

4. Кухарев О. С. Види переважних прав у сфері спадкування / Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Юридичні науки». Херсон, 2014. Вип. 2. Т. 1.
5. Красицька Л. В. Проблеми здійснення та захисту особистих та майнових прав батьків та дітей: монографія. К.: Вид-во Ліра-К, 2014. 628 с.
6. Про ратифікацію Конвенції про права дитини: постанова Верховної Ради УРСР від 27 лютого 1991 р. № 789-ХІІ // Відомості Верховної Ради УРСР, 1991. № 13. Ст. 145.

Levkivska S. The parental preference right to raise children and its implementation after the dissolution of marriage

The article presents the results of a critical analysis of the norms of the domestic family legislation of Ukraine, which enshrines the parental preferential right to raise their children. The peculiarities of the realization of the right to raise a child after divorce by a parent living apart from the child are disclosed. Proposals have been made to improve the current family legislation in terms of securing the parental preferences for the upbringing of children, the features of the priority right to upbringing and guarantees for its implementation are disclosed.

Keywords: family and legal relations, preferential rights, parents' rights to upbringing, peculiarities of exercising preferential rights, guarantees of the rights of the parent living separately.

РЕФОРМУВАННЯ ІНСТИТУТУ НЕДІЄЗДАТНОСТІ В УКРАЇНІ

Миронова Г. А.,

кандидат філософських наук, старший науковий співробітник НДІ приватного права і підприємництва імені академіка Ф. Г. Бурчака НАПрН України

У статті досліджуються права пацієнтів із психічними розладами у світлі законопроекту № 4449. Аналізуються такі аспекти: право на згоду на лікування, функціональна дієздатність.

Ключові слова: права психічнохворих осіб, право на згоду на лікування, функціональна дієздатність.

10 грудня 2017 р. набув чинності Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо надання психіатричної допомоги» № 2205-VIII, метою якого проголошено приведення національного законодавства у сфері надання психіатричної допомоги у відповідність до міжнародних норм та європейської практики. Необхідність прийняття закону обґрунтовується потребою створення реального механізму захисту прав недієздатних осіб та попередження свавілля при лікуванні психічних розладів та госпіталізації в психіатричний заклад.

Метою даної статті є аналіз змісту положень запропонованих змін; виявлення позитивних моментів та суперечностей із діючим законодавством і міжнародними правовими стандартами; а також аналіз досвіду Республіки Молдова у комплексному реформуванні цивільно-правового інституту недієздатності.

За загальним правилом, необхідною попередньою умовою будь-якого медичного втручання є інформована добровільна згода пацієнта. Втім у деяких юрисдикціях, в тому числі й в Україні, правосуб'єктність осіб, визнаних судом недієздатними, в їхніх відносинах з медичними установами є здебільшого пасивною: згода за законом вимагається виключно від їх законних представників – опікунів чи адміністрації психіатричних лікарень, психоневрологічних інтернатів, інших установ, наділених опікунськими функціями. У тих випадках, коли опікунськими функціями володіє лікувальний заклад, він одночасно надає і медичну допомогу, і згоду на її здійснення. Згода або вибір опікуна відноситься і до госпіталізації, яка, за вимогами закону, кваліфікується добровільною, хоча проведена попри відсутність згоди зацікавленої особи – самого пацієнта. То ж у випадку лікування особи, визнаної судом недієздатною, діє принцип автоматичного та повного заміщення згоди (відмови) недієздатного пацієнта згодою опікуна. Волевиявлення самого недієздатного пацієнта юридичного значення при цьому не має.

Парадоксальність системи суцільної опіки полягає в тому, що будучи націленою на усунення зловживань, вона породжує ще більші зловживання. Перш за все, це відбувається через недосконалі процедури визнання особи некомпетентною та недієздатною, що відбуваються поза впливом особи, фактично за її спиною. До того ж, визнання особи недієздатною та встановлення опіки відкриває шлях до зловживань із фінансовими статками та майном підопічного. Викривається дедалі більше випадків свавільного поміщення опікуном підопічного у лікарні, спеціальні інтернати, закриті психоневрологічні заклади. Все це уможливується через формальність механізмів призначення та контролю за діяльністю опікуна.

На цьому фоні цілком зрозумілою та своєчасною виглядає ініціатива розроблення законопроекту № 4449 від 15.04.2016, який було покладено в основу щойно прийнятого закону. На думку розробників,

його прийняття сприятиме поліпшенню соціальної захищеності недієздатних осіб, забезпечить запобігання зловживанням з боку осіб, які здійснюють догляд за інвалідами внаслідок психічного захворювання, надасть можливість поліпшити доступ осіб із вадами психічного здоров'я до правосуддя, запобігатиме випадкам нелюдського поводження з недієздатними особами, а також поліпшить якість надання психіатричної допомоги ув'язненим. Крім того, з прийняттям закону очікується зменшення кількості звернень громадян України до Європейського суду з прав людини, що сприятиме запобіганню витратам з Державного бюджету України особами за виграними судовими справами.

Згадана законодавча ініціатива стала закономірним наслідком тривалого процесу, основними етапами якого стали кілька важливих подій.

По-перше, Україна є учасником Конвенції ООН «Про права осіб з інвалідністю», яка проголосила першим принципом, на якому будується весь механізм угоди, – повагу до гідності та індивідуальної цінності, притаманної всім членам людської сім'ї, що включає свободу робити власний вибір, автономію та незалежність також і для осіб з інвалідністю.

По-друге, у низці рішень проти України Європейським судом сформульовано декілька принципово важливих положень щодо здійснення судового нагляду та правового значення волі та побажань осіб, які потребують психіатричної медичної допомоги та, зокрема, в примусовому порядку госпіталізуються до психіатричного закладу або утримуються у ньому.

По-третє, Рішенням Конституційного Суду України № 2-рп/2016 від 01.06.2016 визнано, що положення ст. 13 Закону України «Про психіатричну допомогу», згідно з яким «особа, визнана у встановленому законом порядку недієздатною, госпіталізується до психіатричного закладу на прохання або за згодою її опікуна», не відповідає Конституції України (є неконституційним).

Так, Конвенція про права осіб з інвалідністю передбачає кардинальні зміни у самій парадигмі реалізації правоздатності особами як з фізичними, так й ментальними вадами. У першу чергу, це стосується осіб, хворих на психічні захворювання, оскільки наявність психічного розладу є однією з підстав для призначення інвалідності та визнання особи недієздатною. Конвенція підняла дуже високо планку дотримання прав та поваги до гідності низки категорії осіб, запровадивши далекоглядні зміни у самому розумінні проблем інвалідності, правоздатності людей з інвалідністю, сучасного концепту рівності у правах. У ч. 4. ст. 12 проголошено вимоги до національного законодавства держав-учасниць: «Держави-учасниці забезпечують, щоб усі заходи, пов'язані з реалізацією правоздатності, передбачали належні та ефективні гарантії недопущення зловживань відповідно до міжнародного права з прав людини. Такі гарантії повинні забезпечувати, щоб заходи, пов'язані з реалізацією правоздатності, орієнтувалися на повагу до прав, волі та переваг особи, були вільними від конфлікту інтересів і недоречного впливу, співрозмірними обставинам цієї особи й пристосовані до них, застосовувалися протягом якомога меншого строку й регулярно перевірялися компетентним, незалежним та безстороннім органом чи судовою інстанцією. Ці гарантії повинні бути пропорційними мірі, якою такі заходи зачіпають права та інтереси цієї особи».

Фактично Україна, як учасник даної Конвенції, вже взяла на себе низку серйозних зобов'язань вчинити заходи з приведення національного законодавства у відповідність із положеннями згаданої статті і угоди в цілому. У ч. 2. ст. 12 Конвенції підкреслено правило, що «усі інваліди мають правоздатність на рівні з іншими в усіх аспектах життя». У контексті всього документа угоди правоздатність розуміється як поєднання правового статусу та дієздатності, і це означає, що психічні захворювання, інтелектуальні порушення та інші дискримінаційні посилення не є законними причинами відмови у правоздатності. Тому припущення чи фактичні (юридичні) обмеження психічної дієздатності не повинні використовуватися для позбавлення правоздатності, тим більше не означають її автоматичне виключення, зокрема, позбавлення відповідної особи права на вибір. Також Комітет Конвенції ООН у коментарі до ст. 12 спеціально підкреслює застосовність даних положень до сфери лікування та догляду, зауважуючи, що персонал має знайти шляхи, щоб максимально консультиватись із пацієнтом, а особа, що діє від імені пацієнта (наприклад опікун), не приймала рішення замість нього [1].

У низці Рішень ЄСПЛ проти України було вказано на застарілість та не відповідність загальним тенденціям сучасних європейських стандартів деяких положень вітчизняного законодавства, в яких відверто порушуються права психічнохворих, чим фактично засвідчується факт того, що в Україні не виконуються міжнародні правові зобов'язання. У справі «Наталія Михайленко проти України» підтверджено, що вітчизняний підхід, згідно з яким особи, які визнані недієздатними, не мають права на безпосередній доступ до суду з метою поновлення своєї цивільної дієздатності, не відповідає загальній тенденції, що панує на європейському рівні.

У рішенні по справі «М. проти України» зауважено, що згода особи на поміщення в психіатричний заклад для стаціонарного лікування може вважатись дійсною тільки за наявності достатніх і достовірних свідчень того, що психічна здатність особи дати згоду та розуміти її наслідки була об'єктивно встановлена в ході справедливої і належної процедури і вся необхідна інформація стосовно госпіталізації та запланованого лікування була надана в адекватний спосіб.

У справі «Горшков проти України» було зазначено, що в Україні участь особи, до якої вже застосовуються примусові заходи медичного характеру при розгляді справ про продовження, зміну виду чи припинення застосування примусових заходів медичного характеру, очевидно, не є обов'язковою. Можливості пацієнта у такому провадженні обмежені, оскільки він не є стороною провадження. Але ж ключовою гарантією Конвенції є те, що особа, яка примусово утримується у психіатричному закладі, повинна мати право на судовий перегляд за її власним бажанням. Доступ особи, яка утримується, до судді не має залежати від доброї волі адміністрації закладу, де утримується особа, використовуватись на розсуд керівництва медичного закладу.

У справі «Анатолій Руденко проти України» зазначалось, що можливість пацієнтів отримати інший висновок незалежних експертів-психіатрів – принцип, який включений до Принципів ООН щодо захисту осіб з психічними захворюваннями та поліпшення психіатричної допомоги – є важливою гарантією попередження можливого свавілля при прийнятті рішень стосовно продовження застосування примусового лікування.

У цих рішеннях ЄСПЛ фактично було вказано на необхідність забезпечити у національній правовій системі: присутність особи під час судового розгляду питання про її примусову госпіталізацію; можливість особисто оскаржити рішення про госпіталізацію у примусовому порядку; можливість отримати правову допомогу під час госпіталізації; можливість залишити заклад за власним бажанням у випадку, коли особа погодилась на госпіталізацію; належну психіатричну експертизу; доступ до суду визнаної недієздатною особи з метою поновлення своєї цивільної дієздатності.

Враховуючи взяті міжнародні зобов'язання, надані ЄСПЛ зауваження і пропозиції та Рішення КСУ, Законом України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо надання психіатричної допомоги» запропоновано низку змін стосовно значення волі і побажань особи, яка потребує медичної психіатричної допомоги або якій надається такий вид медичної допомоги. Зокрема, до ст. 7, 11, 12, 13 Закону України «Про психіатричну допомогу» вносяться істотні зміни, якими ліквідується автоматизм у заміщенні рішень недієздатної особи, яка хворіє на психічні розлади, рішеннями її законного представника (опікуна).

У ст. 7 пропонується частина тексту такого змісту: «Методи діагностики та лікування і лікарські засоби, що становлять підвищений ризик для здоров'я особи, якій надається психіатрична допомога, застосовуються за призначенням і під контролем комісії лікарів-психіатрів щодо особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, якщо така особа за своїм станом здоров'я не здатна надати усвідомлену письмову згоду, – за письмовою згодою її законного представника». До ст. 11 вносяться такі зміни: «Психіатричний огляд проводиться лікарем-психіатром особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, якщо така особа за своїм станом здоров'я не здатна висловити прохання або надати усвідомлену письмову згоду, – на прохання або за письмовою згодою її законного представника.

За положенням ст. 12 амбулаторна психіатрична допомога надається лікарем-психіатром особі, визнаній у встановленому законом порядку недієздатною, якщо така особа за своїм станом здоров'я не здатна висловити прохання або надати усвідомлену письмову згоду, – на прохання або за письмовою згодою законного представника такої особи». Тобто вказаними змінами знімаються існуючі обмеження прав осіб, які страждають на психічні розлади, на надання інформованої згоди, якщо такі особи на момент прийняття рішення здатні висловити свої прохання або надати усвідомлену згоду щодо запропонованих медичних втручань.

Спроби реформування інституту недієздатності у новому законі виглядають фрагментарними та дуже непослідовними, оскільки не пропонуються паралельні зміни в інше законодавство, яким регулюються подібні відносини. Так, спеціальний порядок надання психіатричної допомоги недієздатним особам вступив у протиріччя з базовим Законом «Основи законодавства України про охорону здоров'я», оскільки недієздатні пацієнти, що хворіють на психічні розлади, набули права, якими не володіють недієздатні пацієнти загальносоматичного профілю. У запропонованій редакції Закону «Про психіатричну допомогу» введені вимоги щодо обов'язкового отримання добровільної інформованої згоди на надання будь-якого виду психіатричної допомоги (діагностика, амбулаторне лікування, госпіталізація) за умови, що особа, визнана недієздатною за своїм станом здоров'я, здатна зрозуміти надану інформацію та виразити свою волю. Водночас відповідно до ст. 43, 44, 49 «Основ законодавства України про охорону здоров'я», як і раніше, медичне втручання (в тому числі застосування методів профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та лікарських засобів та застосування методів стерилізації) щодо пацієнтів, визнаних в установленому законом порядку недієздатними, здійснюється за згодою їх законних представників.

Також зміни не торкнулися базових фундаментальних положень Цивільного та Цивільного процесуального кодексів України – основних нормативних актів, якими визначено інститут недієздатності та правові наслідки визнання особи недієздатною.

Закон «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо надання психіатричної допомоги» набув чинності та вводиться в дію 10 червня 2018 р. Але очевидно, що він ще дуже

«сирий» та потребує значних доопрацювань. В першу чергу, узгодження всього масиву законодавства, що торкається питань надання медичної (не лише психіатричної) допомоги особам, визнаним недієздатними.

Надія на те, що цей обсяг роботи буде виконано, поки існує. Адже у Прикінцевих положеннях зазначено, що протягом цих шести місяців з дня набрання чинності Законом Кабінету Міністрів України необхідно: прийняти нормативно-правові акти, необхідні для реалізації положень цього Закону, та забезпечити набрання ними чинності одночасно з введенням у дію відповідних положень цього Закону; привести свої нормативно-правові акти у відповідність із цим Законом; забезпечити перегляд і скасування міністерствами та іншими центральними органами виконавчої влади їх нормативно-правових актів, що суперечать цьому Закону; забезпечити до дня введення в дію цього Закону розробку та затвердження центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, та Міністерством внутрішніх справ України порядку взаємодії під час організації надання психіатричної допомоги особам, які страждають на психічні розлади, у тому числі внаслідок вживання психоактивних речовин.

Але головне завдання, яке не вирішено законопроектом, – це розроблення належного юридичного механізму розв'язання проблеми реального розходження між формальною дієздатністю як цивільно-правовим статусом фізичної особи та функціональною дієздатністю, яка є фактичною здатністю людини приймати рішення. Остання може змінюватися з часом, оскільки залежить від тимчасового психофізіологічного стану, а також від характеру рішення, що приймається. Таке розходження відображено у міжнародних актах про права людини, які вимагають того, щоб будь-які заходи захисту прав були пристосовані до індивідуального стану конкретної людини та стосувалися тільки тих сфер, в яких дійсно наявна зниженість функціональної дієздатності заінтересованої особи, що є виправданням для обмежень її прав у мінімально можливій мірі.

Належний механізм захисту прав психічнохворих є предметом багатьох європейських документів «м'якого» права, які містять керівні принципи та правові процедури для використання у нормах національного права. Зокрема, це: Рекомендації Рес Комітету міністрів Ради Європи (83) 2 «Про правовий захист осіб, які страждають на душевні розлади та проходять примусове лікування»; Рекомендації Комітету міністрів Рес (99) 4 «Про принципи правового захисту повнолітніх недієздатних осіб»; Рекомендації Комітету міністрів Рес (2009) 11 «Про принципи, що стосуються довготривалих доручень та попередніх розпоряджень на випадок недієздатності». Виходячи з даних рекомендацій, практична реалізація прав психічнохворих осіб на добровільну згоду щодо лікування у нормах національного права має відбуватися за такими трьома актуальними напрямками: реалізація функціонального підходу до визначення дієздатності пацієнтів з психічними розладами; забезпечення самостійної реалізації правоздатності недієздатними пацієнтами; забезпечення особистої присутності при розгляді справ щодо визнання особи недієздатною та особиста реалізація права на оскарження шляхом подання позовної заяви до суду.

При застосуванні функціонального підходу оцінка здатності людини приймати усвідомлені медичні рішення має ґрунтуватися на юридично важливих критеріях, які з достатньо високою точністю фільтрують осіб, не здатних до прийняття юридично значущого рішення. Фактор психічного розладу слід трактувати у сенсі будь-якого постійного або короткочасного розладу розумової діяльності, що тягне за собою порушення психічного функціонування особистості пацієнта. Але такий рівень зниження здатності приймати рішення в осіб із наявними психічними розладами не припустимо трактувати як константну характеристику, що властива особам із психічними розладами різної природи. В контексті ситуацій вибору методів медичного втручання здатність особи пацієнта до прийняття самостійних рішень та волевиявлення може змінюватися як з плином часу, так і залежно від характеру та складності питання, що потрібно вирішувати.

У зарубіжній правовій літературі докладно обговорюються теоретичні засади та прикладні методики в контексті розв'язання проблеми визначення здатності людини, що досягла повноліття, приймати самостійні рішення при наданні їй медичної допомоги, а також практичні аспекти відображення цих методик у відповідному законодавстві та впровадження в юридичну практику супроводження пацієнтів в процесі надання медичної допомоги. Так, у статті «Здатність приймати рішення у дорослих: її оцінка у клінічній практиці» [2] наводяться ключові моменти англійського законодавства та принципи належної практики щодо концепції психічної дієздатності пацієнта приймати усвідомлені автономні рішення. Перш за все, для того, щоб визначити, чи здатний пацієнт прийняти конкретне рішення, фахівці повинні самі володіти відповідними знаннями та навичками, щоб бути здатними встановити, чи може пацієнт використати отриману інформацію для прийняття рішення, а потім повідомити про свій вибір. Тому лікуючий лікар, що відповідає за лікування, залучається до процесу оцінки здатності пацієнта. Також автори наводять важливі принципи прийняття рішень щодо медичного втручання в організм пацієнта, який визнаний нездатним приймати самостійні усвідомлені рішення. Вони мають ключове значення у забезпеченні належної медичної практики, адже висновок про те, що пацієнт є нездатним приймати рішення в даній клінічній ситуації, не передбачає автоматичну згоду на лікування.

Лікуючий лікар та медичний персонал мають діяти, дотримуючись законного алгоритму прийняття рішень стосовно лікування осіб, які не здатні дати згоду. Це, зокрема, включає дотримання таких правил:

1. Медичний персонал, що обслуговує пацієнта, повинен діяти, виходячи з найкращих інтересів пацієнта.

2. Лікуючий лікар має впевнитися у тому, що медичне втручання буде найменш інвазивним та клінічно обгрунтованим.

3. Прийняття рішення повинно відбуватися з урахуванням того, що відомо про переваги пацієнта, включаючи юридичні документи завчасних розпоряджень пацієнта, які було зроблено в той час, коли він був дієздатним та компетентним.

4. Обов'язковою практикою є спілкування із близькими для пацієнта особами, в першу чергу – із медичними представниками, призначеними до того, як пацієнт втратив здатність приймати рішення.

У випадках, коли пацієнти визнаються такими, що не здатні приймати самостійні усвідомлені рішення, важливо вжити відповідних заходів аби відновити цю здатність шляхом лікування основного психічного розладу або покращання такої здатності завдяки існуючим методикам.

Наприклад, у Законі «Про психічну компетентність» (Mental Capacity Act 2005) [3], що поширюється на юрисдикцію Англії та Уельсу, особа визначається як така, що не в змозі приймати рішення за себе, якщо вона не здатна здійснити якнайменш одну з таких дій: розуміти надану їй інформацію, зберігати цю інформацію протягом часу, достатнього для прийняття рішень, зважувати та порівнювати інформацію, необхідну для прийняття рішень, повідомити про свої рішення за допомогою будь-яких можливих засобів: усної мови, мови жестів, навіть за допомогою простих рухів м'язів, таких як мигання очима, потиск руки.

Отже, спроба реформування інституту недієздатності в Україні, враховуючи запропоновані новим законом зміни, не відбулася. Проте дивовижний досвід Республіки Молдова доводить, що немає принципових перешкод на цьому шляху. Має значення лише бажання та державницький підхід до вирішення завдань. Так, у Цивільному кодексі Республіки Молдова, як і на усьому пострадянському просторі, було передбачено визнання недієздатними осіб із психічними розладами та слабоумством, які не можуть розуміти значення своїх дій, та встановлення над ними опіки.

Постановою Конституційного Суду Республіки Молдова № 33 від 17.11.2016 було надано офіційне тлумачення, що визнання недієздатності стосується тільки осіб, які цілком позбавлені здатності розуміти значення своїх дій та керувати ними та щодо яких застосування інших заходів захисту є неефективним. Для усунення існуючих розбіжностей та з метою приведення національного законодавства у відповідність із положеннями ст. 12 Конвенції про права осіб з інвалідністю було створено робочу групу з питань внесення змін до законодавства. Фактично з цього часу було ініційовано реформу інституту цивільної дієздатності.

На даний час парламент Республіки Молдова прийняв у першому читанні проект закону щодо внесення змін до 16 нормативних актів. Найважливіші стосуються змін, згідно з якими у випадку порушення особистих фізичних або психічних здатностей, які зачіпають аспекти волі та волевиявлення, повнолітні фізичні особи мають право отримати захист за допомогою двох форм: судових та позасудових (договірних) заходів.

Заходи судового захисту розрізняються за критерієм інтенсивності втручання у життя особи. Замість категоричної опіки та призначення форм захисту публічним органом місцевої влади передбачено низку заходів, які пристосовані до специфічної ситуації даної фізичної особи. Серед них: тимчасовий захист короткочасної тривалості – до 12 місяців або навіть для одного правочину; піклування (до 5 років), коли судовою інстанцією призначається піклувальник, який надає допомогу особі у визначених правочинах: опіка (до 5 років), коли призначений опікун представляє підзахисного в усіх правочинах, за винятком тих, що прямо дозволені законом або судом. Законопроектм судовим інстанціям надано можливість застосовувати заходи захисту із максимальним пристосуванням до потреб та особливостей конкретної особи.

Нова система призначення заходів захисту уніфікована та дозволяє судовим органам прийняти рішення про призначення тимчасового захисника, піклувальника або опікуна разом із обранням форми судового захисту. Так, якщо захисник перебуває у більш тісних взаєминах із особою, яка потребує захисту, йому буде надано переваги та більш широкі повноваження. Крім того, судова інстанція зобов'язана розглянути побажання та враховувати почуття особи, яку захищають, як відносно заходів захисту, так й відносно особи, яку призначають в якості захисника.

Заходи договірної захисту є новелами правової системи Республіки Молдова та включають дві форми: договір про надання допомоги та доручення про захист у майбутньому.

Договір про надання допомоги є договором між будь-якою особою та вільно обраним нею асистентом. За договором асистент зобов'язується бути присутнім при вчиненні правочинів або прийнятті інших рішень (в тому числі щодо медичного втручання) та надавати необхідну для цього інформацію, консультації або здійснювати допомогу при спілкуванні із третіми особами. До даного договору застосовуються норми законодавства про доручення. При цьому статус асистента не надає повноважень представника особи, яку захищають.

Доручення про захист у майбутньому є договірним зобов'язанням, яким довіритель призначає повіреного для конкретної ситуації. У зв'язку з цим нововведенням у ЦК Республіки Молдова пропонується внести 16 нових статей, якими докладно регулюються усі особливості доручення про захист у майбутньому: обсяг повноважень, форма доручення, хто може володіти статусом повіреного, наслідки доручення про захист у майбутньому, припинення та призупинення доручення, втручання судової інстанції у порядок здійснення доручення, в тому числі надання додаткових повноважень повіреному.

Доручення про захист у майбутньому не зачіпає дієздатності особи, яку захищають. Даний інститут побудовано на засадах Рекомендацій Комітету міністрів Рес (2009) 11 «Про принципи, що стосуються довготривалих доручень та попередніх розпоряджень на випадок недієздатності».

Ще однією новелою, яку запропоновано проектом змін, є інститут інструкцій з метою захисту, які складаються та завіряються особою у той період, коли вона усвідомлює значення своїх дій та може керувати ними, втім передбачає, що в певний період часу може втратити цю здатність. Дані інструкції стануть обов'язковими для усіх учасників заходів захисту: для повіреного, судових інстанцій, для захисника та інших зацікавлених осіб. В даних інструкціях особа матиме можливість надати вказівки щодо медичного лікування, яке вона бажає або не бажає отримувати. Усі заходи захисту за новим проектом будуть реєструватися у спеціальному реєстрі.

Таким чином, міжнародно-правові стандарти та європейська практика оцінки та застосування положень Конвенції ООН, Конвенції про захист прав людини та основоположних свобод, учасником яких є й Україна, розвиваються у бік заперечення автоматизму у позбавленні осіб із різними вадами волі та волевиявлення, дедалі більшого врахування волі та побажань осіб із психічною формою інвалідності та з інтелектуальною недостатністю. Попри це в українському законодавстві не передбачено (залишає так і надалі з прийняттям нового закону) диференціацію некомпетентних пацієнтів, як цього вимагають міжнародні стандарти в сфері прав пацієнтів.

Також потрібно визначитися та впровадити одну з існуючих правових моделей врахування особистих побажань недієздатних осіб із проблемами психічного здоров'я або інтелектуальною недостатністю у механізмі прийняття рішень, що стосуються їх життєдіяльності, в тому числі щодо лікування та догляду. Цивільно-правові механізми заміщеного рішення у регулюванні відносин з приводу медичного втручання в Україні потребують коригування як на доктринальному, так і на конкретно нормативному рівнях. Логічним кроком на цьому шляху стане реформа інституту дієздатності та перегляд відповідного законодавства, зокрема, доктринальне розроблення нових понять та інститутів права: медична дієздатність, асистент (довірена особа) пацієнта, медичний заповіт, попередні розпорядження щодо медичного обслуговування у майбутньому.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. Загальні зауваження Комітету з прав інвалідів по статті 12 КПІ. URL: <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/DGCArticles12And9.aspx> (дата звернення: 20.11.2017).
2. Bellhouse J., Holland A., Clare I. and Gunn M. Decision-making capacity in adults: its assessment in clinical practice. URL: <http://apt.rcpsych.org/content/7/4/294.full> (дата звернення: 20.11.2017).
3. Mental Capacity Act 2005. URL: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents> (дата звернення: 20.11.2017).

Myronova G. Reform of the institute of disability in Ukraine

In the article rights for patients with psychonosemas are investigated. Such aspects are analysed: a right on the consent to treatment, mental capacity.

Keywords: rights for mentally sick persons, right to consent to treatment, mental capacity.

КАСАЦІЙНЕ ПРОВАДЖЕННЯ У ЦИВІЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ УКРАЇНИ В КОНТЕКСТІ МІЖНАРОДНИХ СТАНДАРТІВ СУДОЧИНСТВА

Помазанов А. В.,

аспірант НДІ приватного права і підприємництва імені академіка Ф. Г. Бурчака НАПрН України, народний депутат України

У статті досліджено питання щодо відповідності правового регулювання касаційного провадження у цивільному процесі України міжнародним стандартам. У зв'язку з чим виокремлено деякі проблеми правозастосування. Запропоновано шляхи вдосконалення цивільного процесуального законодавства.

Ключові слова: касаційне провадження, цивільний процес, цивільне судочинство, міжнародні стандарти судочинства.