

ЕВТАНАЗИЯ ТА БІОЕТИКА: ОКРЕМІ МЕДИЧНІ ТА ПРАВОВІ АСПЕКТИ СПІВВІДНОШЕННЯ

EUTHANASIA AND BIOETHICS: SPECIFIC MEDICAL AND LEGAL ASPECTS OF RELATIONSHIP

Данко Д.В.,
*кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри соціальної медицини і гігієни
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

Данко В.Й.,
*кандидат юридичних наук,
доцент кафедри кримінального права та процесу
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

Рогач І.М.,
*доктор медичних наук,
професор кафедри соціальної медицини і гігієни
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

У статті висвітлено окремі аспекти можливості застосування евтаназії. Приділено увагу співвідношенню категорій «евтаназія» та «біоетика». Зроблено акцент на правових та медичних аспектах застосування евтаназії з огляду на практику Нідерландів.

Ключові слова: евтаназія, біоетика, медичні процедури, припинення життя людини, вбивство.

В статье освещены отдельные аспекты возможности применения эвтаназии. Уделено внимание соотношению категорий «эвтаназия» и «биоэтика». Сделан акцент на правовых и медицинских аспектах применения эвтаназии с учетом практики Нидерландов.

Ключевые слова: эвтаназия, биоэтика, медицинские процедуры, прекращение жизни человека, убийство.

Some aspects of the possibility of using euthanasia are covered. Attention is paid to the relationship between the categories "euthanasia" and "bioethics". The emphasis has been placed on the legal and medical aspects of the applying of euthanasia, based on the practice of the Netherlands.

Key words: euthanasia, bioethics, medical procedures, termination of human life, murder.

Постановка проблеми. Протягом багатьох років тема евтаназії викликає в суспільстві неоднозначну реакцію. Термін «евтаназія» (від гр. "eu" – «добре» + "thanatos" – «смерть»), що буквально означає «хороша, легка смерть», був запропонований у XVI ст. англійським філософом Ф. Беконом, який, обговорюючи у своєму творі «Про достоїнство та пригноблення наук» мету та завдання медицини, зупинявся на питанні про невиліковні хвороби [1, с. 55]. При цьому, як відзначає М. Коваль, посилаючись на Г. Терешкевич, спочатку термін «евтаназія» в медицині означав сповнену любові допомогу людині, яка помирає, бажання зменшити її терпіння та страх. Згодом цей термін набув кардинально іншого значення, відмінного від того, який вклав у нього Ф. Бекон, а саме піклування про невиліковно хворих або людей, які стоять на порозі смерті [2].

Нині «евтаназія» означає цілком негативне поняття, що є абсолютно протилежним тому, яке запропонував Ф. Бекон, тому можемо спостерігати численні суперечки, які час від часу виникають між медиками, юристами, психологами, а також релігійними діячами. Так, зокрема, на думку сучасних учених, ставлення до смерті є еталоном, індикатором та характеристикою цивілізації, проте коли ми поглянемо на сучасне суспільство, то побачимо,

що воно витісняє смерть із колективної свідомості; суспільство поводиться так, ніби взагалі ніхто не вмирає, смерть індивіда не залишає жодного сліду в суспільній структурі. Більш того, у найбільш розвинутих та демократичних країнах світу смерть людини сприймається як справа лише лікарів та бізнесменів, котрі займаються похоронним обслуговуванням [1, с. 55; 3].

Евтаназія як медична процедура застосовується до пацієнтів, біологічна смерть яких неминуча, які, вмираючи, відчувають важкі фізичні страждання. Існує також інша категорія хворих, яку складають особи, що перебувають у стійкому вегетативному стані. Водночас ця проблема має інший бік. Багато вчених побоюються, що формальне вирішення цієї проблеми може стати своєрідним гальмом пошуку нових більш ефективних засобів діагностики та лікування важкохворих. Безсумнівно, лікар не повинен йти на поводу в будь-якого пацієнта, що виявляє бажання щодо застосування цієї процедури. Вона допустима тільки у виняткових випадках, тобто коли шансів на порятунок вже немає, а ми, продовжуючи життя людини, прирікаємо її на муки.

Стан дослідження. В контексті вищенаведеного ми цілком поділяємо твердження М. Коваль про те, що «у світі не можуть існувати одночасно два

правдиві або об'єктивні закони. Правда не потребує підтвердження іншою правдою, адже правда є абсолютною. Голос природи, який виходить із Божого Закону, каже «Не вбий» (Вих. 20, 13)». Однак поруч із законом, як зазначає вчений, існує антизакон, який завжди прагне сфальсифікувати свою правдивість та заперечує правду закону. Така ситуація склалася також щодо евтаназії. Сучасний етап реформування охорони здоров'я України передбачає поглиблення біоетичних знань молодого лікаря чи фармацевта для формування його морально-етичного та деонтологічного менталітету задля оцінювання подій та явищ з позицій абсолютних, вічних та незмінних загальнолюдських гуманістичних цінностей [1, с. 54].

Виклад основного матеріалу. До смертельно хворого пацієнта слід ставитися інакше, ніж до інших хворих. Однак ніяких правових документів, що регламентують поведінку лікаря щодо вмираючого хворого, немає й бути не може. Більшість вчених схильється до думки про те, що перш за все слід керуватись етичними принципами, записаними в клятві Гіппократа¹, а також рекомендаціями Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації [4].

Аналізуючи питання медико-правових аспектів евтаназії, звертаємо увагу на категорію біоетики (з гр. «βίος» – «життя», «ἔθος» – «звичай»), що є нормативним знанням, яке охоплює моральну проблематику, пов'язану з розвитком біомедичних наук щодо питань генетики, медичних досліджень, терапії, турботи про здоров'я та життя людини. Сучасні міжнародні документи лікарської етики (біоетики), розроблені Всесвітньою медичною асоціацією, Радою Європи, ВООЗ, ЮНЕСКО, Всесвітньої психіатричної асоціацією тощо, займають не одну сотню сторінок. Так, зокрема, розглянемо деякі витяги з документів Всесвітньої психіатричної асоціації.

1) Вступаючи в члени медичної спільноти, я урочисто зобов'язуюсь присвятити своє життя ідеалам гуманності. Я буду проявляти високу повагу до людського життя з моменту його зачаття. Я буду поважати довірені мені таємниці навіть після смерті пацієнта (Женевська декларація, 1948, 1968, 1983, 1994 рр.).

2) Лікар повинен ставити в главу кута співчуття й повагу до людської гідності пацієнта. Лікар не повинен дозволяти з міркувань власної вигоди впливати на свободу й незалежність професійного рішення, яке слід приймати виключно в інтересах пацієнта (Міжнародний кодекс медичної етики, 1949, 1968, 1983 рр.).

3) Пацієнт має право, отримавши адекватну інформацію, погодитися на лікування або відмовитися від нього. Пацієнт має право померти гідно (Лісабонська декларація про права пацієнта, 1981, 1995 рр.).

4) Лікар не продовжує муки вмираючого, припиняючи на його прохання, а якщо хворий без свідомості – на прохання його родичів, лікування, здатне лише відстрочити настання неминучого кінця (Венеціанська декларація про термінальний стан, 1983 р.).

5) Евтаназія як акт навмисного позбавлення життя пацієнта, навіть на прохання самого пацієнта або на підставі звернення з подібним проханням його близьких, не є етичною. Це не виключає необхідності шанобливого ставлення лікаря до бажання хворого не перешкоджати течії природного процесу вмирання в термінальній фазі захворювання (Декларація про евтаназію, 1987 р.).

6) Лікування смертельно хворих пацієнтів, що відчувають хронічний біль, має проводитися так, щоби вони могли гідно піти з життя. Лікар і всі, що беруть участь у лікуванні, страждають від болю вмираючого пацієнта, зобов'язані розуміти потреби пацієнта, членів його сім'ї та друзів (Заява про політику в галузі лікування смертельно хворих пацієнтів, що відчувають хронічний біль, 1990 р.).

7) Лікарі, сформулювавши проблему та мобілізувавши суспільні можливості, зіграли важливу роль у русі проти жорстокого поводження з людьми. Виявивши сім'ю з високим ризиком жорстокого поводження з людиною похилого віку, лікар повинен привернути увагу соціальних служб та самостійно надати можливу підтримку (Декларація про жорстоке поводження з людьми похилого віку та стариками, 1989, 1990 рр.).

8) Лікар не має права відмовити в лікуванні пацієнту тільки тому, що той ВІЛ-інфікований. У лікарів є давня й поважна традиція піклуватися про хворого. Необхідно зберегти цю традицію в умовах епідемії СНІДу (Заява про професійну відповідальність лікарів при лікуванні хворих на СНІД, 1988 р.; Тимчасова заява про СНІД, 1987 р.).

9) Лікар, що спостерігає людину, яка оголосила голодування, стикається з такими ціннісними конфліктами, як моральний обов'язок кожної людини, що полягає у святому шануванні життя; обов'язок лікаря поважати автономію особистості свого пацієнта; етична поведінка (будь-яка допомога, що надається пацієнту, повинна бути схвалена ним); штучне харчування (коли голодуючий виявляється не в змозі прийняти усвідомлене рішення або впадає в стан коми, лікар має право прийняти рішення самостійно, виходячи з інтересів пацієнта та беручи до уваги раніше отримані відомості про побажання голодуючого щодо цього) (Декларація про ставлення лікарів до осіб, що оголосили голодування, 1992 р.).

10) Йдеться про смертельно хворих людей, які жорстоко страждають від болю, що віддають собі звіт у своїх діях і самостійно прийняли рішення про самогубство. Іноді лікар дає пацієнту ліки та інформує про дозу, прийом якої приведе до летального результату. Подібно до евтаназії самогубство за пособництва лікаря є неетичним та підлягає осуду з боку медичної громадськості (Заява про пособництво лікаря при самогубствах, 1992 р.).

11) Участь лікаря в проведенні смертної кари є неетичною, що не заважає лікарю констатувати смерть (Резолюція про участь лікаря в проведенні смертної кари, 1981 р.).

Незважаючи на досить значну кількість нормативних актів щодо питання евтаназії, дослідження,

¹ Я не дам нікому, хто просить у мене, смертельного засобу і не покажу шляху для реалізації подібного задуму.

проведені у США та Нідерландах, вказують на те, що тільки третина запитів про припинення життя шляхом евтаназії викликана нестерпним болем пацієнта [5].

А. Паніщев [6] наводить декілька прикладів, за якими прихильники запровадження евтаназії під гаслом допомоги у її здійсненні вбивали здорових людей. Так, у США Дж. Кеворкян, якого прозвали «Лікар Смерть» у 1956 р. обґрунтував доцільність запровадження евтаназії. У 1989 р. він сконструював так звану машину самогубства («мерсітрон» (англ. "mercitron", від "mercy" – «милосердя»)), що подає смертельну дозу анальгетиків та токсичних препаратів у кров хворого, для пацієнтів, які не здатні заподіяти собі смерть іншими способами, за допомогою якої посприяв смерті більш ніж 120 осіб. У грудні 2000 р. група лікарів заявила, що Дж. Кеворкян застосовував її навіть тоді, коли не йшлося про смертельні захворювання. Згідно з цим висновком 75% пацієнтів, яким «Лікар Смерть» забезпечив легку смерть, були пацієнтами, що не були невиліковними, а 5% людей взагалі не були хворими.

Ще один приклад стосується Г. Шипмана, якого засудили до довічного ув'язнення за смерть 15 пацієнтів. В ході слідства було доведено, що перше вбивство лікар здійснив у 1984 р. Прийшовши за викликом до літньої жінки, яка страждала від болю в суглобах, Г. Шипман запропонував їй вколоти знеболююче, жінка погодилась, а лікар ввів їй 30 міліграмів діаморфіну (медична назва героїну), після чого дивився, як жертва вмирає.

У січні 2001 р. Міністерство охорони здоров'я Великобританії опублікувало доповідь, яка наводить припущення, що Г. Шипман за час своєї багаторічної практики в містечку Хайді в районі Манчестера здійснив близько 300 вбивств пацієнтів. Перед виходом з будинку вбитого пацієнта він зазвичай брав собі якусь дрібничку на пам'ять і завжди надсилав родичам листівки зі співчуттями. Підозри впали на Г. Шипмана після того, як він зробив укол колишньому меру Хайда, а потім підробив заповіт, за якого всі статки в розмірі 350 тисяч фунтів стерлінгів успадковував сімейний лікар.

Слід відзначити, що у Європі активна евтаназія дозволена в трьох країнах, таких як Нідерланди (з 2002 р.), Бельгія (з 2002 р.), Люксембург (з 2009 р.), а також швейцарському кантоні Цюріху (з 2011 р.) [7, с. 38].

Так, серед багатьох інших судових рішень Верховного суду Нідерландів ми звернемо увагу на рішення 1984 р., яке привело до визнання на законодавчому рівні добровільної евтаназії. Так звана Справа Алкмара стосувалася 95-річної жінки, яка захворіла без шансів на одужання. За декілька днів до смерті стан її здоров'я значно погіршився, вона не могла ні пити, ні їсти, а згодом втратила свідомість. Прийшовши до тями, жінка благала свого лікаря закінчити її життя, оскільки не хотіла ще раз це пережити. Лікар був переконаний у тому, що з кожним днем стан хворої буде погіршуватись, та вирішив діяти відповідно до бажань пацієнтки. Верховний суд

Нідерландів зазначив, що хоча дії лікаря були викликані форс-мажорними обставинами, які спричинили конфлікт обов'язків, за якого, з одного боку, виникає обов'язок лікаря перед пацієнтом полегшити безнадійні страждання, а з іншого боку, обов'язок перед законом щодо збереження життя хворого, проте він повинен був надати медичний висновок, відповідно до якого є зрозумілим, що людина ретельно продумала рішення, за якого лікар дав їй змогу гідно померти. Справу було передано до суду в Гаагу, який виправдав лікаря.

В цьому ж році Королівська медична асоціація Нідерландів заявила, що за певних обставин евтаназія може бути прийнятною. У своїй заяві вони спирались на ті критерії, на які звертали увагу суди під час винесення рішень щодо евтаназії. Зокрема, прохання про евтаназію має надходити від пацієнта, бути усвідомленим та наполегливим; пацієнт повинен відчувати нестерпні страждання (фізичні чи психічні), а видужання – не бути можливим; евтаназія повинна виконуватись лікарем після консультації незалежного експерта, який має досвід у цій сфері.

Вже через рік (у 1985 р.) була створена Державна комісія з евтаназії, яка звернулася до Міністерства соціальних питань, охорони здоров'я та культури, а також до Міністерства юстиції стосовно внесення змін до Кримінального кодексу щодо евтаназії та допоміжного самогубства. Комісія запропонувала внесення змін до Кримінального кодексу таким чином, щоб умисне припинення життя іншої особи за клопотанням останнього не було злочином, якщо воно виконується лікарем щодо пацієнта, який перебуває у неспроможній ситуації без перспектив поліпшення. Лікар повинен надати рекомендації щодо неповнолітніх, психічно хворих, осіб з обмеженими можливостями, інвалідів та ув'язнених, а також стосовно процедури поховання та свідоцтва про смерть, непричетності інших сторін, крім пацієнтів та лікарів, до прийняття рішень, а також підготовки та видачі ліків, призначених для припинення життя. Однак ця пропозиція так і не була внесена до Кримінального кодексу.

Ще одним чинником, який вплинув на запровадження в Нідерландах на законодавчому рівні евтаназії, стала медична практика лікарів. Після прийняття судових рішень у 1991 р. комітет Нідерландів з питань евтаназії на чолі з професором Я. Реммелінком опублікував міжнародний звіт «Медичні рішення про припинення життя», який містив дані не тільки про евтаназію, але й про інші медичні рішення, які вплинули на смерть пацієнтів. Це, зокрема, припинення лікування або відмова від лікування [8, с. 59]. Дослідження були проведені у 1990 р. лікарем П. Ван дер Маасом з університету Еразма в Роттердамі. Ці дослідження наводять дані, що евтаназія була проведена щодо 2 300 осіб, що становлять 1,8% від усієї смертності, а це 129 000 осіб. Зокрема, 400 випадків є самогубствами, які асистовано лікарем (0,3% всіх смертей). У 22 500 випадках пацієнти помирили від припинення чи відмови від подальшого лікування, яке привело до смерті (17,5% всіх смертей). В 6% цих

випадків біль була основною причиною припинення життя. В 40% рішень про збільшення дозування ліків для прискорення смерті попередньо обговорювалися з пацієнтом, а в 73% випадків пацієнти були недієздатними для прийняття такого рішення.

Отже, дані, надані у звіті, дали можливість зробити висновок, що здебільшого пацієнт сам виявив прохання про застосування евтаназія. Інша частина пацієнтів була невиліковно хворими, а також недієздатними для прийняття такого рішення. В цьому разі згода на проведення евтаназії надавалась близькими родичами чи членами сім'ї. Здебільшого час, який, згідно зі словами лікаря, пришвидшував настання смерті, складав від декількох годин до декількох днів.

Ще одне дослідження, проведене Г. Ван дер Вальдом з Медичної інспекції охорони здоров'я, базувалося на особистих повідомленнях лікарів, отриманих конфіденційно. Це дослідження було опубліковане роком пізніше та підтвердило висновки звіту, поданого комітетом з евтаназії. Крім того, привернула увагу статистика, за якої у 0,8% всіх смертей лікарі прописували або вводили лікарські засоби для припинення життя пацієнтів без їх чіткого прохання. Здебільшого смерть була неминучою, оскільки пацієнти мали злоякісні ракові утворення кінцевої стадії.

Міністерство юстиції Нідерландів та Королівська медична асоціація у 1990 р. розробили перелік необхідних процедур під час здійснення евтаназії, які б гарантували імунітет від судового переслідування за статтями 293 та 294 Кримінального кодексу Нідерландів. В основу цих правил закладені пропозиції, розроблені у 1984 р. Королівською медичною асоціацією, про які говорилось раніше. При цьому процедурні питання стосуються такого: евтаназія повинна проводитись лікарем; перед проведенням евтаназії лікар повинен проконсультуватися з незалежним експертом (лікарем), який має досвід у цій сфері; лікар повинен вести повну письмову історію справи; про смерть необхідно повідомити прокуратуру як про евтаназію чи самогубство за допомогою лікаря, а не про смерть з природних причин.

В разі повідомлення про смерть як про випадок евтаназії чи самогубства за допомогою лікаря лікар повинен заповнити форму, в якій міститься низка питань щодо факту смерті. За цією формою аналізується процедура дотримання всіх вимог. Ця процедура повідомлення була згодом внесена до Закону Нідерландів «Про поховання та кремацію».

Таким чином, після проведених досліджень та обговорень 1 червня 1994 р. набули чинності зміни до статті 293 Кримінального кодексу Нідерландів, за якими евтаназія визнається злочином (проте не вбивством) та міститься в розділі XIX Кримінального кодексу Нідерландів «Злочини проти життя». Так, відповідно до статті 293 Кримінального кодексу, особа, що позбавила життя іншу особу на її виражене та щире прохання, карається позбавленням волі на строк не більше дванадцяти років або штрафом п'ятої категорії. Далі йдеться про те, що не підлягає покаранню особа, якщо вона є лікарем та вчинила

злочин з мотивів належної турботи згідно з частиною 2 Закону «Про припинення життя на вимогу та сприяння самогубству (процедури перевірки)», а також яка проінформувала про це муніципального судово-медичного патологоанатома згідно з розділом 7 (2) Закону «Про поховання та кремацію».

Водночас природній розвиток питання легалізації евтаназії, який відбувався у низці країн Європи, в Нідерландах завершився 2 квітня 2002 р., коли в Законі Королівства Нідерландів «Про припинення життя за бажанням чи допомогою в самогубстві» було закріплено право на здійснення асистованого суїциду та евтаназії. Відповідно до цього Закону самостійно розпоряджатися завершенням свого життя мають право особи, які досягли 16 років. Для фізичних осіб віком від 12 до 16 років для здійснення цього акту необхідною є згода батьків чи інших законних представників. Лікар, який здійснює евтаназію, повинен бути впевнений у тому, що прохання хворого є самостійним, багаторазово повторюваним та усвідомленим, а страждання особи, які вона відчуває, – тривалими та нестерпними. Окрім цього, обов'язковим є інформування пацієнта про його стан та перспективи видужання. Рішення про здійснення евтаназії приймається колегіально з урахуванням окремих думок. При цьому пацієнти з інших країн не можуть прийжджати до Нідерландів для здійснення евтаназії, адже це заборонене законом. Ця заборона пояснюється тим, що між лікарем та пацієнтом повинні бути довірчі стосунки [9, с. 16].

Отже, сьогодні в Нідерландах евтаназія може застосовуватися тільки за одночасного дотримання таких умов:

страждання пацієнта нестерпне, немає жодних шансів на покращення стану пацієнта;

запит на евтаназію пацієнта є добровільним, протягом певного часу він не може бути виконаний на випадок того, що людина може перебувати під впливом наркотиків, страждає від психічного розладу або перебуває під впливом інших людей;

пацієнт повинен бути повністю обізнаний про свій стан, прогноз і свої права; з історією хвороби має ознайомитися хоча б один незалежний лікар, який повинен підтвердити стан здоров'я пацієнта (на практиці найбільш поширеним є залучення двох лікарів);

евтаназія повинна бути виконана медичним способом лікарем або пацієнтом у присутності лікаря [9, с. 17].

Проте нині питання евтаназії доходить до абсурду. Так, як повідомили 13 жовтня 2016 р. в нідерландських ЗМІ, міністр охорони здоров'я Едіт Схіпперс та міністр безпеки та правосуддя Арта ван дер Стера в Нідерландах планують видати законопроект, за якого дозвіл на евтаназію зможуть отримати не тільки невиліковно хворі особи, але й всі ті, хто вважає, що «їх життя закінчене».

Висновки. З огляду на положення, які містяться в деклараціях, кодексах, заявах та резолюціях, що прямо стосуються діяльності медичних працівників та регулюють її під час здійснення ними своїх повно-

важень (медичної практики), можемо зробити висновок, що в жодному з цих документів не є положення щодо застосування евтаназії як першочергового обов'язку лікаря. Навпаки, принципами, за якими медичні працівники здійснюють свою діяльність, є, зокрема, «не нашкодити», «зменшити страждання», «допомогти». Проте з аналізу тієї медичної практики, яку ми розглядали у статті, стає очевидним, що застосування евтаназії базувалось не на принципах допомоги. Крім того, дуже часто не дотримувалися всіх необхідних процедур для застосування евтаназії, а рішення лікарів були передчасними та необґрун-

тованими. Саме тому ця практика привела до того, що сьогодні кількість бажаючих щодо проведення евтаназії збільшується, а медичні показники для її застосування нівелюються. Прохання на проведення евтаназії нині надходить не тільки від осіб, які є невиліковно хворими та нестерпно страждають, але й від душевнохворих чи осіб, які перебувають у стані депресії. З огляду на це, на нашу думку, тим країнам, які бажають впровадити евтаназію на законодавчому рівні, перш за все необхідно звернути увагу саме на ті негативні чинники, які виникли під час її тривалого застосування, зокрема досвід Нідерландів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Коваль М. Контрміра евтаназії – паліативне лікування. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2015. № 3 (65). С. 54–58.
2. Терешкевич Г. Основи біоетики та біобезпеки : *підручник*. Тернопіль : ТДМУ, 2014. 400 с.
3. Коротких К. Эвтаназия как философско-правовая проблема. *Вісник Національного університету «Юридична академія України імені Ярослава Мудрого»*. 2012. № 4 (14). С. 141–149.
4. Гельсінська декларація Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/990_005.
5. Kebuladze B. Termination of Life on Request and Assisted Suicide. *European Scientific Journal*. 2016. December. ISSN: 1857–7881. (Print)е – ISSN 1857–743.1 S. 421–425.
6. Панищев А. Эвтаназия (дидактические материалы по биомедицинской этике). URL: <http://econf.rae.ru/pdf/2014/11/3806.pdf>.
7. Громовчук М. Право людини на життя: теоретичні та практичні засади. *Порівняльно-аналітичне право*. 2017. № 2. С. 37–41.
8. Громовчук М. Право людини на життя: вибрані аспекти. *Visegrad Journal on Human Rights*. 2017. № 2/1. С. 58–63.
9. Громовчук М. Евтаназія в зарубіжних країнах: питання конституційно-правового закріплення. *Реформування законодавства України та розвиток суспільних відносин взаємодії* : матеріали міжнародної науково-практичної конференції (21–22 квітня 2017 р.). Ужгород, 2017. С. 15–21.