных обществом на медицину. Однако эта попытка вызывает крайне неоднозначные оценки.

Одни отвергают ейтаназиию как акт убийства, пусть и совершенного с согласия убитого. Другие рассматривают ее как панацею от всех бед, ибо «негуманно мучить людей жизнью». Раздаются и осторожные голоса, выражающие сдержанную тревогу: не обернется ли легализация ейтаназии дискредитацией врачебной профессии? Не подвигнет ли она медиков – вместо трудного поиска новых, более эффективных средств и методов лечения и обезболивания – на более легкий и простой путь «умерщвления из сострадания»? Не ослабит ли наличие такой перспективы, как «легкая, безболезненная смерть», волю тяжело, но не безнадежно больных пациентов к сопротивлению болезни, к борьбе за жизнь?

Опасности такого рода действительно существуют, но они не должны лишать человека его права самостоятельно распоряжаться своей *жизнью* и *смертью*. И если ревностные сторонники эвтаназии допускают возможность насильственным образом прервать нить жизни, то поборники максимального продления биологического существования человека теми же насильственными мерами пытаются растягивать эту нить до бесконечности. Однако не существует абсолютно безупречных с морально-этической и правовой точек зрения способов ее решения, поскольку выбор всегда делается не между добром и злом, а между меньшим и большим злом.

Вопрос о праве на *эвтаназию* – это открытая проблема, одна из самых драматичных и спорных в контексте прав человека. Главное здесь – решение вопроса о *сущности эвтаназии* (активной и пассивной): это убийство, самоубийство, акт милосердия или реализация права человека на достойную смерть? И уже в зависимости от ответа на этот вопрос – принятие легализации или запрета *эвтаназии*.

Наиболее дискуссионным является вопрос о *добровольной активной эвтаназии*. Ее сторонники выдвигают среди прочих два основных этических аргумента: милосердие и «золотое правило». Первый аргумент обусловлен невыносимостью страданий, которые испытывает умирающий человек, и стремлением освободить его от этих страданий. Подобная акция была бы проявлением милосердия и по отношению к другим пациентам, которым в результате досталось бы больше внимания медперсонала и медикаментов, как считают сторонники добровольной активной эвтаназии. Кроме того, что эвтаназия сделает безболезненной чью-то смерть, возможно, она спасет чью-то жизнь.

Аргумент «золотого правила» базируется на категорическом императиве Канта, требующем поступать с другими так, как мы хотели бы, чтобы

поступали с нами. Применительно к проблеме эвтаназии «золотое правило» означает, что каждый из нас на основе принципа автономности личности должен иметь для себя право выбора: какую смерть предпочесть – мучительную или безболезненную.

Сегодня человек все чаще отказывается воспринимать себя как «пассивный материал» в руках Бога или Природы, а все более склонен относиться к себе как «собственнику» и творцу своей жизни и самого себя. Действия, оцениваемые в традиционном моральном сознании как убийство или самоубийство, в новом технологическом пространстве биологии и медицины приобретают иной статус, определяемый иными морально-этическими принципами, суть которых – «достойно жить – достойно умереть». Некоторые авторы считают, что новая реальность в значительной степени способствует формированию у медицины, наряду с традиционной здравоохранительной, новой функции – *смертеобеспечивающей* [9].

Сопоставление доводов «за» и «против» легализации эвтаназии позволяет сделать некоторые выводы. Очевидно, что вопрос об эвтаназии вызывает острые дискуссии не столько своим медико-«технологическим», сколько этико-юридическим содержанием.

Безусловно, необходимо законодательно ограничить акты эвтаназии, которые были бы морально (и юридически) недопустимы. Активная недобровольная эвтаназия должна быть отвергнута как нарушение права на жизнь. Пассивная недобровольная эвтаназия может быть допущена при особых, специально оговоренных условиях медицинского характера (гибель головного мозга, наличие других признаков, несовместимых с жизнью и т. д.). Добровольная эвтаназия (активная и пассивная) должна быть совместима со справедливостью, гуманностью и милосердием, и ее легализация может рассматриваться как реализация права человека на достойную смерть.

В любом случае выбор должен быть за человеком: *легитимация*, легализация эвтаназии как раз и предоставляет ему в случае печальной необходимости возможность такого выбора. Но прежде необходима *переориентация морального сознания* общества, предполагающая открытое и откровенное обсуждение необычных для традиционной медицины положений, которые могут стать основанием *морального допущения эвтаназии*. Во-первых, следует отказаться от убеждения, будто медик всегда, в любой ситуации обязан стремиться продлить, насколько возможно, жизнь человека. Во-вторых, доктрина безусловного превосходства биологической выживаемости над другими ценностями (достоинством личности, ее благом, суверенными правами) должна уступить место доктрине *качества жизни*, в соответствии с которой быть человеком в подлинном смысле этого слова более ценно, чем быть просто живым. В-третьих, если связь между страданием и человеческим бытием, превратившимся в сплошную боль, нельзя разорвать иначе, как прекратив это бытие, то при соблюдении определенных условий (наличии просьбы больного, согласия родственников, консилиуме врачей, юридическом контроле и т.п.) допустимо пойти на такой крайний шаг, как эвтаназия.

Таким образом, проблема *отношения человека к жизни и смерти* актуализируется сегодня, с одной стороны, достижениями современных биотехнологий, с другой – наличием комплекса взаимосвязанных и, в то же время, разнообразных подходов, среди которых выделяются *био-медицинский, этический, юридический, религиозный*.

**Биомедицинский аспект проблемы** связан с установлением категорий пациентов, применительно к которым допустимо рассматривать возможность применения эвтаназии. Это:

– пациенты, биологическая смерть которых неминуема и которые, умирая, испытывают тяжелые физические страдания (вопрос о прерывании

жизни больного, физические страдания которого могут быть прекращены применением соответствующих медицинских средств, вообще не должен рассматриваться);

– больные, находящиеся в устойчивом вегетативном состоянии; в этом случае медицинская сторона вопроса заключается в проблеме определения степени тяжести заболевания, его неизлечимости; достижении такой стадии в процессе лечения, когда все возможные медицинские средства оказываются исчерпанными; установлении необратимости устойчивого вегетативного состояния.

**Юридическая проблема** состоит в необходимости выработки правовой тщательной процедуры осуществления эвтаназии в случае, если данный акт будет разрешен законодательством. Наиважнейшим вопросом в рамках этой проблемы следует считать необходимость принятия закона об эвтаназии.

**Религиозный аспект**, имеющий существенное значение для верующих больных, характеризуется однозначным решением рассматриваемой проблемы всеми конфессиями: жизнь, как бы тяжела она ни была, дается человеку свыше, следовательно, у человека нет права искусственно прерывать ее.

С развитием в последние годы практики трансплантации органов появляются новые проблемы, в некоторых случаях напрямую связанные с разрешением эвтаназии. Орган человека, который, по медицинскому заключению, все равно вскоре умрет, мог бы спасти жизнь другого человека, дав ему реальный шанс жить дальше. А ведь многие умирают, так и не дождавшись донора. Получается, что из-за наших догматических представлений об эвтаназии как однозначном зле мы теряем сразу две жизни.

#### **Литература**

1. Жарова, М. Н. Этические проблемы окончания жизни человека. /М. Н. Жарова // «Естествознание». – 2010. – № 10.

2. *Кюблер-Росс, Э.* О смерти и умирании. / Э. Кюблер-Росс. – София, 2001.
3. *Рязанцев, С.* Танатология: учение о смерти. / С. Рязанцев. – СПб., 1994.
4. *Марков, Б. В.* Мертвое и живое / Б. В. Марков // Фигуры Танатоса. – СПб., 1998.
5. *Уолкер, А. Э.* Смерть мозга / А. Э. Уолкер; пер. с англ. – М., 1988.
6. Закон Республики Беларусь от 9 января 2007 г. № 207-З О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь «О трансплантации органов и тканей человека»
7. *Прихотько, В. А.* Достоинно жить – достойно умереть / В. А. Прихотько // Философский век. Науки о человеке в современном мире. Альманах. Т. 21. Ч.1. – СПб, 2002.
8. *Пулмэн Д.* Достоинство человека, боль и страдание / Д. Пулмэн // Человек, 2001, № 3.
9. *Зильбер, А. П.* Трактат об эвтаназии. / А. П. Зильбер. – Петрозаводск, 1998.

### **Майданик Роман Андрійович**

*доктор юридичних наук, професор, завідувач кафедри цивільного права  
юридичного факультету Київського національного університету імені  
Тараса Шевченка,*

*м. Київ, e-mail: [roman.maydanyk@gmail.com](mailto:roman.maydanyk@gmail.com)*

## **ЕУТАНАЗІЯ І ПРАВОВІ СПОСОБИ ПРИПИНЕННЯ ЖИТТЯ ЛЮДИНИ З ВЛАСНОЇ ВОЛІ.**

Фізична особа фактично може припинити своє життя з власної волі будь-якими способами, зокрема й шляхом самогубства. Проте питання, чи є самогубство суб'єктивним правом фізичної особи, є предметом наукової дискусії. У літературі переважає позиція, що самогубство не є суб'єктивним правом фізичної особи<sup>2</sup>. Ряд авторів обґрунтовує доцільність визнання права на смерть шляхом самогубства, пожертви та ейтаназії як способів припинення життя людини з власної волі<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> *Соловійов А. В.* Право людини на життя: цивільно-правові аспекти : автореф. дис. ...канд. юрид. наук. – Львів. – 2005. – (17 с.). – С. 8.

<sup>3</sup> *Анікіна Г. В.* Цивільно-правове регулювання відносин, пов'язаних зі смертю фізичної особи: автореф. дис. ...канд. юрид. наук. – К., 2014. – (16 с.). – С. 8–9.



Самогубство це умисне, свідоме, добровільне позбавлення людиною свого життя. Самогубство завжди засуджувалося суспільством і християнською релігією.

У випадку самогубства смерть людини перебуває у безпосередньому причинно-наслідковому зв'язку з усвідомленою поведінкою такої людини, у той час як при еутаназії смерть людини настає внаслідок поведінки (активної чи пасивної) іншої особи<sup>4</sup>.

На відміну від самогубства, самопожертва не вважається аморальним вчинком людини. Це зумовлено тим, що самопожертвою визнається свідома та добровільна поведінка людини, спрямована на досягнення загальнодержавної, суспільної чи іншої благородної мети, що може призвести до неминучого спричинення їй смерті, якщо, на думку людини, відсутня інша реальна можливість досягнення поставленої мети за таких умов.

Окремим способом припинення життя людини з власної волі є еутаназія.

Під еутаназією в літературі розуміється свідома, цілеспрямована діяльність медичного працівника, на прохання невиліковно хворої людини, а у випадку, якщо хвора людина не може висловити такого прохання, – на прохання найближчих родичів, яка здійснюється у формі дій, чи бездіяльності, шляхом прискорення смерті і спрямована на припинення нестерпних страждань.

До ознак еутаназії зазвичай відносять такі: 1) застосовується щодо фізичної особи, яка страждає на невиліковну хворобу; 2) наявність триваючих фізичних і душевних страждань фізичної особи; 3) застосовується за бажанням і на прохання фізичної особи – пацієнта, а також на прохання

---

<sup>4</sup> Соловйов А. В. Вказ. пр. – С. 9.

його законного представника у разі, якщо пацієнт особисто не в змозі висловити таке прохання; 4) метою еутаназії є припинення страждань фізичної особи; 5) становить цілеспрямовану свідому дію чи бездіяльність медичного працівника; 6) внаслідок еутаназії настає смерть фізичної особи<sup>5</sup>.

Розрізняють активну (позитивну) еутаназію, коли використовують засоби, які прискорюють настання смерті (передозування снодійного, смертельна ін'єкція тощо) та пасивну (негативну), яка означає відмову від заходів, які сприяють підтримці життя. Обидва види еутаназії стосуються хворого пацієнта і можливі лише на його прохання. Юридичне оформлення згоди хворого в країнах, де вона дозволена, вимагає дотримання ряду формальностей: підпису хворого, завіреного трьома лікарями; права відмовитися від раніше прийнятого рішення померти з власної волі; виключення використання закону з меркантильною метою з боку медичного персоналу і родичів пацієнта; визначення порядку зберігання відповідних документів<sup>6</sup>.

Застосування еутаназії будь-яким способом (як активним, так і пасивним) в Україні вважається недопустимим. Вітчизняним законодавством еутаназія заборонена (ч. 3 ст. 52 Основ законодавства України про охорону здоров'я; ч. 4 ст. 281 ЦК України), а залежно від способу вчинення еутаназії та мотивів, які спонукають до її вчинення, діяння може навіть кваліфікуватися як злочин за ч. 1 ст. 115, п. 6 ч. 2 ст. 115, ч. 2 ст. 137, ч. 2 ст. 139 або ч. 2 ст. 140 КК України.

Питання щодо доцільності і допустимості легалізації еутаназії в Україні є предметом наукової дискусії.

---

<sup>5</sup> Анікіна Г. В. Вказ. пр. – С. 9.

<sup>6</sup> Кохановська О. В. Право на життя // *Науково-практичний коментар Цивільного кодексу України: У 2 т. – 3-є вид., перероб. і доп. / За ред. О. В. Дзери (кер. авт. кол.), Н. С. Кузнецової, В. В. Луця. – К.: Юрінком Інтер, 2008. – Т. I. – (832 с.). – С. 466.*

Опоненти можливості нормативного введення еутаназії в Україні вважають, що пропозиції щодо законодавчого закріплення «права на смерть» не мають перспектив ні з точки зору права, ні з точки зору загальноновизнаної моралі та етики, ні з точки зору здорового глузду. По-перше, поняття «право на життя» вже містить у собі право розпорядитися своїм життям, у тому числі і щодо спричинення собі смерті. ... Крім того, наявність чи відсутність подібного положення у законі навряд чи зможе зупинити людину, яка вирішила припинити своє існування заповіданням собі смерті, а звідси наявність у неї такого права чи його відсутність не матиме жодних правових наслідків, окрім самого можливого факту смерті<sup>7</sup>.

Прихильники ідеї про доцільність легалізації еутаназії виходять із того,<sup>8</sup> що законодавство гарантує людині не життя, а право на життя, і згідно зі ст. 27 Конституції України ніхто не може бути свавільно позбавлений життя.

Представники цього напрямку вважають, що можлива легалізація еутаназії в Україні не призведе до суперечності з Конституцією чи міжнародними документами і в цьому випадку еутаназія не може розглядатися свавільним позбавленням людини життя, оскільки самою людиною надано згоду на таку поведінку, а отже, еутаназія не суперечить ст. 27 Конституції України<sup>9</sup>

---

<sup>7</sup> Кохановська О. В. Вказ. пр. – С. 465.

<sup>8</sup> Див.: Анікіна Г. В. Цивільно-правове регулювання відносин, пов'язаних зі смертю фізичної особи: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. – К., 2014. – (16 с.). – С. 9; Соловійов А. В. Вказ. пр. – С. 10.

<sup>9</sup> Соловійов А. В. Вказ. пр. – С. 10.

**Москаленко Катерина Вікторівна**

*кандидат юридичних наук, асистент кафедри цивільного права Київського  
національного університету імені Тараса Шевченка, адвокат  
м. Київ, e-mail: [kamoskalenko@gmail.com](mailto:kamoskalenko@gmail.com)*

## **ПРИПИНЕННЯ ЖИТТЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ З ВАДАМИ РОЗВИТКУ: ДОСВІД ТА СУДОВА ПРАКТИКА США**

Чинним законодавством України забороняється задоволення прохання фізичної особи про припинення її життя (ч. 4 ст. 281 Цивільного кодексу України [1]). Аналогічну правову позицію щодо ейтаназії закріплено нормами законодавства Польщі, Чехії, Австралії. Водночас у Нідерландах, Швейцарії, Бельгії, Люксембурзі ейтаназія дозволена і право людини на смерть гарантується законодавством. Право на припинення життя за проханням фізичної особи існує й у деяких штатах США, як от у: Каліфорнії, Колорадо, Орегоні, Вермонті та Вашингтоні.

Як правило, ейтаназія застосовується для полегшення страждань невиліковно хворої особи на підставі її власного самостійного вольового рішення. Що ж до припинення життя новонароджених дітей, які народились із серйозними вадами розвитку, то це питання є дуже складним з правової та етичної точки зору, оскільки новонароджена дитина не здатна здійснити волевиявлення з приводу збереження або припинення її життя. Як правило, рішення про застосування ейтаназії щодо такої дитини приймається її батьками. Однак, чи мають батьки дитини абсолютну свободу у прийнятті відповідного рішення? Чи може держава обмежувати право батьків на прийняття рішення стосовно припинення життя їх новонародженої дитини? Ці та інші проблемні питання розглядалися судами різних штатів США під час розгляду справ у спорах про припинення життя новонароджених дітей.

Однією з перших у США справ стала **справа «Дитини Доу»** (англ. - **Baby Doe case**), що розглядалась у 1982 році. За матеріалами справи батьками новонародженої дитини, яка страждала на синдром Дауна і мала інші вади здоров'я, було прийнято рішення про відмову від надання дитині медичної допомоги. Не погоджуючись з цим рішенням батьків, заклад охорони здоров'я, в якому народилась дитина, звернувся до суду з вимогою призначити дитині опікуна, який би взяв до уваги інтереси дитини та вирішив її долю з урахуванням усіх обставин цієї справи. Розглядаючи справу, суд визнав, що у батьків дитини є право на прийняття рішення про відмову від медичного втручання. Дитина ж померла, не проживши і шести днів. Справа «Дитини Доу» набула настільки широкого розголосу в американському суспільстві, що президентом США з метою посилення захисту прав новонароджених дітей було ініційовано внесення змін до законодавства США [2].

У 1994 році суд штату Мічиган розглядав **справу Мессенджера (State v. Messenger)**, якого було обвинувачено у вбивстві свого новонародженого сина. Згідно з обставинами справи, пані Мессенджер народила дитину на 25 тижні вагітності. Лікарі повідомили подружжя Мессенджерів про те, що народжені передчасно діти мають 30-50% шансів на виживання і при цьому існує висока імовірність (90%), що новонароджена дитина матиме вади розвитку. Після отриманої консультації майбутні батьки повідомили лікарів про відмову від надання дитині медичної допомоги. Новонароджений син Мессенджерів був поміщений до відділення інтенсивної терапії. Як тільки стан пані Мессенджер дозволив їй самотійно пересуватися, подружжя висловило бажання залишитись із своїм новонародженим сином наодинці. Після цього пан Мессенджер самотійно зупинив медичне обслуговування, яке мало б підтримувати життя хлопчика. Дитина померла наступного дня, а

пана Мессенджера було звинувачено у вбивстві. Суд присяжних визнав пана Мессенджера невинним [3].

У 2003 році Верховним Судом штату Техас розглядалась **справа «Міллер проти ЕйчСіЕй» (Miller v. HCA, Inc.)**. Згідно з обставинами справи Сідні Міллер народилася передчасно і мала високі шанси на розвиток ускладнень. З огляду на ризики, батьками Сідні було прийнято рішення про відмову від надання майбутній дитині медичної допомоги. Незважаючи на рішення батьків, персонал лікарні здійснив заходи з надання медичної допомоги дитині. На момент розгляду судової справи Сідні Міллер було 7 років і вона мала серйозні розумові та фізичні вади розвитку. Подружжям Міллер було подано позов до суду з вимогою про визнання дій закладу охорону здоров'я протиправними. Верховний Суд штату Техас визнав, що виключні обставини народження дитини вимагали негайного медичного втручання для збереження життя дівчинки, а отже медична допомога була надана дівчинці правомірно, навіть попри відсутність згоди батьків [4].

У **справі Монтальво проти Борковець (Montalvo v. Borkovec)**, що розглядалась у 2002 році у штаті Вісконсін, закладом охорони здоров'я не було поінформовано майбутніх батьків про те, що передчасно народжені діти мають значний ризик розвитку фізичних та розумових вад. Позивачами зазначалося, що якби вони знали про можливість такого роду захворювань у їх майбутньої дитини – вони прийняли б рішення про ненадання їх синові медичної допомоги і просили суд визнати дії медичних працівників протиправними. Судом було відмовлено у задоволенні позовних вимог [5].

З огляду на кількість судових справ, які розглядались судовими органами у США, виключний перелік випадків ненадання медичної допомоги новонародженій дитині був встановлений на законодавчому рівні. Згідно з секцією III Акту про запобігання насильству над дітьми та

**охорону дітей** [6] відповідальність за ненадання цілеспрямованої медичної допомоги новонародженій дитині не може бути покладено на медичного працівника у таких випадках:

- дитина перебуває у хронічній та невідворотній комі;
- надання відповідної допомоги: може призвести до продовження страждань; не сприятиме покращенню якості життя дитини; не усуне обставини, які загрожують життю дитини; не призведе до збереження життя дитини і буде даремним;
- надання такої допомоги буде даремним і лікування за таких обставин буде негуманним.

Викладене дозволяє дійти таких висновків:

- 1) судами США розглядалася низка судових справ у спорах про ненадання медичної допомоги із рятування життя новонародженим дітям;
- 2) судові рішення, прийняті судами у згаданій категорії справ, стали поштовхом для запровадження законодавчого переліку випадків, коли припинення життя новонародженої дитини з вадами розвитку є правомірним.

### Література

1. Цивільний кодекс України: Закон від 16.01.2003 № 435-IV// База даних «Законодавство України» ВР України. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15> (дата звернення: 30.11.2018).
2. The Baby Doe Rules (1984) // The Embryo Project Encyclopedia. Дата оновлення: 12.05.2012. URL: <https://embryo.asu.edu/pages/baby-doe-rules-1984> (дата звернення: 30.11.2018).
3. Week 3: Children and Infants: Case for Discussion // URL: <https://embryo.asu.edu/pages/baby-doe-rules-1984> (дата звернення: 30.11.2018).
4. Miller v. HCA Inc. // US National Library of Medicine National Institutes of Health. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15765577> (дата звернення: 30.11.2018).
5. Montalvo v. Borkovec // Horty Springer. URL: <https://www.hortyspringer.com/documents/montalvo-v-borkovec-2> (дата звернення: 30.11.2018).

6. The Child Abuse Prevention and Treatment Act as amended by P.L. 111-320 the CAPTA Reauthorization Act of 2010// URL: <https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/cb/capta2010.pdf> (дата звернення: 30.11.2018).

### **Глушков Валерій Олександрович**

*доктор юридичних наук, професор, академік Європейської академії  
безпеки та конфліктології, заслужений юрист України  
e-mail: glushkov1947@gmail.com*

### **ЭВТАНАЗИЯ: СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ**

Достижения современной медицины в области реаниматологии изменили коренным образом отношение к смерти как одномоментному явлению, растянув его по времени соответственно разрушению отдельных частей организма. Ранее использовавшиеся критерии определения смерти человека пришли в противоречие с ее новым научным пониманием. Это способствовало и обострению восприятия одной из сложнейших проблем - эвтаназии, ей уделяется серьезное внимание в специальной литературе, особенно западных стран. Возросший интерес к эвтаназии объясняется не только успехами медицины в эпоху научно-технической революции, необычайно расширившими пограничную зону между жизнью и смертью, но также изменениями в мировосприятии человека, признанием приоритета духовных ценностей.

Эвтаназия (в переводе с греческого - хорошая или легкая смерть) - это намеренное ускорение наступления смерти неизлечимо больного с целью прекращения его страданий [1, с. 555]. Эвтаназию, с юридической точки зрения, можно определить как умышленное лишение жизни безнадежно больного человека с целью облегчения его страданий. В специальной литературе различают два вида такой смерти. Активная (позитивная)



эвтаназия, сущность которой заключается в применении активных действий по ускорению смерти страдающего человека с безнадежным прогнозом на последнем этапе болезни. Пассивная (негативная) эвтаназия - это отказ от мер, способствующих поддержанию жизни смертельно больного. Некоторые ученые еще выделяют два понятия - ортоназия и дистаназия. Так, под дистаназией понимается поддержание врачом жизни больного, хотя и не страдающего чрезмерно, но признанного уже неизлечимым даже с помощью дорогих и добываемых с трудом средств. Прекращение определенных мер, а иногда лишь их ограничение означали бы мгновенную смерть пациента; такое прекращение называется ортоназией [2, с. 57]. Различают в подобных случаях «помощь при умирании», когда врач юридически обязан облегчить страдания больного и обеспечить ему психологическую поддержку, и «помощь для умирания», включающую в себя активную и пассивную эвтаназию, а также помощь при попытке самоубийства [3].

Комплекс рассматриваемых вопросов имеет два важных аспекта. Первый из них касается обязанностей врача предпринимать реанимацию, а второй - его права прервать соответствующие действия. В различных ситуациях по-разному решается вопрос о правомерности отказа врача от реанимации, о пределах его ответственности. Показательна ситуация остановки сердцебиения и дыхания как неотъемлемой части процесса умирания человеческого организма вследствие неизлечимого заболевания или естественного исхода, обусловленного истощением жизненных сил. Какие средства и действия должны быть использованы при реанимации, если смерть в данном случае является неизбежным концом жизни человека и необратима? Другая же, противоположная по смыслу ситуация характеризуется прекращением функций дыхания и кровообращения в результате несчастного случая (травма, попытка самоубийства и т.д.), причем

организм обладает определенным запасом сил для продления жизни.

Проблема эвтаназии имеет политическую, юридическую, экономическую, евгеническую и этическую стороны. В настоящее время современное общество все больше сталкивается с необходимостью обслуживания больных, находящихся в терминальном состоянии (в частности, в вегетативном состоянии), а также новорожденных, смертельно больных, или с тяжелой формой патологии [4, с. 31-32]. Возможности в этой области предполагают определенный социальный уровень обеспечения и соблюдения прав и законных интересов граждан, нуждающихся в оказании медицинской помощи, облегчении состояния в период надвигающейся смерти. Одним из аргументов нецелесообразности оказания помощи в отсрочке смерти является утверждение, что цена медицинских услуг в последнюю неделю жизни больного весьма высока. 80% больных США умирает в больнице, и на их обслуживание в последний год жизни уходит 22% медицинского бюджета [5, р. 78]. Как отмечает Ф. Миллер, современная медицина во многих случаях тратит слишком много усилий, чтобы отсрочить смерть. При этом не исключено, что медицинские работники преследуют чисто научные цели: добыть больше данных о процессе умирания, о воздействии лекарств и т.д. Но нельзя допустить, чтобы техника превращала умирающих пациентов в «умирающий растительный организм», а врачей - в «продлителей недышащей жизни» [6].

Юридический смысл проблемы заключается, с одной стороны, в оценке медицинских мер с точки зрения права, в особенности оценке предела обязанностей врача при принятии решения о необходимости или ненужности соответствующих вмешательств, в вопросе о границах его полномочий, а также определении критериев ответственности, а с другой, во всемерной охране прав и законных интересов граждан на последней стадии их жизни.

Моральные, этические и законодательные проблемы эвтаназии широко рассматриваются в настоящее время в зарубежной литературе [7].

Как известно, человеческая жизнь должна охраняться как в процессе рождения, так и в процессе смерти. Это вполне гуманное требование уголовного права. Тем не менее в литературе ставится вопрос о нецелесообразности продолжения мучений умирающего. Так, Ч.К. Кассел полагает, что при решении об оказании помощи престарелым нужно исходить из трех принципов: полезности, уважения к личности больного и справедливости. Обоснование правомерности отказа, по мнению ученого, заключается в следующем: а) лечение бесполезно с медицинской точки зрения; б) больной от него отказывается; в) жизнь больного, по его собственному мнению, во время лечения и после него будет невыносимой [8, р. 11-12]. В идеале попытки оживления должны применяться только в тех случаях, когда имеются достаточно высокие шансы для успешного выживания пациента и его нормального существования. Описывается пример преднамеренного отказа от попыток оживления 32-летней женщины, наркоманки, уже предпринявшей 18 попыток самоубийства и поступившей в больницу с травмой позвоночника после очередного случая [9].

Видимо, речь здесь должна идти об облегчении страданий умирающего в результате физиологических, патологических процессов или несчастного случая. Определенный интерес представляет так называемое Крефельдское решение Федерального суда ФРГ, который подтвердил обязанности врача при любых попытках самоубийства, но в то же время оправдал врача, который не принял мер по спасению жизни старой и безнадежно больной женщины, принявшей смертельную дозу снотворного. При этом суд исходил из того, что больная, если и выживет, то с очень серьезными нарушениями здоровья [10].

В 1986 г. на 56 съезде немецких юристов в Берлине, проводимом совместно с хирургами, обсуждалась тема «Право на собственную смерть? Противоречия между долгом сохранения жизни и собственным мнением в уголовном праве». На основании обсуждения предлагалось ввести в Уголовный кодекс ФРГ раздел об оказании помощи умирающим. Основные положения этого проекта сводятся к следующему: а) помощь умирающим - общечеловеческий долг; б) врач обязан облегчать боли; пренебрежение обезболиванием наказуемо по закону; в) прямые вмешательства для ускорения смерти недопустимы (активная эвтаназия отвергается. *В.Г.*); г) завещательное распоряжение умирающего необходимо оценивать критически, так как он не всегда верно оценивает ситуацию; д) вмешательство адвоката должно быть отклонено (здесь не было достигнуто соглашения между юристами и врачами. *В.Г.*) [11].

В этой связи значительный научно-практический интерес представляет дело доктора О. Саллин, рассмотренное в 1965 г. окружным судом г. Галливар (Швеция). С согласия родственников 80-летней частично парализованной и находящейся в бессознательном состоянии пациентки, жизнь которой после очередного сердечного приступа поддерживалась искусственно, О. Саллин прекратил реанимационные мероприятия ввиду бесперспективности возобновления деятельности жизненно важных систем ее организма. Больная умерла. Окружной суд оправдал врача, установив, что действия обвиняемого полностью соответствуют обязанностям врача. Чрезвычайные мероприятия, искусственно продолжающие жизнь, могут быть прерваны в связи с отсутствием улучшения состояния здоровья и по причинам человеколюбия. Точка зрения суда была одобрена шведским общественным мнением [2, с. 55].

Необходимо стремиться к такому обществу, в котором каждый будет

выбирать момент своей смерти, к обществу, в котором самоубийство станет нормой [11, p. 321-330]. В штате Калифорния (США) принят закон «О праве на смерть», позволяющий хронически больным людям отказаться от искусственных средств поддержания жизни после подписания завещания при двух свидетелях. 23 штатами США в настоящее время узаконен документ «Воля при жизни», в котором человек сам определяет меру помощи, которую хотел бы получить при возможном безнадежном состоянии. По мнению американских специалистов, этот документ в скором будущем признают все штаты [12, p. 271-275]. Если пациент страдает и надежды на его излечение нет, отмечают американские ученые, то милосердие требует поддержать добровольную активную эвтаназию [3, с.33]. Следует отметить, что в 1936, 1969, 1976 гг. на рассмотрение палаты лордов в Великобритании вносились законопроекты о целесообразности легализации эвтаназии. В Голландии парламент страны рассмотрел возможность принятия закона, разрешающего смертельную инъекцию страдающим от сильных болей неизлечимо больным, т.е. «активную эвтаназию». В ряде стран признано желательным создание специальных клиник, в которых неизлечимо больные люди могли бы безболезненно и спокойно закончить свою жизнь. Такие клиники создаются, в частности, в Кракове (Польша), где существует общество друзей больных «Приют» с центром специальной помощи, заботы о больных, находящихся в терминальном состоянии [13]. В Канаде существует «Общество паллиативного ухода». Медицинский директор одного из таких заведений С. Сондерс отмечает, что «это альтернатива негативному и социально опасному представлению о том, что страдающий неизлечимой болезнью, причиняющей ему мучения, должен иметь законное право на быструю смерть или эвтаназию» [14].

Назрела необходимость создания специальной службы милосердия, в

частности, центров милосердия, в которых бы оказывалась посильная помощь умирающим. Примером может служить создание хосписов в Санкт-Петербурге. Такая служба целесообразна с различных точек зрения. Прежде всего с деонтологической, этической: обеспечение благоприятных условий для доверия между врачом и пациентом, исключение возможности психической травмы для других больных. С точки зрения милосердия - избавление родственников и близких больного от созерцания страданий умирающего; с научной — исследование процессов умирания, подготовка высококвалифицированных специалистов-танатологов; с евгенической - психологическая подготовка человека к неизбежности смерти. Естественно, необходимо более тщательно изучить опыт других стран по созданию и функционированию подобных учреждений.

Зарубежные социологические исследования, проведенные, в частности, в США, свидетельствуют об определенном отношении к эвтаназии как среди медицинских работников, так и среди больных: а) от 61 до 67 % врачей высказались за целесообразность проведения активной и пассивной эвтаназии; б) большинство опрошенных врачей (86 %) ратуют за применение пассивной эвтаназии; в) среди протестантов и неверующих больше сторонников эвтаназии, чем среди католиков; г) противников эвтаназии больше всего среди педиатров, хирургов, акушер-гинекологов; д) опрос общественного мнения показывает, что 53 % респондентов одобряют активную эвтаназию, 36 % высказываются против; е) из опрошенных терминальных больных (10 человек) 7 высказались за применение негативной эвтаназии. За это же - 60 % лечащих врачей и 70 % родственников. Однако 9 из 10 сиделок, обслуживающих таких больных, высказались против. Изучение документации 40 случаев смерти от рака показало, что в 70% случаев фактически применялась тактика пассивной

эвтаназии [15]. Проведенное нами исследование отношения к данному вопросу среди врачей - слушателей Киевского института усовершенствования врачей показало, что свыше 90% из них высказывается за применение активной и пассивной эвтаназии.

Сторонником эвтаназии был и известный русский юрист А.Ф. Кони, который полагал, что она допустима с нравственной и юридической точек зрения при условии: а) сознательной и настойчивой просьбы больного; б) невозможности облегчить страдания больного известными способами; в) точной и несомненной доказанности невозможности спасти жизнь, установленной коллегией врачей при обязательном единогласии; г) предварительного уведомления прокуратуры [16]. Эту позицию в настоящее время поддерживает цивилист Н.С. Малеин, который вносит одно дополнение к ней: эвтаназия - исключительное право человека, а не обязанность и тем более не право врача, третьих лиц или учреждений [17].

Закон о праве на смерть вызывает критику со стороны ряда ученых, полагающих, что несовершенство формулировки в данном случае может открыть лазейку для злоупотреблений, произойдет игнорирование реальных проблем умирающего человека. Так считает польский автор Й. Богуш. «Врач, - пишет он, - несет ответственность за сохранение жизни больного. Ускорение смерти действием или недосмотром недопустимо. Там, где спасение уже невозможно, а смягчение страданий необходимо, долг врача - утешать страдания» [18]. В этом же духе выступает другой польский исследователь, Г. Бжезинский, отмечая, что при терминальном состоянии больного задача врача - поддержать надежду последнего, его оптимизм [19]. Ряд советских авторов полагает, что эвтаназия недопустима с нравственной и юридической позиций: никто не волен лишать жизни человека, которая должна поддерживаться во всех случаях до естественного конца. Кроме того,

необходимо учитывать и возможность ошибки в прогнозе состояния больного, и возможность злоупотребления эвтаназией со стороны врача и других лиц [19].

Сложность проблемы эвтаназии диктует и дифференцированный подход к ее разрешению. Необходима выработка отдельной правовой оценки активной и пассивной эвтаназии. Как правило, специальная литература отрицает возможность применения эвтаназии в условиях советского здравоохранения [21; 22, с. 133], однако при этом не выделяются виды активной эвтаназии. Такой подход препятствует юридической оценке активной эвтаназии, выступающей и в виде системы и как единичные случаи.

Как система активная эвтаназия существовала в нацистской Германии. Программа «Эвтаназия» разрабатывалась на протяжении ряда лет. Ее теоретическое обоснование принадлежит немецкому врачу Клингеру, утверждавшему, что государству невыгодно лечение неизлечимо больных, поэтому их «следует предавать эвтаназии, то есть быстрой безболезненной смерти» [21, с. 1, 76]. Для осуществления этой программы был разработан специальный метод отбора больных, действовали специальные организации. Как было установлено на Нюрнбергском процессе, только за один год в Германии под видом больных умерщвлено около 275 тыс. человек. Активная эвтаназия, как известно, осуждена Нюрнбергским военным трибуналом как преступление против человечества.

Юридическая оценка активной эвтаназии, осуществляемой в отдельных случаях, немыслима без рассмотрения негативной эвтаназии. Обратимся к действующим медицинским документам и соответствующим источникам.

В настоящее время смерть констатируется на основании комплекса признаков, наличие которых необходимо и достаточно для установления факта полного прекращения функционирования головного мозга и



необратимости этого состояния даже при искусственном поддержании с помощью реанимационных мероприятий сердечной деятельности (искусственная вентиляция легких, сердечно-сосудистые стимуляторы).

Диагностика смерти, отмечает Х. Пиа, основана на установлении факта полного и необратимого нарушения специфических жизненных функций, регулируемых продолговатым мозгом. Именно эти нарушения вызывают полное прекращение корковой активности мозга. Реанимационные мероприятия способны поддержать лишь какое-то время вегетативные функции организма. Смерть коры головного мозга означает и смерть индивида. Этим положением и должны руководствоваться медики в решении исключительно важной проблемы этического характера - оправданности дальнейшего продления существования декортированного человеческого организма [23]. Вопрос о применении реанимации в США, например, решается этическим комитетом, выделяющим группу больных, которым реанимация не показана [24].

Однако возможны случаи, когда применение реанимационных мер приводит к восстановлению или поддержанию сердечной деятельности благодаря низшим отделам нервной системы, в то же время восстановления функций головного мозга не происходит, а коматозное состояние оказывается необратимым. При этом наблюдается: а) состояние стойкой декорткации и вегетативное состояние, в частности, самостоятельное дыхание; б) состояние «смерти мозга», когда гибнет весь головной мозг.

В первом случае больной жив, а следовательно, значимы его права и обязанности лечащих врачей. Во втором случае с помощью реанимационных мероприятий искусственно поддерживаются сердечная деятельность и кровообращение, создающие лишь видимость жизни. На самом деле человек мертв. Продолжение реанимации фактически обеспечивает лишь

перфузирование трупа и способствует ускоренному развитию аутолиза мозга.

Исходя из этого попытаемся дать юридическую оценку эвтаназии на основании действующего уголовного законодательства. Отключение реанимационных мероприятий при тотальной гибели головного мозга приводит сразу же к прекращению всех жизненных процессов в организме, поддерживаемых с помощью искусственной вентиляции легких и применения сердечно-сосудистых лекарственных средств. Можно ли сказать, что прекращение специальных мероприятий является преступлением? Формально такое деяние подпадает под признаки составов двух преступлений: либо неоказание помощи больному лицом медицинского персонала (ч. II ст. 139 УК Украины), в случае если неоказание помощи повлекло тяжкие последствия (в данном случае смерть потерпевшего); либо убийство, основным мотивом которого является сострадание к мучениям больного, бессмысленность дальнейшего оказания помощи. Между тем в данном случае в бездействии лиц нет вообще никакого состава преступления, ибо нет человека, жизнь которого должна охраняться законом. Здесь также нет и состояния агонии, под которым понимается последний этап умирания, характеризующийся подъемом активности компенсаторных механизмов [25]. Реанимация осуществляется ради реанимации, а не ради спасения жизни. Правомерность прекращения реанимации определяется, с нашей точки зрения, выполнением профессиональных медицинских функций. Это решение не может поколебать и отсутствие согласия потерпевшего или его законных представителей.

Теперь перейдем к рассмотрению случая, когда реанимация приводит к развитию стойкой декортикации и вегетативного состояния. Как в этом случае рассматривать прекращение реанимации? Как неоказание помощи больному лицом медицинского персонала или убийство? Следует отметить,

что в данном случае налицо агония, а факта наступления смерти еще нет. В такой ситуации больной - живое существо, обладающее соответствующими правовыми гарантиями. Ему необходимо оказывать посильную помощь. Но вспомним, наступившие последствия уже необратимы. Польские специалисты полагают, что при агонии нецелесообразно продлевать акт умирания [26, с. 78], что врач не должен продлевать чисто вегетативную жизнь при неотвратимой потере сознания и полном отсутствии надежды на улучшение состояния больного [27].

Можно и согласиться с высказанным мнением. Соответствующая помощь умирающему должна оказываться до момента наступления смерти мозга. Кстати, сама Г. Маслинська считает, что «сокращение жизни умирающего человека является с юридической точки зрения убийством» [29, с. 77]. Итак, действия виновных в подобной ситуации должны квалифицироваться либо как убийство по согласию, либо как неоказание помощи больному лицом медицинского персонала при соответствующих условиях.

Нужно заметить, что в УК УССР 1922 г. (примечание к ст. 143) оговаривается, что убийство, совершенное по настоянию убитого из чувства сострадания, не карается. Иными словами, согласие потерпевшего на причинение ему смерти являлось обстоятельством, исключающим уголовную ответственность. Но уже в ноябре 1922 г. нарком юстиции В.Н. Крыленко выступил с речью, критикуя примечание к ст. 143 УК РСФСР. На IV сессии ВЦИК IX созыва, обсуждавшей данный вопрос, примечание было исключено. Несомненно, данный исторический факт оказал влияние и на отношение нашего законодательства к согласию потерпевшего как к обстоятельству, исключающему уголовную ответственность. Тем не менее в советской теории уголовного права это обстоятельство признавалось

заслуживающим внимания и по ряду дел учитывается судебной практикой [25].

УК УССР 1927 г. такого примечания уже не содержат. Как справедливо отмечал в свое время А.А. Жижиленко, «УК впал в противоположную крайность - обыкновенное убийство, не влекущее за собой обязательного смягчения репрессии» [29]. Убийство по настоянию потерпевшего, из чувства сострадания следует рассматривать как особый вид привилегированного убийства [Там же]. Так, польское законодательство предусматривает ответственность для того, кто убивает человека по его просьбе и под влиянием сочувствия к нему. Действующее же законодательство Украины рассматривает подобный вид убийства как простое убийство без отягчающих и смягчающих обстоятельств. С нашей точки зрения, убийство из сострадания должно рассматриваться как отдельный вид преступления против жизни. Убийство по просьбе потерпевшего не является также обстоятельством, исключающим ответственность, правда, здесь речь идет о смягчающих обстоятельствах [30].

В условиях современной жизни применение как насильственных, так и ненасильственных методов эвтаназии недопустимо. Жизнь человека должна поддерживаться во всех случаях до естественного конца. Медицинская наука и практика не гарантированы от диагностических ошибок. Легализация эвтаназии может оказать негативное влияние на практику здравоохранения, будет способствовать возникновению злоупотреблений, а следовательно, росту недоверия населения к качеству медицинского обслуживания, к системе здравоохранения в целом. Отдельные случаи применения негативной эвтаназии допустимы в виду бесперспективности излечения и тяжести состояния больного и при условии единогласного принятия решения группой компетентных специалистов, а также при согласии больного или его

законных представителей. В целях укрепления законности и усиления уголовно-правовых гарантий прав человека на охрану здоровья и жизни требуется ввести в Уголовный кодекс соответствующую специальную норму.

### **Литература.**

1. БСЭ. 3-е изд. Т. 30. М.: Сов. энцикл., 1978.
2. Ресусцитация: Теория и практика оживления / Под ред. М. Сыха. Варшава, 1976.
3. *Weinauer W.* Sterbehilfe in der Praxis - praktische Sterbehilfe // *Wien. med. Wech.* 1986. N. 14. N 136. S. 351 - 353.
4. *Чуклер Д., Брок Д., Каплан А.* На грани жизни и смерти (краткий очерк развития биоэнергетики в США). М.: Знание, 1989.
5. *Crispel K.R., Comez C.F.* Propercare for the Dying: A critical public issues // *J. med. ethics.* 1987. V. 13. N 2. P. 74 - 80.
6. *Miller Ph.J.* Death with dignity and the right to die: Sometimes doctors have to hasten death // *Op. cit.* P. 81 - 85.
7. *Cassel Ch.K.* Ethical issues in emergency care of elderly persons: A framework for decision making // *Mt. Sinai J. Med.* 1987. V. 54. N 1.
8. *Baskett P.L.P.* The ethics of resuscitation // *JAMA. Brit. med. J.* 1986. V. 293. № 6540. P. 189 - 190.
9. *Weddington W. W.* Eutanasia // *Op. cit.* V. 246. № 17. P. 1949 - 1950.
10. *Carstense G., Schreiber H.L.* Weltgehende sachliche Übereinstimmung bei der Sterbehilfe zwischen Arsten und Juristen // *Chirurg.* 1987. H. 58. № 4. S. 303 - 304.
11. *Slater B.* Assisted suicide. Some ethical considerations // *Int. Health serv.* 1976. V. 6. № 2. P. 321 - 330.
12. *Andersen G., Walker H., Piere P.M., Mille C.M.* Living wills do mercies and physicians have them? // *Amer J. Nurs.* 1986. V. 86. № 3.
13. *Bortnowska H.* O polski model Hospiejum // *Chorzy w stanach terminalnych a etyka zawodowa w medicine.* Budgoszcz, 1985. P. 49 - 57.
14. *Сондерс С.* Помощь умирающему // *Здоровье мира.* 1981. № 11. С. 16 - 20.
15. *Brown N.K., Brown M.A., Tompson D.* In *Cancer: the behaviour.* New York, 1976. P. 319 - 329.
16. *Кони А.Ф.* Собр. соч. в 8-ми томах. Т. 4. М.: Юрид. лит., 1967. С. 384.
17. *Малеин Н.С.* Гражданский закон и права личности в СССР. М.: Юрид. лит., 1981. С. 84.
18. *Bogusz J.* Sumienie najwyzszym sedzia // *Chorzy w stanach terminalnych...* P. 1.1.
19. *Brzezinski T.* Prawo do prawdy czy ochrona psychiki chorego za zfa prognoza lekarska // *Chorzy w stanach terminalnych...* P. 25.
20. *Белорусов О.С., Бочков Н.П., Бунятян А.А.* Общая деонтология // *Деонтология в медицине в 2-х томах.* Т. 2. М.: Медицина, 1988. С. 282.
21. *Хорват Т.* Эвтаназия - проблема медицинской этики и уголовного права // *Правовые исследования.* 1977. С. 151 - 160.
22. *Карпец И.И.* Уголовное право и этика. М., 1985.
23. *Pia H.W.* Brain death // *Acta Neurochir.* 1986. № 82. P. 5 - 6.

24. Not to be resuscitated // *Anaesthesia*. 1985. V, 40. № 7. P. 617 - 618.
25. Большая медицинская энциклопедия. 3-е изд. Т. 1. М.: Сов. энцикл., 1974. С. 54.
26. *Маслинська Г.* Проблема этоса и профессиональной этики медицинских работников В ПНР // *Вестн. Академии медицинских наук СССР*. 1985. № 5.
27. *Sosniak M.* Eutanasja bierna i czynna a powinności lekarza // *Chorzy w stanach terminalnych...* P. 47.
28. *Красиков А.Н.* Сущность и значение согласия потерпевшего в советском уголовном праве. Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 1976. С. 79.
29. *Жижиленко А.А.* Преступление против личности. М.; Л.: Госюриздат, 1927. С. 12.
30. *Карпец И.И.* Современные проблемы уголовного права и криминологии. М.: Юрид. лит., 1976. С. 189.

**Віктор Климович Гришук**  
доктор юридичних наук, професор,  
член-кореспондент НАПрН України,  
головний науковий співробітник  
ВОНР Львівського державного  
університету внутрішніх справ  
*e-mail: vkhryshchuk@gmail.com*

## **ЕУТАНАЗІЯ: КРИМІНАЛЬНО-ПРАВОВА ОЦІНКА.**

Розвиток науково-технічного прогресу ставить перед наукою нові соціальні проблеми, які потребують свого осмислення і вироблення відповідних механізмів їх вирішення. До цих проблем, зокрема, належать проблеми: трансплантації, штучного запліднення, зміни (корекції) статі, ейтаназії.

У літературі умисне позбавлення життя невиліковно хворої людини з метою припинення її страждань називають різними термінами: «ейтаназія» [1]- «ейтаназія» [20; 391], «ейтаназія». Термін «ейтаназія» вжито в ч. 3 ст. 52 «Основ законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. (далі – Основи) [3]. Отже, його вживання у наукових дослідженнях набуло легального статусу, що ґрунтується на етимологічному значенні цього слова.

Це значення розкривають у літературі на основі двох грецьких слів: «eu» – добре і «thanatos» – смерть.

Вперше аналізоване поняття було введено в науковий обіг англійським філософом Ф. Беконом (1561-1625) для визначення «доброї, спокійної і легкої смерті без мук і страждань» [4, 28]. Іноді таку смерть у наукових джерелах називають «доброю», «солодкою», «легкою».

Розрізняють еутаназію активну і пасивну. При активній еутаназії смерть невиліковно хворій особі заподіюється з метою припинення її страждань лікарем, родичем, іншою особою шляхом введення цій особі лікарських засобів у надмірній дозі або інших засобів, або вчинення інших дій, що призводить до настання смерті такої особи. Тому цей вид еутаназії називають іноді «методом наповнення шприца». Розрізняють такі форми активної еутаназії:

- 1) «вбивство з милосердя» – має місце в тих випадках, коли, наприклад, лікар або інша особа, бачачи страждання безнадійно хворої людини і будучи не спроможними їх усунути, вводить їй надмірну дозу медичного препарату, в результаті чого настає смерть;
- 2) «самогубство, асистоване лікарем» – має місце, коли лікар лише допомагає невиліковно хворій людині припинити життя;
- 3) «власне активна еутаназія» – може мати місце без допомоги лікаря, коли пацієнт сам вмикає прилад, який сприяє йому у настанні легкої та безлісної смерті [21,15].

Пасивна еутаназія зводиться до припинення лікарем, родичем, іншою собою надання медичної допомоги невиліковно хворому з метою припинення його страждань, що призводить до настання смерті такої особи, а тому цей вид еутаназії іноді називають «методом відкладеного шприца».

Еутаназію можна також класифікувати на насильницьку, коли вона здійснюється щодо особи проти її волі, і ненасильницьку, коли наявне прохання або згода особи на передчасне припинення її життя.

Як свідчать історичні джерела, еутаназія як спосіб заподіяння смерті людині застосовувалася з сивої давнини у практиці ряду племен та древніх держав. Зокрема, це стосується індійських племен і Спарти. Спартанці, наприклад, вбивали тих дітей, які народжувалися хворими або кволими, а індіанці вбивали або залишали на смерть від холоду чи голоду людей похилого віку.

У сучасних умовах у різних державах є факти застосування еутаназії. Причому з року в рік кількість проявів еутаназії розширюється, як і розширюється коло осіб, задіяних у цьому процесі. До того ж чим далі акти еутаназії викликають все більший громадський резонанс. 1989 р. увійшов в історію з іменем Т. Бленда, що здійснив еутаназію 17-річному футбольному фанатові, який отримав важку травму головного мозку під час тісняви на стадіоні м. Хілсборо (Велика Британія). Того ж року закінчився судовий процес у Відні (Австрія) над чотирма медичними сестрами, які у період з 1983 до 1989 р. завдали смерті 50 хворим за допомогою сильнодіючих снодійних препаратів. У 1997-1998 рр. К. Малевр, 30-річна медсестра з лікарні м. Мант-ла-Жолі (Франція), допомогла піти з життя близько 30 важкохворим пацієнтам. У 1991 р. доктора Н. Кокса було засуджено за введення смертельної ін'єкції хлористого калію Л. Бойєз, яка була похилого віку і до того ж помирала від важкого ревматичного артрити. У 1997 р. доктор Д. Мур з м. Ньюкасл (Велика Британія) зізнався газетному репортеріві у застосуванні еутаназії до більш ніж 300 пацієнтів. Університет С. Фрейзера з м. Ванкувер (Канада) оприлюднив дослідження, у якому було названо 34 відомих випадки застосування еутаназії у Канаді [23].



У січні 1999 р. з'явилась інформація, що штат працівників лікарень графств Дербі, Соррі, Кент, Сассекс (Велика Британія) свідомо прискорював смерть своїх пацієнтів, які страждали на напади та недоумство, відмовляючись давати їм їжу та воду. Мешканець провінції Х. Шабо (Китай), піддавшись на прохання хворої на рак дружини, дав їй отруту. Від смертної кари його врятувало лише знайдене слідством передсмертне послання матері дітям, де вона писала про бажання покінчити з собою [23].

Чи не найбільш резонансною можна вважати справу патологоанатома Д. Кеворкяна (США), який особисто здійснив еутаназію понад 130 громадянам США, за що у пресі заслужив прізвисько «Доктор Смерть» [24].

Один із найбільш цинічних способів добровільного відходу з життя винайшов австралійський лікар Ф. Ніцшке. Важкохворому пропонувалось зіграти у гру з комп'ютером. У випадку поразки на екрані з'являлось питання: «Завершити гру?» Отримавши ствердну відповідь, комп'ютер давав сигнал механізму, який здійснював смертельну ін'єкцію у вену [23].

Не так часто, але трапляються випадки еутаназії й на території держав колишнього Радянського Союзу Так, наприклад, у 1997 р. судом м. Біла Калитва Ростовської області було засуджено Н. за вбивство своєї паралізованої матері. Доглядаючи за нею, він дізнався від лікарів, що вилікувати матір вони не зможуть, і запропонував їй припинити страждання. Отримавши її згоду, Н. спробував задушити її руками, а коли це не вдалося, кухонним ножом декілька разів зробив їй поранення грудної клітини [25].

Подібну ж справу було порушено й вільнюською прокуратурою з приводу вбивства матір'ю, лікарем Ж. Славінскене, з метою еутаназії свого 19-річного сина, який до того більше півроку лікувався від важких опіків після невдалої спроби самоспалення. Оскільки відповідальності за еутаназію

у Литві не передбачено, їй було висунуто обвинувачення в умисному вбивстві за обтяжуючих обставин, за що, відповідно до литовського Кримінального кодексу, передбачено позбавлення волі на строк від 10 до 20 років. Однак жінку на підставі висновків судово-психіатричної та психологічної експертиз було звільнено від кримінальної відповідальності, оскільки було доведено, що в період вчинення злочинного діяння вона перебувала у стані неосудності [26].

Застосовувалась еутаназія й до деяких відомих людей. Таким чином прийняв свою смерть 37-й президент США Р. Ніксон, який після першого інсульту написав звернення до лікарів з проханням не застосовувати до нього штучних методів продовження життя у випадку повторного крововиливу у мозок, коли він не зможе виявити свою волю. Так само свідомо припинив приймати ліки після консультації з особистим лікарем і складення заповіту президент Франції Ф. Міттеран, що страждав на останню стадію раку [25]. Значний резонанс викликав і випадок з колишнім сенатором від Партії праці Е. Бронсхермою (Нідерланди), який вдався до еутаназії, будучи похилого віку, хоча не страждав на жодну важку хворобу. Він просто стомився від життя і бажав прискорити смерть. У цьому йому допоміг його лікар [23].

Сьогодні суспільна оцінка еутаназії, а в правовому визначенні права людини на смерть, належить до числа контраверсійних. Зазначимо, що при цьому ніхто не заперечує права людини на природну смерть, коли процес вмирання людини проходить без зовнішнього його прискорення.

Еутаназія не узгоджується з канонічними нормами, згідно з якими лише Бог вирішує питання про життя чи смерть людини. Однією з заповідей Божих є заповідь «Не вбивай». Отже, штучне втручання у вирішення питання про смерть людини є гріхом. Не сприймається ідея еутаназії суспільною мораллю абсолютної більшості цивілізованих країн світу.

Серед учених-медиків, лікарів, юристів немає одностайності щодо оцінки еутаназії. Зокрема, відомий учений, доктор медичних наук, професор Г. Івашкевич вважає, що у світі знайдеться немало противників еутаназії не лише через страх перед законом, а тому, що у кожної нормальної людини, тим більше лікаря, є більш високий внутрішній закон, який постійно стверджує: «Не вбий» [2, 93]. Свою позицію Г. Івашкевич обґрунтовує не лише аморальністю еутаназії, а й тим, що проблема еутаназії пов'язується з трансплантацією, що створює ґрунт для можливих зловживань навіть при досить досконалому правовому врегулюванні цього процесу.

Протилежної позиції дотримуються професор С. Долецький – дитячий хірург і професор В. Акопов – завідувач кафедри судової медицини Ростовського медичного інституту Так, на думку С. Долецького, боротьба за життя пацієнта справедлива лише доти, доки існує надія, що порятунок є можливим. Якщо цю надію втрачено, то з цього моменту виникає право на милосердя, яке й реалізується через еутаназію. Тому, вважає він, еутаназія є справедливим, єдино правильним засобом щодо невиліковно хворих, паралізованих, дебілів, пацієнтів, існування яких продовжується лише за допомогою життєзабезпечувальних медичних апаратів, новонароджених з атрофованим мозком, плодів вагітних жінок, якщо встановлено їх потворність чи несумісне з життям патологічне порушення, оскільки людина відрізняється від тварин розумом та мораллю [5]. Ю. Дмитрієв і Є. Шленьова стверджують, що біолого-медичний аспект еутаназії полягає в тому, щоб чітко визначити коло пацієнтів, щодо яких доцільно її застосувати [6, 42]. Ця позиція перегукується з баченням проблеми відомим швейцарським професором Б. Баертші, який, енергійно відстоюючи ідею еутаназії, класифікує людей на особистості та неособистості, зараховуючи до останніх людські ембріони, смертельно хворих дітей, дорослих, що потерпають від

невиліковних хвороб і усвідомлюють це, а також тих, хто підключений до медичної апаратури, яка підтримує їх життєздатність. Такі особи, вважає Б. Баертші, слід умертвляти навіть проти їх волі тому, що вони «генетично не мають волі до життя» [7, 22]. Такий підхід нагадує початок ХХ ст., коли значного поширення набули відомі євгенічні теорії. В їх основу були покладені припущення про біологічне виродження людини. Генетичний вплив на спадковість людини розглядався як універсальний засіб протистояння виродженню людини. У зв'язку з цим практикувалися у США з 1899 р., у Данії з 1929 р., у Німеччині з 1933 р. заходи кримінальної євгеніки у вигляді кастрації та стерилізації. У США протягом 20-30-х років було проведено більше 60 000 кастрацій і стерилізацій «генетично неповноцінних індивідів» [8].

Ще більш радикальною, по суті потворною, була на початку ХХ ст. ідея Біндінга і Гохе про еутаназію як засіб знищення «неповноцінних» людей, якою скористалися фашистські ідеологи в Німеччині для вироблення нацистської програми «Еутаназія», затвердженої Декретом від 1 вересня 1939 р. Відповідно до цієї програми як у Німеччині, так і на окупованих територіях підлягали знищенню новонароджені з «неправильним розвитком», душевнохворі, хворі на туберкульоз або злоякісні новоутворення, інваліди, невиліковно хворі, а також представники «неповноцінних» народів – євреї, цигани, поляки і росіяни. З цією метою була створена спеціальна «індустрія» умертвіння у вигляді газових камер, крематоріїв, концентраційних таборів [4, 28]. Тільки в Німеччині, в межах програми «Еутаназія», як стверджує С. Тасаков, було відправлено в газові камери 275 тисяч розумово відсталих і психічно хворих людей [6, 42]. Правда, В. Кірхмаєр зазначає, що нацистська програма знищення невиліковно хворих і представників «расово неповноцінних» народів була

вперше згадана в 1933 р. у Декреті «Про захист здоров'я нації» [9]. Міжнародний трибунал у Нюрнбергу кваліфікував таку діяльність як злочини проти людства. Цей урок історії справедливо обурює людську свідомість і сьогодні, коли проблема еутаназії в теоретичному і практичному плані стала однією із злободенних, «модних». Він також і застерігає людство від поспішного сприйняття «модних» ідей і концепцій заради якоїсь часткової, гіпотетичної вигоди, не підтвердженої науково обґрунтованим соціальним прогнозом. Крім того, він є яскравим прикладом того, коли такі ідеї чи концепції можуть бути доведені до негуманного, абсурдного варіанта.

В юридичній літературі проблема еутаназії розглядається переважно крізь призму прав людини і переважає думка, що активна еутаназія є злочинною. Якщо право людини на життя визнане на міжнародно-правовому рівні, то право людини на дострокову, передчасну смерть, необхідність визнання якого обстоюють ряд вчених і практиків, не знаходить підтримки як на міжнародно-правовому рівні, так і на рівні абсолютної більшості цивілізованих держав. Зокрема, в Декларації про еутаназію, прийнятій 39-ю Всесвітньою медичною асамблеєю в 1987 р. у м. Мадриді, зазначено, що еутаназія, тобто «акт навмисного переривання життя пацієнта, навіть здійснений на прохання самого потерпілого чи на прохання його близьких родичів, є неетичним. Це не звільняє лікаря від прийняття до уваги бажання пацієнта, щоб природні процеси вмирання йшли своїм ходом у заключній стадії хвороби» [10, 391]. Наведене положення можна зрозуміти і так, що світова медична громадськість висловила протидію активній еутаназії, допускаючи можливість пасивної еутаназії, що суперечить «Клятві Гіппократа», де головною засадою лікарської діяльності визначено засаду «*primum non nocere*» – перш за все не нашкодити хворому.

Суперечливі погляди на еутаназію з морально-етичної та медичної позицій викликали й суперечливу юридичну оцінку цього явища, що не могло не знайти свого відображення у законодавстві різних держав світу. Так, у 50-ти штатах США прийняті закони, якими дозволено пасивну еутаназію [11]. Перший у світі Закон «Про право людини на смерть» було прийнято після довгих обговорень на референдумах, у 1977 р. у штаті Каліфорнія. Відповідно до цього Закону невиліковно хвора особа має право на відключення реанімаційної апаратури оформивши відповідний документ, що засвідчує таке її бажання. У цьому ж році, 27 жовтня, у штат Орегон прийнято Закон «Про право на гідну смерть». Згідно з цим Законом дієздатний дорослий житель Орегону, який за висновком лікуючого лікаря та лікаря-консультанта страждає від смертельної хвороби і добровільно висловив своє бажання померти, може написати заяву для призначення медичного препарату з метою покінчити своє життя гуманним і гідним способом. Ця заява повинна бути виконана за встановленою формою, підписана і датована пацієнтом і засвідчена щонайменше двома свідками у присутності пацієнта. Одним із свідків повинна бути особа, яка не є:

- а) родичем пацієнта по крові, по чоловікові чи дружині чи усиновленню;
- б) на час підписання заяви спадкоємцем будь-якої частини майна правомочного пацієнта після його смерті за заповітом чи за законом;
- в) власником, керівником чи працівником установи охорони здоров'я, де правомочний пацієнт отримує медичне лікування або проживає.

Свідком не може бути також і лікуючий лікар. Якщо пацієнт є особою, яка тривалий час користується послугами медичного закладу на час подання заяви, то одним із свідків має бути особа, призначена цим закладом.

Безпосередньо перед призначенням медичного препарату лікуючий лікар повинен підтвердити, що пацієнт приймає обґрунтоване рішення.

Закон також передбачає інші формально-процедурні умови права на гідну смерть, а також передбачає кримінальну відповідальність як за тяжкий злочин категорії «А» особи, яка без відома пацієнта умисно змінить або підробить письмову заяву пацієнта про призначення медичного препарату, чи приховає або знищить анулювання цієї заяви з метою спричинити смерть пацієнта або примушує чи чинить незаконний вплив на пацієнта, щоб він подав заяву про призначення медичного препарату з метою покінчити життя чи ліквідувати відмову від такої заяви.

Пасивна еутаназія не вважається злочином у Швеції та Фінляндії, а в 50-ти штатах США, як уже зазначалося, в Бельгії та Нідерландах вона дозволена законом. Так, лише в 2000 р. у Нідерландах офіційно зареєстровано 2 216 випадків еутаназії [12].

У більшості держав світу еутаназія або не передбачена законом або заборонена ним. У зв'язку з цим у кримінальних кодексах таких держав передбачено відповідальність за еутаназію як різновид умисного вбивства при пом'якшуючих обставинах. До числа цих держав, зокрема, належать: Австрія (§ 77 КК), Азербайджан (§ 135 КК), Болівія (§ 257 КК), ФРН (§ 216 КК), Греція (§ 300 КК), Грузія (§ 110 КК), Данія (§ 239 КК), Індія (§ 300 КК), Ісландія (§ 213 КК), Іспанія (§ 143 КК), Італія (§ 579 КК), Колумбія (§ 106 КК), Коста-Ріка (§ 116 КК), Ліван (§ 552 КК), Республіка Польща (§ 150 КК), Португалія (§ 134 КК), Республіка Корея (§ 252 КК), Швейцарія (§ 114 КК), Японія (§ 202 КК). В інших державах таке вбивство залежно від обставин справи кваліфікується на загальних засадах як просте або кваліфіковане вбивство. Очевидно є сенс розглянути пропозиції українських учених щодо доповнення Кримінального кодексу України спеціальною статтею, яка б передбачала відповідальність за цей різновид умисного вбивства [22].

Разом з цим у ряді держав, де у кримінальних кодексах немає складів умисних вбивств зі співчуттям (еутаназія), передбачено пом'якшуючу покарання обставину – вчинення злочину зі співчуття (Росія, Казахстан, Таджикистан), або вчинення злочину з благородних мотивів (Албанія, Куба, Панама), або вчинення злочину на прохання особи, яка перебуває в безнадійному стані (Литва). За наявності таких обставин суди мають можливість диференціювати (виокремити) кримінальну відповідальність за умисні вбивства зі співчуття.

У Росії, зокрема, ще в Морському Статуті, затвердженому Петром I у 1720 р., міститься така норма: «Кто захочет сам себя убить и его в том застанут, того повеситъ на райне (ред. – В. К.); а ежели кто сам себя уже убьет, тот и мертвый за ноги повешен быть имеет» [13].

В Україні Кримінальний кодекс УРСР 1922 р. у примітці до ст. 143 містив норму, яка встановлювала, що вбивство, вчинене за наполяганням вбитого з почуття жалю, не карається. Однак ця норма була чинною лише до 3 січня 1923 р. [14].

Згідно з ч. 3 ст. 52 Основ медичним працівникам «забороняється здійснення еутаназії – навмисного прискорення смерті або умертвіння невиліковно хворого з метою припинення його страждання» [3]. Це законодавче формулювання викликає два застереження. Перше стосується кола суб'єктів заборони. Видається неправильним підхід, коли пряма заборона здійснення еутаназії стосується лише медичних працівників, а про фармацевтичних працівників та інших осіб нічого не сказано. Очевидно, що така формальна заборона має стосуватися всіх без винятку суб'єктів. Саме так законодавець сформулював заборону в ч. 2 ст. 29 Основ: «Забороняється медичне втручання, яке може викликати розлад генетичного апарату». Так



само, без обмеження кола суб'єктів заборонено в ч. 1 ст. 45 Основ проведення науково-дослідного експерименту на хворих, ув'язнених або військовополонених, а також терапевтичного експерименту на людях, захворювання яких не має безпосереднього зв'язку з метою дослідження. Друге застереження стосується відсутності у згаданій ч. 3 ст. 52 Основ вказівки на відповідальність за порушення заборони еутаназії. Вдалим видається вирішення цього питання у ст. 45 однойменного нормативного акта Російської Федерації, де прямо записано, що «особа, яка свідомо спонукає хворого до еутаназії і (або) здійснює еутаназію, несе кримінальну відповідальність за законодавством Російської Федерації» [11, 206].

У сучасній теорії кримінального права України та у правозастосувальній практиці визнано, що згода іншої людини на позбавлення її життя або наявність її прохання про позбавлення життя не усуває протиправності діяння, спрямованого на позбавлення життя такої людини і не звільняє суб'єкта, який це вчинить, від кримінальної відповідальності. Однак виникає питання про кваліфікацію еутаназії за відповідною статтею Особливої частини КК України.

При активній еутаназії у вигляді «вбивства з милосердя» дії винного є умисними, а тому за наявністю усіх інших ознак складу злочину вчинене належить кваліфікувати, залежно від обставин справи, за ч. 1 або 2 ст. 115 КК України. Щодо «самогубства», що асистується медичним працівником (іншим суб'єктом), та самогубства без участі медичного працівника (іншого суб'єкта), коли він лише надає хворому необхідні засоби для самогубства то підстав для кримінальної відповідальності медичного працівника (інших суб'єктів), як видається, немає. У таких випадках медичний працівник (інша особа) є пособником самогубства, яке не є злочином згідно з чинним КК

України. Доречно нагадати, що ст. 462 Кримінального уложення Російської імперії 1903 р. передбачала ув'язнення у виправному будинку на строк до трьох років або ув'язнення у фортеці на строк до одного року за надання засобів до самогубства, якщо внаслідок цього воно було вчинене. У сучасних державах склад злочину схиляння до самогубства, пособлення самогубству передбачений, зокрема, чинними кримінальними кодексами: Австрії (§ 78); Болгарії (ст. 127); Голландії (ст. 294); Іспанії (ч. 3 ст. 143); Швейцарії (ст. 115); Данії (§ 240), Польщі (ст. 151). Стаття 146 Кримінального кодексу Білорусії передбачає склад злочину «Схиляння до самогубства». Кримінальний кодекс Федеративної Республіки Німеччини (§ 216) передбачає покарання у вигляді позбавлення волі на строк від шести місяців до п'яти років за умисне вбивство внаслідок категоричного наполегливого прохання потерпілого про позбавлення його життя.

Суспільна небезпека схиляння до самогубства і сприяння самогубству очевидна, і тому доцільно, враховуючи досвід зарубіжних держав, встановити кримінальну відповідальність за їх вчинення, доповнивши Кримінальний кодекс, наприклад ст. 120 КК України, нормою в такій редакції: «Організація самогубства, керування його підготовкою чи вчиненням, підбурення до самогубства, а також пособлення самогубству, – карається...». Що стосується підмовлення суб'єктом до самогубства особи, що не усвідомлює значення своїх дій, то слід погодитися з думкою вчених, які пропонують кваліфікувати такі дії суб'єкта як умисне вбивство [15, 51, 251]. Кримінальне уложення Російської імперії (ст. 463) окремо передбачало кримінальну відповідальність за підмовлення до самогубства особи, яка не досягла 21 року, а також особи, завідомо нездатної розуміти свої дії та значення вчинюваного нею чи керувати своїми вчинками.

Щодо «пасивної еутаназії» в юридичній літературі висловлена думка про можливість кваліфікації бездіяльності винного у таких випадках, як ненадання допомоги хворому (в Україні статті 136 і 139 КК України) [16, 17]. Щодо кваліфікації бездіяльності винного при «пасивній еутаназії» за статтями 136 або 139 КК України виникають певні труднощі. Вони зумовлені, зокрема, застосуванням законодавцем понять «завідомо» (ст. 136) та «завідомо відомо» (ст. 139). Перше, що звертає на себе увагу, це неузгодженість цих понять з положеннями статей розділу п'ятого Загальної частини КК України «Вина та її форми», де не передбачено такої форми чи виду вини. Думається, що немає підстав оспорювати методологічне значення статей цього розділу для Особливої частини КК України, яке законодавцем у цьому випадку проігнороване. Другим, як наслідок першої неузгодженості, є різне розуміння цих понять у теорії кримінального права. Так, О. Дудоров стосовно ст. 139 КК України вважає, що під поняттям «завідомо відомо» слід розуміти вчинення бездіяльності з прямим умислом [17, 328]; М. Хавронюк стосовно ч. 3 ст. 136 КК України – вчинення бездіяльності з прямим умислом, а ставлення щодо наслідків проявляється тільки в необережній формі вини [16, 323]; П. Андрушко, відповідно – вчинення бездіяльності умисно, а ставлення до наслідків проявляється в необережності (щодо ст. 136 КК України) та вчинення бездіяльності умисно (ст. 139 КК України) [18, 285, 291]; автори «Науково-практичного коментаря до Кримінального кодексу України», підготовленого інститутом Генеральної прокуратури України, відповідно – вчинення бездіяльності умисно, а щодо наслідків – вина проявляється у формі необережності (ст. 136 КК України) та вчинення бездіяльності умисно (ст. 139 КК України) [19, 91, 95]. С. Бородін під поняттям «завідомо» вбачає два види вини: непрямий умисел і злочинну самовпевненість, а О. Красіков – три види вини: злочинна самовпевненість,

непрямий умисел, а в деяких випадках і прямий умисел [15, 59]. На думку М. Бажанова, поняттям «завідомо» охоплюється вчинення бездіяльності умисно, а щодо наслідків можлива як умисна, так і необережна форма вини (ст. 136 КК України), а щодо ст. 139 КК України – вчинення бездіяльності умисно або при наявності злочинної самовпевненості [20, 72, 60]. Такий різнобій поглядів учених дає підстави стверджувати, що у цьому випадку межі законності розмиті, а права людини не забезпечені належним чином. Очевидно, що не випадково законодавець Російської Федерації, враховуючи складність проаналізованої вище проблеми, а також труднощі у відмежуванні ненадання допомоги від умисного вбивства та вбивства через необережність при бездіяльності, вказав у диспозиції ч. 2 ст. 124 Кримінального кодексу Російської Федерації «Ненадання допомоги хворому» на необережну форму вини щодо наслідків у вигляді настання смерті потерпілого. Однак навіть і таке уточнення не дає підстав кваліфікувати бездіяльність суб'єкта при «пасивній ейтаназії» як ненадання допомоги, тобто за ст. 136 або ст. 139 КК України. Як уже зазначалося вище, ейтаназія, згідно з ч. 3 ст. 52 Основ та Декларацією про ейтаназію, є діянням умисним. При вчиненні ейтаназії особа усвідомлює суспільно небезпечний характер свого діяння, передбачає настання смерті потерпілого і бажає або свідомо, припускає її настання. Необережне ставлення суб'єкта до настання смерті потерпілого у цьому випадку виключається. Отже, умисне ненадання (злочинна бездіяльність) медичним працівником (іншим суб'єктом) допомоги хворому (пасивна ейтаназія) з метою заподіяння йому смерті як на прохання потерпілого, так і за його згодою або без згоди, що призвело до такого наслідку, належить кваліфікувати як умисне вбивство за ч. 1 ст. 115 КК України. Не виключається кваліфікація вчиненого залежно від обставин справи за пунктами 2, 4, 6, 8, 9, 11, 12 ч. 2 ст. 115 КК України. Наведена кваліфікація

діянь медичних працівників не стосується тих випадків, коли пацієнт в установленому порядку не дає згоди на медичне втручання. Згідно із ст. 43 Основ така згода є обов'язковою для діагностики, профілактики та лікування. Щодо пацієнта, який не досяг віку 15 років, а також визнаного в установленому законом порядку недієздатним медичне втручання здійснюється за згодою їх законних представників. У цих випадках, якщо пацієнт помирає, настання його смерті відбувається всупереч волі лікаря, тобто його вина відсутня, а отже, і відсутній склад злочину як підстава притягнення лікаря до кримінальної відповідальності. Враховуючи специфіку службових функцій медичного працівника, а також і фармацевтичного працівника, на яких покладається особливий обов'язок – турбота про життя та здоров'я людини, які відповідно до ст. 3 Конституції України є в числі найвищих соціальних цінностей в Україні, видається за доцільне передбачити в ч. 2 ст. 115 КК України відповідальність за вчинення умисного вбивства медичним або фармацевтичним працівником при виконанні ними своїх службових обов'язків. Крім цього, у ст. 119 КК України необхідно передбачити особливо кваліфікований вид вбивства через необережність – вбивство через необережність, вчинене медичним або фармацевтичним працівником при виконанні ними своїх службових обов'язків. Є надія, що внесення зазначених вище доповнень до чинного КК України сприятиме посиленню захисту права людини на життя в Україні.

**Використані наукові джерела:**

- 1.Малеина М. Н. Человек и медицина в современном мире. – М., 1995. – С. 72-75;
- Глушков В. О. Евтаназия // Юридична енциклопедія: в 6 т. – Т. 2. – К., 1999. – С. 318-319.
2. Ивашкевич Г. А. Преступление без наказания. – Л., 1995. – С. 89–99.
- 3.Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 4. – Ст. 19.
4. Астахова В. Эвтаназия: за и против // Здоровохранение. – 2001. – № 1.
5. Долецкий С. // Комсомольская правда. – 1992.

6. Тасаков С. Запрет эвтаназии унижает человеческое достоинство // Российская юстиция. – 2003. – № 2.
7. Ярослав Ясен. Кінець Доктора Смерті // Політика і культура. – 1999. – №9. – 10–16 черв.
8. Иншаков С. М. Зарубежная криминология. – М., 1997. – С. 124; Фролов И. Т. Современная наука и гуманизм. – М., 1974. – С. 38-39.13. Законодательство Петра I. – М., 1997. – С. 339.
9. Виктор Кирхмайер. Почему в Германии отвергают эвтаназию? Обзор «Немецкой волны». – 11 апр. – 2001.
10. Медичне право України: зб. норм.-прав. актів / упоряд. Н. Б. Болотіна. – К., 2001.
11. Малеина М. Н. Человек и медицина в современном мире. – М. 1995. – С. 73.
12. Голландия узаконила эвтаназию // Русская служба ВВС. – 2001. – 11 апр.
13. Законодательство Петра I. – М., 1977. – С. 339.
14. Собрание Узаконений и Распоряжений Рабоче-крестьянского Правительства Украины. – 1922. – №36. – Ст. 553; Собрание Узаконений и Распоряжений Рабоче-крестьянского Правительства Украины. – 1923. – №1 – С. 15.
15. Бородин С. В. Преступления против жизни. – М., 1999.
16. Леонтьев О. В. Нарушения норм уголовного права в медицине. – СПб., 2002.
17. Науково-практичний коментар Кримінального кодексу України від 5 квітня 2001 р. / за ред. М. І. Мельника, М. І. Хавронюка. – К., 2001.
18. Науково-практичний коментар Кримінального кодексу України. – 2-е вид., переробл. і допов. / відп. ред. С. С. Яценко. – К., 2002.
19. Науково-практичний коментар до Кримінального кодексу України / під заг. ред. М. О. Потебенька, В. Г. Гончаренка. – К., 2001.
20. Кримінальне право України. Особлива частина / за ред. професорів М. І. Бажанова, В. В. Сташиса, В. Я. Тація. – К., – Х., 2001.
21. Олейник О. Этические и правовые аспекты эвтаназии // Юридическая практика. – 2001. – № 48 (206). – 28 нояб.
22. Шеховцова Л.І. Питання про еутаназію: «за» і «проти» // Вісник Запорізького національного університету. – 2009. – №2. – С. 150-153; В.К.Гришук, Н. Є. Маковецька. Умисні вбивства за кримінальним правом України та Республіки Польща: юридичний аналіз складів злочинів. – Хмельницький.ХУУП., 2010. – С. 328, 333-334.
23. Соломин В., Пахомов А., Калмыков М., Бернаскони Е., Джалагония В., Шишкин Г. Быть или не быть? Вот в чём вопрос... // Эхо планеты. – 2000. – № 50–51.
24. Трипольский М. Право на смерть // Русская Америка. – 1999. – № 4 (6).
25. Акопов В. Эвтаназия (этические, правовые, медицинские проблемы) // Ростовская Электронная Газета. – 21 дек. – 1999 – № 24 (30).
26. Вильнюсская прокуратура прекратила первое дело об эвтаназии // Baltik News Service. – 1999. – 10 февр.

**Куц Віталій Миколайович**

*кандидат юридичних наук, професор, заслужений юрист України, викладач  
Національної академії прокуратури України,  
м.Київ, e-mail:NDC2005@ukr.net*

**КРИМІНАЛЬНО-ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ В УКРАЇНІ ПРАВА  
ЛЮДИНИ НА ГІДНЕ ЗАКІНЧЕННЯ ЖИТТЯ**

Відповідно до ч. 1 ст. 1 Кримінального кодексу України (*далі – КК*) одним із його завдань є правове забезпечення охорони прав і свобод людини. Для здійснення цього завдання КК визначає, які суспільно-небезпечні діяння є злочинами та які покарання застосовуються до осіб, що їх вчинили (ч. 2 ст. 1 КК). Навіть з урахуванням архаїчності наведених законодавчих положень, відчувається серйозність ставлення законодавця до правового забезпечення прав і свобод людини на декларативному рівні.

Одним із таких прав, до якого все більше зростає увага суспільства, є право на гідне закінчення життя, тобто безболісне його припинення (без надзвичайних фізичних та моральних страждань). Наявність такого права та межі його реалізації залежать від рівня конкурентноздатності держави в сучасній цивілізаційній системі, а також від рівня її клерикалізації та правового нігілізму носіїв влади. Чим вищими є перший із них і нижчими другий та третій, тим вірогіднішим є саме існування в державі такого явища, як право на гідне закінчення життя, а також його правове забезпечення і навпаки. З іншого боку, наявність визнання та належного правового забезпечення вказаного права є одним із показників успішності та світськості відповідної держави і рівня правової культури носіїв влади у ній.

Формами реалізації права на гідне закінчення життя є ейтаназія, ортаназія та самогубство, асистоване лікарем (САЛ). До початку 2018 року в Україні одна з них, остання, залишалась легальною: за сприяння самогубства

не передбачалась юридична відповідальність. У лютому цього року законодавцем було змінено редакцію ст. 120 КК України «Доведення до самогубства». Сьогодні в ній, окрім іншого, йдеться про *«інші дії, що сприяють вчиненню самогубства»*. Вказана новела потребує критичного ставлення до себе. Справа в тому, що запровадження кримінальної відповідальності за будь-яке сприяння самогубству фактично криміналізувало САЛ, тобто визнало його злочином з усіма кримінально-правовими наслідками, що витікають з цього.

Вказане остаточно унеможливило реалізацію в Україні природного права людини на гідне закінчення життя у тих випадках, коли вона сама через певні обставини зробити це не в змозі. На фоні зниження конкурентноздатності України, тотального зубожіння її населення та деградації правлячого класу, проявами якого, зокрема, є підвищення рівня його клерикалізації та правового нігілізму, вказане рішення виглядає цілком закономірним. В наявних соціально-економічних та політико-правових реаліях існування українського соціуму не те що право на гідне закінчення життя людини, а навіть право на її гідне життя викликає обґрунтовані сумніви. За деякими експертними оцінками дев'яносто дев'ять відсотків населення вважає, що не живе повноцінним життям, а існує, відмовляючи собі в найелементарніших засобах забезпечення життєдіяльності. Україна посідає третє місце у світі за обсягом вторинного споживання населенням товарів повсякденного вжитку, секондхенду. За останні роки вона опинилась на першому місці з депопуляції: рівень смертності перевищує рівень народжуваності на 6 %.

Але залишається надія, що євроінтеграційні зусилля України рано чи пізно актуалізують проблему реалізації не лише права на гідне життя, але й на гідне його закінчення. Щодо останнього зауважу, що для цього в галузі



кримінального права слід здійснити наступні кроки: 1) легалізувати ейтаназію, ортаназію і САЛ чітко визначивши в медичному законодавстві порядок їх здійснення; 2) запровадити кримінальну відповідальність за порушення визначеного законом порядку реалізації вказаних форм гідного закінчення життя; 3) умисне спричинення смерті іншій людині, вчинене на прохання останньої, обумовлене нестерпним больовим синдромом, викликаним невиліковною хворобою, із співчуття до хворого визнати самостійним кримінальним правопорушенням, відмінним від вбивства, бажано кримінальним проступком.

Аргументом на користь останнього є те, що вбивство є насильницьким злочином, а насильством, як відомо, визнається протиправне застосування фізичної чи психічної сили проти волі потерпілої особи. Спричинення смерті на прохання особи не є діянням вчиненим проти її волі, отже не може вважатись насильницьким, а відтак і вбивством. Визнання сьогодні такого діяння вбивством є ні чим іншим, як застосуванням кримінального закону за аналогією, що категорично заборонено ч. 4. ст. 3 КК України. Але хто з сучасних носіїв влади та обслуговуючих їх «науковців» зважає на такі «дрібниці» ..

**Тупельняк Ігор Іванович**

*керівник відділу з вивчення проблем протидії організованій злочинності у сфері державної безпеки Міжвідомчого науково-дослідного центру з проблем боротьби з організованою злочинністю при РНБО України,  
м. Київ, e-mail: i.i.tupelnyak@gmail.com*

**ПРАВО НА ЖИТТЯ ТА СМЕРТЬ В КОНТЕКСТІ ПРАКТИКИ  
ЄВРОПЕЙСЬКОГО СУДУ З ПРАВ ЛЮДИНИ.**

Згідно опублікованого звіту ЄСПЛ щодо позбавлення життя на прохання (End of life and the European Convention on Human Rights // [www.echr.coe.int/documents/Fs\\_euthanasia\\_eng.pdf](http://www.echr.coe.int/documents/Fs_euthanasia_eng.pdf)) з 2000 року по 2015 рік до суду було подано 7 заяв щодо закінчення життя на прохання. Невелика, на перший погляд, кількість заяв обумовлена тим, що ЄСПЛ є останньою судовою інстанцією, а подібні справи цілком могли бути розв'язані на рівні національної системи юстиції. Країнами, проти яких подавалися скарги були: Велика Британія, Німеччина, Швейцарія, Франція, Іспанія, Італія. Цікаво те, що в трьох країнах, крім Великобританії та Італії припинення життя на прохання легалізовано хоча б в одній формі (ейтаназія, ортаназія або САЛ). У Великобританії та Італії з приводу легалізації хоча б однієї форми позбавлення життя на прохання останні роки п'ять точаться гострі дебати.

Серед основних вимог заявників можна виділити наступні. У справі *Pretty v. the United Kingdom* 29 April 2002 та справі *Sanles Sanles v. Spain* 26 October 2000 заявники оскаржували статті 2, 3, 5, 6, 8, 9, 14 Конвенції через відмову національних судів дозволити здійснення САЛ. ЄСПЛ підтримав національне законодавство цих країн, в яких на час звернення, було заборонено проведення САЛ. В Іспанії САЛ стало легалізованим з 2010 року.

Відмова національних установ охорони здоров'я в наданні літальної дози препарату без рецепту лікаря для проведення САЛ, стало приводом для оскарження статті 8 Конвенції та звернення до ЄСПЛ у справі *Haas v. Switzerland* 20 January 2011. В своєму рішенні ЄСПЛ також підтримав рішення національного суду країни, проти якої було подано позов, оскільки позивачем була порушена процедура САЛ.

Проте послідовність ЄСПЛ щодо розв'язання подібних справ була перервана прийняттям його рішення у справі *Gross v. Switzerland* 30 September 2014. Заявником також оскаржувалась відмова закладу охорони здоров'я у наданні летальної дози препарату для здійснення САЛ, однак ЄСПЛ задовольнив вимоги заявника, аргументувавши своє рішення неоднозначним порядком проведення процедури САЛ, яка недосконало визначена законом Швейцарії. Нажаль це рішення визнане недійсним через формальні підстави: подання заяви неналежним заявником. Однак, думаю, що суть рішення ЄСПЛ має бути прийнята до уваги при аналізі його практики.

У справі *Koch v. Germany* 19 July 2012 позивачем оскаржувалась стаття 8 Конвенції через відмову національних судів розглянути по суті позов, щодо відмови видачі літальної дози препарату для проведення САЛ. В цій справі ЄСПЛ було задоволено вимоги заявника.

Цікавим, з точки зору національного правотворення, є справа *Ada Rossi and Others v. Italy* 16 December 2008. Національні суди по суті задовольнили позовні вимоги, щодо проведення САЛ, однак виконання цього рішення можливо було тільки при виконанні певної умови, виконати яку зацікавлені особи не могли об'єктивно. Через це було подано заяву до ЄСПЛ, в якій оскаржувались статті 2, 3 Конвенції. В своєму рішенні ЄСПЛ не визнав вимог заявників, пославшись на нечіткість сформульованих вимог.

Останньою справою ЄСПЛ щодо припинення життя, стала справа *Lambert and Others v. France* 5 June 2015, яка останнім часом не сходила зі сторінок преси. Підставою позову в цьому випадку стало дотримання законодавства Франції щодо проведення ортаназії. Однак не всі родичі померлої особи погодились із законними діями лікаря, через що було подано заяву до суду та оскаржена стаття 2 Конвенції. В своєму рішенні

ЄСПЛ також підтримав внутрішнє законодавство Франції та не визнав правопорушення в діях лікаря з приводу проведення ортаназії.

Які ж висновки може винести для себе український законо- та правотворець. По-перше є протиріччя у самій практиці ЄСПЛ щодо розв'язання по суті схожих справ. Так ЄСПЛ у двох справах протилежно тлумачить положення статті 2 Конвенції: у справі *Pretty v. the United Kingdom* ЄСПЛ не визнає порушенням ст.2 відсутність легалізації САЛ, а у справі *Lambert and Others v. France* ЄСПЛ не визнає порушенням ст.2 наявність легалізації ортаназії. В інших двох справах протилежно розтлумачено зміст статті 8 Конвенції: відмова у видачі летальної дози препарату для проведення САЛ у справі *Haas v. Switzerland* не визнано порушенням ст.8, а у справі *Gross v. Switzerland* - визнано порушенням ст.8.

По-друге. Проаналізувавши практику ЄСПЛ щодо закінчення життя, можна винести такі уроки: легалізація Україною форм припинення життя на прохання не суперечитиме ст.2 Конвенції (справа *Lambert and Others v. France*); національні суди при зверненні до них позивача щодо видання дозволу на отримання летальної дози препарату для припинення власного життя мають розглянути справу по суті, інакше їх відмова у розгляді по суті може бути визнана ЄСПЛ порушенням с.8 Конвенції (справа *Koch v. Germany*); дотримання вимоги на особисте подання заяви (справа *Gross v. Switzerland*), в разі її подання від самого заявника, має дотримуватись; заява може бути подана і в інтересах померлої людини її належним представником (справа *Koch v. Germany* та справа *Sanles Sanles v. Spain*); смерть заявника після подання ним заяви до ЄСПЛ не припиняє розгляд цієї справи по суті (справа *Pretty v. the United Kingdom*).

**Триньова Яна Олегівна**

*кандидат юридичних наук, доцент, професор кафедри кримінального права,  
процесу та криміналістики Європейського університету;  
провідний науковий співробітник відділу з вивчення проблем протидії  
організованій злочинності у сфері державної безпеки Міжвідомчого науково-  
дослідного центру з проблем боротьби з організованою злочинністю при  
РНБО України,  
м.Київ, e-mail: trynovayana80@gmail.com*

**ПЕРСПЕКТИВИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПОЗБАВЛЕННЯ  
ЖИТТЯ ІНШОЇ ЛЮДИНИ НА ПРОХАННЯ В УКРАЇНІ.**

*Проект*

**ЗАКОН УКРАЇНИ**

**«Про забезпечення дотримання права людини на гідне закінчення  
життя та внесення відповідних змін до пов'язаних з ним нормативно-  
правових актів».**

**РОЗДІЛ 1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ**

Цей Закон з урахуванням сучасного стану науки визначає умови і порядок проведення процедури ейтаназії, ортаназії та самогубства, асистованого лікарем (далі - САЛ), забезпечує додержання в Україні прав людини та захист людської гідності при реалізації людиною свого права на життя.

**Стаття 1. Визначення термінів**

У цьому Законі наведені нижче терміни вживаються у такому значенні:  
гідна смерть – переривання життя смертельно хворого пацієнта, який терпить сильні фізичні або моральні страждання на його бажання або бажання його законних представників шляхом застосування ейтаназії, ортаназії або САЛ, для уникнення приниження його честі та гідності через його стан;

ейтаназія – позбавлення життя лікарем смертельно хворого, термінального пацієнта, який терпить сильні фізичні чи моральні страждання, здійснене на осмислене прохання хворого, в суворій відповідності до встановленої законом процедури;

ортаназія - позбавлення життя лікарем смертельно хворого, термінального пацієнта, який терпить сильні фізичні чи моральні страждання, за бажанням його законних представників або суду у відповідності до встановленої законом процедури;

САЛ – процедура, при якій лікар на осмислене прохання невиліковно хворого пацієнта, який терпить сильні фізичні чи моральні страждання, допомагає останньому перервати його життя. Ця допомога полягає у наданні відповідного рецепту із зазначенням у ньому літальної дози препарату, а також консультації, наданої лікарем щодо його вживання для досягнення бажаного для пацієнта результату;

хворий – особа, яка страждає на невиліковну хворобу, терпить сильні фізичні або моральні страждання, котрі не можливо усунути засобами сучасної медицини;

термінальний хворий – хворий, якому за прогнозами консилиуму лікарів залишилось жити не більше 6 місяців;

поінформований хворий – хворий, якому роз'яснено його діагноз, перспектива розвитку хвороби, її наслідки, а також суть процедури ейтаназії, ортаназії або САЛ;

дієздатний хворий – особа, яка досягла на момент хвороби 18 років, наділена ознаками хворого, є психічно врівноважена та може приймати юридично значущі рішення;

недієздатний хворий – особа, яка досягла 18 років, але через певний психічний стан визнана недієздатною або особа, яка не досягла 18 років;

законні представники хворого – особи, визначені цивільним законодавством України;

пацієнт – хворий, який знаходиться на лікуванні у відповідному медичному закладі;

лікар, який лікує – особа, яка має вищу медичну освіту за встановленими стандартами Міністерства освіти і науки України та Міністерства охорони здоров'я;

консультуючий лікар (лікар-консультант) - особа, яка має вищу медичну освіту за встановленими стандартами Міністерства освіти і науки України, є незалежною (матеріально, службово, родинним зв'язками) від лікаря, який лікує і є фахівцем у тому захворюванні щодо якого він надає консультацією;

осмислене рішення (прохання) – рішення, яке приймає поінформований, дієздатний, термінальний хворий пацієнт або його законні представники щодо згоди на проведення процедури ейтаназії, ортаназії або САЛ;

термінальна хвороба – інкурабельна<sup>10</sup>, незворотна хвороба, яка згідно висновку консилиуму лікарів призведе до смерті пацієнта через 6 місяців.

хоспіс – медико-соціальний центр паліативної медицини, де термінальному хворому забезпечують медичний догляд та симптомне лікування (вгамування болю);

## **Стаття 2. Законодавство України про право людини на гідну смерть.**

---

<sup>10</sup> Хвороба, яка на сьогоднішній день не може бути вилікувана, через брак певних медичних засобів.

Законодавство України про право людини на гідну смерть складається з Основ законодавства України про охорону здоров'я, цього Закону, Цивільного законодавства, Кримінального законодавства та інших прийнятих відповідно до них нормативно-правових актів України<sup>11</sup>.

### **Стаття 3. Міжнародні договори**

Якщо міжнародним договором України, згода на обов'язковість якого надана Верховною Радою України, встановлені інші норми, ніж ті, що передбачені цим Законом, то застосовуються норми міжнародного договору.

**Стаття 4. Спеціально уповноважений центральний орган виконавчої влади, до повноважень якого належить регулювання діяльності, пов'язаної з проведенням процедур щодо права людини на гідну смерть.**

Спеціально уповноваженими центральними органами виконавчої влади в галузі охорони здоров'я та прав людини, до повноважень яких належить регулювання діяльності, пов'язаної з проведенням процедури ейтаназії, ортаназії та САЛ, є Міністерство охорони здоров'я України та Міністерство юстиції України.

## **РОЗДІЛ 2. ЗАГАЛЬНІ УМОВИ ПРОВЕДЕННЯ ЕЙТАНАЗІЇ ТА САЛ.**

### **Стаття 5. Умови застосування ейтаназії та САЛ.**

Лікар може застосувати процедуру ейтаназії та САЛ тільки за наявності наступних умов:

- пацієнт є повнолітнім і дієздатним у момент висловлення свого прохання про ейтаназію або САЛ;

---

<sup>11</sup>Мається на увазі редакція de lege ferenda зазначених нормативно-правових актів з відповідними змінами та доповненнями.



- прохання пацієнта є добровільним, вираженим і неодноразовим, а не наслідком зовнішнього тиску;

- пацієнт знаходиться в безвихідній з медичної точки зору ситуації і випробовує постійні нестерпні фізичні або (і) психічні страждання, що є наслідком нещасного випадку або серйозної невиліковної патології, які неможливо пом'якшити;

### **Стаття 6. Обов'язки лікаря, який лікує.**

Лікар до застосування процедури ейтаназії або САЛ, зобов'язаний:

1. Інформувати пацієнта про його стан здоров'я і існуючі надії, обговорити з пацієнтом його прохання про ейтаназію або САЛ і повідомити його про всі існуючі терапевтичні можливості, паліативні можливості (у тому числі утримання в хоспісі) і наслідки їх застосування.

Лікар і пацієнт повинні бути абсолютно і остаточно переконані в тому, що не існує ніякого іншого розумного способу змінити існуючу ситуацію. Лікар повинен бути абсолютно переконаний в тому, що прохання пацієнта про ейтаназію або САЛ є добровільним.

2. Бути упевненим в неможливості припинити іншим шляхом, окрім ейтаназії або САЛ, фізичні і психічні страждання пацієнта, а також у висловленому неодноразово твердому бажанні пацієнта звернутися до процедури ейтаназії або САЛ.

Для цієї мети лікар повинен провести з пацієнтом декілька бесід, розумна періодичність яких визначається лікарем залежно від стану здоров'я пацієнта.

3. Провести консультацію з іншим лікарем щодо серйозного і невиліковного характеру хвороби, прямо вказавши на причини подібної консультації.

Консультуючий лікар (лікар-консультант) повинен ознайомитися з медичною картою хворого, обстежити самого пацієнта і переконатися самостійно в невиліковності хвороби пацієнта і в неможливості послабити постійні нестерпні фізичні або (і) психічні страждання пацієнта. Після проведеного обстеження консультуючий лікар повинен скласти звіт, в якому він повинен викласти свої спостереження і висновки.

Консультуючий лікар повинен бути незалежним як по відношенню до пацієнта, так і по відношенню до лікаря, який лікує, він повинен бути також фахівцем, компетентним в лікуванні того захворювання, яким страждає пацієнт.

Лікар, який лікує, інформує пацієнта щодо результатів цієї консультації.

5. За бажанням пацієнта його прохання про ейтаназію або САЛ повинне бути обговорене з тими його родичами, на яких він вкаже.

6. Лікар зобов'язаний переконатися в тому, що пацієнт зміг обговорити свій намір застосувати ейтаназію або САЛ зі всіма особами, з якими він побажав зустрітися.

4. У разі існування групи лікарів, які лікують, і знаходяться в постійному контакті з пацієнтом, кожен лікар цієї групи повинен обговорити з пацієнтом ситуацію, що склалася.

#### **Стаття 7. Другий консультуючий лікар, його обов'язки.**

Якщо лікар вважає, що смерть пацієнта наступить нескоро, він крім вказаного повинен:

1. Проконсультуватися з іншим лікарем (крім першого-обов'язкового лікаря-консультанта), психіатром або фахівцем в області тієї хвороби, на яку страждає пацієнт, прямо вказавши причини подібної консультації.

Консультуючий лікар повинен ознайомитися з медичною карткою хворого, провести обстеження самого пацієнта, переконатися в постійному нестерпному і невиліковному характері фізичних або (і) психічних страждань пацієнта, а також в добровільності і обміркованості неодноразово висловленого прохання пацієнта про ейтаназію або САЛ. Після цього другий консультуючий лікар складає звіт, в якому він висловлює свої спостереження і висновки.

Другий консультуючий лікар повинен бути незалежним як по відношенню до пацієнта, так і по відношенню до лікаря, який лікує, і першого консультуючого лікаря.

Лікар, який лікує, інформує пацієнта щодо результатів цієї консультації;

2. Термін між подачею пацієнтом письмового прохання про ейтаназію або САЛ і проведенням цих процедур повинен бути не менше одного місяця.

### **Стаття 8. Прохання пацієнта.**

1. Прохання пацієнта про ейтаназію або САЛ повинно бути представлене письмово.

Документ повинен бути написаний, датований і підписаний пацієнтом особисто.

Якщо дієздатний пацієнт сам не в змозі цього зробити, його прохання повинне бути записане будь-якою повнолітньою особою за вибором пацієнта, матеріально не зацікавленою в смерті пацієнта. Ця людина вказує на той факт, що пацієнт не може самостійно виразити у письмовій формі своє прохання і вказує на причини. В цьому випадку прохання складається у письмовій формі у присутності лікаря, ім'я якого вказується в документі, що складається.

Цей документ повинен бути включений в медичну картку хворого.

Пацієнт може відкликати своє прохання у будь-який момент, в цьому випадку укладений документ вилучається з медичної картки і повертається пацієнтові.

2. Прохання, висловлене пацієнтом, всі дії лікаря, який лікує, і їх результат, а також звіт консультуючого (консультуючих) лікаря (лікарів), повинні регулярно вноситися до медичної картки хворого.

### **Стаття 9. Тривалість прохання пацієнта про застосування до нього ейтаназії або САЛ.**

З моменту першої усної заяви пацієнта про припинення його життя повинно пройти не менше 14 днів, перш ніж така заява буде складена письмово. Після письмового складення цієї заяви не менше 14 днів повинно пройти до моменту проведення процедури ейтаназії або САЛ. Після сплину кожного терміну, лікар, який лікує повинен запропонувати скасувати укладену (або усну) заяву пацієнтові в письмовому виді, на що пацієнт також письмово повинен надати відповідь. Якщо бажання пацієнта щодо припинення його життя не змінилося - не менше 48 годин має пройти з моменту останнього підтвердження бажання пацієнта перш ніж процедура ейтаназії або САЛ буде проведена.

Пацієнт має право на будь-якому етапі, в будь-якій формі скасувати своє бажання щодо припинення його життя.

Всі усні, письмові заяви пацієнта, пропозиції лікаря щодо їх скасування та письмові відповіді на них пацієнта повинні вноситись до картки хворого.

При наданні пацієнту лікарем рецепту (при САЛ), лікар повинен письмово запропонувати пацієнту скасувати своє бажання, на що останній також у письмовій формі повинен надати відповідь.

### **Стаття 10. Необхідні медичні документи для проведення процедури ейтаназії та САЛ.**

- всі усні заяви пацієнта про припинення його життя;
- всі письмові заяви пацієнта;
- всі письмові пропозиції лікаря про скасування відповідної заяви пацієнта;
- діагноз лікаря, який лікує, і його прогнози щодо хвороби і визначення пацієнта дієздатним, який приймає добровільне і «поінформоване рішення»;
- підтвердження лікаря-консультанта про діагноз, про стан пацієнта як дієздатного та такого, який ухвалив добровільне і «поінформоване рішення»;
- пропозиція лікаря, який лікує, про відміну згоди на переривання життя під час надання лікарем рецепту при САЛ;
- попередження лікаря, який лікує про ймовірні ускладнення при вживанні препарату при САЛ;
- пропозиції лікаря, який лікує про можливість утримання пацієнта в хоспісі та максимально можливе знеболювальне лікування;
- підтвердження, про інформування сім'ї або осіб, з якими пацієнт бажав обговорити проведення відповідних процедур;
- попередження, що пацієнт в будь-який момент, в будь-якій формі може скасувати своє бажання про переривання свого життя;
- підтвердження, що пацієнт був ознайомлений з положеннями цього закону;
- документи лікаря, який буде проводити процедуру ейтаназії або надавати рецепт при САЛ, які підтверджують його особистість та його фахову спеціалізацію;
- наперед складена заява про проведення ейтаназії, строк якої не сплинув, або пролонгована на умовах, передбачених цим законом;
- можливо додання відео записів прохання хворого про переривання його життя.

### **РОЗДІЛ 3. ПРО НАПЕРЕД СКЛАДЕНУ ЗАЯВУ ПРО ЕЙТАНАЗІЮ**

#### **Стаття 11. Умови складання заяви про ейтаназію на майбутнє.**

Будь-який повнолітній пацієнт може – на той випадок, якщо він не зможе самостійно виразити свою волю, - скласти письмову заяву, в якій він заявить про своє прохання бути підданим процедурі ейтаназії за допомогою свого лікаря, який лікує, якщо цей лікар констатує:

- що пацієнт страждає патологією, що виникла в результаті нещасного випадку або серйозної і невиліковної хвороби;
- що хворий знаходиться без свідомості;
- що ця ситуація безнадійна і незворотня при нинішньому стані медичної науки.

У заяві можна в порядку переваги вказати одну або декілька осіб, які користуються довірою пацієнта, які повідомлять лікаря, який лікує, про волю пацієнта. Кожну довірену особу замінює попередня довірена особа, вказана в заяві, у разі її відмови, якої-небудь перешкоди, нездатності або смерті.

Лікар пацієнта, який лікує, консультуючий лікар і члени групи лікарів, які лікують, не можуть бути вказані як довірені особи.

Заява може бути складена у будь-який момент.

### **Стаття 12. Порядок складання та розгляду заяви.**

Заява повинна бути складена письмово, у присутності двох повнолітніх свідків, з яких як не один не є матеріально зацікавленим в смерті заявника і вони не перебувають у будь-якій залежності один від одного. Заява повинна бути датована і підписана заявником, свідками і, при бажанні, однією або декількома довіреними особами.

Якщо людина, яка бажає наперед скласти заяву, знаходиться в такому фізичному стані, який не дозволяє їй самостійно написати і підписати заяву, то ця заява може бути написана будь-якою повнолітньою особою на її вибір при умові, що ця особа не є матеріально зацікавленою в смерті заявника, у присутності двох повнолітніх свідків, з яких не один не є матеріально

зацікавленим в смерті заявника і вони не перебувають у будь-якій залежності один від одного. У заяві, таким чином, повинно бути вказано, що заявник не в змозі самостійно написати і підписати заяву, а також повинні бути вказані причини, за якими він не здатний це зробити. Заява повинна бути датована і підписана особою, яка написала заяву, свідками і, при бажанні, одним або декількома довіреними особами. Медичне свідоцтво, що підтверджує фізичну нездатність заявника самостійно написати заяву, додається до заяви.

Заява може бути розглянута тільки в тому випадку, якщо вона була складена і підтверджена не більше ніж п'ять років тому до того моменту, коли пацієнт втратив можливість висловлювати свою волю.

Заява може бути відкликана або прийнята у будь-який момент.

Після закінчення терміну дії заяви, особа, яка її склала, може продовжити строк дії заяви ще на п'ять років, шляхом письмового підтвердження.

**Стаття 13. Умови проведення лікарем ейтаназії згідно наперед складеній заяві про ейтаназію.**

1. Лікар, який застосовує ейтаназію відповідно до наперед складеної заяви, як це передбачено в статті 5 справжньої закону, здійснює ейтаназію тільки в тому випадку, якщо він констатує, що:

- пацієнт став жертвою нещасного випадку або серйозної і невиліковної хвороби;
- пацієнт перебуває в несвідомому стані;
- ця ситуація є для пацієнта незворотною при сучасному стані медичної науки;
- лікар дотримує всіх умов, передбачених цим законом.

2. Лікар, крім дотримання вказаних умов, в першу чергу, зобов'язаний зробити наступне:

1. Проконсультуватися з іншим лікарем в тому, що стосується незворотності хвороби пацієнта, інформувавши його про причини подібної консультації. Консультуючий лікар повинен ознайомитися з медичною картою хворого і обстежити самого пацієнта. Після чого консультуючий лікар повинен скласти спеціальний звіт, в якому будуть викладені його міркування і висновки. Якщо в заздалегідь складеній заяві про ейтаназію вказана довірена особа, то лікар, який лікує, повинен повідомити цій довірній особі результати і висновки, отримані в ході консультації. Консультуючий лікар повинен бути незалежним як по відношенню до пацієнта, так і по відношенню до лікаря, який лікує, а також бути фахівцем в області тієї хвороби, на яку страждає пацієнт;

2. Якщо існує група лікарів, які знаходяться в постійному контакті з пацієнтом, лікар, який лікує, повинен обговорити заздалегідь складену заяву про ейтаназію з кожним лікарем цієї групи;

3. Якщо в заздалегідь складеній заяві вказана довірена особа, то лікар, який лікує, повинен обговорити з нею останню волю пацієнта;

4. Якщо в заздалегідь складеній заяві вказується довірена особа, то необхідно обговорити останню волю пацієнта з близькими і рідними пацієнта на вибір довірної особи.

Заздалегідь складена заява про ейтаназію, а також всі дії лікарів і результати цього лікування, включаючи звіт консультуючого лікаря, повинні регулярно вноситися до медичної картки пацієнта.

#### **Стаття 14. Про заяву.**

Лікар, який здійснив ейтаназію, ортаназію або САЛ представляє протягом чотирьох робочих днів у Національну комісію з контролю і оцінки відповідний документ, складений відповідно до статті 26 чинного закону.



## **РОЗДІЛ 4. ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ПРОЦЕДУРИ ОРТАНАЗІЇ**

### **Стаття 15. Умови проведення процедури ортаназії.**

Лікар може застосувати процедуру ортаназії тільки за наявності наступних умов:

- пацієнт є недієздатним і прохання про припинення його життя висловлюють його законні представники;

- прохання законних представників пацієнта є добровільним, виваженим і неодноразовим, а не наслідком зовнішнього тиску;

- пацієнт знаходиться в безвихідній з медичної точки зору ситуації і випробовує постійні нестерпні фізичні або (і) психічні страждання, що є наслідком нещасного випадку або серйозної невиліковної патології, які неможливо пом'якшити, або в нього є уроджена патологія несумісна з життям, або перебуває в незворотному безсвідомому стані;

- стан недієздатного пацієнта повинен бути підтвердженим незалежним консилиумом лікарів та висновком судово-психіатричної експертизи;

- рішення про проведення процедури ортаназії у відношенні недієздатного пацієнта, у якого відсутні законні представники, прийнято в установленому порядку судом;

### **Стаття 16. Обов'язки лікаря, який лікує та лікаря-консультанта.**

В обов'язки лікаря, який лікує та лікаря-консультанта входять дії передбачені статтями 6 та 7 цього закону, з урахуванням особливостей процедури ортаназії (спілкування не з самим пацієнтом, а з його законними представниками).

### **Стаття 17. Прохання про застосування процедури ортаназії.**

Суб'єктом волевиявлення прохання про припинення життя пацієнта є його законні представники або керівництво медичного закладу, в якому на лікуванні знаходиться пацієнт (при відсутності законних представників). Процедура висловлювання прохання та відповідні терміни вказані у статтях 8 та 9 цього закону.

Законні представники пацієнта можуть у будь-який момент, в будь-який спосіб скасувати своє бажання про припинення життя пацієнта.

**Стаття 18. Документи, необхідні для проведення процедури ортаназії.**

Крім документів, вказаних у статті 10 цього закону з врахуванням особливостей проведення процедури ортаназії (суб'єкта волевиявлення), потрібно, при необхідності, рішення суду про дозвіл проведення ортаназії, а також в окремих випадках згода органів опіки та піклування.

**Стаття 19. Створення незалежного консилиуму лікарів.**

Окрім підтвердження незворотного стану недієздатного пацієнта в наслідок якого смерть наступить протягом 6 місяців, а також підтвердження наявності психічних та (або) фізичних страждань та неможливості їх пом'якшення, консилиумом лікарів лікарні, де знаходиться на лікування такий пацієнт, необхідно підтвердження цих даних незалежним консилиумом лікарів.

**Стаття 20. Склад незалежного консилиума лікарів.**

До незалежного консилиума лікарів входять лікарі, які не є працівниками лікарні, де знаходиться на лікуванні пацієнт.

Дві третини, лікарів, які входять до цього консилиуму, повинні бути фахівцями у тій хворобі на яку хворий пацієнт.

**Стаття 21. Повідомлення органів прокуратури та Національної комісії з контролю і оцінки.**

Про факт прохання законних представників пацієнта про проведення щодо останнього ортаназії, керівництво лікарні, в якій знаходиться на лікуванні недієздатний пацієнт, повинно повідомити прокуратуру за місцем проживання пацієнта або його законних представників (якщо це новонароджений) та Національну комісію з контролю і оцінки.

**Стаття 22. Проведення процедури ортаназії до новонародженого.**

Проведення процедури ортаназії до новонародженого можлива при наявності патології несумісною з його життям, при наявності неоднаразового прохання про це законних представників новонародженого, а також за згодою органів опіки та піклування при дотриманні умов, зазначених в цьому законі.

**Стаття 23. Рішення суду щодо проведення процедури ортаназії.**

Якщо у недієздатного пацієнта відсутні законні представники і є підстави для проведення процедури ортаназії, керівництво медичного закладу, де знаходиться на лікування пацієнт, у дводенний строк повинно звернутись до суду щодо дозволу проведення процедури ортаназії.

Суд, після отримання заяви, повинен у дводенний строк розглянути заяву та прийняти відповідне рішення, про яке у той же день будь-яким чином повідомити керівництво відповідної лікарні.

Рішення суду підлягає оскарженню згідно законодавства України.

## **РОЗДІЛ 5. КОНТРОЛЬ ЗА ПРОВЕДЕННЯМ ЕЙТАНАЗІЇ, ОРТАНАЗІЇ ТА САЛ**

**Стаття 24. Національна комісія з контролю і оцінки**

Національна комісія з контролю і оцінки (далі – “Комісія”), покликана стежити за дотриманням норм цього закону.

## **Стаття 25. Склад Національної комісії з контролю і оцінки**

Комісія складається з шістнадцяти членів, які призначаються виходячи з їх знань і досвіду в областях, що відносяться до компетенції комісії. Вісім членів комісії є докторами медичних наук, з них як мінімум четверо повинні бути професорами українських університетів. Чотири члени комісії є професорами права українських університетів або адвокатами. Чотири члени комісії повинні представляти організації, що займаються проблемами невиліковних хворих. Робота в комісії несумісна з роботою в органах виконавчої або законодавчої влади, або органах місцевого самоуправління.

Члени комісії призначаються Президентом України з дотриманням мовного паритету - кожна мовна група представляє як мінімум трьох кандидатів різної статі - з метою забезпечення плюралістичного представництва, строком на чотири роки. Мандат втрачає силу, як тільки член комісії втрачає займану ним посаду. Кандидати, які не були призначені як члени, що діяли, призначаються як додаткові члени згідно списку, що визначає порядок ротації. Комісію очолює Голова. Комісія може приймати легітимні рішення, за умови присутності при прийнятті рішення двох третин членів комісії.

Члени комісії можуть назначатися повторно, але не два строки поспіль.

Комісія встановлює свій внутрішній регламент.

## **Стаття 26. Форма реєстраційного документу при проведенні ейтаназії, ортаназії або САЛ.**

Комісія встановлює форму реєстраційного документа, який повинен заповнюватися лікарем, який здійснює ейтаназію, ортаназії або САЛ. Цей документ складається з двох частин. Перша частина повинна бути заповнена і запечатана лікарем. У ній повинні міститися наступні дані:

1. ім'я, прізвище і домашня адреса пацієнта;

2. ім'я, прізвище, реєстраційний номер диплому про вищу медичну освіту і домашній адресі лікаря, що лікує;
3. ім'я, прізвище, реєстраційний номер диплому про вищу медичну освіту і домашній адресі консультуючих лікарів;
4. ім'я, прізвище, домашня адреса і посада всіх осіб, які отримали консультацію щодо перебігу захворювання пацієнта і можливість проведення процедури ейтаназії, ортаназії або САЛ у даного лікаря, а також дати цих консультацій;
5. у разі наявності наперед складеної заяви про ейтаназію, вказати одного або декількох довірених осіб, ім'я і прізвище довіреної/ довірених особи/осіб;

Перший розділ є конфіденційним. Він передається лікарем в комісію і не може ніяким чином служити підставою для оцінки комісії.

Другий розділ також є конфіденційним і містить наступні дані:

1. стать, дату і місце народження пацієнта;
2. дату, місце і годину смерті;
3. вказівка на хворобу, викликану нещасним випадком або серйозною і невиліковною патологією, жертвою якої став пацієнт;
4. природу нестерпних і невиліковних страждань пацієнта;
5. причини, за яких неможливо зменшити ці страждання;
6. дані, котрі засвідчують, що прохання пацієнта (його законних представників) про ейтаназію, ортаназію або САЛ було висловлене добровільно, неодноразово і в результаті продуманого рішення без ані якого зовнішнього тиску;
7. чи можна стверджувати, що смерть відбулася б в короткий термін;
8. вказівка на наявність заяви, в якій міститься остання воля пацієнта;
9. процедура, здійснена лікарем;

10. кваліфікація консультуючого лікаря/лікарів;
11. перелік осіб, які отримали консультації щодо перебігу захворювання пацієнта і можливість проведення процедури ейтаназії, ортаназії або САЛ у даного лікаря, і дати консультацій;
12. спосіб, яким була здійснена ейтаназія, ортаназія, САЛ і використані засоби.

**Стаття 27. Порядок перевірки Комісією дотримання правил проведення ейтаназії, ортаназії та САЛ.**

Комісія вивчає реєстраційний документ, складений відповідно до встановлених правил, наданий лікарем. Вона перевіряє на основі другої частини реєстраційного документа, чи відповідала процедура ейтаназії, ортаназії та САЛ умовам і процедурі, передбаченим цим законом. У разі сумнівів комісія може вирішити простою більшістю голосів скасувати конфіденційність. В цьому випадку вона розкриває першу частину реєстраційного документа. Комісія може попросити лікаря, який лікує, передати членам комісії всі записи медичної картки пацієнта, що стосуються ейтаназії, ортаназії або САЛ.

Вона оголошує про своє рішення протягом двомісячного терміну. Як тільки комісія, ухваливши рішення більшістю в дві третини голосів, оголошує, що умови, передбачені чинним законом, не були дотримані, вона відправляє досьє до місцевої прокуратури за місцем проживання померлого пацієнта.

У випадку, якщо після зняття конфіденційності, виявляються факти або обставини, що ставлять під сумнів незалежність і безсторонність одного з членів комісії, то цей член комісії повинен піти у відставку з поста, який обіймає, самостійно або за рішенням комісії.

**Стаття 28. Діяльність Комісії**

Комісія надає, за рішенням Верховної Ради України, через два роки після набуття чинності цього закону, а потім через кожні два роки:

а) статистичну доповідь, засновану на інформаційних даних другої частини реєстраційних документів, що надаються комісії лікарями, які лікують, відповідно до статті 14 чинного закону;

б) звіт, що містить інформацію про застосування на практиці чинного закону;

в) при необхідності, рекомендації, що стосуються законодавчих ініціатив і/або інших заходів, пов'язаних з реалізацією на практиці чинного закону.

Для виконання цієї роботи Комісія може збирати будь-яку необхідну їй інформацію в різних органах влади і організаціях. Інформація, що отримується комісією, є конфіденційною. У жодному з цих документів не повинні бути вказані імена і прізвища, що містяться в досьє, котре надається Комісії в рамках контролю відповідно до статті 14 цього закону.

Комісія може вирішити повідомити статистичну і чисто технічну інформацію, за винятком будь-яких даних особистого характеру, співробітникам науково-дослідних інститутів і університетів, а також громадським організаціям, зокрема тим, котрі займаються проблемами позбавлення життя людини на її прохання за наявності мотивованого прохання з їх боку. Комісія може вислуховувати думку експертів.

### **Стаття 29. Повноваження президента.**

Президент надає в розпорядження комісії адміністративні кадри, необхідні для реалізації її діяльності. Склад персоналу фіксується в президентському указі, обговореному з Кабінетом Міністрів України, з урахуванням пропозицій міністра охорони здоров'я і міністра юстиції.

### **Стаття 30. Фінансове забезпечення діяльності Комісії.**

Витрати на функціонування і на оплату технічного персоналу Комісії, а також на зарплату її членів оплачуються навпіл з бюджету Міністерства охорони здоров'я і Міністерства юстиції України.

**Стаття 31. Обов'язок зберігання конфіденційної інформації.**

Особи, які беруть участь в реалізації на практиці цього закону в тій або іншій якості, зобов'язані зберігати конфіденційність даних, доступ до яких вони мають у зв'язку з виконанням їхніх функціональних обов'язків.

Порушення конфіденційності інформації тягне кримінальну відповідальність, згідно чинного законодавства України.

## **РОЗДІЛ 6. СПЕЦІАЛЬНІ ВКАЗІВКИ**

**Стаття 32. Добровільність участі у процедурі ейтаназії, ортаназії та САЛ.**

Прохання, про ейтаназію, ортаназію та САЛ, а також наперед складена заява про ейтаназію, відповідно до статей 8, 12, 17 чинного закону, не носять примусовий характер. Жоден лікар не зобов'язаний застосовувати ейтаназію, ортаназію або САЛ. Жодна людина не зобов'язана брати участь у вказаних процедурах.

Якщо лікар відмовляється здійснювати ейтаназію, ортаназію або САЛ, він зобов'язаний інформувати у відповідні терміни пацієнта (його законного представника) або можливу довірену особу, аргументував причини своєї відмови. У випадку, якщо відмова аргументується медичними причинами, вона вноситься до медичної картки пацієнта.

Лікар, який відмовляється від здійснення ейтаназії, ортаназії або САЛ, зобов'язаний, на прохання пацієнта (його законних представників) або довіреної особи, передати медичну картку пацієнта іншому лікареві на вибір пацієнта (його законних представників) або довіреної особи.



Процедуру ейтаназії, ортаназії або САЛ може проводити як лікуючий лікар за консультацією лікаря анестезіолога-реаніматолога, або лікар анестезіолог-реаніматолог. Процедура проводиться за письмовим дорученням консилиуму лікарів і у їх присутності. Присутність законних представників пацієнта, представників органів прокуратури, Комісії та органів опіки необов'язкова.

**Стаття 33. Запис про причину смерті пацієнта.**

Пацієнт, який помер в результаті ейтаназії, ортаназії або САЛ, при дотриманні всіх умов, вказаних в цьому законі, вважається померлим природною смертю, що і записується у відповідній графі пов'язаних з ним договірних зобов'язань, зокрема, в договорі про страхування життя (якщо такий є).

**Стаття 34. Гарантії учасникам процедури ейтаназії, ортаназії та САЛ.**

Жоден з учасників вказаних процедур, при дотриманні відповідних вимог цього закону, не підлягає будь-якій юридичній відповідальності.

Дискримінація у будь-якій формі учасників цих процедур тягне за собою цивільну відповідальність згідно чинного законодавства України.

**Стаття 35. Відповідальність за порушення законодавства про право людини на гідну смерть.**

Юридичні та фізичні особи, винні в порушенні законодавства про ейтаназію, несуть відповідальність згідно законодавства України.

**РОЗДІЛ 7. ПРИКІНЦЕВІ ПОЛОЖЕННЯ.**

1. Цей Закон набирає чинності з дня його опублікування.

2. До приведення законодавства України у відповідність із цим Законом, закони та інші нормативно-правові акти застосовуються в частині, що не суперечить цьому Закону.

3. Кабінету Міністрів України у тримісячний термін після набрання чинності цим Законом:

подати на розгляд Верховної Ради України пропозиції щодо приведення законів України у відповідність з цим Законом;

привести у відповідність з цим Законом свої нормативно-правові акти;

забезпечити прийняття відповідно до компетенції нормативно-правових актів, що впливають з цього Закону;

забезпечити перегляд і скасування міністерствами, іншими центральними органами виконавчої влади України їх нормативно-правових актів, що суперечать цьому Закону.

## ДОДАТКИ

Форма 1.

### **Згода на переривання мого життя в гідний спосіб<sup>12</sup>**

Я \_\_\_\_\_, повнолітній, при повному розумі.

Я страждаю від \_\_\_\_\_, яка визначена моїм лікарем, який лікує, як невиліковна хвороба і яка підтверджена лікарем-консультантом.

Я повністю інформований про мій діагноз, прогнози хвороби, природу медикаментів, які мені виписані (або дії лікаря – у разі ейтаназії)<sup>13</sup> і потенційний ризик, який вони мені можуть принести, очікуваний результат, можливі альтернативи, включаючи медичний контроль, утримання в хоспісі і застосування болезаспокійливих засобів.

Я згоден, що мій лікар, який лікує, виписе мені рецепт (вчинить певні дії – у разі ейтаназії), який перерве моє життя в гідний спосіб.

<sup>12</sup> Застосовується для ейтаназії та САЛ

<sup>13</sup> Вибрати одне

**Вибрати одне<sup>14</sup>**

- \_\_\_\_\_ я не хочу інформувати сім'ю про моє рішення;  
\_\_\_\_\_ поінформувати сім'ю про моє рішення;  
\_\_\_\_\_ у мене немає сім'ї.

Я розумію, що маю право у будь-який момент скасувати свою згоду.

Я розумію всю важливість цієї згоди, що я помру після вживання медикаментів (дій лікаря – у разі ейтаназії), виписаних моїм лікарем.

Я даю цю згоду добровільно, без тиску, і усвідомлюю всю повноту моральної відповідальності за моє рішення.

Підпис \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

**Декларація свідків.**

Ми підтверджуємо, що особа, яка підписала цю згоду

- А) підписала цю згоду в нашій присутності;  
Б) перебувала при повному розумі, не знаходилася під тиском або впливом інших чинників;  
В) не є пацієнтом одного з нас;  
Г) ми не перебуваємо у будь-якій залежності від пацієнта та один від одного;

\_\_\_\_\_ Свідок (1)

дата, П.І.Б., підпис

\_\_\_\_\_ Свідок (2)

дата, П.І.Б., підпис

Форма 2.  
А<sup>15</sup>.

**Наперед складена заява про ейтаназію**

Я, \_\_\_\_\_, повнолітній, при повному розумі, виказую своє бажання не застосовувати до мене штучних засобів підтримання життєдіяльності, коли без них я не зможу існувати і буду перебувати у безсвідомому стані; в разі діагностування у мене невиліковної смертельної хвороби, яка завдаватиме мені нестерпних фізичних чи моральних страждань і неможливості самостійно виказати свою волю, прошу облегшити ці страждання шляхом заподіяння мені безболісної смерті.

Підпис \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

**Декларація свідків.**

Ми підтверджуємо, що особа, яка підписала цю згоду

<sup>14</sup> Заповнюється якщо пацієнт сам не хоче інформувати свою сім'ю, або не встиг цього зробити раніше

<sup>15</sup> Заповнюється особисто пацієнтом

- А) підписала цю згоду в нашій присутності;
- Б) перебувала при повному розумі, не знаходилася під тиском або впливом інших чинників;
- В) не є пацієнтом одного з нас;
- Г) ми не перебуваємо у будь-якій залежності від пацієнта та один від одного;

\_\_\_\_\_ Свідок (1)  
дата, П.І.Б., підпис

\_\_\_\_\_ Свідок (2)  
дата, П.І.Б., підпис

**Якщо я не зможу повідомити лікаря про мою волю щодо цієї заяви, я доручаю це моїм довіреним особам:**

- 1. \_\_\_\_\_ (П.І.Б.)
- 2. \_\_\_\_\_ (П.І.Б.)

Підпис та П.І.Б. довірених осіб заявника (при бажанні)

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_

**Б<sup>16</sup>**

Враховуючи мій стан, обумовлений \_\_\_\_\_, в якому я не можу  
(причина)  
самостійно написати цю заяву, я доручаю її написання  
\_\_\_\_\_  
(П.І.Б. довіреної особи)

Я, \_\_\_\_\_ повнолітній, дієздатний громадянин  
України, який є матеріально не зацікавлений у смерті заявника на прохання  
\_\_\_\_\_ виказую його бажання не  
(П.І.Б. пацієнта)

застосовувати до \_\_\_\_\_ штучних засобів підтримання  
(П.І.Б. пацієнта)  
життєдіяльності, коли без них \_\_\_\_\_  
(П.І.Б. пацієнта)

не зможе існувати і буде перебувати у безсвідомому стані; в разі  
діагностування у \_\_\_\_\_ невиліковної смертельної хвороби, яка  
(П.І.Б. пацієнта)

здаватиме йому нестерпних фізичних чи моральних страждань і  
неможливості \_\_\_\_\_ вказати самостійно його волю,  
\_\_\_\_\_

<sup>16</sup> Заповнюється особою на вибір пацієнта

(П.І.Б. пацієнта)  
облегшити ці страждання шляхом заповідання \_\_\_\_\_ безболісної  
(П.І.Б. пацієнта)  
смерті.  
Підпис укладача заяви \_\_\_\_\_  
Дата \_\_\_\_\_

**Декларація свідків.**

Ми підтверджуємо, що особа, яка підписала цю згоду

- А) підписала цю згоду в нашій присутності;
- Б) перебувала при повному розумі, не знаходилася під тиском або впливом інших чинників;
- В) не є пацієнтом одного з нас;
- Г) ми не перебуваємо у будь-якій залежності від пацієнта та один від одного;

\_\_\_\_\_ Свідок (1)  
дата, П.І.Б., підпис

\_\_\_\_\_ Свідок (2)  
дата, П.І.Б., підпис

Якщо я не зможу повідомити лікаря про мою волю щодо цієї заяви, я доручаю це моїм довіреним особам:

- 1. \_\_\_\_\_ (П.І.Б.)
- 2. \_\_\_\_\_ (П.І.Б.)

Підпис та П.І.Б. довірених осіб заявника (при бажанні)

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_

Медичне свідоцтво, що підтверджує фізичну нездатність заявника самотійно написати заяву, додається до заяви.

**II. Частина 4 статті 281 Цивільного кодексу України виключити.**

**III. Абзац третій статті 52 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» виключити.**

**IV. Доповнити Кримінальний кодекс України наступними положеннями:**

**Стаття 118-1. Позбавлення життя людини на її прохання.**

Позбавлення життя людини на її усвідомлене прохання, обумовлене її фізичним або моральним стражданням,

карається штрафом до двох тисяч неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або обмеженням волі на строк до двох років, або позбавленням волі на той самий строк”.

**„Стаття 143-1. Порушення порядку проведення ейтаназії та ортаназії.**

Проведення ейтаназії чи ортаназії без додержання лікарем визначеного законом порядку їх здійснення -

карається штрафом до тисячі неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або обмеженням волі на строк до двох років, або позбавленням волі на той самий строк з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років або без такого ”.

**V. Виключити з тексту статті 120 Кримінального кодексу України слова «...інших дій, що сприяють вчиненню самогубства» та викласти її ч.1 в такій редакції:**

## **ВИСНОВКИ**

### **за результатами роботи круглого столу з міжнародною участю.**

**I.** Учасники круглого столу дійшли висновку про *доцільність легалізації в Україні позбавлення життя іншої людини на прохання.*

**II.** *Формами* припинення життя іншої людини на прохання є: 1) самогубство, асистоване лікарем (САЛ), 2) евтаназія, 3) ортаназія.

*Евтаназія* – припинення життя іншої людини лікарем у визначеному законом порядку на її усвідомлене прохання, обумовлене невраговними фізичними чи/та моральними стражданнями в результаті невиліковної хвороби.

*Ортаназія* – припинення життя нежиттєспроможного пацієнта лікарем у визначеному законом порядку на усвідомлене прохання близьких родичів пацієнта або за рішенням суду.

*Самогубство, асистоване лікарем (САЛ)* – сприяння лікарем у визначеному законом порядку в припиненні життя людиною на її усвідомлене прохання, обумовлене невраговними фізичними чи/та моральними стражданнями в результаті невиліковної хвороби.

**III.** До моменту легалізації права людини на гідне закінчення життя, доцільно *доповнити Кримінальний кодекс України наступним положенням:*

**«Стаття 118-1. Позбавлення життя людини на її прохання.**

Позбавлення життя людини на її усвідомлене прохання, обумовлене її фізичними або моральними стражданнями,

карається штрафом до двох тисяч неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або обмеженням волі на строк до двох років, або позбавленням волі на той самий строк».

**IV.** Виключити з тексту статті 120 Кримінального кодексу України слова: «а також інших дій, що сприяють вчиненню самогубства».

**V.** Схвалити проект закону України «Про забезпечення дотримання права людини на гідне закінчення життя» та з урахуванням висновків круглого столу винести його на обговорення наукової спільноти.

**VI.** Враховуючи соціальну важливість проблеми визнати доцільним продовження просвітницької діяльності експертами з даної тематики, зокрема щодо правильного вживання термінології.

Як свідчить практика ЄСПЛ, зокрема справа Lambert and Others v. France, легалізація Україною зазначених форм припинення життя на прохання не суперечитиме ст. 2 Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод.

**VII.** Бліц-опитування проведене серед учасників круглого столу продемонструвало, що *абсолютна більшість присутніх підтримують легалізацію в Україні права людини на гідне закінчення життя за умови вжиття заходів щодо недопущення зловживань у вказаній сфері.*



*Біоетичні аспекти правового регулювання ейтаназії та інших суміжних з нею явищ в Україні:  
матеріали круглого столу з міжнародною участю, м. Київ, 18 грудня 2018 року*

*Наукове видання*

**БІОЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЕЙТАНАЗІЇ  
ТА СУМІЖНИХ З НЕЮ ЯВИЩ В УКРАЇНІ**

Матеріали круглого столу з міжнародною участю  
м. Київ, 18 грудня 2018 року

*Видається в авторській редакції*