

Основними способами комерціалізації об'єктів права інтелектуальної власності є: використання об'єктів права інтелектуальної власності у власному виробництві; внесення прав на об'єкти права інтелектуальної власності до статутного капіталу підприємства; передача (продаж) прав на об'єкти права інтелектуальної власності шляхом уступки прав на об'єкти інтелектуальної власності (продаж) та/або передача прав на використання об'єктів права інтелектуальної власності за ліцензійним договором.

Види порушень майнових та/або особистих немайнових (авторських) прав інтелектуальної власності на сорт рослин в Україні можна поділити за чотири групи: пору-

шення у правовідносинах між автором і власником сорту рослин; порушення у правовідносинах між заявником сорту рослин і реєструючим органом; порушення у правовідносинах між власником сорту рослин і насіннєвим господарством; порушення у правовідносинах між продавцем насіння того чи іншого сорту рослин і сільгоспвиробником (фермером).

Створення ефективної системи охорони прав на сорти рослин забезпечить належну трансформацію селекційних досягнень в інноваційний продукт, придатний для виробництва і ринку, що є найбільш важливим у ланцюжку, який зв'язує науку і винахідника зі споживачем [2].

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Про охорону прав на сорти рослин : Закон України від 17 січ. 2002 р. № 2986. *Відом. Верхов. Ради України (ВВР)*. 2002. № 23. Ст. 163.
2. Захарчук О.В. Теоретико-методологічні та практичні основи функціонування ринку рослин. Київ : Видавництво «Алефа», 2009. 290 с.

УДК 342.7

ОСОБЛИВОСТІ ЕВТАНАЗІЇ В ЯПОНІЇ ТА ПІВДЕННІЙ КОРЕЇ DISTINCTIONS OF EUTHANASIA IN JAPAN AND SOUTH KOREA

Булеца С.Б.,

*доктор юридичних наук, професор,
завідувач кафедри цивільного права та процесу
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

Killing both pain and patient may be good morals, but is far from certain it is good law.

Lord Edmund Davies

У статті розглянуто особливості евтаназії в країнах Східної Азії – Японії та Південній Корей. Установлено, що особливість евтаназії в цих країнах полягає в тому, що відсутнє правове регулювання евтаназії, натомість існують окремі закони, які дозволяють відмову від лікування, передбачають надання паліативної допомоги пацієнтам тощо. Основна перепона для офіційного запровадження активної евтаназії в цих країнах – це релігія. У Японії для застосування пасивної евтаназії необхідно виконати три умови: 1) пацієнт повинен страждати від невиліковної хвороби і бути на кінцевих стадіях захворювання, від якої він/вона навряд чи зможе відновитись; 2) пацієнт повинен дати письмову згоду на припинення лікування, яка має бути збережена до його смерті. Якщо пацієнт не в змозі дати чітку згоду, вона може бути визначена за допомогою попереднього письмового документа, такого як жива воля або свідчення сім'ї; 3) пацієнт може бути підданий пасивній евтаназії шляхом припинення медикаментозного лікування, хіміотерапії, діалізу, штучного дихання, переливання крові, крапельниці тощо.

У Південній Корей існують два закони, що регулюють рішення пацієнтів про припинення лікування. Закон про боротьбу з раком гарантує, що хворі на рак мають право на отримання паліативної допомоги. Однак така допомога надається лише пацієнтам з раковими захворюваннями. Лікарі не зобов'язані пояснювати термінові умови пацієнтам та їхнім сім'ям, а відповідних положень щодо інформованої згоди не існує. Закон «Про медичне обслуговування в хоспісі для продовження життя», ухвалений 2016 р., дозволяє невиліковно хворим людям у віці від 19 років і старше вимагати відмови від лікування. Цей акт був введений у дію в лютому 2018 р. Лікування, що підтримує життя, юридично визначено за таких умов: серцево-легенева реанімація (СЛР), гемодіаліз, препарати для лікування раку та штучні респіратори. Корейські лікарі більш негативно ставляться до активного закінчення життя (активна евтаназія "Physician-assisted death – PAD" (смерть за допомогою лікаря) та суїцид за допомогою лікаря "Physician-assisted suicide" – PAS).

Ключові слова: евтаназія, смерть, пацієнт, право, життя, лікар, лікування.

The article deals with the features of euthanasia in the countries of East Asia – Japan and South Korea. It has been established that the euthanasia feature in these countries is that there is no legal regulation of euthanasia, and there are separate laws that allow refusal of treatment, provide for the provision of palliative care to patients, etc. The main obstacle to the official introduction of active euthanasia in these countries is religion. In Japan, for the application of passive euthanasia, three conditions must be met: 1) the patient must suffer from an incurable illness and be in the final stages of the illness from which he / she is unlikely to be able to recover; 2) the patient must express his or her consent to discontinue treatment, and this consent must be obtained and preserved until the death of the latter. If the patient is not able to give a clear consent, their consent may be determined by means of a prior written document such as a living will or family testimony; 3) the patient may be subjected to passive euthanasia by stopping the medication, chemotherapy, dialysis, artificial respiration, blood transfusion, drip, etc.

In South Korea, there are two laws that regulate patients' decision to stop treatment. The law on cancer control ensures that cancer patients are eligible for palliative care. However, such assistance is limited to cancer patients. Physicians are not required to explain the terminal conditions to patients and their families, and there are no relevant provisions for informed consent. Another law passed in 2016, the Law "On the medical care in a hospice to prolong life", allows the incurable ill people aged 19 years and older to demand rejection of life-supporting treatment. This act was put into effect in February 2018. Life-support therapy is legally defined under the following conditions: cardiopulmonary resuscitation (CPR), hemodialysis, cancer treatments and artificial respirators. Korean doctors are more negative at active end of life (active euthanasia "Physician-assisted death – PAD" (death by a doctor) and suicide with the help of a doctor "Physician-assisted suicide" – PAS).

Key words: euthanasia, death, patient, right, life, doctor, treatment.

Постановка проблеми. Людське життя є особливим даром, саме тому рішення щодо продовження або припинення лікування чи підтримання життя штучним способом потрібно потрібно приймати з особливою обережністю. Якщо пацієнт не має шансів на одужання, а медичне лікування обмежується підтримкою його стану, то може йти мова про допомогу у прискоренні смерті шляхом видалення системи життєзабезпечення з померлого пацієнта на прохання родичів чи самого пацієнта. Варто зазначити, що милосердна смерть – це евфемізм [22, с. 453]¹ по відношенню до евтаназії.

Стан дослідження. Традиційно, до Східної Азії відносять такі країни: КНР, КНДР, Південну Корею, Японію, Монголію а також Гонконг і Тайвань. Сьогодні найбільш розвинутими країнами Східної Азії є Японія та Південна Корея, тому ми детальніше зупинимося на особливостях евтаназії в цих країнах. Питання правового регулювання та особливостей евтаназії в Україні досліджували такі науковці: І.В. Гайдайчук, О.А. Мірошніченко, Н.А. Мало-вицька, М.В. Рапаєва, Р.О. Стефанчук, А.О. Шпачок та інші. Проте враховуючи постійні зміни в суспільстві, питання евтаназії потребує дослідження у порівняльно-правовому аспекті, особливо враховуючи досвід країн Східної Азії, зокрема економічно розвинутих, таких як Японія та Південна Корея.

Метою статті є виявлення особливостей правового регулювання евтаназії в країнах Японії та Південній Корей.

Виклад основного матеріалу. Сучасна японська правова система ґрунтується на системі цивільного права за моделлю європейських правових систем XIX ст., особливо правових кодексів Німеччини та Франції. Конституція Мейдзі була органічним законом японської імперії, що діяла з 1890 до 1945 р. Після Другої світової війни відбулася велика правова реформа, і Конституцію 1947 р. складено під окупацією союзників із значним американським впливом. Сучасна японська правова система є гібридом континентального та американського права. Обидві концепції цивільного права та більш пізні впливи загального права впливають на традиційні японські цінності. Що стосується правової системи Південної Корей, то варто зазначити, що це система цивільного права, яка має свою основу в Конституції Республіки Корея.

Так, синто й буддизм – дві основні релігії Японії. Синтоїзм старий як японська культура, а буддизм імпортується з материка у VI ст. Відтоді обидві релігії відносно гармонійно існують і навіть доповнюють одна одну. А Корея є країною, де всі основні світові релігії, такі як християнство, буддизм, конфуціанство й іслам мирно співіснують із шаманізмом. Так, за статистикою 2015 р. 44% корейського населення сповідує ту чи іншу релігію. У першу чергу на питання легалізації евтаназії впливає релігія.

Деякі науковці виокремлюють релігійні особливості стосовно евтаназії, зокрема:

1) буддизм і християнство єдині у своїх протистояннях до евтаназії.

2) буддистська і християнська опозиція евтаназії походить від спільного неприйняття міркування консеквенталіста на користь підходу, який поважає людське життя як основне, а не інструментальне благо.

3) і буддизм, і християнство вчать, що життя не є абсолютною цінністю і повинно бути збережене будь-якою ціною, і підкреслюють швидкоплинність життя.

4) консенсус буддизму та християнства про евтаназію оskarжує песимізм у зв'язку з можливістю морального консенсусу та підтримки переконання, що світові релігії мають спільне ядро цінностей. Оскільки передбачуваного загального консенсусу щодо евтаназії не існує, то оптимізм, виражений у цих твердженнях, залишається виправ-

даним [15, с. 311–312]. У більшості країнах Азії евтаназія заборонена через релігійні мотиви, що призводить до неможливості її узаконення, але це не означає, що вона не застосовується. У цьому дослідженні автор вважає за необхідне зупинитися на таких країнах, як Японія та Південна Корея.

Дефініції та класифікації евтаназії в Японії дещо відрізняються від тих, які існують на Заході. Японський термін на позначення евтаназії, «араку-ши» буквально означає «мирна смерть». Важливою була його роль у пом'якшенні «термінальної хвороби», але менше уваги було приділено пацієнтові, його власному рішення, на відміну від західних країн. Термін «евтаназія» в Японії не означає вбивство, але визначається як мирна смерть і тому охоплює цілий ряд дій, які не вважаються евтаназією в західних країнах.

Більшість дослідників Японії (Kai, 1995; Kanda, 1996; Kanazawa, 1961; Machino, 1993, 1995; Naito, 1984) визначили евтаназію як акт, який здійснюється з метою полегшення болю пацієнтів і дозволяє йому мирно померти у заключній стадії термінальної хвороби, у ситуації серйозного фізичного страждання без перспективи відновлення. Завершення нестерпного фізичного болю є підставою, яка дає їм право померти. У Японії важливим є і спостереження за стражданням людей, які знаходяться навколо пацієнта, тобто має значення не тільки воля або прохання пацієнта. Це положення відобразилося у рішенні Нагойського вищого суду, де вищезначені критерії були визначені в 1972 році [11, с. 560]. На жаль, в західних країнах не звертається увага на біль близьких людей, що, на думку є неправильним, оскільки страждання, переживання близьких є важливими факторами для прийняття пацієнтом рішення щодо можливості застосування евтаназії.

У Японії евтаназію умовно класифікують на чотири типи: 1) активна евтаназія; 2) непряма евтаназія; 3) пасивна або негативна евтаназія; 4) чиста евтаназія. *Активна евтаназія* – це навмисне прискорення, без терапевтичної мети, кінця життя пацієнта, який перебуває в завершальній стадії термінальної хвороби або переносить серйозні фізичні страждання без перспективи відновлення. Таке визначення «евтаназії», як правило, знаходимо і в Європі. *Непряма евтаназія* – це лікування для полегшення симптомів агонії, але з побічними ефектами, що скорочують життя невиліковно хворого пацієнта, і на Заході як правило, не вважається проблематичним. *Пасивна евтаназія* визначається як відмова від лікування термінально хворих пацієнтів, і, хоча вона взагалі не підпадає під визначення евтаназії на Заході, такий вид евтаназії є питанням морального занепокоєння. *Чиста евтаназія* – це лікування для полегшення симптомів сильного болю в невиліковно хворого пацієнта, без істотних наслідків для життя, але полегшення мирної смерті (підхід, який на Заході називають паліативною допомогою). Хоча в Японії це класифікують як евтаназію, процедура чистої евтаназії не суперечить закону, оскільки життя пацієнта не припиняється втручанням іншої особи. Активна, непряма, пасивна евтаназії є юридично спірними в Японії, оскільки це пов'язано з припиненням життя пацієнта. Проте, метою чистої евтаназії є усунення нестерпного фізичного болю, що є основною метою всіх типів евтаназії в Японії [11, с. 561–570].

Варто зазначити, що Японія є країною традиції цивільного права. Суди повинні приймати рішення відповідно до законів і нормативних актів, але вони не пов'язані з рішеннями інших судів. Як наслідок, хоча вищевказані рішення передбачали критерії евтаназії, це не означає, що інші суди зобов'язані дотримуватися цих вимог. Лікарі, пацієнти та родичі пацієнтів не можуть повністю передбачити результати своєї поведінки відповідно до цих рішень. Таким чином, Японія не дозволяє допомагати лікарям у самогубстві і обережно ставиться до прийняття сурогатних рішень. Якщо пацієнти не приймають обґрун-

¹ Евфемізм – слово чи вираз, яким замінюють у мові грубе, непристойне, з неприємним емоціональним забарвленням слово.

тованих рішень до втрати свідомості, лікарі зобов'язані лікувати їх, якщо члени сім'ї не можуть чітко визначити побажання пацієнтів. Однак оскільки не існує закону, що регулює процес отримання інформованої згоди, і пацієнти рідко підписують документи для відмови від лікування, невідомо, як поводитись зі справами, пов'язаними з несвідомими пацієнтами, які не мають «живої волі» [3, с. 485].

Сам Японський уряд не видавав офіційних законів про легалізацію евтаназії, а Верховний суд Японії ніколи не вирішував цього питання. Натомість, сьогодні політику щодо евтаназії в Японії було вирішено двома місцевими судовими справами: одна в Нагої в 1962 р., інша після інциденту в Токайському університеті в 1995 р. Перша справа стосувалася пасивної евтаназії (тобто тієї, що дозволяє пацієнту померти шляхом відключення життєзабезпечення), друга – активної евтаназії (наприклад, через ін'єкцію). Судові рішення у цих справах встановлюють правові рамки та набір умов, у яких як пасивна, так і активна евтаназія можуть бути легальними. Однак в обох випадках лікарі були визнані винними в порушенні цих умов, коли позбавляли життя своїх пацієнтів. Крім того, ці прецеденти не обов'язкові для виконання, оскільки висновки цих судів ще не підкріплені на національному рівні. Проте нині існує ориєнтовна правова база для реалізації евтаназії в Японії [20, с. 951, 953].

Так, Японія дуже повільно розглядає законодавство щодо евтаназії. Проте це не означає, що в Японії скорочення життя невиліковно хворих пацієнтів відбувається рідко. Імовірно, такий стан речей обґрунтовується небажанням відкрито обговорювати евтаназію. Її частота є невідомою, оскільки не було зафіксовано жодних прямих застосувань.

У Японії й досі не існує закону, який би визнав пасивну або активну евтаназію. Однак, протягом останнього десятиліття в Японії було проведено декілька судових справ, пов'язаних із евтаназією, що закінчилися обвинувальним вироком (хоча рішення Верховного Суду й до цього часу відсутні). З часів справи Кочі в 1990 р., евтаназія в Японії обговорювалася більш відкрито в Японії. Соціальним підґрунтям цієї нової відкритості став розвиток старіння суспільства, що проявився протягом останніх років. У зв'язку з цим, громадськість більше цікавиться проблемами тривалості життя і термінального лікування та догляду.

Повернемось до рішення, винесеного у справі після інциденту в Токайському університеті. Так, 28 березня 1995 р. головний суддя районного суду Йокогама в справі про вбивство з милосердя в університеті Токай, виніс вирок, частина якого містить юридичний текст, за яким допускається активна евтаназія. Активна евтаназія вимагає наступних чотирьох умов: 1) смерть пацієнта неминуча й незмінна; 2) пацієнт страждає від нестерпного фізичного болю; 3) лікар вже зробив усе можливе для усунення фізичного болю (надав паліативне лікування), і відсутні будь-які інші альтернативи; 4) бажання пацієнта померти є відкритим, чітким та зрозумілим [9].

Навіть абстрактно, ці чотири умови є проблематичними. Наприклад, швидке вдосконалення лікарських засобів для боротьби з болем зробило нестерпний фізичний біль дуже рідкісним, оскільки є можливість вводити пацієнта в медикаментозний сон (седація). Якщо ми зосередимося на готовності лікарів суворо дотримуватися цих умов для активної евтаназії, ситуація є більш тривожною. Одним із основних факторів є патерналізм, оскільки лікар, як отець, що піклується про свою дитину, співчуває хворому, допомагає йому, бере відповідальність за свої рішення під час його лікування.

Застосування незначної кількості евтаназії не означає, що остання є винятковою в Японії, навпаки, вона провадиться дискретно. Деталі цих випадків свідчать про наступне:

1) паліативна допомога по термінальних хворих є короткою в часі з точки зору контролю болю та психологічної допомоги;

2) існує відсутність інформованої згоди та поваги до автономного прийняття рішення пацієнтом;

3) відсутність чіткого встановлення побажань пацієнта;

4) евтаназія виконується членами сім'ї, які страждають від тягара надання допомоги;

5) сильна патерналістська традиція перешкоджає зростанню автономії пацієнта в Японській медичній допомозі [11].

Японські науковці вважають, по-перше, що евтаназія повинна бути доступною тільки для дорослих, які можуть розуміти, що вона означає безповоротний кінець їхнього життя, що підтверджується і в рішенні Суду Нагої та Йокогами.

По-друге, районний суд Йокогами визнав, що всі можливі паліативні заходи повинні бути вжиті, тобто паліативна допомога повинна надаватися пацієнтам і включати як контроль болю, так і психіатричну допомогу. Коли паліативне лікування не може вирішити нестерпний фізичний біль, тоді можна розглядати евтаназію.

По-третє, неминучу смерть розглядали в судових рішеннях як невиліковну хворобу (Високий суд Нагої) і як неминучу смерть (Окружний суд Йокогами). Суди ухвалили, що необхідним критерієм повинна бути неминуча смерть без перспективи звільнення від страждань невиліковно хворого.

Однак, якщо смерть є неминучою, то евтаназія перестає бути доступним варіантом у всіх випадках неймовірних страждань. Полегшення від невинуватого болю шляхом смерті означає, що евтаназія також повинна бути доступною для тих, хто страждає від тяжких, рефрактерних і довгострокових фізичних болів, коли смерть стане неминучим результатом, навіть якщо це не так.

По-четверте, критерії Високого суду Нагоя вимагали, щоб евтаназія здійснювалася лікарем з використанням етично прийнятного методу. Юрист Кай (1995) [7, с. 37–45; 6, с. 1151–1158] стверджував, що районний суд Йокогами визнав цілком зрозумілим, що евтаназію буде виконувати лікар. Інші вважають, що особа, яка фізично керує засобами евтаназії, не обов'язково повинна бути лікарем, за умови його присутності.

По-п'яте, за критеріями суду Нагоя, біль, що спостерігається близькими пацієнта, є основним критерієм. Оскільки біль є суб'єктивним досвідом, ми можемо стверджувати, що головним критерієм є прохання пацієнта, визначене саме на підставі болю.

У випадку задоволення всіх умов для проведення евтаназії, здійснювати її має сімейний лікар або лікар загальної практики, який, ймовірно, знає пацієнта протягом деякого часу [11].

Так, у Японії для застосування пасивної евтаназії необхідно виконати три умови:

1. Пацієнт повинен страждати від невиліковної хвороби і бути на кінцевих стадіях захворювання, від якої він/вона навряд чи зможе відновитись.

2. Пацієнт повинен дати письмову згоду на припинення лікування, і ця згода повинна бути збережена до його смерті. Якщо пацієнт не в змозі дати чітку згоду, вона може бути визначена з попереднього письмового документа, такого як жива воля або свідчення сім'ї.

3. Пацієнт може бути підданий пасивній евтаназії шляхом припинення медикаментозного лікування, хіміотерапії, діалізу, штучного дихання, переливання крові, крапельниці тощо [20].

Для активної евтаназії необхідним є дотримання чотирьох умов:

1. Пацієнт повинен страждати від нестерпного фізичного болю.

2. Смерть має бути неминучою і статися невдовзі.

3. Пацієнт повинен дати письмову згоду (на відміну від пасивної евтаназії, де живої волі і згоди сім'ї вистачить).

4. Лікар вичерпав всі інші заходи знеболювання або вони виявилися неефективними.

Проблеми, що виникли внаслідок цього, разом з іншими негараздами багатьох сімей в країні, призвели до створення «команд з біоетики». Ці групи будуть доступні сім'ям невеличково хворих пацієнтів, щоб допомогти їм разом з лікарями прийняти до рішення на основі особистих досліджень [10].

Подібно до Японії, у Південній Кореї, сім'я є основною цінністю і підкреслюються концепції гармонії і синівської поборності. Так, як і в Японії, у Південній Кореї на право евтаназії дуже вплинула судова практика. Зокрема, дебати про евтаназію почалися ще з 4 грудня 1997 р., коли лікар був відправлений до в'язниці на довгий строк за добровільне припинення життєвої підтримки хворого зі смертю мозку. Цей інцидент добре відомий у Кореї як «інцидент лікарні Борамае» («Boramae Hospital Incident»), (보라매병원 사건). У цьому випадку пацієнт, який пройшов краніотомію, був прийнятий до відділення інтенсивної терапії лікарні через субарахноїдальну кровотечу. Дружина пацієнта звернулася до лікарні з проханням виписати пацієнта через неможливість здійснення оплати за лікування. Лікар виписав хворого, який помер через 36 годин. А дружину було звинувачено у вбивстві. Рішення Верховного суду 2004 р. у цій справі призвело до обвинувачення двох лікарів за допомогу та підбурювання до вбивства. Суд вважав, що ця справа регулюється законом про добровільне звільнення, а не евтаназії чи гідної смерті. У той час у південнокорейській громадськості було мало дискусій про евтаназію чи про смерть з гідністю, а термінальне звільнення з лікарні ще не було законним. Після розгляду справи багато лікарів уважали, що виписка термінально хворих і припинення лікування пацієнтів, навіть якщо є раціональне обґрунтування родичів для відмови від нього, є незаконним [3].

Інший інцидент, що викликав наступні дебати, полягав у позбавленні волі батька, який відключив респіратор для свого сина зі смертю мозку [18]. Джерела вказують, що Південна Корея раніше легалізувала пасивну евтаназію, але зберігала незаконність активного самогубства (Законопроект під назвою «Смерть з гідністю») [1].

Правова ситуація змінилася після випадку з бабусею Кім 2008 р. Бабуся Кім була 76-річним пацієнтом у постійному вегетативному стані, у якої не було попередніх вказівок. Сім'я попросила лікаря припинити лікування. Прохання було відхилено лікарнею, і сім'я подала заяву до суду. Районний суд погодився, що за відсутності попередніх вказівок пацієнта його побажання можуть бути зрозумілими з огляду на те, що вона припинила трахеотомію для свого чоловіка, що помирає. Пацієнтка також сказала, коли ще все усвідомлювала, що хоче залишити це життя, не ставши тягарем для інших. Як наслідок, районний суд виніс рішення, згідно з яким лікування, яке підтримує життя, може бути скасовано. Хоча лікарня звернулася до Апеляційного Суду, апеляція була відхилена [3]. 2009 р. Верховний суд Сеула зобов'язав лікарів відключити від апарату штучної вентиляції легенів літню жінку (76 років) – Елуану Енгларо, жертву аварії, який протягом року діагностували смерть мозку і яка знаходилася у стійкому вегетативному стані [16]. Це призвело до підвищення інформованості про права невеличково хворих пацієнтів та до публічних дебатів щодо марного підтримання життя під час безпідставного лікування. У лютому 2016 р. Суд постановив, що пацієнти можуть приймати рішення щодо лікування для підтримки життя, а в лютому 2018 р. лікарі зможуть утримуватися або відмовлятися від лікування з підтримки життя (хіміотерапії, вентиляції легенів, серцево-легеневої реанімації та гемодіалізу) вмираючих пацієнтів. Це матиме серйозний вплив на прийняття рішень з припинення життя в Кореї [19].

Що стосується законодавчого забезпечення, то в Південній Кореї існують два закони, що регулюють рішення пацієнтів про припинення лікування. Закон про боротьбу з раком гарантує, що хворі на рак мають право на отримання паліативної допомоги. Однак така допомога обмежується пацієнтами з раковими захворюваннями. Лікарі не зобов'язані пояснювати термінальні умови пацієнтам та їхнім сім'ям, а відповідних положень щодо інформованої згоди не існує. Закон «Про медичне обслуговування в хоспісі для продовження життя», ухвалений у 2016 р., дозволяє невеличково хворим людям у віці від 19 років і старше вимагати відмови від лікування, що підтримує життя. Цей акт був введений у дію в лютому 2018 р. Лікування, що підтримує життя, юридично визначено за таких умов: серцево-легенева реанімація (СЛР), гемодіаліз, препарати для лікування раку та штучні респіратори.

Цей акт не поширюється на паліативну допомогу, штучне харчування та гідратацію, або кисневі маски (дихання без опори на техніку). Для авторизації бажань пацієнта потрібні підпис пацієнта, двох професійних лікарів та свідка. Цей закон також передбачає, що, у випадку нездатності висловити бажання або прийняти рішення, пацієнти можуть отримати допомогу в хоспісі. Крім того, двоє або більше членів сім'ї можуть погодитися на надання послуг хоспісу на підставі передбачуваних побажань особистості пацієнта [3].

У Кореї відбувалися публічні дебати про пасивну евтаназію та відмову від підтримання життєздатності, враховуючи поточну медичну та правову практику. Припинення лікування для підтримання життєздатності з первинним наміром закінчення життя несвідомого пацієнта (наприклад, у вегетативному стані) у випадку, коли пацієнт міг би вижити, вважається пасивною евтаназією і суворо заборонено в країні. Проте припинення підтримання життєздатності, хоча вона може обмежуватися пасивною евтаназією, допускає природну смерть, коли смерть неминуча навіть після медичного лікування.

Однак, незважаючи на заборону евтаназії, більшість корейців підтримують відмову марного підтримання життєздатності, пропонуючи можливість того, що після рішення Верховного суду в лютому 2018 р. пасивна евтаназія буде широко обговорюватися у корейському суспільстві з надмірним віком.

Корейські лікарі негативно ставляться до активного закінчення життя (активна евтаназія “Physician-assisted death – PAD”) (смерть за допомогою лікаря) та суїциду за допомогою лікаря “Physician-assisted suicide” – PAS). Лікар-суїцид – це лікар, що надає засоби для смерті, якими керує пацієнт, а не лікар. Хоча евтаназія зазвичай означає, що лікар буде діяти безпосередньо, наприклад, даючи смертельну ін'єкцію, щоб припинити життя пацієнта. Наприклад, Елізабет Кублер-Росс визначила п'ять етапів процесу смерті: заперечення, гнів, торг, депресія і прийняття. Після її досвіду двадцяти років у дослідженні такого типу невеличково хворого пацієнта вона стверджує, що самогубство за допомогою лікаря є неправильне. Є багато досліджень, які свідчать про те, що невеличково хворі пацієнти можуть змінити свою думку щодо можливості самогубства за допомогою лікаря [5, с. 18]. Отже, функція останнього зводиться до допомоги померти.

PAD і PAS, як і раніше, є незаконними в Кореї (так само у Китаї та Японії). Хоча Верховний суд Канади легалізував PAD 2015 р. У Кореї відбувалися публічні дебати про пасивну евтаназію. Припинення надання лікування з первинним наміром припинити життя несвідомого пацієнта (наприклад, того, хто перебуває у вегетативному стані), який міг би вижити, вважається пасивною евтаназією і є забороненим. Проте припинення марного забезпечення життєздатності, коли смерть неминуча навіть після медичного лікування не є дією, що скорочує життя.

Частка позитивного ставлення в Кореї до евтаназії або суїциду за допомогою лікаря порівняно низька порівняно з Нідерландами, США і Канадою, де 60-90% пацієнтів підтримують ці процедури. Кореїці, як правило, підтримують лише консервативний вибір догляду за пацієнтом, що й не дивно [19], через культурні цінності цієї країни.

Національна асамблея і Міністерство охорони здоров'я та соціального забезпечення Кореї проголосували за активну і пасивну евтаназію у законопроекті «Добре вмираючий» (“Well-Dying”) [12], який набрав чинності з лютого 2018 р.

Пацієнти, які мають право на активну або пасивну евтаназію в Південній Кореї – це невиліковні хворі з неіснуючими шансами на відновлення. Пацієнти, які мають сприятливу реакцію на будь-які ліки або не перебувають у стрімкому погіршенні стану здоров'я, що призводить до неминучої смерті, не підпадають під евтаназію. Вони повинні мати підтвердження зареєстрованого лікаря, щоб померти гідно, а пацієнти, які перебувають у комагрозному стані, повинні мати дозвіл обох опікунів [4].

Японські науковці також притримуються думки, що не потрібно узаконювати евтаназію, а достатньо рекомендаційної системи, яка є більш гнучкою й не передбачає застосування санкцій [8].

13 квітня 2001 р. агентство Associated Press повідомило, що «вбивства з милосердя» є незаконними в Південній Кореї. Але Кореїська медична асоціація (70000 лікарів) розробила новий проект кодексу етики, який дасть лікарям більшу свободу дій у визначенні долі пацієнтів від нестерпного болю без надії жити. Без чіткого юридичного визначення «вбивства з милосердя» в Південній Кореї лікарі були неспокійні, коли вони лікували пацієнтів, які, на їхню думку, є термінальними, нестерпно страждають, і яким залишилося жити кілька днів. У широко відомому випадку в 1998 р. лікар у Сеулі був засуджений до 2 років ув'язнення за те, що дозволив невиліковно хворому хворому піти додому і померти без подальшого лікування на прохання його дружини [14, с. 56]. Кодекс етики лікарів Кореї, прийнятий 2001 р. (6 розділів, 78 статей), переглянутий 2006 р. (1 розділ, 8 статей), а 2017 р. переглянутий повторно (10 статей) [13, с. 8–17], дозволяє лікарям припинити лікування невиліковно хворого на власний розсуд або коли їх попросить зробити це в письмовій формі сім'я пацієнта, а також дозволяє лікарям відмовитися від вимог про лікування пацієнтами, якщо вони вважають, що це медично не потрібно [21]. Лікарі мають більшу впевненість, що діють у правових межах.

Підходи Японії та Кореї мають деякі спільні риси. Вони обидві дозволяють хворим відмовлятися від життєзабезпечення, але вони обережні щодо прийняття сурогатних рішень, особливо з боку членів сім'ї. Проте, коли справжні побажання пацієнтів не можуть бути визначені їхньою попередньою поведінкою, Корея вимагає повної згоди між усіма членами сім'ї [3].

Науковці зазначають, що юридичне право на евтаназію допоможе викликати його моральне визнання, а також

більш глибоке розуміння умов, за яких самогубство можна раціонально вважати потенційним вибором. Це є наслідком того, що члени групи, які проводять кампанії з припинення прав на аборти, зберігають всі незаконні форми евтаназії. Дослідження поглядів онкологів на евтаназію та самогубства довели, що широка громадська підтримка добровільної евтаназії не відображається в погляді лікарів. Наприклад, у випадку невиліковного хворого (рак передміхурової залози) з постійним болем лише 22,5% лікарів підтримували самогубство за допомогою лікаря і лише 6,5% евтаназії. Ці результати були значно нижчими, ніж у попередньому дослідженні (з 1994 р., останні дані були зібрані 1998 р.), у яких 45,5% підтримували самогубство за допомогою лікаря, а 22,7% підтримували евтаназію; припинення життя та паліативна допомога розглядалися як кращі способи обробки термінальних випадків. Незважаючи на думку лікарів, 62,9% отримали від своїх пацієнтів рішення про евтаназію або самогубство з допомогою лікаря [2, с. 297].

Науковець М.С. Вольф стверджує, що, з юридичної точки зору, чинні закони, які забороняють евтаназію, мають велику користь у чотирьох основних напрямках: 1) у формуванні лікування, яке дається пацієнтам, без дотримання закону (через нерегулювання евтаназії), натовість з можливістю неформальних процесів, які демонструють довіру до лікарів; 2) дозволяють судам приймати рішення щодо відмови від лікування, яке підтримує життя; 3) примусовий догляд за пацієнтами до самого кінця, і 4) завдяки тому, що лікарняне ліжко є безпечним місцем для обговорення варіантів [17, с. 13–15].

Висновки. Отже, здатність виконувати добровільну евтаназію спрямована перш за все на добробут пацієнтів, а не лікаря. Сім'я або друзі можуть тиснути на пацієнтів, щоб вони вирішили припинити своє життя, або чинити на них тиск, маючи не найкращі наміри й діючи не в інтересах пацієнтів, за якими все ж залишається остаточний вибір. Добровільна евтаназія буде вважатися корисною, якщо буде «повага до осіб і до їхніх самостійних рішень», за умови, що ці рішення не шкодять іншим. Легалізована й регульована система добровільної евтаназії навряд чи призведе до безконтрольного вбивства. Особливість евтаназії в Кореї та Японії полягає в тому, що пряме правове регулювання нормативним актом відсутнє, але, урахувавши особливість країни, дотримання рішень суду, а також сильний патерналізм, це призводить до неможливості застосування активної евтаназії, але можливе самогубство за допомогою лікаря. Найбільш позитивним у цих країнах є те, що обов'язково враховується думка близьких родичів, оскільки термінальні пацієнти не мають жодного шансу на життя (наприклад, у разі смерті мозку навіть з активним функціонуванням організму можуть дозволити таке існування людини до 3 років), що лише обтяжує родичів. Такі пацієнти можуть жити навіть без апарату штучного дихання. На нашу думку, важко впровадити застосування активної евтаназії в Україні, але самогубство за допомогою лікаря є одним із кращих шляхів дотримання права померти з гідністю.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Alex Schadenberg. Korea has not legalized euthanasia or assisted suicide. *Life site*. Retrieved 14 December 2015. URL: <https://www.lifesitenews.com/pulse/korean-has-not-legalized-euthanasia-or-assisted-suicide> (дата звернення: 21.05.2019 р.).
2. Andrew Oberg. Reconsidering euthanasia: For a right to be euthanized and for recognizing alternative end of life methods. *Journal of International Philosophy*. № 4. 2015. P. 297–305.
3. Chih-hsiung Chen. Legislating the Right-To-Die With Dignity in a Confucian Society – Taiwan's Patient Right to Autonomy. *Act 42. Hastings Int'l & Comp. L. Rev.* 485 (2019). URL: https://repository.uchastings.edu/hastings_international_comparative_law_review/vol42/iss2/4 (дата звернення: 21.05.2019 р.).
4. Choi Won-woo. 조선일보. Korea to Temporarily Allow Terminally Ill Patients to Choose Death with Dignity. Retrieved 23 October 2017. URL: http://english.chosun.com/site/data/html_dir/2017/10/23/2017102301468.html (дата звернення: 21.05.2019 р.).
5. Gupta B.D. Euthanasia: Personal Viewpoint. *Jpafmat*. 2004. № 4. P.17–20 URL: <http://medind.nic.in/jbc/t04/i1/jbct04i1p17.pdf> (дата звернення: 21.05.2019 р.).
6. Kai I., Ohi, G., Yano, E., Kobayashi, Y., Miyama, T., Niino, N., & Naka, K. (1993). Communication between patients and physicians about terminal care: a survey in Japan. *Social Science and Medicine*. 36. P. 1151–1158.
7. Kai K. (1995, March 28). Chiryokouityuushi oyobi anrakushi no kyoyouyouken – Toukaidaigaku byouin “anrakushi”-jiken hanketsu (Heisei 7.3.28, Yokohama Chisai hanketsu) (Permissible euthanasia – Tokai University “euthanasia” case (Judgement of Yokohama District Court)). *Hougakukyoushitsu*, 178. P. 37–45.

8. Katsunori Kai. Euthanasia and Death with Dignity in Japanese Law. *Waseda Bulletin of Comparative Law*. Vol. 27. 2010. URL: <https://www.waseda.jp/foiaw/icl/assets/uploads/2014/05/A02859211-00-000270001.pdf> (дата звернення: 21.05.2019 р.).
9. Kenzo Hamano. Should Euthanasia be Legalized in Japan? *The Importance of the Attitude Towards Life*. URL: <https://www.eubios.info/ABC4/abc4110.htm> (дата звернення: 21.05.2019 р.).
10. McDougall Jennifer Fecio. Gorman Martha. *Euthanasia: A Reference Handbook*. Santa Barbara: ABC-CLIO. 2008. 270 p.
11. Miki Hayashi, Toshinori Kitamura. Euthanasia trials in Japan: Implications for legal and medical practice. *International Journal of Law and Psychiatry*. № 25. 2002. P. 557–571. URL: <https://www.sciencedirect.com/journal/international-journal-of-law-and-psychiatry/vol/25/issue/6> (дата звернення: 21.05.2019 р.).
12. New law enables South Koreans to “die well”. *The Straits Times*. 2016-01-28. Retrieved 29 January 2016. <https://www.straitstimes.com/asia/east-asia/new-law-enables-south-koreans-to-die-well> (дата звернення: 21.05.2019 р.).
13. Ock-Joo Kim, Yoon Hyung Park, Byung Gee Hyun. Development of the codes and guidelines of medical ethics in Korea. *J Korean Med Assoc*. 2017. Jan. № 60 (1). P. 8–17. URL: <https://www.jkma.org/search.php?where=aview&id=10.5124/jkma.2017.60.1.8&code=0119JKMA&mode=FULL>.
14. Ole Doering. Euthanasia, and the Meaning of Death and Dying: A Confucian Inspiration for Today's Medical Ethics. 2001. URL: <https://pdfs.semanticscholar.org/1f3f/a32d070818eb636a0be4f261eb69a24a314a.pdf> (дата звернення: 21.05.2019 р.).
15. Roy W Perrett. Buddhism, euthanasia and the sanctity of life. *Journal of Medical Ethics*. 1996. № 22. P. 309–313 <http://buddhism.lib.ntu.edu.tw/FULLTEXT/JR-ADM/perrett.htm> (дата звернення: 21.05.2019 р.).
16. South Korea Authorizes Country's First Mercy Killing. URL: <https://www.fastcase.com/blog/south-korea-authorizes-coutrys-first-mercy-killing/> (дата звернення: 21.05.2019 р.).
17. Susan M. Wolf. Holding the Line on Euthanasia. *The Hastings Center Report*. 19:1. 1989. P. 13–15.
18. Tanya Thomas. Euthanasia Legal for the Terminally Ill In S. Korea Now. *Med India*. Retrieved 15 July 2010. URL: <https://www.medindia.net/news/euthanasia-legal-for-the-terminally-ill-in-skorea-now-71327-1.htm> (дата звернення: 21.05.2019 р.).
19. Attitudes of Cancer Patients, Family Caregivers, Physicians, and the General Population toward Modes of Death. Comparison of attitudes towards five end-of-life care interventions (active pain control, withdrawal of futile life-sustaining treatment, passive euthanasia, active euthanasia and physician-assisted suicide): a multicentred cross-sectional survey of Korean patients with cancer, their family caregivers, physicians and the general Korean population / Young Ho Yun, Kyoung-Nam Kim, in-Ah Sim, Shin Hye Yoo, Miso Kim, Young Ae Kim, Beo Deul Kang, Hyun-Jeong Shim, Eun-Kee Song, Jung Hun Kang, Jung Hye Kwon, Jung Lim Lee, Eun Mi Nam, Chi Hoon Maeng, Eun Joo Kang, Young Rok Do, Yoon Seok Choi, and Kyung Hae Jung. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6144336/> (дата звернення: 21.05.2019 р.).
20. Евтаназія. Основні знання сучасної термінології. Jiyukisma. 2007. С. 951, 953. (安楽死". 現代用語の基礎知識. 自由国民社. 2007.)
21. Етика в медичній сфері. URL: <http://kams.or.kr/webzine/14vol55/sub01.php> (дата звернення: 21.05.2019 р.).
22. Словник української мови: в 11 томах. Том 2. 1971. С. 453. URL: <http://sum.in.ua/s/evfemizm> (дата звернення: 21.05.2019 р.).

УДК 347.94

ПІДСТАВИ ЗВІЛЬНЕННЯ ВІД ДОКАЗУВАННЯ В ЦИВІЛЬНОМУ СУДОЧИНСТВІ УКРАЇНИ: НОВІ ТЕНДЕНЦІЇ

GROUNDS FOR DISMISSAL OF PROOF IN UKRAINE'S CIVIL JUSTICE: NEW TRENDS

Керноз Н.С.,

старший викладач кафедри цивільного,
господарського права та процесу

Чернігівського національного технологічного університету

Пророченко В.В.,

студент юридичного факультету

Чернігівського національного технологічного університету

Статтю присвячено аналізу підстав звільнення від доказування в цивільному судочинстві України. Автори звертають увагу на те, що конституційне реформування системи судустрою та правосуддя в Україні 2016 р. викликало необхідність унесення суттєвих змін до національного судочинства щодо нового законодавчого закріплення підстав звільнення від доказування, зокрема безспірних фактів як обставин, які визнаються учасниками справи та преюдиційних обставин, які мали важливе значення, оскільки були пов'язані з одним із наслідків набрання рішенням суду законної сили. Здійснено порівняльний аналіз правового регулювання підстав звільнення від доказування за цивільним процесуальним законодавством України до та після 15.12.2017 р. Автори доходять висновку, що з точки зору стадійності процесу, посилаючись на преюдиційні обставини не завжди були доцільні, так як у разі скасування судового рішення, яке їх встановлювало, виникають підстави для перегляду за нововиявленими обставинами всіх тих судових рішень, які їх використали відповідно до пункту третього частини другої статті 423 Цивільного процесуального кодексу України 2017 р. Автори наголошують, що правова регламентація підстав звільнення від доказування в оновленому цивільному процесуальному законодавстві України зазнала суттєвих змін порівняно з їх регламентацією до 15.12.2017 р., але кількість підстав звільнення від доказування залишилася незмінною. У приписах статті 82 Цивільного процесуального кодексу України 2017 р. законодавчо закріплено вісім частин на відміну від чотирьох частин, які були в аналогічній попередній статті 61. Удосконалено законодавчу регламентацію процедури відмови від обставин, які були визнані учасниками справи. Законодавчо суперечливо виписані преюдиційні обставини. Відсутнє законодавче закріплення преюдиційності як вагомого наслідку набрання рішенням суду законної сили. Для вдосконалення чинного Цивільного процесуального кодексу України авторами запропоновані зміни до статей 21, 82, 263.

Ключові слова: докази, доказування, підстави звільнення від доказування, безспірні факти, преюдиційні (преюдиціальні) обставини, преюдиція, преюдиційність, цивільне судочинство.

The article is devoted to the analysis of the grounds for dismissal of proof in civil justice of Ukraine. The authors draw attention to the fact that the constitutional reform of the judiciary and justice system in Ukraine in 2016 caused the necessity of significant changes in the national legal proceedings regarding the new legislative consolidation of the grounds for dismissal of proof, in particular, the uncontroversial facts as