

УДК 340.1:614.253

DOI <https://doi.org/10.24144/2788-6018.2026.02.3.59>

## ПРАВО ПАЦІЄНТА НА ВІДМОВУ ВІД ЛІКУВАННЯ: АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРІЇ

**Бєлов О.М.,***аспірант кафедри конституційного права та порівняльного правознавства  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

ORCID: 0009-0005-3272-9896

### **Бєлов О.М. Право пацієнта на відмову від лікування: актуальні питання теорії.**

Вказується, проблема правомірності відмови пацієнта від запропонованого лікування посідає дедалі помітніше місце серед дискусійних питань сучасної медично-правової науки. Ще кілька десятиліть тому у відносинах між лікарем і пацієнтом беззаперечно панував патерналістський підхід, що відводив медичному фахівцеві роль одноосібного розпорядника лікувального процесу. Нині ж цей підхід поступився місцем принципово іншій концепції: особа, що звертається по медичну допомогу, розглядається як повноправний суб'єкт із власною волею, здатний самостійно і усвідомлено визначати своє ставлення до будь-яких медичних втручань.

Стаття присвячена дослідженню загальнотеоретичних засад права пацієнта на відмову від лікування. Автор аналізує генезу цього права в контексті еволюції відносин між лікарем і пацієнтом - від моделі медичного патерналізму до сучасної парадигми автономії. Визначено, що право на відмову від лікування є похідним від фундаментальних правових принципів: тілесної недоторканності, особистої автономії та людської гідності. Досліджено доктринальне підґрунтя цього права у правових системах загального права та континентальної Європи, зокрема встановлено його нормативне закріплення у міжнародно-правових документах: Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину (Ов'єдська конвенція), Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод. Розглянуто основні доктринальні конструкції, що використовуються для обґрунтування права на відмову від лікування: теорія інформованої згоди, доктрина самовизначення, принцип недоторканності особи. Увага приділяється проблемі меж цього права: питанням дієздатності пацієнта, ситуаціям екстреної медичної допомоги, правовому статусу завчасних директив. Автор окремо аналізує напругу між автономією пацієнта та принципом благодіяння лікаря, яка є центральною колізією медичного права. На підставі порівняльно-правового аналізу законодавства провідних європейських держав, а також відповідної практики Європейського суду з прав людини сформульовані висновки щодо загальних тенденцій розвитку досліджуваного права та перспектив його імплементації у вітчизняне законодавство.

**Ключові слова:** права людини, права пацієнта, відмова від лікування, автономія, інформована згода, тілесна недоторканність, медичний патерналізм, соматичні права, права четвертого покоління.

### **Byelov O.M. The patient's right to refuse treatment: general theoretical foundations.**

It is indicated that the problem of the legality of a patient's refusal of the proposed treatment occupies an increasingly prominent place among the debatable issues of modern medical and legal science. A few decades ago, a paternalistic approach undoubtedly dominated the relationship between a doctor and a patient, assigning the role of the medical specialist as the sole administrator of the treatment process to the medical specialist. Now this approach has given way to a fundamentally different concept: a person seeking medical care is considered a full-fledged subject with his own will, capable of independently and consciously determining his attitude to any medical interventions.

The article examines the general theoretical foundations of the patient's right to refuse medical treatment. The author analyses the genesis of this right in the context of the evolution of the doctor-patient relationship - from the model of medical paternalism to the contemporary paradigm of patient autonomy. It is established that the right to refuse treatment derives from fundamental legal principles, namely bodily integrity, personal autonomy, and human dignity. The doctrinal basis of this right is examined across both common law and continental European legal systems, and its normative consolidation in international legal instruments is identified, including the Council of Europe's Convention on Human Rights and Biomedicine (Oviedo Convention) and the European Convention on Human Rights. The article explores key doctrinal constructs used to justify the right to refuse treatment: the theory of informed consent, the doctrine of self-determination, and the principle of personal inviolability. Substantial attention is paid to the limits of this right - specifically to questions of patient capacity, emergency medical care situations, and the legal status of advance directives. The tension between patient autonomy and the physician's duty of beneficence, which constitutes the central conflict in medical law, is analysed separately. On the basis of a comparative legal analysis of the legislation of leading European states and the relevant practice of the European Court

of Human Rights conclusions are formulated regarding the general trends in the development of the right under study and the prospects for its implementation in domestic legislation.

**Key words:** human rights, patient rights, refusal of treatment, autonomy, informed consent, bodily integrity, medical paternalism, somatic rights, fourth generation rights.

**Постановка проблеми.** У сучасному медичному праві питання про те, чи може пацієнт відмовитися від лікування, запропонованого лікарем, набуло значення однієї з центральних теоретичних і практичних проблем. Якщо ще у другій половині ХХ століття домінувала патерналістська модель відносин «лікар - пацієнт», за якою вирішальне слово у виборі методу лікування залишалося за медичним фахівцем, то сьогодні парадигма кардинально змінилася: пацієнт визнається автономним суб'єктом права, здатним приймати усвідомлені рішення щодо власного тіла та здоров'я.

Актуальність теми даного дослідження, на наш погляд, зумовлена кількома чинниками. По-перше, реформування вітчизняного законодавства у сфері охорони здоров'я потребує чіткого визначення меж і змісту права пацієнта на відмову від лікування. По-друге, практика Європейського суду з прав людини (ЄСПЛ) останніх років, зокрема резонансна справа *Pindo Mulla v. Spain* (2024), демонструє, що ця проблема залишається не вирішеною остаточно навіть у державах зі сталими правовими традиціями. По-третє, теоретичне осмислення вказаного права є необхідною передумовою для розробки виважених механізмів його забезпечення у правозастосовній практиці.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Загальнотеоретичні засади права пацієнта на відмову від лікування досліджувалися переважно в зарубіжній літературі (проте, вітчизняні вчені також розглядали окремі аспекти досліджуваної проблематики). Кім Х.В. та Лі А. (Kim H. W. та Lee A.) у своїй роботі аналізують, як зростання автономії пацієнта перетворює правові зобов'язання лікарів, а також досліджують судову практику (зокрема справи *Airedale v. Bland* та *Mallette v. Shulman*), що утвердила загальноправову доктрину пріоритету автономії над медичним патерналізмом [1]. Пірот Б.Д. та Бенсон С. (Pirrotte B. D. та Benson S.) стверджують, що право пацієнта на відмову від медичної допомоги ґрунтується на базовому етичному принципі автономії, відповідно до якого кожна особа має право приймати поінформовані рішення стосовно свого лікування [2]. Андо Б. (Andoh B.) аналізує зміст самого поняття «право» у словосполученні «право на відмову від лікування», досліджуючи справу *PH v. Betsi Cadwaladr University Health Board* 2022 року [3].

Абрагам Дж.А. та Абрагам С.П. (Abraham J. A. та Abraham S. P.) у дослідженні наголошують, що право обирати або відмовлятися від лікування нерозривно пов'язане з питанням згоди: кожна особа самостійно визначає, яке лікування вона прийме або відхилить, виходячи зі своїх пріоритетів та інтересів [5]. Кім Клер Юнга (Kim C. J.) у статті, присвяченій корейській правовій системі, наводить позицію Всесвітньої медичної асоціації, яка підкреслює: дієздатні пацієнти мають право відмовитися від лікування навіть тоді, коли відмова призведе до інвалідності або смерті [6]. Питанням автономії та її меж у клінічному прийнятті рішень присвячена стаття Льюїса Дж. та Холма С. (Lewis J. та Holm S.) 2022 року [7].

Серед порівняльно-правових досліджень слід виділити роботу у Варахала С. (Varahala S.), присвячену зіставленню індивідуалістичної американської моделі автономії з реляційними та патерналістськими підходами, характерними для низки азійських і європейських правових систем [8]. Хорн Р. та Керасиду А. (Horn R. та Kerasidou A.) у фундаментальному дослідженні порівнюють концепції гідності та їх вплив на регулювання питань кінця життя в Англії та Франції [9].

Незважаючи на значний масив іноземних напрацювань, у вітчизняній правовій науці загальнотеоретичні засади права пацієнта на відмову від лікування залишаються недостатньо систематизованими. Більшість наявних праць зосереджена на прикладних аспектах медичного права, тоді як доктринальний аналіз відповідного права потребує поглиблення.

**Метою** цієї статті є аналіз загальнотеоретичних засад права пацієнта на відмову від лікування: встановлення його правової природи, місця в системі прав людини, нормативних підстав та меж у контексті сучасної доктрини медичного права і практики ЄСПЛ.

**Виклад матеріалу дослідження.** Витоки права пацієнта на відмову від лікування слід шукати у формуванні концепції особистої автономії як основи правового статусу особи. Тривалий час у медичній практиці домінував патерналістський підхід, за якого лікар вважався єдиним компетентним суб'єктом для прийняття рішень щодо лікування. Ця концепція спиралася на презумпцію: саме медичні знання лікаря визначають, що є найкращим для пацієнта, а тому пацієнт мав підкорятися медичному рішенням [10, с. 1974]. Перелом стався у 1950–1970-х роках, коли суспільна увага до прав людини, Нюрнберзький кодекс та наступні правові реформи суттєво змінили характер відносин між лікарем і пацієнтом.

Ключовою доктринальною передумовою сучасного права на відмову стала вимога інформованої згоди. Кім Х.В. та Лі А. (Kim H. W. та Lee A.) відзначають, що судовою практикою, зокрема прецедентні справи загального права, закріпила доктрину пріоритету автономії пацієнта над медичним патерналізмом навіть тоді, коли відмова від лікування може призвести до смерті пацієнта [1, с. 84]. Льюїс Дж. та Холм С. (Lewis J. та Holm S.) у своєму теоретичному дослідженні підкреслюють, що визнання пацієнта автономним суб'єктом у контексті клінічного прийняття рішень встановлює межі, в яких пацієнт повинен бути захищений від патерналістського медичного втручання: інформована згода є стандартним механізмом, через який пацієнт реалізує свій суверенітет над власним тілом [7, с. 617].

В англійській загальноправовій традиції право на відмову від лікування концептуально спирається на принцип тілесної недоторканності (*bodily integrity*). Хорн Р. та Керасиду А. (Horn R. та Kerasidou A.) встановлюють, що ще у 1765 році Вільям Блекстоун ввів цей принцип до правового обігу, а сучасне загальне право закріплює: за умов належної поінформованості пацієнт не зобов'язаний мотивувати відмову від лікування [9, с. 406].

Паралельна еволюція відбулася у континентально-правовій традиції. Автор порівняльного дослідження Варахала С. (Varahala S.) фіксує, що Франція законодавчо закріпила право пацієнта на відмову від лікування у 2002 році через прийняття так званого «Закону Кушнера», а Нідерланди сформували одну з найширших у світі концепцій автономії пацієнта, що охоплює і завчасні директиви, і право на еутаназію [8]. У Німеччині індивідуальне право на відмову існує поряд із сильною традицією соціально-державної відповідальності та взаємної довіри між лікарем і пацієнтом [8].

Слід відзначити, міжнародно-правовий вимір права пацієнта на відмову від лікування сформований передусім через Конвенцію Ради Європи про права людини та біомедицину 1997 року (Ов'єдська конвенція). Стаття 5 цього документа закріплює принцип автономії волі через інформовану згоду як одне з головних прав пацієнта: медичне втручання може бути здійснене лише після того, як відповідна особа надала вільну та поінформовану згоду. Ця норма охоплює і зворотний бік - право відкликати таку згоду в будь-який момент.

Практика ЄСПЛ також суттєво вплинула на доктринальне осмислення цього права. Суд послідовно тлумачить статтю 8 ЄКПЛ (право на повагу до приватного і сімейного життя) як таку, що охоплює право на самовизначення та особисту автономію, у тому числі свободу погоджуватися або відмовлятися від медичних втручань. Як встановлено у дослідженні щодо практики ЄСПЛ в питаннях інформованої згоди, нині скарги, пов'язані з відсутністю належної згоди, стосуються не лише можливого порушення статті 8, але й статті 3 ЄКПЛ (заборона нелюдського поводження), коли лікування є особливо інвазивним [11, с. 489].

Особливого значення набуло рішення Великої палати ЄСПЛ у справі *Pindo Mulla v. Spain*, яке вважається одним із найбільш важливих у цій сфері за останні роки. Заявниця, Свідок Єгови, ще до шпиталізації оформила завчасну директиву з категоричною відмовою від переливання крові в будь-якій медичній ситуації, навіть небезпечній для життя. Проте під час оперативного лікування лікарі, отримавши дозвіл чергового судді, здійснили переливання крові без відома пацієнтки та всупереч її задокументованій волі [12]. Суд проаналізував колізію між статтями 2 та 8 ЄКПЛ, правом на життя і правом на особисту автономію, і визнав, що примусове медичне втручання всупереч чітко вираженій і юридично закріпленій волі дієздатної особи є порушенням Конвенції<sup>1</sup>. Це рішення підтверджує: навіть захист права на життя не може автоматично виправдовувати ігнорування права пацієнта на відмову від лікування [12].

Важливим нормативним орієнтиром слугує також Хартія основоположних прав Європейського Союзу, стаття 3 якої гарантує право на тілесну й духовну цілісність особи та, у контексті медицини, право особи на поінформовану згоду відповідно до встановлених законом умов<sup>2</sup>. Власне, ці положення формують нормативний мінімум, нижче якого жодна держава-член не може опуститися у регулюванні медичних відносин.

Доктрина інформованої згоди є правовим фундаментом, на якому вибудовується право на відмову від лікування. Сама по собі ця доктрина зазнала тривалої еволюції: від простого повідомлення пацієнта про заплановане втручання - до вимоги забезпечення його повноцінного розуміння ризиків, альтернатив та наслідків лікування. Фрай М. (Fry M.) у дослідженні 2024 року акцентує, що інформована згода поєднує право бути достатньо поінформованим із правом погодитись або відхилити медичне втручання; при цьому дослідник виокремлює три ключові обмеження реальної автономії пацієнта: «інформаційний розрив» - ситуацію, коли пацієнт не може повноцінно осмислити надану медичну

<sup>1</sup> У цій справі Велика палата ЄСПЛ розбудувала свою аргументацію навколо колізії між статтями 2 та 8 ЄКПЛ, встановивши, що право держави на захист людського життя не є абсолютним та не може автоматично переважати над правом дієздатної особи на особисту автономію, особливо коли відмова від лікування є чітко задокументованою, завчасно вираженою та юридично обов'язковою. Суд наголосив, що державні органи, у тому числі чергові судді, що діють в умовах часового тиску, зобов'язані докладати реальних зусиль для встановлення та з'ясування волі пацієнта перш ніж санкціонувати примусове медичне втручання, а ігнорування задокументованої завчасної директиви без достатнього обґрунтування є порушенням позитивних зобов'язань держави за статтею 8 Конвенції. Окремо Суд підкреслив, що процедурні гарантії, зокрема належне інформування пацієнта про рішення судді та надання йому можливості висловити свою волю безпосередньо перед втручанням, є не формальністю, а сутнісним елементом поваги до людської гідності та особистої автономії, відсутність яких сама по собі є достатньою підставою для констатації конвенційного порушення.

<sup>2</sup> Хартія закріплює право кожної людини на фізичну та психічну недоторканність, розкриваючи його зміст у сфері медицини через низку конкретних гарантій: вільну та поінформовану згоду особи відповідно до встановлених законом умов, заборону евгенічних практик, що мають на меті відбір людей, заборону перетворення людського тіла та його частин як таких на джерело фінансової вигоди, а також заборону репродуктивного клонування людини. Хартія конститує інформовану згоду не як процесуальну формальність, а як невід'ємний елемент фундаментального права на особисту недоторканність, що підлягає захисту нарівні з іншими основоположними правами людини. Ця норма формує нормативний мінімум захисту автономії пацієнта, нижче якого жодна держава-член ЄС не може опускатися у власному законодавчому регулюванні медичних відносин.

інформацію через її складність; обмежену когнітивну спроможність; а також схильність до надмірної або недостатньої оцінки ризиків лікування [14].

Порівняльне дослідження регулювання інформованої згоди в Італії, Франції, Великій Британії, скандинавських державах, Німеччині та Іспанії, проведене у 2024 році та опубліковане в *Journal of Forensic and Legal Medicine*, встановило: в усіх досліджуваних правових системах інформована згода визнається обов'язковою вимогою; спільним стандартом є чітке інформування про лікування, терапевтичні альтернативи та суттєві ризики - переважно задокументоване письмово [15]. Власне, цей висновок свідчить про сформовану загальноєвропейську доктринальну конвергенцію в питаннях інформованої згоди.

Принципово важливим є розмежування між добровільною та інформованою згодою. Абрагам Дж.А. та Абрагам С.П. (Abraham J. A. та Abraham S. P.) підкреслюють: хоча пацієнт може бути поінформованим про стан здоров'я, він не завжди матиме можливість вільно прийняти рішення: тиск з боку родини, медичного персоналу або матеріальні обставини здатні перешкоджати реалізації автономії [5, с. 126]. Відтак, справжня інформована згода і, відповідно, інформована відмова, передбачає одночасне дотримання двох умов: поінформованості та добровільності.

У ширшому доктринальному контексті Льюїс Дж. та Холм С. (Lewis J. та Holm S.) виявляють, що практика оцінювання дієздатності пацієнта сформувала специфічний підхід до автономії, заснований на когнітивних показниках: здатності розуміти надану інформацію, оцінювати наслідки різних варіантів та формулювати і повідомляти своє рішення [7, с. 618]. Ці критерії набувають вирішального значення саме у ситуаціях відмови від лікування: коли пацієнт відмовляється від рятівної терапії, перевірка його дієздатності стає юридично обов'язковим елементом правомірної відмови.

Отже, як бачимо, право на відмову від лікування і право на інформовану згоду - це дві сторони одного правового явища. Відмова є реалізацією права не погодитися після отримання належної інформації. Саме тому доктрина інформованої згоди є не лише процесуальним механізмом, але й субстантивним правовим підґрунтям суб'єктивного права пацієнта на відхилення медичного втручання.

Незважаючи на усталений характер права на відмову від лікування, його реалізація на практиці нерідко стикається зі складними правовими колізіями. Центральне місце серед них займає питання дієздатності пацієнта: право на відмову визнається лише за тих осіб, які здатні самостійно розуміти і усвідомлювати наслідки свого рішення.

Пірот Б.Д. та Бенсон С. (Pirrotte B. D. та Benson S.) стверджують, що першим кроком у будь-якій ситуації відмови від медичної допомоги є встановлення дієздатності пацієнта, яку вони визначають як здатність особи переробляти інформацію та приймати поінформоване рішення відповідно до власних переконань, цінностей і побажань [2]. При цьому вони наголошують, що чотири принципи медичної етики, автономія, благодіяння, непричинення шкоди та справедливість, не є рівноцінними у кожній конкретній ситуації, а їх баланс залежить від обставин справи [2].

Маршалл К.Д. (Marshall K. D.) та співавтори у праці 2024 року (*The American Journal of Bioethics*) наполягають на тому, що дієздатні дорослі мають юридичне право приймати власні медичні рішення, зокрема відмовлятися від медичної допомоги навіть тоді, коли наслідком буде смерть. Примусове утримання або фізична чи хімічна фіксація пацієнта, в якого встановлено наявність дієздатності, є задокументованим порушенням закону, як у деліктному, так і в кримінальному праві [16]. Цей висновок особливо актуальний у контексті відмови від лікування після реанімаційних заходів.

Питання завчасних директив становить окремий доктринальний пласт. Андо Б. (Andoh B.) досліджує справу, де завчасна директива пацієнта щодо переливання крові виявилася юридично недійсною через недотримання формальних вимог. Автор аргументує, що хоча право на відмову та завчасна директива є важливими правовими інструментами, обидва вони мають обмеження у практичному застосуванні [4]. В дослідженні Леял-Адорна М. (**Leal-Adorna M.**) встановлює: за умови дієздатності пацієнта на момент пропонуваного лікування його актуально виражена воля (незалежно від раніше складеної директиви) завжди матиме пріоритет. Якщо ж пацієнт є недієздатним, на перший план виходять завчасні директиви або рішення законного представника [13].

Окрему категорію становлять ситуації екстреної медичної допомоги. Рекомендації Європейського товариства невідкладної медицини фіксують, що якщо лікар в екстреній ситуації встановлює відсутність дієздатності пацієнта, право на відмову від лікування не може бути реалізоване: закон у такому разі презюмує, що розумна особа погодиться на лікування з метою уникнення тяжких наслідків [17]. Водночас рекомендації підкреслюють, що інформована відмова - це процес, а не лише підпис на формі [17], а отже, навіть в умовах ургентності медичні працівники зобов'язані максимально враховувати виражену волю пацієнта.

Таким чином, право на відмову від лікування не є абсолютним. Його межі визначаються: дієздатністю пацієнта (за відсутності якої застосовуються замісні механізми - завчасні директиви або рішення представника); характером медичної ситуації (екстреність звужує простір для реалізації відмови); а також правами третіх осіб і публічним інтересом. Однак зазначені обмеження мають виключний характер і не можуть перетворюватися на загальне правило нехтування волею пацієнта.

Відзначимо, центральною теоретичною колізією медичного права є протистояння між правом пацієнта на автономію і обов'язком лікаря діяти в найкращих інтересах хворого (принцип благодіяння). Ця напруга має глибоке доктринальне коріння і нерідко виявляється у практиці клінічного прийняття рішень.

Концептуально автономію пацієнта нерідко протиставляють благодіяння лікарю таким чином, що вони ніби виключають одне одного: якщо лікар керується благодіянням, він «знає краще» і може перевизначити рішення пацієнта; якщо домінує автономія - лікар зобов'язаний виконувати волю пацієнта, навіть якщо вважає її шкідливою. Проте така бінарна конструкція є надмірним спрощенням. Льюїс Дж. та Холм С. (Lewis J. та Holm S.) у вже цитованому нами дослідженні обстоюють феноменологічний підхід, за яким автономія не є лише когнітивним феноменом, а включає практичну ідентичність пацієнта - його цінності, культурний контекст та спосіб взаємодії зі світом [7, с. 622]. Це означає, що повноцінна реалізація автономії потребує від лікаря не нейтралітету, а активного сприяння пацієнту в усвідомленому прийнятті рішення.

Автор порівняльного дослідження Варахала С. (Varahala S.) пропонує «реляційну» модель автономії, яка визнає, що рішення пацієнта формуються в певному соціальному та сімейному контексті, а отже, медичне право повинно враховувати як індивідуальну волю, так і мережу відносин, у якій живе людина [8]. У тому ж дослідженні наводиться порівняльна ілюстрація: в Японії за відсутності завчасних директив або необхідності рятівного втручання лікарні, як правило, проводять лікування, якщо воно є абсолютно необхідним для збереження життя, хоча японський суд водночас визнав право пацієнта-Свідка Єгови відмовитися від переливання крові на підставі особистої автономії [8]. Цей приклад ілюструє, що навіть у системах із сильною патерналістською традицією право на відмову від лікування поступово отримує нормативне визнання.

Протистояння автономії та благодіяння набуває особливої гостроти у психіатрії. Дослідження в журналі *British Journal of Psychiatry* підкреслює, що автономія пацієнта і благодіяння не є полярними принципами, а повинні вважатися рівноцінними орієнтирами: суспільство має законний інтерес у «доброму результаті» лікування, а тому просте гасло «більше автономії» не може автоматично вирішити складні клінічні ситуації [18, с. 97]. Водночас автори наполягають: пацієнт повинен бути рівноправним учасником прийняття рішень, а не підлеглим суб'єктом.

Отже, правова теорія не протиставляє автономію та благодіяння як несумісні цінності, а радше вибудовує між ними ієрархію: у ситуаціях із дієздатним пацієнтом його автономна воля є пріоритетною; при цьому лікар зберігає обов'язок забезпечити умови для формування цієї волі - надавши вичерпну інформацію та усунувши фактори тиску. Благодіяння ж реалізується не через скасування рішення пацієнта, а через якість медичного супроводу процесу прийняття цього рішення.

**Висновки.** Отже, на наш погляд, право пацієнта на відмову від лікування є самостійним суб'єктивним правом людини, похідним від фундаментальних принципів особистої автономії, тілесної недоторканності та людської гідності. Воно не є виключно медико-етичним феноменом, а має чітко виражений правовий характер і нормативне закріплення в міжнародних та національних правових актах.

Доктрина інформованої згоди є правовим фундаментом права на відмову: відмова від лікування є зворотним боком права на інформовану згоду. Повноцінна реалізація цього права можлива лише за умови дотримання обох складових інформованої згоди: поінформованості та добровільності.

Право на відмову від лікування не є абсолютним. Його реалізація залежить від: наявності дієздатності пацієнта; характеру медичної ситуації (звичайна або екстрена); наявності та юридичної дійсності завчасних директив. Відсутність дієздатності не позбавляє пацієнта правового захисту, але перенаправляє прийняття рішення до замісних механізмів: завчасних директив або уповноваженого представника.

Практика ЄСПЛ підтверджує, що відмова від лікування є конвенційно захищеним правом за статтею 8 ЄКПЛ, і навіть захист права на життя (стаття 2) не дає державі автоматичного права на примусове медичне втручання всупереч чітко задокументованій волі дієздатного пацієнта.

Теоретична колізія між автономією пацієнта та благодіянням лікаря не є нерозв'язною: сучасна доктрина медичного права встановлює ієрархію, за якою автономна воля дієздатного пацієнта є пріоритетною, тоді як благодіяння реалізується у формі якісного інформаційного та процесуального супроводу прийняття цього рішення.

#### **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:**

1. Kim H. W., Lee A. How patient autonomy drives the legal liabilities of medical practitioners and the practical ways to mitigate and resolve them. *Postgraduate Medical Journal*. 2023. Vol. 99, No. 1168. P. 83–88. DOI: 10.1093/postmj/qgad003.
2. Pirotte B. D., Benson S. *Refusal of Care*. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2026. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560886/>
3. Andoh B. The «Right» to refuse treatment. *Medicine, Science and the Law*. 2023. DOI: 10.1177/00258024221140660.
4. Andoh B. Right to refuse treatment upheld while advance directive failed. *Medicine, Science and the Law*. 2025. DOI: 10.1177/00258172241280435.
5. Abraham J. A., Abraham S. P. Patient Freedom to Choose or Refuse Treatment: Is Autonomy Upheld? *IJSRM.Human*. 2021. Vol. 19, No. 1. P. 124–134. URL: [https://www.researchgate.net/publication/353854998\\_Patient\\_Freedom\\_to\\_Choose\\_or\\_Refuse\\_Treatment\\_Is\\_Autonomy\\_Upheld](https://www.researchgate.net/publication/353854998_Patient_Freedom_to_Choose_or_Refuse_Treatment_Is_Autonomy_Upheld)

6. Kim C. J. Ensuring Patients' Well-Deserved Right to Refuse Treatment, Not Jumping to an «Assisted Death With Dignity». *Journal of Korean Medical Science*. 2024. Vol. 39, No. 2. Art. e30. DOI: 10.3346/jkms.2024.39.e30.
7. Lewis J., Holm S. Patient autonomy, clinical decision making, and the phenomenological reduction. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2022. Vol. 25, No. 4. P. 615–627. DOI: 10.1007/s11019-022-10102-2.
8. Varahala S. Autonomy on Trial: Trust, Capacity, and the Doctor-Patient Divide in US Bioethics and Law. *Voices in Bioethics*. 2025. Vol. 11. DOI: <https://doi.org/10.52214/vib.v11i.13957>
9. Horn R., Kerasidou A. The Concept of Dignity and Its Use in End-of-Life Debates in England and France. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 2016. Vol. 25, No. 3. P. 404–413. DOI: 10.1017/S0963180116000050.
10. Kilbride M. K., Joffe S. The New Age of Patient Autonomy: Implications for the Patient-Physician Relationship. *JAMA*. 2018. Vol. 320, No. 19. P. 1973–1974. DOI: 10.1001/jama.2018.14382
11. Buelens W., Herijgers C., Illegems S. The View of the European Court of Human Rights on Competent Patients' Right of Informed Consent. Research in the Light of Articles 3 and 8 of the European Convention on Human Rights. *European Journal of Health Law*. 2016. Vol. 23, No. 5. P. 481–509. DOI: 10.1163/15718093-12341388
12. Pindo Mulla v. Spain [2024] ECHR 753: Grand Chamber judgment, 6 June 2024.
13. Leal-Adorna M. Informed Consent vs. Refusal of Treatment from a Legal Perspective: Spain and the Case of Adult Jehovah's Witnesses. *Religions*. 2025. Vol. 17, No. 1. Art. 7. DOI: 10.3390/rel17010007
14. Fry M. Autonomy and Its Limits: A Discussion of the Shortcomings of Informed Consent. *Voices in Bioethics*. 2024. Vol. 10. DOI: 10.52214/vib.v10i.12507.
15. Bolcato V., Franzetti C., Fassina G., Basile G., Martinez R. M., Tronconi L. P. Comparative study on informed consent regulation in health care among Italy, France, United Kingdom, Nordic Countries, Germany, and Spain. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. 2024. Vol. 103. Art. 102674. DOI: 10.1016/j.jflm.2024.102674.
16. Marshall K. D. et al. Hospitals Are Not Prisons: Decision-Making Capacity, Autonomy, and the Legal Right to Refuse Medical Care, Including Observation. *The American Journal of Bioethics*. 2024. Vol. 24, No. 5. DOI: 10.1080/15265161.2024.2327293.
17. Recommendations on Informed Consent for European Emergency Departments. European Society for Emergency Medicine (EUSEM). URL: [https://eusem.org/images/Patient\\_Informed\\_Consent\\_in\\_the\\_ED-FINAL.pdf](https://eusem.org/images/Patient_Informed_Consent_in_the_ED-FINAL.pdf).
18. Lepping P., Palmstierna T., Raveesh B. N. Paternalism v. autonomy — are we barking up the wrong tree? *The British Journal of Psychiatry*. 2016. Vol. 209, No. 2. P. 95–96. DOI: 10.1192/bjp.bp.116.181032
19. Bielov D. M., Hromovchuk M. V., Hretsa Ya. V., Tymchak V. V. Essence of somatic human rights in the process of biomedical research. *Wiadomości Lekarskie*. 2021. Vol. 74, No. 10. P. 2663–2667. DOI: 10.36740/WLek202110226

Дата першого надходження рукопису до видання: 1.02.2026

Дата прийняття до друку рукопису після рецензування: 20.03.2026

Дата публікації: 3.04.2026