

УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ЮРИДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ

Сандра Болдіжар, Вадим Пішта

**СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ПРАВОВОГО  
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НОВІТНІХ ПРАВ У СФЕРІ  
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

---

Монографія

Ужгород – 2022

**УДК 34:614.2**

**Б 79** Болдіжар, Сандра

Сучасні тенденції правового забезпечення новітніх прав у сфері охорони здоров'я : монографія / С. Болдіжар, В. Пішта. - Ужгород : ФОП Сабов А. М., 2022. - 250 с.

Рекомендовано до друку на засіданні Вченої ради ДВНЗ «Ужгородський національний університет» (протокол № 5 від 12 травня 2022 року).

**Рецензенти:**

**ГЕТЬМАН Євген Анатолійович** – доктор юридичних наук, професор, головний учений секретар Національної академії правових наук України, член-кореспондент Національної академії правових наук України

**ЩУБЕЛКО Христина Іванівна** – PhD, teaching assistant at the Department of Biological Sciences of Oakland University, лікар.

Монографію присвячено дослідженню проблемних аспектів трансплантації анатомічних матеріалів людині, репродуктивних прав, клонування та евтаназії. Завдяки застосуванню порівняльно-правового методу проаналізовано особливості прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я у зарубіжних державах та в Україні. Розкривається роль Кабінету Міністрів України та Міністерства охорони здоров'я України у сфері надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації. Визначено основні тенденції щодо правового регулювання здійснення репродуктивних прав, клонування та цілісності особи, а також евтаназії і питання закінчення життя. Досліджено нормативні та інституційні напрями розвитку правового регулювання прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я.

Для студентів, аспірантів, викладачів юридичних вузів і факультетів, практикуючих юристів, а також для фахівців у галузі медичного права.

ISBN 978-617-7798-94-0

© Болдіжар С. О., Пішта В. І.

## ЗМІСТ

<b>Розділ 1.</b> -----	6
<b>ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ АНАТОМІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ ЛЮДИНИ</b> -----	6
1.1. Трансплантація як об’єкт правового регулювання:-----	6
загальна характеристика-----	6
1.2. Діяльність Кабінету Міністрів України-----	21
у сфері надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації-----	21
1.3. Діяльність Міністерства охорони здоров’я України-----	39
у сфері надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації-----	39
<b>Розділ 2.</b> -----	72
<b>ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ІНШИХ НОВІТНІХ ПРАВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я</b> -----	72
2.1. Допоміжні репродуктивні технології-----	72
2.2. Клонування та проблеми цілісності особи-----	93
2.3. Евтаназія і питання закінчення життя-----	122
<b>Розділ 3.</b> -----	148
<b>ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НОВІТНІХ ПРАВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я</b> -----	148
3.1. Практика ЄСПЛ щодо правового забезпечення-----	148
новітніх прав у сфері охорони здоров’я-----	148
3.2. Нормативні та інституційні напрями розвитку правового забезпечення новітніх прав у сфері охорони здоров’я-----	191

## ПЕРЕДМОВА

Протягом ХХ століття поступово посилюється інтерес до таких суперечливих областей медичної практики як трансплантація анатомічних матеріалів, евтаназія, допоміжні репродуктивні технології, клонування.

Процеси, пов'язані з народженням та смертю, стали більш технологічними, що породило ряд етичних, правових та навіть релігійних дискусій щодо можливості застосування того чи іншого методу лікування. Разом з тим інфекційні захворювання та травми як причини смерті у більшості випадків почали відходити на другий план. А в наслідок розвитку медичних технологій є можливість продовжити життя важкохворих пацієнтів на невизначений термін, зокрема і завдяки застосуванню трансплантації анатомічних матеріалів.

Як ніколи актуальними є питання, що стосуються закінчення життя за допомогою іншої особи з використанням евтаназії. Її застосування викликає бурхливі дискусії, оскільки це означає, що багато людей сьогодні можуть померти не так, як це вважали «природним» минулі покоління. До того ж евтаназія може відбуватися як за активної участі лікаря, так і без неї. Цей фактор потребує додаткового аналізу і збільшує актуальність нашого дослідження.

Застосування допоміжних репродуктивних технологій породжує не менш важливі проблеми, пов'язані з утилізацією ембріонів, які залишаються після завершення лікування пацієнтів, а також багаторазової імплантації ембріонів. Законодавчі прогалини у подібних питаннях можуть призвести до ризиків для життя та здоров'я пацієнтів, ембріонів, а також новонароджених.

Зрештою, найбільш контраверсійним станом на сьогодні залишається питання можливості здійснення клонування, оскільки у цьому разі ми можемо претендувати на створення чисеї точної

копії, що є неабияким викликом як для правової системи держави, так і для усього суспільства.

Зважаючи на означені виклики та розглядаючи права четвертого покоління у сфері охорони здоров'я як певні універсалії, вважаємо за необхідне дослідити, як саме функціонують ці права з точки зору законодавчого забезпечення. З іншого боку, важливо зрозуміти, яку роль у належному функціонуванні цих прав відіграють державні структури.

Ця монографія буде корисною для студентів вищих навчальних закладів, практикуючих юристів, а також для медичних працівників, які у своїй практиці стикаються з відповідними питаннями.

**Сандра Болдіжар,**

доцент, доктор юридичних наук,  
Ужгородський національний університет.

**Вадим Пішта,**

доктор філософії у галузі знань «Право»,  
Ужгородський національний університет.

# **Розділ 1.**

## **ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ АНАТОМІЧНИХ МАТЕРІАЛІВ ЛЮДИНИ**

*1.1. Трансплантація як об'єкт правового регулювання:  
загальна характеристика*

*1.2. Діяльність Кабінету Міністрів України у сфері надання  
медичної допомоги із застосуванням трансплантації*

*1.3. Діяльність Міністерства охорони здоров'я України у  
сфері надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації*

### **1.1. Трансплантація як об'єкт правового регулювання: загальна характеристика**

Важливим аспектом дослідження трансплантація як об'єкта правового регулювання є визначення основних підходів до розуміння категорійно-понятійного апарату. Першим елементом цього апарату є визначення поняття трансплантації, під якою слід розуміти хірургічну операцію, коли хворий чи пошкоджений орган людини вилучають і заміняють новим<sup>1</sup>.

У статті 1 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» зазначається, що трансплантація – це спеціальний метод лікування, який полягає в пересадці

---

<sup>1</sup> Ethics of Organ Transplantation: University of Minnesota's. Center for Bioethics. February 2004. URL: [http://www.ahc.umn.edu/img/assets/26104/Organ\\_Transplantation.pdf](http://www.ahc.umn.edu/img/assets/26104/Organ_Transplantation.pdf).

анатомічного матеріалу людини від донора реципієнту і спрямований на відновлення здоров'я людини<sup>2</sup>.

Всесвітня організація охорони здоров'я натомість дає таке визначення трансплантації: «[Ця] Передача (приєднання) людських клітин, тканин або органів від донора до реципієнта з метою відновлення функції (- цій) в організмі»<sup>3</sup>.

Загальновідомим є поділ трансплантації органів на види з точки зору імунології. Відповідно до цього критерію розрізняють такі види трансплантації:

– *ауто трансплантація* – це пересадка органів і тканин у межах одного організму (наприклад, пересадка шкіри з однієї частини тіла людини на іншу);

– *алотрансплантація* (гомотрансплантація) – це пересадка трансплантата від однієї людини до іншої (наприклад, пересадка нирки від однієї людини до іншої);

– *ксенотрансплантація* (гетеротрансплантація) – це пересадка трансплантата від одного біологічного виду іншому (наприклад, ксеногенні тканини тварин стають матеріалом для механічно-функціональних трансплантатів, серед яких є сухожилля та хрящі).

Серед числа суб'єктів трансплантації анатомічних матеріалів слід виділити таких:

1. Донор;
2. Реципієнт;

---

<sup>2</sup> Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людини: Закон України від 17 травня 2018 року № 2427-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2427-19>.

<sup>3</sup> Global Glossary of Terms and Definitions on Donation and Transplantation. World Health Organization, Geneva, November 2009. URL: <http://www.who.int/transplantation/activities/GlobalGlossaryonDonationTransplantation.pdf?ua=1>.

3. Заклад охорони здоров'я, де проводиться оперативне втручання.

Відповідний суб'єктний склад наявний і у правовідносинах, що виникають під час трансплантації з використанням трупних трансплантатів. Варто зазначити, що деякі вчені не виділяють донора, як учасника правовідносин, коли мова йде про посмертне донорство<sup>4</sup>.

Директива № 2010/45/ЄС Європейського парламенту та Ради ЄС підкреслює, що донором є особа, яка є учасником правовідносин, що виникають у процесі трансплантації, незалежно від того, чи такі відносини виникають під час життя донора, чи вже після його смерті<sup>5</sup>.

У ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» фігурують такі категорії як «живий донор» та «донор-труп»<sup>6</sup>:

«Живий донор – повнолітня дієздатна фізична особа, яка добровільно надала згоду на вилучення у неї анатомічних матеріалів для трансплантації, та у визначеному цим Законом випадку особа віком до 18 років, згоду на вилучення у якої гемопоетичних стовбурових клітин надано відповідно нею особисто та (або) її батьками або іншими законними представниками;

Донор-труп – померла особа, щодо якої в установленому цим Законом порядку отримано згоду на вилучення з її тіла анатомічних матеріалів для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів».

---

<sup>4</sup> Ольховик Л. А., Ременяк А. Д. Правове регулювання трансплантології в Україні *Порівняльно-аналітичне право*. 2016. № 5. С. 114-115.

<sup>5</sup> Про стандарти якості та безпеки людських органів, які призначені для трансплантації: Директива Європейського парламенту та Ради ЄС, прийнята 07 липня 2010 року № 2010/45/ЄС. URL: [http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/994\\_b38](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/994_b38).

<sup>6</sup> Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині: Закон України від 17 травня 2018 року № 2427-VIII.



Також у ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» присутня диференціація на потенційних донорів та донорів анатомічних матеріалів людини:

«Потенцій донор – це померла особа, щодо якої існують медичні передумови (відсутність хвороб або станів, що унеможливають вилучення анатомічних матеріалів людини) для вилучення анатомічних матеріалів, але не отримано трансплант-координатором в установленому законом порядку відомості щодо можливості (згода) вилучення анатомічних матеріалів з її тіла для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів.

Донор анатомічних матеріалів людини – це живий донор чи донор-труп, у якого в установленому законом порядку вилучаються анатомічні матеріали для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів»<sup>7</sup>.

На думку автора, такий розширений підхід до тлумачення особи донора є непотрібним. Достатньо закласти лише базові поняття щодо дефініції донора, оскільки закон не має перетворюватись на детальну інструкцію для медичних працівників, а має залишатись нормативним актом загального користування.

Важливо пам'ятати про принцип поділу обов'язків лікарів під час усього процесу здійснення трансплантації. Тобто лікар, який брав участь у констатації факту смерті особи не може брати участь в подальших етапах трансплантації і навпаки, лікар, який безпосередньо здійснює пересадку органів, не має права брати участь в констатації факту смерті особи.

У ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» йдеться про реципієнта як про «особу, яка потребує медичної допомоги із застосуванням трансплантації»<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> Там само.

<sup>8</sup> Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині: Закон України від 17 травня 2018 року № 2427-VIII.

У міжнародно-правових нормах, що стосуються процесу трансплантації дається ще більш стисле визначення поняття «реципієнт»: «... [це] особа, якій трансплантують орган»<sup>9</sup>.

Всесвітня організація охорони здоров'я під згаданим вище поняттям розуміє безпосередньо людину, якій трансплантуються алогенні людські клітини, тканини чи органи<sup>10</sup>.

У статті 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я (далі – Основи) міститься визначення закладу охорони здоров'я: «юридична особа незалежно від форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, основними завданнями яких є забезпечення медичного обслуговування населення та/або надання реабілітаційної допомоги на основі відповідної ліцензії та забезпечення професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників і фахівців з реабілітації»<sup>11</sup>.

У закладах охорони здоров'я вилучення донорських органів проводиться спеціальними лікарськими бригадами, які безпосередньо проводять такі дії.

У Наказі МОЗ «Деякі питання організації посмертного донорства» від 11 червня 2021 року № 1184 зазначається, що до складу бригади вилучення анатомічних матеріалів людини можуть входити: лікарі-хірурги, кількість та профіль яких залежить від виду та обсягу донорського матеріалу; лікарі-трансплантологи; лікарі-анестезіологи; лікарі-урологи; сестри медичні операційні; інші

---

<sup>9</sup> Про стандарти якості та безпеки людських органів, які призначені для трансплантації: Директива Європейського парламенту та Ради ЄС, прийнята 07 липня 2010 року № 2010/45/ЄС.

<sup>10</sup> Global Glossary of Terms and Definitions on Donation and Transplantation. World Health Organization, Geneva, November 2009.

<sup>11</sup> Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-XII. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

спеціалісти відповідної спеціальності галузі знань «22 Охорона здоров'я» (за потреби)<sup>12</sup>.

Для вилучення у донора-трупа анатомічних матеріалів, призначених для виготовлення біоімплантатів до складу бригади можуть входити: лікарі судово-медичні експерти; лікарі-патологоанатоми; лікарі-хірурги; лікарі-ортопеди-травматологи; лікарі-комбустіологи; інші спеціалісти відповідної спеціальності галузі знань «22 Охорона здоров'я» (за потреби)<sup>13</sup>.

Важливу роль у процесі трансплантації відіграє трансплант-координатор. До завдань останнього входить широкий спектр роботи:

1) виконання діяльності, спрямованої на забезпечення отримання анатомічних матеріалів людини та надання їх для подальшої трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів у встановленому законодавством порядку;

2) виявлення потенційного донора анатомічних матеріалів людини та організація проведення необхідних додаткових клінічних обстежень та лабораторних досліджень для встановлення медичних передумов (відсутність хвороб або станів, що унеможливають вилучення анатомічних матеріалів людини) для вилучення анатомічних матеріалів людини, визначення функціонального стану окремих органів;

3) встановлення наявності в Єдиній державній інформаційній системі трансплантації відомостей про прижиттєво надану потенційним донором згоду або незгоду на вилучення анатомічних матеріалів з його тіла для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів після визначення його стану як незворотна смерть (смерть мозку або біологічна смерть), про

---

<sup>12</sup> Деякі питання організації посмертного донорства: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 11 червня 2021 року № 1184. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0967-21#Text>.

<sup>13</sup> Там само.

призначення повноважного представника, який після смерті особи надасть згоду на вилучення з її тіла анатомічних матеріалів для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів;

4) отримання згоди другого з подружжя або близького родича, або іншого законного представника померлої особи, або особи, яка взяла на себе зобов'язання поховати померлу особу, на вилучення з тіла померлої особи анатомічних матеріалів для трансплантації;

5) організація проведення тканинного типування та досліджень, які необхідні для отримання даних, передбачених для внесення до ЄДІСТ, для визначення пари донор-реципієнт для кожного органу;

6) здійснення інших визначених законодавством у сфері трансплантації повноважень, пов'язаних з наданням медичної допомоги із застосуванням трансплантації та здійсненням діяльності, пов'язаної з трансплантацією<sup>14</sup>.

У зв'язку з цим, неабиякої важливості набуває розгляд основних принципів, що притаманні сфері трансплантації, адже принципи – це основні дороговкази для будь-якої правової сфери. Як зазначає професор А. М. Колодій: «... категорія «принцип» тісно пов'язана з категоріями «закономірність» і «сутність». Однопорядковий характер цих понять дає підстави визначати правові принципи через закономірність розвитку суспільства (загально-соціальні принципи) і права (юридичні принципи), а також через сутність і основний зміст останнього»<sup>15</sup>. Відштовхуючись від наведеної вище ідеї, ми стверджуємо, що

---

<sup>14</sup> Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я»: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04 червня 2019 року № 1246. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1246282-19#Text>.

<sup>15</sup> Колодій А. М. Принципи права: генеза, поняття, класифікація та реалізація *Альманах права*. 2012. № 3. С. 42-43.

правові принципи в сфері трансплантології беруть свій початок із суспільних потреб та спрямовані на текстуальне закріплення таких потреб у вигляді принципів.

К. В. Гребенникова, розмірковуючи про правові принципи трансплантації наголошує, на тому, що те, яким чином юридичні та медичні передумови донорства співвідносяться одне з одним в законі, який регулює трансплантацію певної держави, залежить від того, яку модель правового регулювання донорства конкретна держава обрала<sup>16</sup>.

Станом на сьогодні світовою спільнотою визнано 11 принципів щодо трансплантації органів. Перелік цих принципів міститься в Керуючих принципах з трансплантації людських клітин, тканин та органів, які були прийняті в 2010 році Всесвітньою організацією охорони здоров'я<sup>17</sup>.

У преамбулі Керуючих принципів зазначається, що ці принципи не застосовуються до трансплантації статевих клітин, тканин яєчників та яєчок, ембріонів в репродуктивних цілях та крові і її компонентів, що призначені для переливання.

Щодо самих принципів, то вони наступні:

1. Вилучення органів та тканин для проведення трансплантації можливе у тому випадку, якщо отримано згоду в законній формі або немає підстав припускати, що померла особа заперечувала проти такого вилучення.

---

<sup>16</sup> Гребенникова К. В. Международные стандарты и критерии допустимости донорства и трансплантации. *Издательство «Грамота»*. 2012. № 12 (26), ч. 1. С. 72.

<sup>17</sup> Руководящие принципы ВОЗ по трансплантации человеческих клеток, тканей и органов, утверждены на LXIII Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2010 года, резолюция WHA 63.22. URL: [http://www.who.int/transplantation/Guiding\\_PrinciplesTransplantation\\_WHA\\_63.22ru.pdf](http://www.who.int/transplantation/Guiding_PrinciplesTransplantation_WHA_63.22ru.pdf).

2. Лікарі, що підтвердили факт смерті потенційного донора, не повинні брати безпосередню участь у вилученні в нього тканин та органів.

3. Живі донори повинні знаходитись в генетичному, правовому або емоційному зв'язку зі своїми реципієнтами. Прижиттєве донорство можливе лише тоді, коли наявна інформаційна та добровільна згода донора.

4. Не допускається можливість взяття органів та тканин у живого донора, який не досягнув повноліття, за рідкісними виключеннями, які дозволені в рамках національного законодавства (Цей принцип розповсюджується і на недієздатних осіб).

5. Надання тканин та органів живим донором здійснюється лише на безвідплатній основі, без будь-яких грошових виплат або іншої винагороди в грошовому еквіваленті. При цьому, вказаний принцип не виключає відшкодування розумних витрат або витрат, що піддаються контролю, які були понесені донором, включаючи втрату доходу чи оплату витрат, що пов'язані з доглядом, обробкою, збереженням і передачею органів та тканин для трансплантації.

6. Сприяння розвитку безвідплатного донорства органів та тканин з використанням реклами, або зі зверненням до суспільства може здійснюватися у відповідності до національних норм.

7. Лікарям та іншим професійним працівникам у сфері охорони здоров'я не слід брати участь в процедурах трансплантації, а медичні страхувальники та інші можливі платники не повинні покривати витрати, які пов'язані з проведенням цих процедур, у тому разі, якщо тканини та органи для трансплантації були отримані в результаті недобросовісного використання або примушення, або оплати послуг живого донора чи близького родича померлого донора.

8. Усім медичним установам та спеціалістам, які пов'язані з процедурами постачання та трансплантації тканин або органів, потрібно заборонити отримувати будь-яку оплату, що перевищує обґрунтований розмір винагороди за надані послуги.

9. При розподілі органів та тканин варто керуватися клінічними критеріями та етичними нормами, а не міркуваннями фінансового або будь-якого іншого характеру.

10. Високоякісні, безпечні та ефективні процедури мають найбільше значення як для донорів, так і для реципієнтів. Як щодо живого донора, так і щодо реципієнта необхідно проводити оцінку віддалених наслідків вилучення органів та тканин та їхньої трансплантації.

11. Організація та здійснення заходів, пов'язаних з донорством та трансплантацією, так само як і клінічні результати, повинні бути транспарентними та відкритими для уважного вивчення при забезпеченні особистої анонімності та конфіденційності донорів, та реципієнтів<sup>18</sup>.

Розглянувши принципи права, що закріплені у відповідних нормативно-правових актах, можемо перейти до принципів правового регулювання трансплантації. Г. Н. Муртазаєва та В. А. Некрасов відносять до таких принципів – *дотримання черговості згідно з «листом очікування»*, якому вони приділили особливу увагу. Вони наголошують на тому, що: «Необхідно при розробці нормативно-правових актів передбачити рівні потенційні можливості для операцій трансплантації незалежно від матеріального добробуту пацієнта. [...] Практика лікування, що існує зараз, так званих комерційних хворих, коли останні, шляхом внесення певних коштів за надання медичних послуг у вигляді

---

<sup>18</sup> Там само.

трансплантації, отримують необхідний трансплантат поза офіційної черги не має поширюватись»<sup>19</sup>.

Дотримання черговості згідно з «листом очікування» є важливим, оскільки це є гарантією того, що права та законні інтереси громадян у сфері трансплантації можуть бути реалізовані. Отже, першочергове завдання держави – створення таких листів.

Наступний принцип правового регулювання трансплантації органів, який ми розглянемо – *принцип інтеграції в міжнародні трансплантологічні товариства*. В українській науковій думці виробилась така думка щодо цього принципу: «Жодна країна, в якій виконуються трансплантації, поки не змогла повною мірою вирішити це питання [щодо дефіциту органів]. При комплексному підході у вирішенні задач пошуку і підбору необхідних донорських органів, з урахуванням міжнародної співпраці, успішний результат очевидніший. [...] ... вірогідність отримання відповідного органу або тканини набагато вища при можливості використовувати міжнародні бази»<sup>20</sup>.

Щоб краще зрозуміти важливість реалізації даного принципу необхідно звернути увагу на міжнародні організації, які забезпечують трансплант-координацію між країнами та в значній мірі сприяють якнайшвидшому розвитку трансплантації органів. Провідну роль серед таких організацій займає Євротрансплант (серед інших можна Франстрансплант, Скандіотрансплант, Балттрансплант), який було засновано в 1969 році. Сьогодні

---

<sup>19</sup> Муртазаєва Г. Н., Некрасов В. А. Трансплантація органів і тканин людини: Принципи правового регулювання. *Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генеа, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення)*: матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф. Львів. 2008. С. 208-209.

<sup>20</sup> Стеценко С. Г., Стеценко В. Ю., Сенюта І. Я. *Медичне право України: Підручник*. Київ: Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність». 2008. С. 363-364.



членами Євротранспланту є Австрія, Бельгія, Люксембург, Нідерланди, Німеччина, Словенія, Угорщина та Хорватія.

Як ми розуміємо, в кожній із держав-членів згаданої міжнародної організації діє своє національне законодавство щодо трансплантації органів. Р. Бузуттіл та Г. Клінтмалм зазначають, що в цих державах є два види систем щодо розподілу органів. Перша система базується на тому, що органи розподіляються для потреби конкретного реципієнта. Така система розподілу органів наразі діє в Німеччині, Бельгії, Нідерландах та Люксембурзі. Друга система передбачає розподіл органів між трансплантаційними центрами, що здійснюють пересадку органів і вона розповсюджена в Словенії, Хорватії, Австрії та Угорщині<sup>21</sup>.

Хоч у зазначених вище країнах і різні системи розподілу донорських органів для реципієнтів, але це не є перешкодою для ефективної взаємодії між державами, які входять до Євротранспланту в сфері трансплантації. Таким чином, існування Євротранспланту дозволяє боротись з такою проблемою, як нестача органів для трансплантації.

Ще один принцип правового регулювання, який виділяють науковці – *декомерціалізація пересадок органів та тканин*. Суть його в тому, щоб послуги, які надаються у зв'язку з трансплантацією мали безоплатний характер. Зазначається, що: «Шлях платного донорства, напевно здатний декілька збільшити кількість виконуваних трансплантацій, проте такий підхід неприйнятний з ряду причин. Думається, що це повинно торкатися і питань обміну трансплантатами між лікувальними центрами і трансплантаційними співтовариствами. Всі основні міжнародні документи по трансплантації органів і тканин передбачають недопущення комерціалізації пересадок. У загальному сенсі, правилом повинно

---

<sup>21</sup> Busuttill R. W., Klintmalm G. B. Transplantation of the Liver, 3<sup>rd</sup> Edition. Amsterdam, Elsevier Health Sciences. 2014. P. 80.

статі положення, згідно з яким взаємини між пацієнтом і лікарем в трансплантології базуються на нормах чинної КУ, яка передбачає безоплатність надання медичної допомоги»<sup>22</sup>.

До того ж, в українському законодавстві, а саме в статті 20 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» закріплено положення про те, що укладання угод, які передбачають купівлю-продаж органів, забороняється<sup>23</sup>.

*Принцип поваги та дотримання прав пацієнта* означає, що повага та дотримання прав пацієнта є основою будь-яких відносин, які складаються як в медичній галузі загалом, так і у відносинах, що витікають з процесу трансплантації. У своїй діяльності будь-який медичний працівник має дотримуватись вищезазначеного принципу.

Принцип поваги та дотримання прав пацієнта базується на таких першорядних правах пацієнта як: право на життя, право на отримання кваліфікованої медичної допомоги та на гідне ставлення з боку медичного персоналу. Пацієнти при трансплантації мають право на отримання повної, достовірної та компетентної інформації з питань, що стосуються захворювання та іншого<sup>24</sup>.

Ще однієї важливою складовою цього принципу є інформована згода пацієнта на медичне втручання. У статті 43 Основ зазначається, що: «Згода інформованого ... пацієнта необхідна для застосування методів діагностики, профілактики та лікування. [...] Згода пацієнта ... на медичне втручання не потрібна лише у разі наявності ознак прямої загрози життю пацієнта за умови

---

<sup>22</sup> Сізінцова Ю. Ю. Інформована згода на медичне втручання: Юридичний захист пацієнтів і медичних працівників. *Науковий вісник Ужгородського національного університету: Серія: Право*. Ужгород: Видавничий дім «Гельветика», 2013. Вип. 23. Ч. 1. Т. 1. С. 269.

<sup>23</sup> Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині: Закон України від 17 травня 2018 року № 2427-VIII.

<sup>24</sup> Сакало В. О. Інформована згода на медичне втручання: Біоетичний аспект. *Форум права*. № 2. С. 613.

неможливості отримання з об'єктивних причин згоди на таке втручання від самого пацієнта ...»<sup>25</sup>.

У праці Ю. Ю. Сізнцоваї ми знаходимо таке визначення інформованої згоди донора тканин: «... згода особи на вилучення у неї тканин..., отримана за наявності письмової заяви про це, підписаної свідомо і без примушування після надання їй лікарем об'єктивної інформації про мету і характер заготівлі, її наслідків та зумовлених нею ризиків, аналітичних перевірок, реєстрації та захисту відомостей про донора, лікарської таємниці, терапевтичної мети та можливої користі, запобіжних заходів, призначених для захисту донора, результатів обстеження донора, можливі ускладнення для здоров'я, а також про права донора у зв'язку з виконанням донорських функцій»<sup>26</sup>. Автор вважає, що це визначення в значній мірі відображає сутність поняття «інформована згода на вилучення тканин». Також, наведена характеристика інформованої згоди може поширюватись і на випадки, коли мова йде про трансплантацію органів. Тому доцільно говорити про інформовану згоду на трансплантацію.

Окрім вже зазначених принципів, варто звернути увагу на *принцип допустимої шкоди*. Межі допустимої шкоди потрібно визначати, виходячи із твердження «Можливість випадкової невдачі під час проведення трансплантації не повинна бути вищою, ніж можливість померти від хвороби». Наприклад, цей принцип буде порушено у тому разі, коли, щоб урятувати життя реципієнта відбувається трансплантація серця від живого донора.

Ю. В. Коренга називає даний принцип загально-методичним і зауважує, що він має два аспекти: збереження пріоритету інтересів донора при проведенні трансплантації (оптимальна турбота про

---

<sup>25</sup> Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ.

<sup>26</sup> Сізнцова Ю. Ю. Вказ пр. С. 267.

інтереси донора) і критерії допустимості трансплантації відносно реципієнта<sup>27</sup>.

Коли мова йде про оптимальну турботу про інтереси донора, то слід зазначити, що вилучення органів або тканин у живого донора для їхньої подальшої трансплантації має відбуватись лише в інтересах здоров'я реципієнта. Важливою ознакою є і те, що мають бути відсутні придатні для пересадки органи та тканини померлого донора, альтернативні методи лікування, ефективність якого порівняна з ефективністю трансплантації.

Ю. В. Коренга вказує і на те, що: «Критерії допустимості трансплантації відносно реципієнта пов'язані зі станом його здоров'я. Недоцільно і аморально здійснювати операцію, коли хворий безнадійний, адже це лише продовжить його страждання. Реципієнт повинен бути придатний до здійснення трансплантації як з медичної точки зору так і з правової»<sup>28</sup>. Сюди варто додати, що недоцільно проводити трансплантацію повністю здоровій людині для того, щоб перевірити ефективність вказаного методу лікування.

Врешті решт, слід виділити законодавчі принципи, визначені ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині», які визначають правомірність застосування трансплантації. До цих принципів належать:

- добровільності;
- гуманності;
- анонімності;
- надання донорських органів потенційним реципієнтам за медичними показаннями;
- безоплатності трансплантації для донора та реципієнта;

---

<sup>27</sup> Коренга Ю. В. Юридичні аспекти правовідносин у сфері трансплантології органів та тканин людини. *Історико-правовий часопис*. Луцьк, 2015. № 2. С. 99.

<sup>28</sup> Там само.

- дотримання черговості (крім родинного та перехресного донорства);
- достойного ставлення до тіла людини у разі посмертного донорства;
- безперервності отримання медичної допомоги особами, яким трансплантовано анатомічні матеріали<sup>29</sup>.

## **1.2. Діяльність Кабінету Міністрів України у сфері надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації**

У межах цього підрозділу ми будемо досліджувати, яку роль відіграє КМУ у межах організації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією. Наша увага буде зосереджена на аналізі повноважень КМУ у сфері надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації, які визначені законодавцем у статті 7 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині».

**Координація роботи міністерств, інших центральних органів виконавчої влади щодо організації надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією, здійснення контролю за їхньою діяльністю**

Для правильного розуміння координаційної діяльності КМУ доцільно з'ясувати зміст поняття «координація». Координація (від лат. *coordinatio* – погодження, узгодження) – погодження, зведення до відповідності, установаження взаємозв'язку, контакту в діяльності людей або узгодженість дій<sup>30</sup>.

---

<sup>29</sup> Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині: Закон України від 17 травня 2018 року № 2427-VIII.

<sup>30</sup> Великий тлумачний словник сучасної української мови / уклад. та гол. ред. В. Т. Бусел. Київ, Ірпінь: Перун. 2005. С. 572.

І. В. Погодіна вказує на те, що координація означає не тільки досягнення єдності рівноправних, не підпорядкованих одне одному учасників процесу управління, а їхнє підпорядкування під час спільної діяльності волі координуючого органу чи посадової особи<sup>31</sup>.

Досягнення координації, як вважає Л. Гулік, можливе у два способи:

- організаційно – коли робота владних підрозділів, які є частиною однієї організації, організована так, що може координуватись за допомогою чіткої вертикалі;
- ідейно – коли робота владних підрозділів, які є частиною однієї організації, організована так, що кожен працівник чітко розуміє мету координації і самостійно може виконати певний обсяг роботи<sup>32</sup>.

Б. Гай Пітерс у своїй роботі виводить три ключові фактори, що необхідні для вдалої координації, а саме:

- наявність мережі (*networks*). Наприклад, мережі державних службовців, які мають можливість брати участь у координуванні роботи;
- наявність співпраці (*collaboration*). Для досягнення певної базової згоди щодо природи проблеми і, можливо, засобів вирішення проблеми, внаслідок чого може виникнути більш ефективна координація і більш ефективна політика;

---

<sup>31</sup> Погодина И. В. Управление в юридической практике правоохранительных органов. Владимир: Владимир. Гос. пед. ун-т, 2003. С. 34.

<sup>32</sup> Gulick L. Notes on the Theory of Organization. Presented by J. B. Nangpuhan. URL: <http://paissues.blogspot.com/2011/10/notes-on-theory-of-organization-luther.html>.

– наявність ієрархії (*hierarchy*). Щоб чітко розуміти хто визначає пріоритетні завдання та хто здійснює координацію<sup>33</sup>.

Необхідно розуміти, що досягнення координації нелегкий процес, тим більше, коли йде мова про трансплантацію, оскільки потрібно враховувати певні фактори, що можуть стати на заваді, а саме:

- 1) відсутність знань та досвіду реалізації завдань;
- 2) відсутність адміністративних навичок;
- 3) відсутність належних методів розробки, розгляду, прийняття та вдосконалення нових ідей<sup>34</sup>.

Координація має бути спрямована на те, щоб уникнути дублювання та покращення ефективності, а також на результативність на всіх рівнях. Координація КМУ у сфері трансплантації має призвести до кращих результатів, проявом чого в першу чергу мають стати якісніші послуги для людей.

Пріоритетними формами здійснення КМУ координації роботи міністерств, інших центральних органів виконавчої влади щодо організації надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації, на нашу думку, є наступні:

- підвищення кваліфікації органів виконавчої влади, координація яких відбувається;
- проведення нарад та взаємних консультацій;
- створення спільних комісій та робочих груп;
- обмін інформацією, який пов'язаний з виконанням завдань та функцій;
- методичне забезпечення координації шляхом розробки інструкцій чи методичних рекомендацій;

---

<sup>33</sup> B. Guy Peters. The Challenge of Policy Coordination. *Policy Design and Practice*. 2018. Vol. 1. № 1. P. 5-8.

<sup>34</sup> M. Laxmikanth. *Public Administration*. Tata McGraw-Hill Education. 1969. P. 77.

- прийняття спільних нормативно-правових актів.

Для ефективного здійснення координації у вказаній сфері пропонується утворити консультативно-дорадчий орган при КМУ – Міжвідомчу координаційну комісію з питань трансплантації, можливість створення якої передбачається статтею 48 ЗУ «Про Кабінет Міністрів України», відповідно до якої: «Кабінет Міністрів України для забезпечення здійснення своїх повноважень утворює ... тимчасові консультативні, дорадчі та інші допоміжні органи»<sup>35</sup>.

*Таблиця 1.*

**Основні завдання та перелік заходів Міжвідомчої координаційної комісії з питань трансплантації.**

№ з/п	Завдання	Основні заходи
1	Створення Міжвідомчої координаційної комісії з питань трансплантації	Формування складу Міжвідомчої координаційної комісії з питань трансплантації. Створення проекту положення про Міжвідомчу координаційну комісію з питань трансплантації. Збір думок з приводу актуальних питань діяльності Міжвідомчої координаційної комісії з питань трансплантації. Підготовка проекту Постанови про

<sup>35</sup> Про Кабінет Міністрів України: Закон України від 27 лютого 2014 року № 794-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/794-18>.



		Міжвідомчу координаційну комісію з питань трансплантації та її подальше затвердження Прем'єр-міністром України
2	Забезпечення координації дій органів виконавчої влади у сфері трансплантації	Залучення до роботи Міжвідомчої координаційної комісії з питань трансплантації представників органів виконавчої влади, незалежних експертів, представників громадськості та засобів масової інформації
3	Підготовка пропозицій щодо формування та реалізації державної політики у сфері трансплантації	Розробка проектів нормативно-правових актів з питань трансплантації
4	Розробка механізмів вирішення проблемних питань, що виникають у процесі реалізації державної політики у сфері трансплантації	Аналіз причин виникнення проблем у процесі реалізації державної політики у сфері трансплантації
5	Налагодження підвищення ефективності діяльності органів виконавчої влади у сфері трансплантації	Вивчення результатів діяльності органів виконавчої влади у сфері трансплантації. Покращення професійного рівня державних

		службовців органів виконавчої влади. Створення зрозумілої системи стимулювання
6	Вивчення позитивного досвіду зарубіжних країн у питаннях вдосконалення нормативно-правової бази у сфері трансплантації	Організація проведення конференцій, семінарів, круглих столів, нарад

Не в останню чергу пропозиція щодо створення Міжвідомчої координаційної комісії з питань трансплантації базується на багато в чому позитивному досвіді функціонування Міжвідомчої координаційної комісії з питань регіонального розвитку, що дозволило налаштувати діалог у питаннях регіонального розвитку<sup>36</sup>.

Як ми уже зазначали, пункт 1 статті 7 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» визначає, що КМУ здійснює контроль за діяльністю роботи міністерств, інших центральних органів виконавчої влади щодо організації надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації. Однак в чому полягає здійснення контрольного повноваження у законі не конкретизовано.

С. С. Велешук у своїй праці виділяє декілька основних завдань, що притаманні контролю як функції адміністративного управління. Важливими для нашого дослідження є наступні:

- здійснення загального контролю діяльності організації та структурних підрозділів;
- моніторинг реалізації обраної стратегії;
- контроль результатів здійснення кадрової політики;

<sup>36</sup> Міжвідомча координаційна комісія з питань регіонального розвитку. Секторальний діалог – актуальні проблеми розвитку регіонів. I Міжвідомча конференція з питань регіонального розвитку. [rdpa.regionet.org.ua](http://rdpa.regionet.org.ua): вебсайт. URL: <http://rdpa.regionet.org.ua/129>.

- контроль дотримання трудової та виконавської дисципліни;

- контроль дотримання своєчасності та повноти надання фінансової та інших форм звітності<sup>37</sup>.

При здійсненні контролю з боку КМУ висувається ряд вимог, без яких неможлива його ефективна реалізація, що водночас виступають принципами контролю:

- законність, тобто контроль має здійснюватися тільки в рамках конкретних нормативних приписів;

- систематичність, тобто регулярний характер;

- своєчасність, тобто своєчасне проведення, що значно підвищує його ефективність;

- всебічність, тобто охоплення найбільш важливих питань, поширення на всі служби і структури підконтрольних органів;

- вичерпність, тобто перевірки повинні підлягати не тільки ті підрозділи, які мають слабкі результати роботи, а й ті, що мають добрі результати;

- об'єктивність, тобто виключення упередженості;

- гласність, тобто результати повинні бути відомі тим, хто підлягав контролю;

- результативність, тобто діяльність не має обмежуватися виявленням фактичного стану справ, а повинна супроводжуватися конкретними заходами по усуненню недоліків<sup>38</sup>.

---

<sup>37</sup> Велешук С. С. Концептуальні підходи до визначення функцій та класифікації методів адміністративного менеджменту. *Ефективна економіка*. 2013. № 4. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=1952>.

<sup>38</sup> Баюк М. І., Войт М. І., Матковський Г. В. Організація контролю в системі органів державної влади: Інформаційно-методичний матеріал. Хмельницький: Центр перепідготовки та підвищення кваліфікації

Отже, під контролем, який його здійснює КМУ у сфері трансплантації слід розуміти діяльність щодо забезпечення єдності виконання рішень, співвідношення затвердженої стратегії з реальним положенням справ, з метою недопуску невиконання обраної стратегії чи пошуку причин, які можуть призвести до невиконання.

**Забезпечення розроблення та виконання державних цільових програм, спрямованих на розвиток медичної допомоги із застосуванням трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією.**

У ЗУ «Про державні цільові програми» йде мова про те, що: «Державна цільова програма – це комплекс взаємопов'язаних завдань і заходів, які спрямовані на розв'язання найважливіших проблем розвитку держави...[та] здійснюються з використанням коштів Державного бюджету України та узгоджені за строками виконання, складом виконавців, ресурсним забезпеченням»<sup>39</sup>.

У вже згаданому законі (стаття 5) визначено основні стадії розроблення та виконання державних цільових програм, зокрема до таких відносяться:

- 1) ініціювання розроблення державної цільової програми, розроблення та громадське обговорення концепції програми;
- 2) схвалення концепції програми та прийняття рішення щодо розроблення проекту програми, визначення державного замовника та строків її розроблення;
- 3) розроблення проекту програми визначення заходів і завдань, що пропонуються для включення до неї, а також обсягів і джерел фінансування;

---

працівників органів державної влади, органів місцевого самоврядування, державних підприємств, установ і організацій. 2013. С. 17

<sup>39</sup> Про державні цільові програми: Закон України від 18 березня 2004 року № 1621-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/1621-15>.

- 4) стратегічна екологічна оцінка у випадках, визначених ЗУ «Про стратегічну екологічну оцінку»;
- 5) державна експертиза проекту програми;
- 6) погодження та затвердження програми;
- 7) проведення конкурсного відбору виконавців заходів і завдань програми;
- 8) організація виконання заходів і завдань програми, здійснення контролю за їх виконанням;
- 9) підготовка та оцінка щорічних звітів про результати виконання програми, а в разі потреби – проміжних звітів;
- 10) підготовка та опублікування в офіційних друкованих виданнях заключного звіту про результати виконання програми<sup>40</sup>.

Стаття 17 ЗУ «Про державні цільові програми» визначає основні повноваження КМУ у сфері розроблення та виконання державних цільових програм. Згідно з цією статтею КМУ:

- розробляє і здійснює загальнодержавні програми в порядку, встановленому законом;
- схвалює концепції державних цільових програм, приймає рішення щодо розроблення проектів програм та строків їх розроблення;
- визначає державних замовників державних цільових програм;
- за поданням державних замовників затверджує державні цільові програми (за винятком загальнодержавних програм);
- приймає рішення щодо внесення змін до затверджених ним державних цільових програм;
- у разі необхідності приймає рішення про дострокове припинення виконання державних цільових програм, які ним затверджені, або про продовження строку виконання цих програм;

---

<sup>40</sup> Там само.

- у межах своєї компетенції здійснює контроль за виконанням державних цільових програм<sup>41</sup>.

Як бачимо, ЗУ «Про державні цільові програми» визначає широке коло повноважень КМУ, що дозволяє в повній мірі здійснити розробку та виконання державної цільової програми у сфері трансплантації.

Варто звернути увагу на те, що КМУ вже затверджував такі програми:

- 1) Державну програму розвитку трансплантації на 2002-2005 роки<sup>42</sup>;
- 2) Концепцію Державної програми «Трансплантація» на 2006-2010 роки<sup>43</sup>;
- 3) Державну цільову соціальну програму «Трансплантація» на період до 2012 року<sup>44</sup>.

Кожна із програм мала амбітні цілі – підвищення якості надання медичних послуг із застосуванням трансплантації, покращення стану здоров'я та продовження строків життя людини, покращення взаємодії між закладами охорони здоров'я та науковими установами у питаннях трансплантації, покращення нормативно-правової бази у сфері трансплантації та інше.

---

<sup>41</sup> Там само.

<sup>42</sup> Про затвердження Державної програми розвитку трансплантації на 2002-2005 роки: Постанова Кабінету Міністрів України від 12 вересня 2002 року № 1339. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1339-2002-%D0%BF>.

<sup>43</sup> Про схвалення концепції програми «Трансплантація» на 2006-2010 роки: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 20 липня 2006 року № 416-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/416-2006-%D1%80>.

<sup>44</sup> Про затвердження Державної цільової соціальної програми «Трансплантація» на період до 2012 року: Постанова Кабінету Міністрів України від 08 жовтня 2008 року № 894. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/894-2008-%D0%BF>.

Проте на сьогодні положення кожної з програм залишаються нереалізованими.

У зв'язку з цим, В. М. Шульга звертає увагу на те, що: «... кошти державного бюджету у загальній сумі 20,9 мільйонів гривень, що надійшли на виконання Державної програми розвитку трансплантації на 2002-2005 роки, використані Міністерством охорони здоров'я з порушеннями чинного законодавства та неефективно, зокрема: з бюджетними правопорушеннями – 13,2 мільйони гривень, неефективно – 4,5 мільйони гривень та з порушеннями чинного законодавства – 4,2 мільйони гривень»<sup>45</sup>.

Як результат, впливає очевидна проблема – неефективність використання коштів, які виділені на реалізацію програми. Одним із варіантів вирішення цієї проблеми В. М. Шульга називає внесення змін до ЗУ «Про Державний бюджет на відповідний рік», де пропонує виокремити фінансування трансплантації окремим рядком<sup>46</sup>.

В. Ю. Трайтлі вважає, що покращити ситуацію може аудит ефективності державних цільових програм: «... з його допомогою можливо здійснювати вплив і контроль за якістю, прозорістю, ефективністю та результативністю не тільки програм, а й безпосередньо державної політики як з боку уряду, так і з боку громадян. Адже застосування аудиту ефективності можливо здійснювати на всіх стадіях бюджетного процесу, що дає можливість своєчасного виявити різнопланові за масштабом і значенням проб леми та знайти шляхи їх вирішення й усунення»<sup>47</sup>.

---

<sup>45</sup> Шульга В. М. До питання вдосконалення функціонування системи органів державної влади України в сфері трансплантації. *«Ефективність державного управління»: збірник наукових праць*. 2014. Вип. 39. С. 249.

<sup>46</sup> Там само. С. 250.

<sup>47</sup> Трайтлі Ю. В. Державні цільові програми як об'єкт аудиту ефективності. *Вісник Університету банківської справи Національного Банку України*. 2014. № 1 (19). С. 206.

**Забезпечення фінансування видатків на медичну допомогу із застосуванням трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією.**

Стаття 49 КУ декларує те, що охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм, а також те, що медична допомога у державних та комунальних закладах охорони здоров'я є безоплатною<sup>48</sup>.

Статті 8 та 18 Основ доповнюють положення КУ про безоплатність медичної допомоги у державних та комунальних закладах охорони здоров'я під час надання первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) допомоги. Натомість у статті 12 йде мова про забезпечення державної політики охорони здоров'я бюджетними асигнуваннями у розмірі, що відповідає її науково обґрунтованим потребам, але не менше десяти відсотків національного доходу<sup>49</sup>.

Що стосується сфери трансплантації, то основні повноваження щодо забезпечення фінансування видатків на медичну допомогу із застосуванням трансплантації має КМУ (Стаття 7 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині»)<sup>50</sup>.

Стаття 12 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» закріплює положення про те, що фінансове забезпечення трансплантації органів та діяльності пов'язаної з нею, здійснюється за рахунок Державного бюджету та разом з тим робить відсилання до законодавства України:

---

<sup>48</sup> Конституція України, прийнята 28 червня 1996 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>.

<sup>49</sup> Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ.

<sup>50</sup> Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині: Закон України від 17 травня 2018 року № 2427-VIII.



«1. Фінансове забезпечення організації медичної допомоги із застосуванням трансплантації та/або здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією, здійснюється за рахунок коштів державного бюджету, інших джерел, не заборонених законодавством.

2. Порядок фінансового забезпечення організації медичної допомоги із застосуванням трансплантації та/або здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією, встановлюється законодавством»<sup>51</sup>.

Необхідно зазначити, що ЗУ «Про Кабінет Міністрів України» (стаття 20) серед повноважень КМУ вказує розробку та схвалення Бюджетної декларації, розробку проектів законів про Державний бюджет України та про внесення змін до Державного бюджету України, забезпечення виконання затвердженого Верховною Радою України Державного бюджету України, подання Верховній Раді України звіту про його виконання; прийняття рішення про використання коштів резервного фонду Державного бюджету України<sup>52</sup>.

**Забезпечення розвитку та державної підтримки науково-технічних та інноваційних розробок у сфері надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією.**

Законодавець під поняттям «науково-технічна розробка» розуміє: «...науково-технічну діяльність, що базується на наукових знаннях, отриманих у результаті наукових досліджень чи практичного досвіду, та провадиться з метою доведення таких знань до стадії практичного використання. Результатом... [чого] є нові або істотно вдосконалені матеріали, продукти, процеси, пристрої,

---

<sup>51</sup> Там само.

<sup>52</sup> Про Кабінет Міністрів України: Закон України від 27 лютого 2014 року № 794-VII.

технології, системи, об'єкти права інтелектуальної власності, нові або істотно вдосконалені послуги»<sup>53</sup>.

Відповідно до цього визначення науково-технічною розробкою у сфері трансплантації слід вважати науково-технічну діяльність, результатом якої є отримання нових матеріалів, продуктів, процесів, пристроїв чи технологій або їхнє істотне вдосконалення, що дозволить підвищити ефективність трансплантації.

Поняття «інновація» вперше в науковий обіг було введено Й. Шумпетером у праці «Теорія економічного розвитку»<sup>54</sup>. Щоправда, в його опусі воно фігурувало як «нова комбінація», яким він пропонував позначати, зокрема:

- виготовлення нового, ще невідомого блага або створення нової властивості вже відомого блага;
- упровадження нового для певної галузі (або практично невідомого методу) виробництва, в основі якого не обов'язково лежить нове наукове відкриття;
- використання нового виду сировини;
- проведення змін в організації виробництва та матеріально-технічному забезпеченні.

Це поняття знайшло відображення у ЗУ «Про інноваційну діяльність», де під «інновацією» розуміються: «...новостворені (застосовані) і (або) вдосконалені конкурентоздатні технології, продукція або послуги, а також організаційно-технічні рішення виробничого, адміністративного, комерційного або іншого

---

<sup>53</sup> Про наукову і науково-технічну діяльність: Закон України від 26 листопада 2015 року № 2704-VIII.

<sup>54</sup> Шумпетер Й. А. Теория экономического развития. Москва: Прогресс, 1982. С. 43.

характеру, що істотно поліпшують структуру та якість виробництва і (або) соціальної сфери»<sup>55</sup>.

Визначення «інновації» Й. Шумпетером та положення ЗУ «Про інноваційну діяльність» дозволяють звернути увагу на дві основні складові, які виражають внутрішній зміст «інновації» – виготовлення нового або покращення вже існуючого. Отже, під інновацією у сфері трансплантації слід розуміти застосування новоствореної або вдосконалення вже існуючої технології, продукції або послуги, що істотно поліпшить якість надання послуг у зазначеній сфері.

Про важливість науково-технічних та інноваційних розробок для медицини говорять А. С. Свінціцький та О. І. Висоцька, які зазначають, що: «Динаміка розвитку медицини, а саме інноваційних методів профілактики, діагностики та лікування, перевищує розвиток технологій у багатьох інших галузях, беручи до уваги її високу технологічність, тісний взаємозв'язок з наукою і вплив людського чинника в медицині. Вирішальним чинником для отримання кінцевого результату – користі від сучасних досягнень медицини для пацієнтів у вигляді поліпшення показників здоров'я – є перенесення теоретичних знань і навичок у практичну охорону здоров'я»<sup>56</sup>.

Саме тому роль КМУ у забезпеченні розвитку та державної підтримки науково-технічних та інноваційних розробок у сфері трансплантації є надзвичайно важливою, оскільки від того, наскільки ефективно здійснюється управління інноваційними та науково-технічними розробками в цій сфері залежить можливість

---

<sup>55</sup> Про інноваційну діяльність: Закон України від 04 липня 2002 року № 40-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/40-15>.

<sup>56</sup> Свінціцький А. С., Висоцька О. І. Актуальні питання впровадження медичних інноваційних технологій у закладах охорони здоров'я. *Практикуючий лікар*. № 1. 2015. С. 8.

покращення здоров'я та збереження життя багатьох пацієнтів, які потребують трансплантації.

**Забезпечення нормативно-правового регулювання надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією та інше.**

Стаття 117 КУ визначає, що в межах своєї компетенції КМУ видає постанови та розпорядження, які є обов'язковими до виконання<sup>57</sup>. Норму КУ доповнюють положення ЗУ «Про Кабінет Міністрів України»:

«1. Кабінет Міністрів України на основі та на виконання Конституції і законів України, актів Президента України, постанов Верховної Ради України, прийнятих відповідно до Конституції та законів України, видає обов'язкові для виконання акти - постанови і розпорядження.

2. Акти Кабінету Міністрів України нормативного характеру видаються у формі постанов Кабінету Міністрів України.

3. Акти Кабінету Міністрів України з організаційно-розпорядчих та інших поточних питань видаються у формі розпоряджень Кабінету Міністрів України»<sup>58</sup>.

Отже, через видання постанов та розпоряджень формується нормативно-правове регулювання щодо надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації. Саме норми права забезпечують формування системи та підсистеми управління у сфері трансплантації.

Серед постанов та розпоряджень КМУ ми можемо виділити наступні:

1. Постанова КМУ № 707 «Деякі питання реалізації пілотного проекту щодо зміни механізму фінансового забезпечення

---

<sup>57</sup> Конституція України.

<sup>58</sup> Про Кабінет Міністрів України: Закон України від 27 лютого 2014 року № 794-VII.

оперативного лікування з трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів»<sup>59</sup>.

2. Розпорядження КМУ № 690-р «Про перерозподіл деяких видатків державного бюджету, передбачених Міністерству охорони здоров'я на 2018 рік»<sup>60</sup>. Розпорядження дозволило збільшити обсяг видатків споживання за програмами: 2301010 «Керівництво та управління у сфері охорони здоров'я» на суму 5490 тис. гривень; 2301170 «Діагностика і лікування захворювань із впровадженням експериментальних та нових медичних технологій у закладах охорони здоров'я науково-дослідних установ та вищих навчальних медичних закладах Міністерства охорони здоров'я України» на суму 2212 тис. гривень; 2301360 «Лікування громадян України за кордоном» на суму 101 000,5 тис. гривень.

3. Постанова КМУ № 1211 «Деякі питання реалізації ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині»<sup>61</sup>. Постанова визначає механізм надання та отримання письмової згоди на вилучення анатомічних матеріалів від живого донора та померлої особи до початку функціонування центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації та

---

<sup>59</sup> Деякі питання реалізації пілотного проекту щодо зміни механізму фінансового забезпечення оперативного лікування з трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів: Постанова Кабінету Міністрів України від 05 вересня 2018 року № 707. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/707-2018-%D0%BF>.

<sup>60</sup> Про перерозподіл деяких видатків державного бюджету, передбачених Міністерству охорони здоров'я на 2018 рік: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 03 жовтня 2018 року № 690-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-pererozp018-rik-ta-rozpodil-medichnoyi-sbvenciyi-z-derzhavnogo-byudzhetu-miscevim-byudzhetam>.

<sup>61</sup> Деякі питання реалізації Закону України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині»: Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2018 року № 1211. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1211-2018-%D0%BF>.

здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією, та Єдиної державної інформаційної системи трансплантації

Треба пам'ятати, що акти, які видає КМУ є підзаконними, а тому вони спрямовані на детальніше та більш конкретне нормативне регулювання трансплантації, оскільки закони не можуть охопити увесь спектр відносин, що виникають у досліджуваній сфері. Підзаконний акт приймається на основі положень КУ та інших законів і не повинен їм суперечити.

Виходячи з характерних ознак актів КМУ, що їх виділяють О. В. Совгиря<sup>62</sup> та Л. М. Горбунова<sup>63</sup>, можемо виокремити основні ознаки актів КМУ, які регулюють діяльність у сфері трансплантації:

1) акти КМУ – це виконавчі підзаконні акти, що деталізують положення КУ та законів України з питань трансплантації;

2) акти КМУ є найвищими в ієрархії актів виконавчої влади та виступають основою для нормативних актів центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, в частині надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією, та центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією;

3) акти КМУ є обов'язковими для виконання на всій території України;

4) акти КМУ можуть бути більш оперативно (ніж закони) змінені, доповнені чи скасовані, завдяки чому досягається гнучкість правового регулювання у сфері трансплантації.

---

<sup>62</sup> Совгиря О. В. Види та правова природа актів Кабінету Міністрів України. *Юридична Україна*. 2011. № 8. С. 40.

<sup>63</sup> Горбунова Л. М. Принцип законності у нормотворчій діяльності органів виконавчої влади. Монографія. Київ: Юрінком Інтер, 2008. С. 67-68.

Постанови та розпорядження КМУ мають важливе значення для функціонування системи з надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації та для всіх її суб'єктів, оскільки визначають правовий статус суб'єктів, а також впливають на ефективне функціонування всієї системи.

### **1.3. Діяльність Міністерства охорони здоров'я України у сфері надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації**

Разом із КМУ повноваження щодо організації та надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією також забезпечує МОЗ.

Аналіз Постанови КМУ «Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України» від 25 березня 2015 року № 267 вищезазначеної постанови дозволяє виділити два види повноважень, що притаманні МОЗ в процесі забезпечення формування та реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я, у частині надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією – загальні та спеціальні<sup>64</sup>.

Під загальними повноваженнями слід розуміти ті, які притаманні МОЗ як центральному органу виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, тобто, ці повноваження поширюються на всі сфери медичної діяльності, зокрема, й на сферу трансплантації. Серед таких повноважень виділимо наступні:

- узагальнення практики застосування законодавства з питань, що належать до його компетенції, розроблення пропозиції

---

<sup>64</sup> Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/267-2015-%D0%BF>.

щодо його вдосконалення та внесення в установленому порядку проектів законодавчих актів, актів Президента України, КМУ на розгляд КМУ;

- розроблення проектів законів та інших нормативно-правових актів із питань, які належать до його компетенції;

- погодження проектів законів, інших актів законодавства, які надходять на погодження від інших міністерств та центральних органів виконавчої влади, готування в межах повноважень, передбачених законом, висновків і пропозицій до проектів законів, інших актів законодавства, що подаються на розгляд Кабінету Міністрів України, та проектів законів, внесених на розгляд Верховної Ради України іншими суб'єктами права законодавчої ініціативи, нормативно-правових актів Верховної Ради Автономної Республіки Крим;

- готування зауважень і пропозицій до прийнятих Верховною Радою України законів, що надійшли на підпис Президентіві України;

- визначення перспектив та пріоритетних напрямів розвитку сфер охорони здоров'я;

- здійснення нормативно-правового регулювання у сферах охорони здоров'я;

- здійснення міжнародного співробітництва, забезпечення виконання зобов'язань, взятих за міжнародними договорами України з питань, що належать до компетенції МОЗ.

Під спеціальними повноваженнями слід розуміти ті, які притаманні МОЗ як центральному органу виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, в частині надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації, тобто, ці повноваження МОЗ поширюються лише на сферу трансплантації. До таких повноважень відносять:



- затвердження порядку проведення клінічних випробовувань тканинних і клітинних трансплантатів, і експертизи матеріалів клінічних випробовувань з метою їхнього застосування в клінічній практиці;

- здійснення контролю та нагляду за додержанням законодавства про охорону здоров'я, зокрема про медико-соціальну експертизу, вимог, необхідних для провадження діяльності, пов'язаної із трансплантацією анатомічних матеріалів людині, та дотриманням галузевих стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій;

- затвердження переліку медичних показань для застосування імплантації електрокардіостимуляторів, органів та інших анатомічних матеріалів, які можуть використовуватися для трансплантації;

- затвердження порядку застосування ксенотрансплантатів;

- затвердження порядку застосування трансплантації анатомічних матеріалів людини;

- затвердження порядку здійснення контролю за діяльністю закладів охорони здоров'я та наукових установ, пов'язаної із трансплантацією анатомічних матеріалів людини;

- затвердження медико-біологічних вимог до тварин, умов їхнього утримання, порядку взяття у них ксенотрансплантатів.

Спеціальні повноваження МОЗ, закріплені Постановою КМУ «Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України»<sup>65</sup> спрямовані здебільшого на ксенотрансплантацію та алотрансплантацію.

---

<sup>65</sup> Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267.

Однак більш розширене коло повноважень МОЗ у сфері трансплантації закріплене статтею 8 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині»<sup>66</sup>.

**Забезпечення формування державної політики у сфері надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією.**

Перш за все необхідно з'ясувати зміст державної політики у сфері надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації. Для цього нам потрібно звернути увагу на монографію під назвою «Державна політика у сфері охорони здоров'я»<sup>67</sup>, де її автори досліджують природу державної політики у сфері охорони здоров'я. Їхні висновки дозволяють нам дійти до розуміння того, що *державна політика у сфері трансплантації – це комплекс прийнятих загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань щодо збереження чи зміцнення здоров'я завдяки застосуванню трансплантації*. При цьому ми вже акцентували увагу на тому, що саме МОЗ формує та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, а відтак і у сфері трансплантації.

У статті 5 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» визначено основні пріоритети державної політики у сфері трансплантації. Так, державна політика у цій сфері спрямовується на:

- 1) надання доступної та якісної медичної допомоги із застосуванням трансплантації відповідно до Закону;
- 2) забезпечення безоплатності надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації;

---

<sup>66</sup> Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині: Закон України від 17 травня 2018 року № 2427-VIII.

<sup>67</sup> Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку. Колективна монографія / за заг. ред. М. М. Білинської, Я. Ф. Радиша. Київ: НАДУ, 2013. С. 7.

3) забезпечення безоплатності всіх видів медичної допомоги, спрямованої на збереження та/або відновлення здоров'я, для живого донора та особи, якій трансплантовано анатомічні матеріали;

4) додержання прав людини та захист людської гідності при застосуванні трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією, у порядку, встановленому Законом та іншими законами України;

5) забезпечення належної якості і безпеки анатомічних матеріалів на усіх етапах трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією;

6) забезпечення дотримання основних принципів застосування трансплантації;

7) запобігання незаконному використанню анатомічних матеріалів людини;

8) координацію діяльності органів виконавчої влади у сфері застосування трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією;

9) створення умов для проведення наукових досліджень, впровадження нових технологій щодо застосування трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією;

10) розвиток міжнародного співробітництва у цій сфері<sup>68</sup>.

Цілком очевидно, що під час формування державної політики у сфері трансплантації МОЗ має перш за все орієнтуватись на наведені вище положення в якості пріоритетних.

Головною стратегічною метою МОЗ під час формування та здійснення державної політики у сфері трансплантації є збереження життя та покращення здоров'я, адже саме «збереження і поліпшення здоров'я забезпечує більш повне використання багатограних

---

<sup>68</sup> Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людини: Закон України від 17 травня 2018 року № 2427-VIII.

можливостей людини, продовження тривалості активного працездатного періоду її життя та піднесення економічно значущих якісних характеристик населення»<sup>69</sup>.

Які основні причини того, що в Україні виникають системні проблеми з формування державної політики у сфері трансплантації? На нашу думку, таких причин є декілька:

1. Систематична відсутність належного фінансування.
2. Фактична відсутність передбачених ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» механізмів, які забезпечують функціонування системи трансплантації в Україні: відсутність системи трансплант-координації та Єдиної державної інформаційної системи трансплантації.
3. Відсутність у суспільства розуміння важливості трансплантації як методу збереження життя та покращення здоров'я, що є наслідком пасивної інформаційної політики з боку МОЗ.
4. Брак кваліфікованих лікарів та медичного персоналу, які беруть участь у проведенні операцій із застосуванням трансплантації.
5. Нестача сучасних медичних технологій та медикаментів, що використовуються під час проведення операцій із застосуванням трансплантації.
6. Відсутність ефективного міжнародного співробітництва у сфері трансплантації<sup>70</sup>.

Вищенаведені проблеми є наслідком недосконалого здійснення державного управління у сфері трансплантації, а також

---

<sup>69</sup> Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку. С. 7.

<sup>70</sup> Пішта В. І. Роль Міністерства охорони здоров'я України у формуванні та реалізації державної політики у сфері трансплантації. *Visegrad Journal on Human Rights*. 2019. № 3. С. 214.

свідчать про те, що стратегічно-важливі рішення, які можуть вивести систему трансплантації на якісно новий рівень не приймаються жодним із суб'єктів державного управління у сфері трансплантації, в тому числі і МОЗ.

Водночас, одним із правових механізмів, який може підвищити як кількість щорічних трансплантацій, так і суттєво вплинути на розвиток системи трансплантації в Україні є державні цільові програми, в яких має бути сформовано підґрунтя діяльності МОЗ стосовно реалізації державної політики у сфері трансплантації на певний період. Проте, жодна з уже прийнятих державних цільових програм у досліджуваній сфері не була ефективною.

Для покращення ефективності забезпечення формування МОЗ державної політики у сфері надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією необхідно перш за все змінити фінансово-економічне підґрунтя системи трансплантації.

«Важливим є не тільки наявність гарантованого мінімального соціального пакета надання медичної допомоги, – як стверджують науковці, – але й те, щоб у громадянина був вибір, де і як лікуватися. Тому система охорони здоров'я повинна спиратися на різні форми організації. Потрібно в першу чергу оптимально використати те, що є: залучити кошти ззовні, зробити так, щоб вони не виходили за межі системи, а працювали на неї, застосувавши для цього відповідні механізми державного регулювання»<sup>71</sup>.

Ще одним важливим аспектом, на який слід звернути увагу при розгляді питання про забезпечення формування МОЗ державної політики у сфері трансплантації є визначення критеріїв ефективності, які будуть відображати прогрес державної політики у сфері трансплантації. В. М. Пашков головним критерієм

---

<sup>71</sup> Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку. С. 14-15.

ефективності називає «... задоволення попиту на трансплантати для пацієнтів, в тому числі забезпечення права на здоров'я та життя донора і реципієнта». Разом з тим, науковець виділяє ряд завдань, які необхідно здійснити для реалізації вищезазначених критеріїв:

- захист прав учасників медичної діяльності у сфері трансплантації; і не лише донора та реципієнта, а також медичних працівників, які здійснюють таку діяльність;
- державна підтримка здійснення такої діяльності у сфері охорони здоров'я;
- забезпечення відповідного багатоступеневого державного контролю за цим видом діяльності<sup>72</sup>.

Зрештою, головною метою державної політики у сфері трансплантації має бути трансформація наявної сьогодні системи надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації. На нашу думку, цього можна досягнути завдяки наступним заходам:

- 1) покращення фінансування галузі та покращення контролю за доцільністю використання коштів;
- 2) підвищення рівня кваліфікації лікарів та медичного персоналу, які беруть участь в операціях із застосуванням трансплантації, а також створення належних умов тим лікарям та медичному персоналу, що здійснюють такі операції сьогодні, в тому числі й за рахунок підвищення заробітної платні;
- 3) забезпечення закладів охорони здоров'я, які акредитовані МОЗ, необхідним сучасним медичним обладнанням та медичними препаратами, що потрібні для проведення трансплантації;
- 4) налагодження міжнародного співробітництва у сфері трансплантації для перейняття управлінського досвіду, а також

---

<sup>72</sup> Пашков В. М. Питання трансплантації як складова соціального експерименту в країні. *Аптека*. 2016. № 36 (1057). URL: <https://www.apteka.ua/article/382548>.

затвердження курсу на входження до міжнародних некомерційних організацій (наприклад, Євротрансплант)<sup>73</sup>.

**Забезпечення нормативно-правового регулювання надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією.**

Про теоретичні аспекти правового регулювання ми вже писали у попередньому підрозділі. Тому слід з'ясувати, які нормативно-правові акти видає МОЗ. Так, відповідно до пункту 8 Постанови КМУ «Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України»:

«МОЗ у межах повноважень, передбачених законом, на основі і на виконання Конституції та законів України, актів Президента України і постанов Верховної Ради України, прийнятих відповідно до Конституції та законів України, актів Кабінету Міністрів України видає накази, організовує та контролює їх виконання»<sup>74</sup>.

У цій Постанові зазначено, що накази МОЗ є обов'язковими до виконання, а також визначено перелік суб'єктів, для яких такі накази носять обов'язковий характер:

«Накази МОЗ видані в межах повноважень, передбачених законом, є обов'язковими до виконання центральними органами виконавчої влади, їх територіальними органами, місцевими держадміністраціями, органами влади Автономної Республіки Крим, органами місцевого самоврядування, підприємствами, установами та організаціями незалежно від форми власності та громадянами»<sup>75</sup>.

---

<sup>73</sup> Пішта В. І. Роль Міністерства охорони здоров'я України у формуванні та реалізації державної політики у сфері трансплантації. С. 215.

<sup>74</sup> Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267.

<sup>75</sup> Там само.

Аналіз наказів МОЗ у сфері трансплантації дозволяє класифікувати їх на декілька груп.

Перша група наказів стосуються розподілу лікарських засобів для хворих у до- та післяопераційний період з трансплантації. Так, наказами МОЗ було внесено зміни щодо розподілу таких лікарських засобів як «ІМУРАН»<sup>76</sup>, «МІКОФЕНОЛОВА КИСЛОТА»<sup>77</sup>, «ВАЛЬЦИТ»<sup>78</sup> та інше.

Друга група наказів спрямована на забезпечення стандартів, які стосуються або трансплантатів, або порядку їхнього застосування. Наприклад, затвердження показників якості

---

<sup>76</sup> Про внесення змін до Розподілу лікарського засобу «ІМУРАН» для хворих у до- та післяопераційний період з трансплантації, закупленого за кошти Державного бюджету України на 2017 рік: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25 березня 2019 року № 655. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-30092019--1992-pro-vnesennja-zmin-do-rozpodilu-likarskogo-zasobu-imuran-dlja-hvorih-u-do--ta-pisljaoperacijnij-period-z-transplantacii-zakuplenogo-za-koshti-derzhavnogo-bjudzhetu-ukraini-na-2017-rik>.

<sup>77</sup> Про внесення змін до Розподілу лікарського засобу «МІКОФЕНОЛОВА КИСЛОТА» для хворих у до- та післяопераційний період з трансплантації, закупленого за кошти Державного бюджету України на 2017 рік: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25 березня 2019 року № 654. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-25032019--654-pro-vnesennja-zmin-do-rozpodilu-likarskogo-zasobu-mikofenolova-kislota-dlja-hvorih-u-do--ta-pisljaoperacijnij-period-z-transplantacii-zakuplenogo-za-koshti-derzhavnogo-bjudzhetu-ukraini-na-2017-rik>.

<sup>78</sup> Про внесення змін до Розподілу лікарського засобу «ВАЛЬЦИТ» для хворих у до- та післяопераційний період з трансплантації, закупленого за кошти Державного бюджету України на 2017 рік: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25 березня 2019 року № 650. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-25032019--650-pro-vnesennja-zmin-do-rozpodilu-likarskogo-zasobu-valcit-dlja-hvorih-u-do--ta-pisljaoperacijnij-period-z-transplantacii-zakuplenogo-za-koshti-derzhavnogo-bjudzhetu-ukraini-na-2017-rik>.



кишківника донора-трупа<sup>79</sup> або затвердження порядку застосування ксенотрансплантатів<sup>80</sup>.

Третя група наказів видається щодо інших питань. Наприклад, стосовно медичних центрів трансплантації<sup>81</sup>.

Отже, МОЗ забезпечує нормативно-правове регулювання надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією за допомогою видання наказів. При цьому, накази МОЗ охоплюють різні аспекти трансплантації: від забезпечення лікарських установ відповідними медикаментами, які необхідні у до- та післяопераційний період з трансплантації до питань, які стосуються різних стандартів якості трансплантатів та порядку їхнього застосування.

**Затвердження переліку закладів охорони здоров'я, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що передбачає право надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації або здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією.**

Основним правовим актом, що регулює порядок ліцензування господарської діяльності є ЗУ «Про ліцензування видів господарської діяльності»<sup>82</sup>. Цей закон визначає ліцензування

---

<sup>79</sup> Про затвердження показників безпеки і якості гомотрансплантата – кишківника донора-трупа: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 22 січня 2016 року № 205/28335. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/z0205-16>.

<sup>80</sup> Про затвердження Порядку застосування ксенотрансплантатів: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 12 березня 2013 року № 194. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/z0478-13>.

<sup>81</sup> Про медичні центри (відділення) трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26 липня 2004 року № 374. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0374282-04>.

<sup>82</sup> Про ліцензування видів господарської діяльності: Закон України від 02 березня 2015 року № 222-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/222-19>.

як засіб державного регулювання провадження видів господарської діяльності, що підлягають ліцензуванню, спрямований на забезпечення реалізації єдиної державної політики у сфері ліцензування, захист економічних і соціальних інтересів держави, суспільства та окремих споживачів.

Стаття 6 ЗУ «Про ліцензування видів господарської діяльності» закріплює основні повноваження органів ліцензування. Серед них слід виділити такі:

1) отримання та розгляд заяв разом з документами, і за результатом їхнього розгляду приймає рішення про залишення заяви про отримання ліцензії без розгляду, відмови у видачі ліцензії чи про видачу ліцензії, оформлення, переоформлення та видачу інших документів, що стосуються сфери повноважень органу ліцензування;

2) розроблення проекту ліцензійних умов і змін до них та подання їх в установленому порядку на затвердження КМУ, якщо інше не встановлено законом;

3) здійснення контролю за додержанням ліцензіатами вимог ліцензійних умов;

4) формування та ведення ліцензійних справи, забезпечення їхнього зберігання, передача та одержання у паперовій або електронній формі;

5) здійснення перевірки документів, що підтверджують відсутність контролю, у значенні, наведеному у статті 1 Закону України «Про захист економічної конкуренції», за діяльністю ліцензіата осіб-резидентів інших держав, що здійснюють збройну агресію проти України у значенні, наведеному у статті 1 Закону України «Про оборону України», та/або дії яких створюють умови для виникнення воєнного конфлікту та застосування воєнної сили проти України<sup>83</sup>.

---

<sup>83</sup> Там само.

Що стосується МОЗ, то абзац 31 підпункту 8 пункту 4 Положення «Про Міністерство охорони здоров'я України», затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267 містить тезу про те, що МОЗ здійснює ліцензування господарської діяльності з медичної практики<sup>84</sup>. Наведене положення дозволяє стверджувати, що МОЗ є єдиним ліцензіатом, який видає ліцензії на ведення господарської діяльності з медичної практики. При цьому, трансплантація є одним із видів медичної практики, а, отже, виключно МОЗ здійснює ліцензування господарської діяльності у сфері трансплантації<sup>85</sup>.

Необхідно додати, що повноваження МОЗ, які стосуються затвердження переліку закладів охорони здоров'я, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що передбачає право надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації тісно пов'язане зі ще одним повноваженням МОЗ у цій сфері, а саме із **розробленням вичерпного переліку вимог для виконання суб'єктами господарювання, які надають медичну допомогу із застосуванням трансплантації або здійснюють діяльність, пов'язану з трансплантацією, у тому числі щодо їхньої матеріально-технічної бази.**

Матеріально-технічна база відповідних суб'єктів господарювання має передбачати не тільки обладнання, яке необхідне для трансплантації, але також і обладнання, необхідне для констатації смерті мозку людини, а також устаткування та

---

<sup>84</sup> Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267.

<sup>85</sup> Про затвердження переліку органів ліцензування та визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України: Постанова Кабінету Міністрів України від 05 серпня 2015 року № 609. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/609-2015-%D0%BF>.

транспортні засоби для перевезення анатомічних матеріалів людини.

Проблемою є те, що МОЗ наразі не розробив вимоги до матеріально-технічного оснащення для суб'єктів господарювання, які надають медичну допомогу із застосуванням трансплантації. Виходячи із практики МОЗ, вимоги щодо матеріально-технічного оснащення містяться у примірних табелях МОЗ (наприклад, Примірний табель матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів)<sup>86</sup>.

До того ж, МОЗ уже має досвід розробки примірних табелів. Наприклад, Наказом МОЗ № 148 від 26 січня 2018 року «Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу»<sup>87</sup> було затверджено найменування устаткування, обладнання та засобів, які мають бути в закладах охорони здоров'я первинної ланки.

Вважаємо, що розробка та затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення суб'єктів господарювання, які надають медичну допомогу із застосуванням трансплантації або здійснюють діяльність, пов'язану з трансплантацією суттєво покращить якість медичних послуг у досліджуваній сфері.

Затвердження Примірного табеля (див. таблицю 2) дозволить чітко визначити кількість одиниць устаткування, засобів та

---

<sup>86</sup> Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів: Наказ Міністерства охорони здоров'я від 27 грудня 2013 року № 1150. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1150282-13>.

<sup>87</sup> Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу: Наказ Міністерства охорони здоров'я від 26 січня 2018 року № 148. URL: [https://moz.gov.ua/uploads/0/4141-dn\\_20180126\\_148.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/0/4141-dn_20180126_148.pdf).

обладнання необхідного для проведення трансплантації. При цьому, пропонуємо виокремити основний список обладнання (до якого обов'язково слід включити обладнання необхідне для констатації смерті мозку) та додатковий список обладнання (перелік одиниць

<b>I. Основний список</b>				
Найменування обладнання, устаткування та засобів	Кількість одиниць			
	На 1 надавача МПЗТ	На 1 кабінет надання МПЗТ	На 1 лікаря з надання МПЗТ	На 1 молодшого спеціаліста з медичною освітою
-	-	-	-	-
<b>II. Додатковий список (застосовується за умови комплектності основного списку та відповідно до наявних потреб)</b>				
-	-	-	-	-

якого буде використовуватись відповідно до потреб).

Таблиця 2.

*Приклад Примірного табеля матеріально-технічного оснащення суб'єктів господарювання, які надають медичну допомогу із застосуванням трансплантації або здійснюють діяльність, пов'язану з трансплантацією.*

**Розроблення та організація виконання державних комплексних та цільових програм, спрямованих на розвиток медичної допомоги із застосуванням трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією.**

У попередньому підрозділі вже йшла мова про державні соціальні програми у сфері трансплантації. Тому в рамках розгляду МОЗ як суб'єкта державного управління в сфері трансплантації слід звернути увагу на роль МОЗ у розробці та організації виконання таких програм.

**Забезпечення формування та розміщення державного замовлення на підготовку, перепідготовку та підвищення кваліфікації медичних працівників для потреб надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації та здійснення трансплант-координації.**

Перш за все, необхідно зазначити, що питання формування та розміщення державного замовлення на підготовку, перепідготовку та підвищення кваліфікації професійних кадрів врегульовано ЗУ «Про формування та розміщення державного замовлення на підготовку фахівців, наукових, науково-педагогічних та робітничих кадрів, підвищення кваліфікації та перепідготовку кадрів»<sup>88</sup>.

Саме цей Закон визначає державне замовлення як: «... засіб державного регулювання задоволення потреб економіки та суспільства у кваліфікованих кадрах, підвищення освітнього та наукового потенціалу нації, забезпечення конституційного права

---

<sup>88</sup> Про формування та розміщення державного замовлення на підготовку фахівців, наукових, науково-педагогічних та робітничих кадрів, підвищення кваліфікації та перепідготовку кадрів: Закон України від 20 листопада 2012 року № 5499-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/5499-17>.

громадян на здобуття освіти відповідно до їх покликань, інтересів та здібностей»<sup>89</sup>.

Суб'єктами державного замовлення є державний замовник та виконавець державного замовлення.

Вимога щодо кількісних параметрів державного замовлення встановлена у статті 72 ЗУ «Про вищу освіту», в якій зазначено, що загальний обсяг державного замовлення для підготовки фахівців ступенів молодшого бакалавра, бакалавра (магістра медичного, фармацевтичного та ветеринарного спрямувань) на поточний рік становить не менш як 51 відсоток кількості випускників загальноосвітніх навчальних закладів, які у поточному році здобули повну загальну середню освіту<sup>90</sup>.

Державне замовлення формується Міністерством розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України за поданням Міністерства освіти і науки та інших державних замовників з урахуванням середньострокового прогнозу потреби у фахівцях та робітничих кадрах на ринку праці та обсягів видатків державного бюджету на зазначені цілі.

Критеріями формування державного замовлення є:

- задоволення потреб усіх сфер суспільного життя у фахівцях, наукових, науково-педагогічних та робітничих кадрах з урахуванням середньострокового прогнозу (питома вага осіб з відповідною освітою в структурі працездатного населення);
- підвищення освітнього потенціалу населення (сукупний обсяг студентів, асистентів-стажистів, аспірантів, докторантів, кваліфікованих робітників, інших категорій осіб, що зараховані на навчання та завершили навчання у навчальних закладах, у тому числі за державним замовленням);

---

<sup>89</sup> Там само.

<sup>90</sup> Про вищу освіту: Закон України від 01 липня 2014 року № 1556-VII.  
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/1556-18>.

- вартість послуг з підготовки одного кваліфікованого робітника, фахівця, асистента-стажиста, аспіранта, докторанта, підвищення кваліфікації та перепідготовки однієї особи за бюджетні кошти (орієнтовна середня вартість підготовки одного кваліфікованого робітника, фахівця, асистента-стажиста, аспіранта, докторанта за освітньо-кваліфікаційним рівнем, науковим ступенем та формою навчання)<sup>91</sup>.

Розміщення державного замовлення на підготовку кадрів регулюється постановою КМУ «Про затвердження Порядку розміщення державного замовлення на підготовку фахівців, наукових, науково-педагогічних і робітничих кадрів, підвищення кваліфікації та перепідготовки кадрів»<sup>92</sup>.

У Постанові визначено основні критерії відбору виконавців державного замовлення, серед яких слід виділити такі:

- наявність ліцензії на провадження освітньої діяльності за відповідним освітньо-кваліфікаційним рівнем або відповідним рівнем вищої освіти, сертифіката про акредитацію спеціальності або освітньої програми;

- висновки експертної комісії та експертної ради при акредитаційній комісії, зокрема щодо рівня кадрового забезпечення підготовки фахівців заявлених напрямів підготовки (спеціальностей), матеріально-технічної бази, навчально-методичного та інформаційного забезпечення учасника конкурсу;

- показники якості наукової роботи (обсяг фінансування на проведення наукових робіт та досліджень (відсотків загального

---

<sup>91</sup> Про затвердження Порядку розміщення державного замовлення на підготовку фахівців, наукових, науково-педагогічних і робітничих кадрів, підвищення кваліфікації та перепідготовки кадрів: Постанова Кабінету Міністрів України від 20 травня 2013 року № 363. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/363-2013-%D0%BF>.

<sup>92</sup> Там само.



обсягу фінансування з державного бюджету та інших джерел), кількість публікацій та індекс цитування);

- показники комерціалізації наукових досліджень і розробок (кількість патентів, прибуток від комерціалізації);

- загальна чисельність студентів та відсоток загальної чисельності іноземних студентів, квота прийому сільської молоді та її виконання;

- кадрове забезпечення (чисельність штатних наукових та науково-педагогічних кадрів, кількість іноземних викладачів, що задіяні у навчальному процесі та науковій діяльності навчального закладу);

- міжнародна діяльність (кількість міжнародних дослідницьких проектів, місце показників у національних і міжнародних оцінках і рейтингах);

- зв'язки з випускниками, їх працевлаштування та кар'єрне зростання;

- зв'язки з роботодавцями (кількість укладених договорів про працевлаштування випускників, кількість заявлених робіт, участь роботодавців у навчальному процесі)<sup>93</sup>.

Зважаючи на погане кадрове забезпечення у сфері трансплантації, критерієм ефективності формування та розміщення державного замовлення на підготовку, перепідготовку та підвищення кваліфікації медичних працівників для потреб надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації та здійснення трансплант-координації має стати досягнення такого якісного та кількісного стану їхньої підготовки, за якого буде повністю задоволено потребу щодо кадрового забезпечення.

В умовах формування ефективної трансплантологічної системи важливим викликом для держави є забезпечення належної кількості кваліфікованого персоналу, що дозволить пришвидшити

---

<sup>93</sup> Там само.

процес формування та вивести стандарти надання медичних послуг із застосуванням трансплантації на новий рівень. Одним із способів для досягнення цього є забезпечення формування та розміщення державного замовлення на підготовку медичних працівників для потреб надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації.

**Здійснення міжнародного співробітництва у сфері надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією.**

Стаття 21 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» визначає такі напрямки міжнародного співробітництва у сфері трансплантації:

- обмін анатомічними матеріалами людини (рівноцінний обмін або купівля-продаж);
- обмін інформацією щодо наявних анатомічних матеріалів людини, призначених для трансплантації, у тому числі для трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин, що міститься у Єдиній державній інформаційній системі трансплантації та відповідних інформаційних системах іноземних держав і міжнародних організацій;
- виконання науково-дослідних та інвестиційних програм у сфері застосування трансплантації;
- обмін технологіями, медичною технікою та науковою інформацією<sup>94</sup>.

У Постанові КМУ «Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України» зазначено, що МОЗ здійснює міжнародне співробітництво, забезпечує виконання зобов'язань, взятих за міжнародними договорами України з питань,

---

<sup>94</sup> Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині: Закон України від 17 травня 2018 року № 2427-VIII.

що належать до компетенції МОЗ (підпункт 7 пункту 4 Постанови)<sup>95</sup>.

Окрім цього, МОЗ у процесі виконання покладених на нього завдань взаємодіє в установленому порядку з відповідними органами іноземних держав і міжнародних організацій (пункт 7 Постанови)<sup>96</sup>.

Попри наявність законодавчого підґрунтя, що регламентує участь МОЗ у міжнародному співробітництві з питань трансплантації, важко стверджувати про ефективність такого співробітництва.

Міжнародне співробітництво з питань трансплантації станом на сьогодні здійснюється лише щодо направлення громадян України для лікування за кордон, правовою основою для чого є відповідна постанова КМУ<sup>97</sup>.

Відповідно до інформації МОЗ, у 2018 році на лікування за кордон було направлено 278 українців. Для цих потреб було використано 653 мільйони гривень. Серед держав, у які було направлено українців для лікування є наступні: Білорусь (172 людини), Туреччина (49 людей), Італія (19 людей), Індія (19 людей), Німеччина (10 людей), Польща (6 людей), Ізраїль (1 людина), Литва (1 людина), Фінляндія (1 людина)<sup>98</sup>.

---

<sup>95</sup> Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267.

<sup>96</sup> Там само.

<sup>97</sup> Про забезпечення організації направлення громадян України для лікування за кордон: Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 року № 1079. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/1079-2017-%D0%BF>.

<sup>98</sup> На лікування в закордонних клініках направлено 31 людину. *Міністерство охорони здоров'я*: вебсайт. URL: <http://moz.gov.ua/article/news/na-likuvannja-v-zakordonnih-klinikah-napravleno-31-ljudinu>.

Інформація, яку опублікувало МОЗ, дозволяє також визначити види трансплантації, для проведення яких, українці виїжджали за кордон. Так, за 2018 рік було проведено трансплантації:

- нирки (104 особи);
- нирки та підшлункової залози (1 особа);
- печінки (27 осіб);
- легень (3 особи);
- серця (22 особи);
- органокomплексу серця та легень (6 осіб);
- кісткового мозку (110 осіб);
- інші види (5 осіб)<sup>99</sup>.

**Забезпечення реалізації у межах компетенції державної інформаційної політики у сфері надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією. Проведення інформаційно-роз'яснювальної роботи з питань законодавства щодо трансплантації анатомічних матеріалів людині, популяризації прижиттєвого та посмертного донорства анатомічних матеріалів, формування позитивної громадської думки про надання анатомічних матеріалів людини для трансплантації.**

Ю. М. Іванченко дає наступне визначення поняття «державна інформаційна політика»: «[Це] сукупність основних напрямів і способів діяльності держави з отримання, використання, поширення та зберігання інформації»<sup>100</sup>.

Відповідно до ЗУ «Про інформацію» до основних принципів інформаційних відносин належать:

---

<sup>99</sup> Там само.

<sup>100</sup> Іванченко Ю. М. Сутність, головні напрями та способи державної інформаційної політики. *Національна Академія державного управління при Президентіві України*: вебсайт. URL: <http://academy.gov.ua/ej/ej2/txts/phil0/05ijmipu.pdf>.

- а) гарантованість права на інформацію;
- б) відкритість, доступність інформації, свобода обміну інформацією;
- в) достовірність і повнота інформації;
- г) свобода вираження поглядів і переконань;
- д) правомірність одержання, використання, поширення, зберігання та захисту інформації;
- е) захищеність особи від втручання в її особисте та сімейне життя<sup>101</sup>.

Тобто під час здійснення державної інформаційної політики у сфері трансплантації МОЗ має першочергово дотримуватись згаданих вище принципів.

Частина 2 статті 5 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» визначає основну мету здійснення такої інформаційної політики, а саме «... формування позитивного ставлення до прижиттєвого та посмертного донорства анатомічних матеріалів шляхом інформування населення про трансплантацію як безальтернативний метод надання медичної допомоги, що використовується для порятунку життя і відновлення здоров'я людини, у тому числі через соціальну рекламу, та підвищення обізнаності громадян щодо правового регулювання відносин у сфері застосування трансплантації...»<sup>102</sup>.

Як бачимо, основним засобом, за допомогою якого має здійснюватись державна інформаційна політика у сфері трансплантації є соціальна реклама, правовий статус якої визначено у ЗУ «Про рекламу»<sup>103</sup>. Саме в цьому законі соціальна реклама

---

<sup>101</sup> Про інформацію: Закон України від 02 жовтня 1992 року № 2657-ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/2657-12>.

<sup>102</sup> Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині: Закон України від 17 травня 2018 року № 2427-VIII.

<sup>103</sup> Про рекламу: Закон України від 03 липня 1996 року № 270/96. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/270/96-%D0%B2%D1%80>.

визначається як інформація будь-якого виду, основна мета якої – досягнення суспільно корисних цілей та популяризація загальнолюдських цінностей.

У частині 4 статті 12 ЗУ «Про рекламу» встановлено мінімальний обсяг ефірного часу або ж друкованої площі, відведених для соціальної реклами у засобах масової інформації, що фінансуються з державного чи місцевого бюджетів:

«Засоби масової інформації-розповсюджувачі реклами, діяльність яких повністю або частково фінансується з державного або місцевих бюджетів, зобов'язані розміщувати соціальну рекламу державних органів ... безкоштовно в обсязі не менше 5 відсотків ефірного часу, друкованої площі, відведених для реклами»<sup>104</sup>.

Соціальна реклама про трансплантацію буде успішною у тому разі, коли буде враховано психологічні особливості індивіда. М. О. Докторович у своїй праці наводить наступні аргументи з цього приводу: «Соціальний ефект детермінований успішністю рекламної кампанії. Для того, щоб соціальна реклама була дієвою, важливо врахувати психологічні механізми обробки інформації і застосувати при її створенні технології притягання й удержання уваги, емоційного забарвлення, мотивації, встановлення зворотного зв'язку. Тобто необхідно «включити» психологічні механізми обробки інформації. Залучення уваги індивіда є першою ланкою у ланцюговому механізмі психологічного впливу реклами. Залучення уваги до соціальної реклами – явище індивідуальне, що залежить від потреб людини, її спонукань, мотивів і настроїв»<sup>105</sup>. Тому при розробці соціальної реклами про трансплантацію МОЗ має звернути увагу як на суспільну перцепцію, так і на індивідуальну.

**Утворення спеціалізованої державної установи у сфері трансплантації органів, тканин та клітин, що здійснює**

---

<sup>104</sup> Там само.

<sup>105</sup> Докторович М. О. Соціальна реклама: структура, функції, психологічний вплив. 2013. С. 4.

**організаційно-методичне керівництво закладами охорони здоров'я, що надають медичну допомогу із застосуванням трансплантації та/або здійснюють діяльність, пов'язану з трансплантацією, трансплант-координацією, координує діяльність суб'єктів організації та надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією, визначає інші повноваження зазначеної установи та затверджує положення про неї.**

Відповідно до Розпорядження КМУ від 23 вересня 2020 року № 1154-р утворено спеціалізовану державну установу «Український центр трансплант-координації» (далі – Український центр трансплант-координації)<sup>106</sup>. Головним завданням цієї установи є забезпечення організаційно-методичного керівництва та координації діяльності закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу із застосуванням трансплантації.

Український центр трансплант-координації відіграє важливу роль у міжнародному співробітництві між Україною та зарубіжними партнерами у рамках міждержавного обміну анатомічними матеріалами<sup>107</sup>.

Український центр трансплант-координації також є адміністратором Єдиної державної інформаційної системи трансплантації органів та тканин, що передбачає:

1) приймання взаємоузгоджених управлінських рішень стосовно подальшого розвитку та вдосконалення Єдиної системи;

---

<sup>106</sup> Про утворення спеціалізованої державної установи «Український центр трансплант-координації»: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 23 вересня 2020 року № 1154-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1154-2020-%D1%80#Text>.

<sup>107</sup> Про затвердження Порядку перевезення анатомічних матеріалів людини в межах України, ввезення таких матеріалів на митну територію України та вивезення їх за межі митної території України: Постанова Кабінету Міністрів України від 05 серпня 2020 року № 720. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/720-2020-%D0%BF#Text>.

- 2) здійснення методичного та методологічного забезпечення функціонування Єдиної системи;
- 3) проведення систематичного моніторингу та аналізу ефективності функціонування Єдиної системи;
- 4) проведення аналізу структури та змісту реєстрів Єдиної системи;
- 5) реєстрування користувачів;
- 6) прийняття рішень про надання, обмеження або позбавлення доступу користувачів до Єдиної системи;
- 7) забезпечення безперебійної роботи Єдиної системи<sup>108</sup>.

**Визначення потреби населення у застосуванні трансплантації та лікарських засобах для імуносупресивної терапії, здійснення аналізу показників діяльності закладів охорони здоров'я, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що передбачає право надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації та/або здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією.**

Визначення потреби населення у застосуванні трансплантації насамперед можливо здійснити завдяки інформації, що знаходиться в реєстрі задіяних осіб, де серед іншого міститься інформація про реципієнтів, зокрема (1) дані про клінічний діагноз, (2) дані відповідних лабораторних досліджень, (3) найменування та місцезнаходження закладу охорони здоров'я, до листа (списку) очікування якого включено реципієнта; (4) вид анатомічного матеріалу, трансплантації якого потребує реципієнт; (5) відомості

---

<sup>108</sup> Про затвердження Положення про Єдину державну інформаційну систему трансплантації органів та тканин: Постанова Кабінету Міністрів України від 23 грудня 2020 року № 1366. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1366-2020-%D0%BF#Text>.



про надану письмову поінформовану згоду реципієнта на надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації<sup>109</sup>.

Визначення потреби населення у лікарських засобах для імуносупресивної терапії відбувається відповідно до Методики планування та розрахунку кількості лікарських засобів, медичних виробів, що закуповуються за рахунок та у межах відповідного обсягу видатків, затвердженого в державному та місцевих бюджетах на відповідний рік, для забезпечення хворих, що перенесли або готуються до трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів, затвердженої наказом МОЗ від 12 січня 2016 року № 9<sup>110</sup>.

Наприклад, для визначення середньої кількості валганцикловіру для прогнозованої кількості пацієнтів із трансплантацією нирки використовують наступну формулу:

$$C1 = Cn \times 2 \times 200 \text{ днів},$$

де  $Cn$  – кількість ниркових трансплантацій у минулому році;

2 – кількість застосувань на день;

200 – рекомендована кількість днів застосування;

$C1$  – кількість таблеток валганцикловіру для пацієнтів, яким буде проведено трансплантацію в наступному році.

Здійснення аналізу показників діяльності закладів охорони здоров'я, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що передбачає право надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації можливе

---

<sup>109</sup> Там само.

<sup>110</sup> Про затвердження методик планування та розрахунку кількості лікарських засобів, медичних виробів, що закуповуються за рахунок та у межах відповідного обсягу видатків, затвердженого в державному та місцевих бюджетах на відповідний рік, для забезпечення хворих, що перенесли або готуються до трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів, та забезпечення ендопротезування: Наказ Міністерства охорони здоров'я від 12 січня 2016 року № 9. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0173-16#Text>.

завдяки оцінці статистичних показників, які МОЗ отримує від закладів охорони здоров'я.

З іншого боку МОЗ аналізує показники діяльності закладів охорони здоров'я у рамках проведення заходів державного нагляду (контролю) щодо дотримання суб'єктом господарювання вимог законодавства у сфері провадження господарської діяльності з медичної практики, що підлягає ліцензуванню.

### **Розроблення та затвердження порядку розподілу анатомічних матеріалів та критерії встановлення пар донор-реципієнт.**

Наказом МОЗ від 18 лютого 2021 року № 293 затверджено Порядок розподілу анатомічних матеріалів та критерії встановлення пар донор-реципієнт<sup>111</sup>.

Розподіл анатомічних матеріалів та критерії встановлення пар донор-реципієнт відбувається з урахуванням таких показників: (1) наближеність закладу охорони здоров'я, в якому проводиться вилучення анатомічних матеріалів людини для трансплантації, до закладу охорони здоров'я, в якому може бути проведена трансплантація (з урахуванням часу і способу транспортування анатомічних матеріалів та оптимальних строків їх зберігання), (2) статус екстреності трансплантації (за медичними показниками), (3) першочерговість проведення трансплантації неповнолітньому та малолітньому реципієнту, (4) наявність між закладом охорони здоров'я, в якому проводиться вилучення анатомічних матеріалів людини, та закладом охорони здоров'я, в якому може бути проведена трансплантація, договору про медичне обслуговування населення, укладеного з метою оплати донорського етапу послуг з органної трансплантації від донора-трупа, (5) можливість

---

<sup>111</sup> Про затвердження Порядку розподілу анатомічних матеріалів та критерії встановлення пар донор-реципієнт: Наказ Міністерства охорони здоров'я від 18 лютого 2021 року № 293. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0527-21#Text>.

першочергового проведення трансплантації реципієнту, який раніше надав згоду на вилучення у нього анатомічних матеріалів, (б) тривалість перебування в листі очікування<sup>112</sup>.

При цьому до числа позитивних моментів у Порядку розподілу анатомічних матеріалів та критеріїв встановлення пар донор-реципієнт потрібно віднести градацію екстреності трансплантації для реципієнта, яка стосується трансплантації нирки, серця, легень та печінки<sup>113</sup>.

Серед негативних аспектів слід вказати на те, що у Порядку проігноровано питання розподілу таких анатомічних матеріалів як підшлункова залоза з 12-ти палою кишкою, селезінка, паразитовидні залози, кишківник та зрештою комплекс «серце-легені», які також дозволено вилучати у донора-трупа. У зв'язку з цим виникає невизначеність щодо того, яким чином розподіляти ці анатомічні матеріали і чи можна застосувати до них наявну триступеневу градацію, якою користуються при визначенні екстреності трансплантації нирки, серця, легень чи печінки для реципієнта

**Затверджує вимоги до: якості та безпечності анатомічних матеріалів людини; зберігання вилучених анатомічних матеріалів людини; підготовки вилучених анатомічних матеріалів людини до перевезення; перевезення вилучених анатомічних матеріалів людини; супровідних документів для перевезення вилучених анатомічних матеріалів людини; маркування ємності для перевезення анатомічних матеріалів та здійснює контроль за дотриманням таких вимог.**

Станом на сьогодні МОЗ затвердив Умови зберігання вилучених анатомічних матеріалів людини, їх підготовка до перевезення та умови перевезення вилучених анатомічних

---

<sup>112</sup> Там само.

<sup>113</sup> Там само.

матеріалів людини<sup>114</sup>. Цим наказом також затверджено акт прийому передачі анатомічних матеріалів людини, призначених для трансплантації, акт про вилучення анатомічних матеріалів людини, призначених для трансплантації (форма № 033/о), акт про вилучення анатомічних матеріалів людини, призначених для виготовлення біоімплантатів (форма № 033/о/т). Вказані акти є супровідними документами для перевезення вилучених анатомічних матеріалів людини.

Таким чином незатвердженими досі залишаються вимоги до якості та безпечності анатомічних матеріалів людини, а також вимоги до маркування ємності для перевезення анатомічних матеріалів.

**Розгляд та вирішення спорів між медичними працівниками, трансплант-координаторами та закладами охорони здоров'я у випадках, пов'язаних з наданням медичної допомоги із застосуванням трансплантації та здійсненням діяльності, пов'язаної з трансплантацією, у визначеному законодавством порядку, за винятком вирішення етичних питань.**

Проблемним аспектом є відсутність нормативно-правового акта, який би визначав, які саме питання вирішує МОЗ у рамках вирішення спорів, хто має брати участь у вирішенні відповідних спорів і яким чином визначається хто саме бере участь у вирішенні спорів. Вирішення цих питань матиме позитивні наслідки, оскільки дозволить зробити прозорою процедуру розгляду та вирішення спорів, що безперечно буде відповідати принципу гласності, елементами якого є цьому випадку є: (1) можливість учасника спору

---

<sup>114</sup> Умови зберігання вилучених анатомічних матеріалів людини, їх підготовка до перевезення та умови перевезення вилучених анатомічних матеріалів людини: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від червня 2021 року № 1184. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0968-21#Text>.

ознайомитися із нормативно-правовими актами, які регулюють питання щодо розгляду та вирішення спорів, при цьому такі нормативно-правові акти мають бути зрозумілими усім учасникам; (2) особи, які беруть участь у вирішенні спору мають пояснювати, яким чином вони застосовують положення закону та нормативно-правових актів для вирішення спору; (3) медичні працівники, трансплант-координатори та заклад охорони здоров'я мають мати можливість взяти участь у розгляді спору та за необхідності надати пояснення щодо суті спору.

Виходячи з положень Етичного кодексу лікаря України, можна визначати, які саме питання не розглядаються МОЗ у процесі вирішення спорів, оскільки вони віднесені до числа етичних. Це зокрема такі:

1) втручання лікаря у приватні справи пацієнта і членів його родини;

2) приховування від пацієнта інформації в тих випадках, якщо є вагомі підстави вважати, що вона може завдати йому серйозної шкоди;

3) перешкоджання здійсненню права пацієнта на отримання духовної підтримки з боку представника відповідної релігійної конфесії тощо<sup>115</sup>.

**Забезпечення функціонування та адміністрування державних інформаційних систем трансплантації. Розпорядження Єдиною державною інформаційною системою трансплантації органів та тканин та Державною інформаційною системою трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин.**

---

<sup>115</sup> Етичний кодекс лікаря України, прийнятий та підписаний Всеукраїнським з'їздом лікарських організацій X з'їзду Всеукраїнського лікарського товариства 2 вересня 2009 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/n0001748-09#Text>.

Відповідно до Положення про Єдину державну інформаційну систему трансплантації органів та тканин МОЗ є розпорядником цієї інформаційної системи, що означає, що МОЗ бере безпосередню участь у здійсненні організаційних, технічних та інших заходів, необхідних для забезпечення функціонування вказаної системи<sup>116</sup>.

Діяльність МОЗ як розпорядника спрямовується на забезпечення функціональних можливостей системи, а саме на:

1) можливість реєстрації користувачів, зокрема з використанням засобів електронної ідентифікації;

2) розмежування прав користувачів на внесення інформації та документів до Єдиної системи, їх зміну, перегляд, виключення з Єдиної системи;

3) можливість реєстрації інформації щодо волевиявлення особи про надання згоди або незгоди на посмертне донорство або призначення нею повноважного представника, волевиявлення особи, яка надала в установленому законом порядку згоду на вилучення анатомічних матеріалів для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів з тіла померлої особи, яку вона представляє, реципієнтів, анатомічних матеріалів, живих донорів, осіб з трансплантованим анатомічним матеріалом, а також щодо закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу із застосуванням трансплантації, трансплант-координаторів;

4) можливість обміну інформацією та документами, у тому числі медичною документацією, через електронні кабінети відповідно до прав доступу користувачів;

5) можливість автоматизованого об'єктивного і неупередженого розподілу анатомічних матеріалів людини серед реципієнтів, інформація щодо яких включена до Єдиної системи, оперативного цілодобового пошуку пари донор-реципієнт в

---

<sup>116</sup> Про затвердження Положення про Єдину державну інформаційну систему трансплантації органів та тканин: Постанова Кабінету Міністрів України від 23 грудня 2020 року № 1366.

автоматичному режимі з урахуванням показників, визначених відповідно до закону;

6) захист інформації та документів, які включені до реєстрів Єдиної системи, від несанкціонованого доступу, обробки, поширення, знищення, модифікації;

7) визначення пар донор-реципієнт;

8) оперативний обмін інформацією, що міститься в Єдиній системі, між закладами охорони здоров'я під час організації надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації тощо<sup>117</sup>.

---

<sup>117</sup> Там само.

## Розділ 2.

# ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ІНШИХ НОВІТНІХ ПРАВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*2.1. Допоміжні репродуктивні технології*

*2.2. Клонування та проблеми цілісності особи*

*2.3. Евтаназія і питання закінчення життя*

### **2.1. Допоміжні репродуктивні технології**

Допоміжні репродуктивні технології використовують для лікування безпліддя. Екстракорпоральне запліднення є найбільш розповсюдженим і ефективним видом допоміжних репродуктивних технологій. Найважливішим завданням державного значення є збереження та відновлення репродуктивного здоров'я населення.

Минуле століття відіграло особливу роль у розвитку науки, в тому числі і медицини. Одне з найважливіших досягнень стосувалося, зокрема, галузі репродуктивних технологій. У 1937 році у Сполучених Штатах Америки у медичному журналі вперше була опублікована стаття, в якій розкривалися можливості лікування трубного безпліддя з використанням ЕКО. З того часу протягом шести років вчений Джон Рок і його колега Міріам Менкін проводили експериментальні дослідження по заплідненню яйцеклітини людини «in vitro». У серпні 1944 року світ побачила ще одна стаття вищезазначених науковців «In Vitro Fertilization and Cleavage of Human Ovarian Eggs», в якій були висвітлені усі результати довготривалих досліджень<sup>118</sup>. З 1955 по 1957 роки

---

<sup>118</sup> Rock J., Menkin M. F. In Vitro Fertilization and Cleavage of Human Ovarian Eggs. *Science*. 1944. Vol. 100. Is. 2588. P. 105-107.



радянський вчений Г. М. Петров на кафедрі гістології Кримського державного медичного університету займався дослідженням послідовних фаз запліднення і дроблення яйцеклітини людини поза організмом<sup>119</sup>.

Наразі медицині відомо багато причин, які унеможливають природне зачаття, саме для вирішення усієї низки випадків методи допоміжних репродуктивних технологій постійно вдосконалюються.

Станом на сьогодні термін допоміжних репродуктивних технологій охоплює усі види лікування безпліддя, ґрунтовані на екстракорпоральному заплідненні, а також застосування гамет і ембріонів донора, сурогатної матері, заморожування зародкових клітин і ембріонів, мікроманіпуляцій (інтраплазматичне введення сперматозоїда, предімплантаційна генетична діагностика, допоміжний хетчинг і так далі)<sup>120</sup>.

Правове регулювання застосування репродуктивних технологій в Україні здійснювалося Основами законодавства СРСР і союзних республік про шлюб і сім'ю, затверджених Законом СРСР від 27 червня 1968 року, який пізніше Законом СРСР «Про внесення змін та доповнень до деяких законодавчих актів СРСР у питаннях, що стосуються жінок, сім'ї і дитинства» від 22 травня 1990 року доповнений статтею 17 такого змісту: «Чоловік, який дав згоду на штучне запліднення своєї дружини з допомогою донора,

---

<sup>119</sup> Литвинов В. В. Исследования оплодотворения яйцеклетки человека *in vitro* в 1955 г. *Таврический медико-биологический вестник*. 2001. №3. Т. 14. С. 287.

<sup>120</sup> Дарій О. С. Оптимізація тактики допоміжних репродуктивних технологій у подружніх пар із обтяженим генетичним анамнезом : дис. ... к-та мед. наук : 14.01.01 ; Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України. Київ, 2019. С. 21.

записується батьком народженої нею дитини і не має права оспорювати зроблений запис»<sup>121</sup>.

У 1969 році було прийнято Кодекс про шлюб та сім'ю України, який втратив свою чинність тільки у 2004 році. Стаття 56 цього нормативно-правового акту містила таку норму: «Чоловік, який дав письмову згоду на запліднення своєї дружини за допомогою донора, записується батьком народженої дитини і не має права оспорювати проведений запис. Дружина, яка надала письмову згоду своєму чоловіку на запліднення та народження дитини іншою жінкою (донором), записується матір'ю цієї дитини і не має права оспорювати проведений запис»<sup>122</sup>.

У 1992 році в Україні було прийнято Основи, стаття 48 яких встановлює, що «застосування штучного запліднення та імплантації ембріона здійснюється згідно з умовами та порядком, встановленим центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, за медичними показаннями повнолітньої жінки, з якою проводиться така дія, за умови наявності письмової згоди подружжя, забезпечення анонімності донора та збереження лікарської таємниці»<sup>123</sup>. З вищенаведеного стає зрозумілим, що з розвитком нових біомедичних технологій, зокрема допоміжних репродуктивних технологій, виникала потреба створення відповідної системи нормативного регулювання в державі. Недосконалість законодавства України щодо питань штучного запліднення полягає

---

<sup>121</sup> Про внесення змін та доповнень до деяких законодавчих актів СРСР у питаннях, що стосуються жінок, сім'ї і дитинства: Закон Союзу Радянських Соціалістичних Республік від 22 травня 1990 року № 1501-І. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v1501400-90#Text>.

<sup>122</sup> Кодекс про шлюб та сім'ю України, прийнятий 20 червня 1969 року № 2006-VII (утратив чинність). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2006-07#top>.

<sup>123</sup> Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-XII.

в тому, що воно не в повній мірі регулює репродуктивне право, не відображає моменти, які стосуються репродуктивного здоров'я, а також інші надважливі аспекти, які торкаються предмету регулювання. Загальна декларація прав людини створює основу для міжнародного захисту репродуктивних прав, шляхом перерахування конкретних прав, які включають в себе, зокрема, право на особливий захист жінки в ролі матері, право на вступ до шлюбу, створення сім'ї тощо. З огляду на проблеми в національному праві, а також неповноту регулювання питань допоміжних репродуктивних технологій на міжнародному рівні, на нашу думку, доцільно було б прийняти окремий закон, який би нормативно закріплював механізм реалізації права на допоміжні репродуктивні технології.

У 2004 році до ВРУ було подано проєкт Закону про репродуктивні права та гарантії їх здійснення. Він мав регулювати, серед іншого, права на: репродуктивне здоров'я, профілактику лікування безпліддя, донорство та збереження репродуктивних клітин, штучне запліднення й імплантацію ембріона, використання методу сурогатного материнства тощо. Згаданий проєкт закону так і не було прийнято і у 2006 році його знято з розгляду. У 2012 році знову робилась спроба подати законопроєкт «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо обмежень у використанні допоміжних репродуктивних технологій», прийняття якого мало ввести обмеження у використанні допоміжних репродуктивних технологій. Законопроєкт було відхилено.

У 2013 році МОЗ наказом від 09 вересня № 787 затвердило «Порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні», який регулює відносини між пацієнтами (жінками і чоловіками) та закладами охорони здоров'я, які забезпечують застосування методик допоміжних репродуктивних технологій,

визначає механізм та умови застосування допоміжних репродуктивних технологій<sup>124</sup>.

Світові дослідження показують, що при процедурі допоміжних репродуктивних технологій інколи використовують донорські яйцеклітини, донорську сперму або попередньо заморожені ембріони. Так само дана процедура може включати або сурогатного або гестаційного носія. Правові підходи до сурогатного материнства, наприклад, у США, дуже різняться: від повної заборони до найбільш лояльних дозвільних підходів у світі і у них існує чітке розмежування між вищенаведеними носіями. Сурогатна мама – жінка, яка завагітніла спермою від чоловіка, який є партнером в подружжі, яке не може мати дітей і фактично є біологічною матір'ю дитини. Гестаційний носій – це жінка, яка за допомогою екстракорпорального запліднення або внутрішньоматкової інсемінації вагітніє яйцеклітиною від партнера жінки або донора і сперми чоловіка партнера з пари або донора і генетично не пов'язана з дитиною, що є дуже важливим фактором не тільки з юридичної точки зору, але і з емоційної<sup>125</sup>. Сурогатне материнство тягне за собою проблему, яка потребує чіткого правового регулювання, так як неминуче вводить у процес допоміжних репродуктивних технологій третю сторону. Норма підзаконного нормативно-правового акту «Порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні», пункт 6.1, вказує, що подружжя (або один із майбутніх батьків), в інтересах якого здійснюється сурогатне материнство, повинна (повинен) мати

---

<sup>124</sup> Про затвердження порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 787 від 09 вересня 2013 року. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1697-13>.

<sup>125</sup> Traditional vs. Gestational Surrogate: What is the Difference. *Conceive Abilities*: website. URL: <https://www.conceiveabilities.com/about/blog/understanding-the-difference-between-a-gestational-carrier-and-surrogate>.

генетичний зв'язок з дитиною, а сурогатна мати не повинна мати безпосередній генетичний зв'язок з дитиною<sup>126</sup>.

Стаття 123 Сімейного кодексу України визначає, що батьками дитини, народженої від сурогатної матері, є подружжя, оскільки для запліднення використовувався їхній біологічний матеріал<sup>127</sup>.

Отже, базуючись на міжнародній термінології, в Україні на законодавчому рівні дозволено тільки гестаційне сурогатне материнство, хоча даний термін не є закріпленим в жодному нормативному акті.

Ще одне обмеження в українському законодавстві, яке впливає з вищенаведеної норми – це те, що тільки подружжя може брати участь у відносинах сурогатного материнства. Тобто, якщо за медичними показаннями жінка не може виносити свою власну дитину і вона не знаходиться в зареєстрованому шлюбі, то не існує механізму реалізації її права на материнство за допомогою допоміжних репродуктивних технологій, а саме сурогатного материнства. Аналізуючи справи ЄСПЛ, дуже часто можна зустріти позицію про те, що поняття «особисте життя» розповсюджується, зокрема і на рішення мати чи не мати дітей, і на бажання стати батьками. На сьогоднішній день перед медичними працівниками постає завдання у підтримці розвитку репродуктивних прав особи та сприянню у їх нормальній фізіологічній реалізації, що автоматично створює певні виклики. Заслуговує на увагу позиція О. Шторгина, який у своїй науковій праці зазначає, що управлінська парадигма у сфері репродуктивного здоров'я об'єднує три важливі інституціональні складові, а саме:

---

<sup>126</sup> Про затвердження порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 787 від 09 вересня 2013 року.

<sup>127</sup> Сімейний кодекс України, прийнятий 10 січня 2002 року № 2947-III. Верховна Рада України. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2947-14#Text>.

- репродуктивне здоров'я як об'єкт управлінського впливу;
- репродуктивні права як органічна складова прав людини;
- репродуктивна юстиція як правовий механізм, що легітимізує та унормовує відносини держави та особи у сфері репродуктивного здоров'я<sup>128</sup>.

Згідно з КУ КМУ є вищим органом у системі органів виконавчої влади<sup>129</sup>. До системи центральних органів виконавчої влади входять міністерства, інші центральні органи виконавчої влади, а також центральні органи виконавчої влади зі спеціальним статусом, що разом із КМУ утворюють єдину систему органів виконавчої влади в Україні. Галузеве управління охороною здоров'я загалом і зокрема, застосування допоміжних репродуктивних технологій, здійснює МОЗ. Відповідно до Основ до системи органів, що здійснюють надання медичної допомоги у лікуванні безпліддя за допомогою методу штучного запліднення та імплантації ембріона також входять:

- центральний орган виконавчої влади, що забезпечують формування державної політики у сфері охорони здоров'я;
- заклади охорони здоров'я, що мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що передбачає право надання медичної діяльності із застосування допоміжних репродуктивних технологій<sup>130</sup>.

---

<sup>128</sup> Шторгин О. Управлінські підходи до забезпечення репродуктивного здоров'я населення на основі прав людини (соціологічний вимір). *Демократичне врядування*. 2016. № 16/17. С. 1-13.

<sup>129</sup> Конституція України, прийнята 28 червня 1996 року. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>.

<sup>130</sup> Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ.

Державне управління у сфері репродуктивного здоров'я має сприяти розповсюдженню інформації серед широких мас суспільства про можливості сучасного рівня медичної допомоги при лікуванні безпліддя та забезпечити рівний доступ до даного виду послуг. ЗУ «Про Кабінет Міністрів України» від 27 лютого 2014 року визначає одним із основних завдань КМУ забезпечення проведення політики у сфері охорони здоров'я (підпункт 3 пункту 1 статті 3)<sup>131</sup>. Норми Основ покладають на КМУ ряд повноважень у тій чи іншій сфері охорони здоров'я<sup>132</sup>. Доцільним прийняти окремий нормативно-правовий акт, який зможе унормувати здійснення допоміжних репродуктивних технологій і визначить чіткий перелік повноваження КМУ у цій сфері. Постанова КМУ «Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України» від 25 березня 2015 року № 267 визначає, що МОЗ є центральним органом виконавчої влади і є головним органом, що забезпечує та реалізовує державну політику у сфері охорони здоров'я<sup>133</sup>. Вищезазначені постанови дають можливість виділити два види повноважень МОЗ у частині надання медичної допомоги при застосуванні допоміжних репродуктивних технологій, а саме штучного запліднення – загальні і спеціальні.

Загальні – притаманні МОЗ центральному органу виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, тобто, ці повноваження поширюються на всі сфери медичної діяльності, зокрема, й на сферу допоміжних репродуктивних технологій. Спеціальні – це повноваження МОЗ, які

---

<sup>131</sup> Про Кабінет Міністрів України: Закон України від 27 лютого 2014 року № 794-VII.

<sup>132</sup> Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-XII.

<sup>133</sup> Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України : Постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF#Text>.

поширюються тільки на сферу допоміжних репродуктивних технологій, а саме штучне запліднення. До них належать такі :

— затверджує порядок застосування методу штучного запліднення та імплантації ембріона<sup>134</sup>.

Першочергово, метод штучного запліднення (екстракорпоральне запліднення) був розроблений для жінок у яких відсутні або не функціонуючи труби, але за останні роки цей метод використовується для вирішення значно більшої низки проблем, навіть у випадках коли наявні комплексні проблеми у обох з подружжя. Проте слід враховувати, що на один випадок безпліддя доволі часто припадає кілька спроб. Не кожна пара, у котрої діагностовано безпліддя, може скористатися допоміжними репродуктивними технологіями з огляду на їхню високу вартість у приватних лікувальних закладах та низьку доступність безкоштовного лікування безпліддя<sup>135</sup>.

У 2004 році МОЗ наказом від 29 листопада № 579 затвердив Порядок направлення жінок для проведення першого курсу лікування безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій за абсолютними показаннями за бюджетні кошти, який вказує, що лікування здійснюється за рішенням комісії МОЗ, яка проводить відбір пацієнок. Додаток 4 до вищенаведеного Порядку подає вичерпний перелік медичної документації, необхідної для направлення на розгляд комісії МОЗ, щодо проведення відбору пацієнок з абсолютними показаннями для проведення першого курсу лікування безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій:

— виписка з медичної карти амбулаторного/стаціонарного хворого;

---

<sup>134</sup> Там само.

<sup>135</sup> Дарій О. С. Вказ. пр. С. 22.



— висновок лікаря генетика про результати медико-генетичного обстеження з обов'язковим визначенням каріотипу жінки, якій проводиться лікування методами допоміжних репродуктивних технологій, і донора сперми та ооцитів;

— висновок комісії МОЗ Автономної Республіки Крим, управлінь охорони здоров'я обласних, Севастопольської комісії, Головного управління охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської міської державної адміністрації про необхідність проведення першого курсу лікування безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій за бюджетні кошти;

— висновок головного позаштатного спеціаліста МОЗ із спеціальності «акушерство і гінекологія» про необхідність проведення першого курсу лікування безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій за бюджетні кошти<sup>136</sup>.

На практиці, увесь шлях від початку збору документів особи, яка потенційно має отримати перший курс безкоштовного лікування методами допоміжних репродуктивних технологій за бюджетні кошти до проведення процедури екстракорпорального запліднення може зайняти дуже довгий період і не принести бажаного результату. Ще однією з проблем, яка постає на шляху реалізації даного права є те, що кожний рік на процедури ЕКО за державний кошт виділяють певну кількість квот, а затребуваність на проведення даного виду лікування завжди перевищує це число. Станом на 2020 рік державні заклади охорони здоров'я, до яких пацієнти скеровуються за направленням Комісії МОЗ для отримання першого курсу лікування безплідності знаходяться у чотирьох містах України Київ, Харків, Одеса, Івано-Франківськ. У 2013 році

---

<sup>136</sup> Про затвердження порядку направлення жінок для проведення першого курсу лікування безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій за абсолютними показаннями за бюджетні кошти: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29 листопада 2004 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0224-05#Text>.

МОЗ та Національною академією медичних наук України затверджено Методику організації системи планування сім'ї та репродуктивного здоров'я, наказом від 29 листопада № 1030/102, пункті 2 Розділу V «Організація медичної допомоги пацієнтам з безпліддям» якого вказано, що у центрах планування сім'ї та репродукції людини ведеться реєстр безплідних подружніх пар, які скеровуються на лікування, у тому числі і допоміжних репродуктивних технологій<sup>137</sup>. Центри планування сім'ї та репродукції людини є саме тим закладом охорони здоров'я або структурним підрозділом закладу охорони здоров'я, який реалізовує державну політику у сфері планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я та координує свою роботу з Державним центром планування сім'ї та репродуктивного здоров'я<sup>138</sup>.

Кожна людина має право на найвищий досяжний рівень фізичного чи психічного здоров'я. Будь-яка особа або пара мають право вирішувати скільки дітей, коли і з яким інтервалом вони б хотіли мати. Безпліддя може призвести до неможливості реалізації цих основних прав людини. Саме тому, проблема безплідності є важливою частиною реалізації права окремих осіб або пар на створення родини<sup>139</sup>.

Одним з найважливіших етапів програм допоміжних репродуктивних технологій є отримання достатньої кількості зрілих

---

<sup>137</sup> Методика організації діяльності системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні: Наказ Міністерства охорони здоров'я України, Національної академії медичних наук від 29 листопада 2013 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2162-13#Text>.

<sup>138</sup> Положення про центр планування сім'ї та репродукції людини : наказ Міністерства охорони здоров'я України, Національної академії медичних наук України від 29 листопада 2013 року № 1030/102. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2164-13#Text>.

<sup>139</sup> Zegers-Hochschild F., Dickens B. M., Dughman-Manzur S. Human Rights to in vitro Fertilization. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2013. № 123 (1). P. 86-89.

предовуляторних ооцитів «гарної якості». Тому контрольована оваріальна стимуляція є невід'ємною частиною програм допоміжних репродуктивних технологій і полягає у використанні різних гормональних препаратів, що чинять пряму або опосередковану дію на яєчник і викликають зростання одночасно декількох фолікулів<sup>140</sup>. Держава забезпечує жінок тільки безкоштовними препаратами по програмі направлення для проведення одного курсу лікування безплідності так як препарати – це самий дорогий момент лікування, а самі послуги потребують додаткових витрат з боку особи, якій надають такий вид лікування<sup>141</sup>. Точну суму на лікування безплідності за допомогою допоміжних репродуктивних технологій пацієнт може дізнатися тільки після обстеження і консультації лікаря. Лікування безплідності вищенаведеним способом включає в себе цілий комплекс заходів, які призводить до довгоочікуваної вагітності – це і стан здоров'я жінки і чоловіка, загальні показники пари, необхідна підготовка, всебічне обстеження, лікарські засоби, застосування препаратів тощо, тому штучне запліднення в закладах охорони здоров'я надає різні пакети послуг. Так в середньому станом на 2020 рік ціна на:

- ЕКЗ без медикаментів становила- 28 тис. гривень;
- ЕКЗ + ІКСІ без медикаментів – 36,5 тис. гривень;

---

<sup>140</sup> Дарій О. С. Вказ. пр. С. 41.

<sup>141</sup> Яцишин Н. Г. Безкоштовне ЕКО, або все про Державну програму ДРТ у розмові з членом комісії МОЗ України по Держ. Програмі, завідувачем відділення ДРТ ДЗ «ПЦРЛ». *eco*: website. URL: <https://eco-if.com.ua/ru/besplatnoe-jeko-ili-vse-o-gosudarstvennoj-programme-vrt-v-razgovore-s-chlenom-komissii-mz-ukrainy-po-gos-programme-zavedujshhej-otdeleniem-vrt-gu-pcrch-jacishin-n-g.html>.

— ЕКЗ + ІКСІ з медикаментами – 50 тис. гривень<sup>142</sup>, що становить від 24% до майже 50% від середньої заробітної плати за рік.

У статті 166.3.6. Податкового кодексу України до податкової знижки включено оплату допоміжних репродуктивних технологій, але не більш, ніж на суму, що дорівнює третині доходу у вигляді заробітної плати за звітній податковий рік. У 2018 році були внесені зміни, які розширили коло платників податку в їх перелік були включені і особи чоловічої статі, які мають право на отримання податкової знижки на суму витрат на оплату допоміжних репродуктивних технологій, наданих дружині платника податків, але оплачених таким платником (чоловіком)<sup>143</sup>.

При дослідженні статистики, однією з держав з найбільшим відсотком народжуваності у результаті допоміжних репродуктивних технологій є Ізраїль, де діє Закон «Про державне страхування здоров'я», згідно з яким процедура екстракорпорального запліднення здійснюється за рахунок лікарняних кас подружнім парам, у яких нема спільних дітей (для народження максимум двох дітей), а також жінкам, котрі не мають дітей, але мають бажання створити родину тільки з одним із батьків (мати-одиначка) для народження першої і другої дитини. Вищенаведений Закон передбачає надання лікарняними касами без будь-якого виду дискримінації, послуг, які входять в корзину медичних послуг. Вони надаються на розсуд лікаря, якісно та в розумні строки, з дотриманням людської гідності, захисту

---

<sup>142</sup> Скільки коштує ЕКО в Україні у 2020 році. *lb.ua*: website. URL: [https://lb.ua/society/2020/06/30/460888\\_skolko\\_stoit\\_eko\\_ukraine\\_2020\\_godu.html](https://lb.ua/society/2020/06/30/460888_skolko_stoit_eko_ukraine_2020_godu.html).

<sup>143</sup> Податковий кодекс України, прийнятий 02 грудня 2010 року № 2755-VI. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2755-17#Text>.

приватного життя і збереження медичної конфіденційності<sup>144</sup>. У кожній державі світу існує і розвивається свій спосіб для залучення економічних ресурсів для надання різного виду медичної допомоги, для збереження і зміцнення здоров'я населення. Кількість ресурсів, які виділяються на сферу охорони здоров'я залежить від багатьох чинників, зокрема, системи економічних, політичних, етичних відносин, які склалися в країні. В Україні на цей момент нормативно-правовою базою для створення і функціонування лікарняних кас є :

- Податковий кодекс України від 02 грудня 2010 року;
- Основи від 19 листопада 1992 року;
- ЗУ «Про благодійну діяльність та благодійні організації» від 05 липня 2012 року;
- Наказ МОЗ «Про взаємодію лікарняних кас, органів держаної влади, органів місцевого самоврядування та закладів охорони здоров'я» № 400 від 11 серпня 2005 року.

Конституційний Суд України 29 травня 2002 року у своєму рішенні № 10-рп/2002 дав роз'яснення, що поняття «безкоштовної медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я » згідно зі статтею 49 КУ не виключає залучення додаткових коштів для фінансування галузі охорони здоров'я за рахунок позабюджетних механізмів залучення додаткових коштів, у тому числі за рахунок лікарняних кас<sup>145</sup>. У 2019 році до ВРУ було

---

<sup>144</sup> Про державне страхування здоров'я: Закон Ізраїлю від 1994 року. URL: [https://www.nevo.co.il/law\\_html/law01/036\\_001.htm](https://www.nevo.co.il/law_html/law01/036_001.htm).

<sup>145</sup> Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» (справа про безоплатну медичну допомогу): Рішення Конституційного Суду України від 29 травня 2002 року у справа № 1-13/2002 N 10-рп/2002. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v010p710-02#Text>.

подано проект Закону про врегулювання питань в окремих галузях охорони здоров'я. Згідно статті 1 «лікарняна каса – це добровільне неприбуткове об'єднання фізичних осіб та/або юридичних осіб приватного права, діяльність якого ґрунтується на засадах захисту суспільних інтересів у сфері охорони здоров'я та утворене з метою задоволення потреб у лікуванні та/або медичному обслуговуванні її членів (осіб, що мають права члена лікарняної каси). У вищенаведеному проекті закону містилися статті щодо організаційних засад діяльності лікарняної каси, членів та їх прав та обов'язків, органів управління, економічних засад діяльності лікарняної каси<sup>146</sup>. Цей законопроект мав створити умови для залучення додаткових інвестицій у сферу охорони здоров'я зокрема і у штучне запліднення.

Проблема безпліддя до цих пір є причиною звернення все більшої кількості людей за спеціалізованою медичною допомогою в медичні центри, лікувальні заклади і це завжди тягне за собою гостру необхідність розробки чіткої нормативної бази, яка буде регламентувати права і обов'язки осіб, які звертаються за таким видом допомоги, медичних працівників та органів державної влади.

Доволі актуальним на сьогодні залишається питання дослідження правових засад донорства гамет для застосування репродуктивних технологій. Питання донорства гамет знайшло своє законодавче врегулювання і в ряді зарубіжних держав. Так, у Сполучених Штатах Америки та Сполученому королівстві донорство репродуктивних клітин не тільки дозволено, але і майбутні батьки мають право при згоді донора зустрітися і познайомитися з ним, навіть з його родиною. При цьому, у Сполучених Штатах Америки безперечно дозволяється анонімне чи напіванонімне донорство, при останньому варіанті розкривається

---

<sup>146</sup> Про врегулювання питань в окремих галузях охорони здоров'я: Проект Закону України. URL: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=67044](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=67044).

часткова інформація про донора (особиста та медична інформація, фотографія донора та/або членів його сім'ї). Водночас є випадки, коли у зарубіжних державах вимагається розкриття донора і заборонено анонімне донорство (у Великобританії), або навпаки закон вимагає анонімність інформації про донора (у Іспанії, Франції, Чеській Республіці тощо)<sup>147</sup>. Крім того, є держави, які забороняють донорство (наприклад, Італія).

К. О. Ільющенкова, досліджуючи еволюцію правового регулювання донорства репродуктивних клітин в Україні відзначає, що важливе значення для розвитку відносин щодо донорства гамет мали як ідеологічні, так і політичні погляди у державі, що суттєво стримували розвиток донорства репродуктивних клітин, а також практику застосування допоміжних репродуктивних технологій<sup>148</sup>.

Порядком застосування допоміжних репродуктивних технологій передбачено: 1) можливість застосування сперми донора при технології запліднення *in vitro* (пункт 3.6.) та при внутрішньоматковій інсемінації (пункт 4.1.); 2) надано визначення поняття «донація гамет та ембріонів», встановлено можливість застосування донації ембріонів тільки при наявності медичних показів, письмової поінформованої та добровільної згоди, гарантування анонімності донора і захисту лікарської таємниці (пункт 5.1.); 3) встановлено перелік необхідних документів для здійснення донорства гамет та ембріонів (пункт 5.2.); 4) передбачено вимоги до донорів ооцитів (пункти 5.3. та 5.4.); 5) визначено показання для застосування ЗІВ із донорськими ооцитами (пункт 5.6.); 6) визначено порядок програми донації ооцитів (пункт 5.10.);

---

<sup>147</sup> Юзко О. Донація яйцеклітин: теоретичні та практичні аспекти. *Health & Medicine*. Jun. 26, 2014. URL: <https://www.slideshare.net/UARM/ss-36345179>.

<sup>148</sup> Ільющенкова К. О. Еволюція правового регулювання донорства репродуктивних клітин в Україні. *Науковий часопис Національної академії прокуратури України*. 2017. № 2. С. 77–78.

7) встановлено вимоги до донорів сперми (пункти 5.11.-5.14.); 8) встановлено порядок вибору донора (пункт 5.19.); 9) врегульовано порядок використання донорських гамет та ембріонів (пункт 5.24.) та обстеження реципієнтів ембріонів, донорських ооцитів та сперми (пункт 5.27.) тощо<sup>149</sup>.

Позитивним є встановлення на нормативному рівні чітких вимог до донорів ембріонів (ними можуть бути пацієнти програми запліднення *in vitro*, у яких вже після народження дитини є кріоконсервовані ембріони, ними не використані). Якщо буде надана інформована, добровільна, усвідомлена згода таких пацієнтів, оформлена письмово, то такі ембріони можуть бути доновані безплідному подружжю чи жінці), донорів ооцитів (жінки, які є близькими родичами пацієнта, анонімними добровільними донорами чи пацієнтками програми допоміжних репродуктивних технологій, певного віку (18-36 років) із живою здоровою дитиною, відсутністю негативних фенотипічних проявів, спадкових захворювань, шкідливих звичок, протипоказань та достатнім соматичним здоров'ям) та донорів сперми (чоловік у віці 20-40 років з народженою здоровою дитиною, відсутніми негативними фенотипічними проявами, соматичними та спадковими захворюваннями, протипоказаннями)<sup>150</sup>.

А. П. Головащук наголошує на визначенні доволі жорстких медичних вимог до донорів, що зумовлює і те, що статеві клітини несуть в собі генетичну інформацію, у тому числі є ризики передання дитині спадкового генетичного захворювання. Вчена зауважує, що при дотриманні встановлених медичних вимог

---

<sup>149</sup> Про затвердження порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 787 від 09 вересня 2013 року.

<sup>150</sup> Про затвердження порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 787 від 09 вересня 2013 року.



забезпечується народження здорових дітей з донорського генетичного матеріалу. Донор, на думку А. П. Головашук, зобов'язаний поінформувати лікаря про всі важливі дані, що мають значення для донорства, щоб приховання інформації про стан здоров'я не призвело до виникнення ускладнень у реципієнта під час вагітності, не вплинуло на стан здоров'я дитини<sup>151</sup>. Ми поділяємо такий підхід, він логічно випливає із вимог до донорів гамет, встановлених наказом МОЗ «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні». Більше того, на нашу думку, такий обов'язок має бути визначений на рівні закону, а також встановлені санкції за його порушення<sup>152</sup>. Тим не менш, недоліком українського законодавства так і залишається відсутність чіткого закріплення змісту правовідносин як у сфері застосування допоміжних репродуктивних технологій, так і донорства репродуктивних клітин. Саме тому, є нагальна необхідність прийняття спеціального закону, який буде регулювати даний вид відносин, обов'язки учасників та їх відповідальність.

При цьому, на практиці медичні заклади, що застосовують допоміжні репродуктивні технології, висувають різні вимоги до донорів, які є відмінними від встановлених наказом МОЗ. Так, клініка генетичної репродукції «Вікторія» в м. Києві серед вимог до донорів яйцеклітин передбачає максимальний вік 29 років<sup>153</sup>. Аналогічні вимоги висуває більшість подібних клінік<sup>154</sup>. Yuzko Medical Center у м. Чернівці як донорів ооцитів приймає жінок до 32

---

<sup>151</sup> Головашук А. П. Цивільно-правові аспекти донорства репродуктивних клітин. Держава і право. *Юридичні і політичні науки*. 2013. Вип. 59. С. 295.

<sup>152</sup> Болдіжар С. О. Правове регулювання донорства при застосуванні репродуктивних технологій. *Прикарпатський юридичний вісник*. № 1. Т. 3. 2019. С. 14.

<sup>153</sup> Інформація для донорів. *Victoria*: website. URL: <https://victoriaclinic.com.ua/donors-info.html>.

<sup>154</sup> Донорство яйцеклітин. *Lita*: website. URL: <https://litaclinic.com/procedura-donorstva-jajceklitunu/>.

років<sup>155</sup>. Щодо вимог до донорів сперми, то вони не відрізняються від тих, які визначені Порядком застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні.

Водночас різні підходи на практиці до встановлення вимог до донорів ооцитів вкотре підтверджують необхідність прийняття окремого спеціального закону, який би врегулював здійснення людиною репродуктивних прав, а також чітко би врегулював вимоги та порядок донації ембріонів та гамет.

Позитивним слід вважати підхід за якого донорство в Україні гамет є анонімним. Згідно з п. 5.19. Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні вибір донора сперми відбувається за фенотипічної характеристикою (надається інформація про вік, зріст, колір шкіри, очей та волосся і т. п.). Водночас на рівні окремого законодавчого акту слід передбачити, що донорство ембріонів та гамет може бути анонімним та не анонімним (у випадку донорства ембріонів та гамет близькими родичами)<sup>156</sup>.

З питанням анонімності донорства пов'язано і право особи знати про своє генетичне походження. При цьому у практиці ЄСПЛ є справи щодо захисту прав гарантованих ЄКПЛ щодо встановлення біологічного батьківства та права особи знати, хто її фактичні батьки<sup>157</sup>.

Наразі крім Великобританії, також у Швеції та Норвегії гарантується право особи знати про своє генетичне походження шляхом розкриття інформації про донорство гамет. Наприклад,

---

<sup>155</sup> Донація статевих клітин. *Yuzko medical center*: website. URL: <https://ivf.ua/donaciya-statevih-klitin/>.

<sup>156</sup> Про затвердження порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 787 від 09 вересня 2013 року.

<sup>157</sup> *Mikulic v. Croatia*. № 53176/99. ECHR 2002; *Odiviere v. France*. № 42326/98. ECHR 2004.

відповідно до частини 5 Акта про Генетичну Єдність Швеції людина, що була зачата за допомогою допоміжних репродуктивних технологій і є «досить зрілою» має право знати про донора статевих клітин і отримати такі дані із журналу, що зберігається у медичному закладі. Така інформація надається, якщо уповноважений орган має достатні підстави допустити, що особа була зачата за допомогою допоміжних репродуктивних технологій, або за вимогою суду<sup>158</sup>.

Ми погоджуємося з тими науковцями, які обґрунтовують доцільність усунення прогалини у законодавстві України та встановлення права особи отримати інформацію про її генетичне походження у випадку застосування допоміжних репродуктивних технологій, у тому числі шляхом розкриття анонімності донора.

Екстракорпоральне запліднення включає в себе комплекс поетапних процедур, зокрема, новітні медичні технології дозволяють ретельно вивчити готовий ембріон перед перенесенням в порожнину матки жінки. Одним із таких методів є преімплантаційна генетична діагностика. Це альтернатива пренатальної діагностики, яка добре себе зарекомендувала і включає біопсію і генетичне тестування однієї або декількох клітин із отриманих *in vitro* ооцитів та/або «доімплантаційних» ембріонів. Оскільки, для переносу в матку пацієнта відбираються тільки ті ембріони, які не схильні до впливу на них досліджуваного захворювання<sup>159</sup>. Отже, даний метод діагностики надає можливість запобігти штучному перериванню вагітності в майбутньому. Але такі види новітніх досліджень можуть використовуватися не тільки

---

<sup>158</sup> Москаленко К. Право осіб, народжених із застосуванням допоміжних репродуктивних технологій, на інформацію про своє генетичне походження. *Підприємництво, господарство і право*. 2018. № 1. С. 28.

<sup>159</sup> De Rycke M., Staessen C. Preimplantation Genetic Diagnosis. *Molecular Diagnostics*. 3<sup>rd</sup> decision. URL: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/preimplantation-genetic-diagnosis>.

для профілактики народження хворих дітей, а і для інших цілей, зокрема, вибору статі майбутньої дитини, що в свою чергу протирічить нормам біоетики. Саме тому даний вид генетичної діагностики повинен піддаватися чіткому правовому регулюванню. Не існує єдиних міжнародних інструментів регулювання питань ПГД, тільки рекомендації і відповідні звіти від Ради Європи, Європейського товариства по репродукції людини та ембріології (ESHRE), Комітетів по питанням біоетики тощо. Документи, які регулюють діяльність Європейського Союзу, передбачають, що політика у сфері охорони здоров'я визначається національним законодавством. Є ряд європейських країн (Швейцарія Італія, Австрія, Ірландія, Люксембург), де заборонено використання преімплантаційної генетичної діагностики. У Великобританії, Португалії, Франції, Іспанії, Німеччині, Бельгії даний вид діагностики дозволений, та/але при строгому нагляді його використання з боку держави<sup>160</sup>. Зробивши аналіз національних нормативно-правових актів, ми можемо дійти до висновку, що преімплантаційну генетичну діагностику абсолютно ніяк не врегульовано на законодавчому рівні, хоча такий вид медичної послуги надається у приватних медичних закладах репродуктивного здоров'я України.

Допоміжні репродуктивні технології, екстракорпоральне запліднення ще довго будуть викликати активні дискусії, а саме щодо того, якою має бути соціальна політика щодо цих технологій. Оскільки залишаються невирішеними питання доступності цих технологій для населення, а також відповідальності тих, хто ними користується, що потребує прямих і зрозумілих юридичних відповідей та чіткої державної політики по відношенню до такого виду технологій.

---

<sup>160</sup> Merchant J. Preimplantation Genetic Diagnostic. ESHRE at the Council of Europe. 2018. 14 p.

Шляхами вирішення станом на сьогодні можуть стати такі:

- при формуванні державного бюджету, збільшити фінансування допоміжних репродуктивних технологій (кваліфікований персонал, обладнання, доступ до лікарських засобів для лікування безпліддя);

- створення національних комплексних програм сексуальної освіти, в які були б включені усі проблемні питання, що стосуються фертильності, включно з пропагандою здорового способу життя, який значно може зменшити рівень поведінкових ризиків виникнення безпліддя;

- прийняття державою усіх можливих заходів щодо зменшення токсинів в навколишньому середовищі;

- доступність профілактики, діагностики та лікування безпліддя на ранніх стадіях;

- прийняття закону, який б регулював здійснення репродуктивних технологій;

- обов'язковий контроль з боку держави щодо реалізації політики у сфері боротьби з безпліддям.

## **2.2. Клонування та проблеми цілісності особи**

Людство переживає дивовижні часи. Медицина майбутнього здатна змінити якість та тривалість нашого життя. Клонування, так само як і трансплантація тканин і клітин, генна інженерія, модифікація ДНК, нові технології, які створюють додаткові органи чуття і інші технології, які входять до списку, що не є вичерпним, здатні створити можливості для лікування багатьох захворювань та змінити життя людства. Однак, все це відкриває і горизонти для відтворення вже наявної живої істоти. Такі перспективи призвели до визнання інституту клонування як у межах наукового простору, так і на законодавчому рівні різних держав світу.

Клон – це група генетично ідентичних організмів чи група генетично ідентичних клітин, отриманих від однієї материнської клітини.

Сьогодні виділяють три типи клонування: клонування генів, репродуктивне клонування та терапевтичне клонування.

Поняття «клонування» чомусь дуже часто ототожнюють саме з «репродуктивним клонуванням» людини, метою якого є отримання генетичної копії вже існуючої людини. Незважаючи на десятилітні дискусії та спекуляції, ніяких офіційних відомостей щодо репродуктивного клонування людини не було.

Ще однією формою дослідницького клонування є клонування ембріона або терапевтичне клонування, яке створює генетично специфічні ембріональні стовбурові клітини.

Учений-біолог Ш. Міталіпов у 2007 році взяв клітину у дорослої мавпи і переніс у яйцеклітину з якої було видалене ядро. Ці клітини розвивались і отримали змогу диференціюватися в будь-який тип клітини, які називаються ембріональними стовбуровими клітинами. Цей експеримент, в свою чергу, показав, що перенос ядра у приматів можливий і відкрив горизонти для терапевтичного клонування людини<sup>161</sup>.

Серед основних проблем, пов'язаних з таким видом досліджень як клонування, виділяють ризик безпосередньо для жінок, які мали б забезпечувати велику кількість необхідних яйцеклітин. Звертають увагу на необхідність жорсткого контролю з метою попередження шахрайства у використанні клонованих ембріонів для подальшого репродуктивного клонування людини.

«Розвиток суспільного життя приносить з собою все більше і більше ускладнень у тих різноманітних сферах людських інтересів, що стикаються між собою, розмежування яких становить основу

---

<sup>161</sup> Seedhouse E. Beyond Human Engineering our future evolution. 2014. P. 43-45.

права. У складному суспільному житті одні і ті ж інтереси можуть стикатися один з одним в найрізноманітніших відносинах, і кожна форма їх взаємного співвідношення вимагає для свого розмежування особливої юридичної норми»<sup>162</sup> – писав М. М. Коркунов ще у ХІХ столітті. З того часу людські взаємовідносини стали ще більш заплутаними і складними, в тому числі, завдяки прогресу у сфері медицини. Цей вислів підходить і до проблематики правового регулювання клонування.

При юридичній регламентації будь-якого явища, воно, насамперед, потребує чіткого визначення. Варто зауважити, що клонування є тим спірним інститутом, який наражає на постійні суперечності, правові догми та етичні принципи. Далеко не завжди представники релігійних та філософських течій можуть дійти однакості з юристами щодо формування чіткої позиції: клонування – це порушення релігійних приписів чи все ж таки реалізація права особи на розпорядження власним біологічним матеріалом? Клонування – прорив у медицині та технологіях чи все ж таки порушення цілісності особи?»<sup>163</sup>.

О. Ліщинська-Мілян вважає, що за умов реалізації права на клонування, спостерігаємо пониження життя на стадії ембріона, який прирівнюється до лабораторного матеріалу і програмовано знищується. Постає ідеологія власності. Дитина, як «власність» нового виду, отримана екзотичним шляхом, уже не є ціллю, а засобом самореалізації. Сучасна техніка формує цілком новий тип мислення: пропонується отримати дитину «якщо», «коли» і «як

---

<sup>162</sup> Коркунов Н. М. Лекции по теории права. СПб.: Изд. Юридического книжного магазина Н. К. Мартынова, 1907. С. 7.

<sup>163</sup> Болдіжар С. О. Клонування та проблеми цілісності особи. *Visegrad Journal on Human Rights*. 2019. Т. 1. №3. С. 35.

завгодно». Дитина уже не сприймається як дар, а як право, яке можна використати<sup>164</sup>.

Клонування людини протирічить найважливішим правам особи: праву на повагу до людської гідності, праву на цілісність особи. Взагалі, поява клона людини призведе до великої кількості проблем, насамперед, в урегулюванні правовідносин між людиною та її клоном, у подальшій ідентифікації клона, у сімейних відносинах, у питаннях правонаступництва та інших.

Клонування дає нам можливість по новому поглянути на процес розмноження. Замість створення нової особи шляхом змішування генетичного матеріалу двох різних батьків, клонування дозволяє створити нову людину з генетичним матеріалом лише одного з батьків. Через таку реконфігурацію розмноження існує безліч аргументів проти клонування людей.

Перш за все варто дослідити релігійні аспекти та їхній вплив на сферу клонування, а також розуміння поняття цілісності крізь релігійну призму.

Необхідно почати з того, що «...регулятори суспільних відносин, що закладалися в релігійних догмах, були прийнятними для більшості соціуму, відтак і їх уніфікація та перетворення в подальшому на загальні регулятори не викликає здивування... християнство, залишаючись консервативним вченням, по-перше, змогло інтерпретувати релігійні догми в такий спосіб, щоб вони відповідали сучасним викликам цивілізаційного розвитку, а по-друге, знайшло можливість детермінувати релігійні норми в орієнтири міжконфесійного об'єднання»<sup>165</sup>.

---

<sup>164</sup> Ліщинська-Милян О.І. Філософські та прикладні аспекти біоетики: [текст лекції]. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2004. С. 24.

<sup>165</sup> Єрмакова Г. С. Релігійні норми як морально-етична домінанта правової свідомості. *Наше право*. 2017. № 4. С. 193.



З цього можна зробити однозначний висновок про необхідність розгляду клонування і з точки зору релігійного аспекту.

Папа Римський Бенедикт XVI свого часу негативно висловився щодо перспектив клонування: «Не зважаючи на величезну вигоду, яку може отримати людство (від наукових розробок), деякі приклади демонструють явне порушення порядку природи, які не лише суперечать святому характеру життя, але і обкрадають природну сутність людського творіння і сім'ї»<sup>166</sup>.

В інструкції *Donum Vitae*, яку було опубліковано Конгрегацією у справах доктрини віри, римо-католицька церква категорично заявила, що клонування суперечить моральному закону, оскільки це суперечить гідності як продовженню роду, так і подружньому союзу. Тому будь-які спроби клонування є порушенням гідності людського ембріона, якому надається статус людини з моменту запліднення ооцита<sup>167</sup>.

У зазначеній вище інструкції увага також приділена питанню цілісності особи. Зокрема зазначається, що з моменту формування зиготи, необхідно проявляти безумовну повагу до особи, яка морально обумовлена людиною в її тілесній та духовній сукупності. Людину слід поважати і поводитись з нею як з людиною з моменту зачаття; і тому з цього самого моменту повинні бути визнані її права як особистості, серед яких на першому місці є непорушне право кожної людини на життя. Це доктринальне нагадування забезпечує основний критерій для вирішення різних проблем, пов'язаних з

---

<sup>166</sup> Папа Римський засудив клонування з трибуни Генасамблеї ООН. *Кореспондент*: вебсайт. URL: <https://ua.korrespondent.net/world/438327-papa-rimskij-zasudiv-klonuvannya-z-tribuni-genasambleyi-oon>.

<sup>167</sup> Instruction on Respect for Human Life in Its Origin and on the Dignity of Procreation Replies to Certain Questions of the Day. Congregation for the Doctrine of the Faith. *Vatican*: website. URL: [https://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_19870222\\_respect-for-human-life\\_en.html](https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19870222_respect-for-human-life_en.html).

розвитком біомедичних наук у цій галузі: оскільки до ембріона потрібно ставитись як до особистості, слід також захищати його цілісність<sup>168</sup>.

Крім цього у *Donum Vitae* звертається увага на те, що заморожування ембріонів, навіть якщо воно здійснюється з метою збереження життя ембріона є злочином проти поваги до людини, піддаючи їх серйозним ризикам смерті або шкоди їхній фізичній цілісності та позбавляючи їх, принаймні тимчасово, притулку та вагітності для матері, таким чином ставлячи їх у ситуацію, в якій можливі подальші правопорушення та маніпуляції<sup>169</sup>.

У буддизмі виходять дещо з інших позицій, коли мова заходить про цілісність особи. Буддисти розглядають природу як суму екосистем, які залежать одна від одної. При цьому, трансформація природного середовища може мати значний вплив на нас. З цього випливає, що зміна однієї частини цілісності впливає на кожну одиницю, що складає цю цілісність. При цьому, клонування кидає тінь на спадковість сім'ї та стосунки між предком і нащадком. Кожна людина унікальна і неповторна, і її душа в людському тілі знаходиться на шляху до просвітлення. Якщо її клонувати, то її риси починають бути неправдивими, оскільки вчені не можуть клонувати душу і розум<sup>170</sup>.

Усі дії, які могли б зіпсувати або покалічити тіло, заборонені в ісламі. Тіло повинно залишатися у первісному вигляді, якщо Творець не дасть спеціального дозволу на внесення змін. Будь-яка зміна в первісному створенні тіла вважається одним з найбільших гріхів в ісламі. Коли сатану відпустили з раю, він погрожував, що

---

<sup>168</sup> See supra.

<sup>169</sup> See supra.

<sup>170</sup> Wachowicz P. The Buddhism's View on Biotechnology. *Biotechnologia*. 2005. № 1 (68). P. 169.

буде закликати людей вносити зміни у своє тіло і тіла тварин, проколюючи їм вуха, що вважається порушенням цілісності тіла<sup>171</sup>.

Отже, релігія загалом негативно ставиться до перспективи клонування людини та відповідно до порушення її цілісності. Це можна пояснити, зокрема, тим, що людина є унікальною істотою, до створення якої причетний бог. Сам факт здійснення клонування таким чином може підірвати сакральну важливість бути людиною, тим більше, що неможливо клонувати душу, відтак вона не буде повноцінною людиною.

Дослідження клонування та питань цілісності особи у світлі філософських роздумів необхідно почати з того, що Арістотель говорив про цілісність чогось у тому разі, якщо «не є відсутньою ні одна з тих частин, складаючись, з яких воно йменується цілим від природи, а також те, що так обіймає обіймані ним речі, що останні утворюють щось одне»<sup>172</sup>.

У свою чергу знаменитий категоричний імператив І. Канта звучить наступним чином: «Дій лише за тією нормою, яку хочеш бачити універсальним імперативом – нормою для всіх людей і також для тебе... Дій так, щоби завжди ставитися до людей і до себе також – як до мети і ніколи – лише як до засобу»<sup>173</sup>. Таким чином, цілісність особи не може мати якого-небудь еквіваленту. Сформульований німецьким філософом принцип яскраво виражається у забороні клонування людини, що пов'язано з тим, що не можна ставити під загрозу цілісність особи заради проведення експериментів заради вигоди майбутніх поколінь.

---

<sup>171</sup> Alahmad G. Bodily Integrity and Male Circumcision: An Islamic Perspective. *J IMA*. 2012. № 44 (1). P. 4.

<sup>172</sup><sup>172</sup> Арістотель. Метафізика. Сочинения в 4-х томах. М.: Мысль, 1976. Т. 1. С. 174-175.

<sup>173</sup> Kant I. *Grounding for the Metaphysics of Morals*. Translated by James W. Ellington. Hackett, 1785. 3<sup>rd</sup> ed. Hackett. P. 30.

Ж. Бодрийяр говорить про згубність клонування, що є можливим через втілення у реальність найдавніших фантазмів про двійників, породжуваних технологією, гранично очищеною від будь-якої випадкової сексуальності. Філософ вводить поняття «клонічного суспільства», акцентуючи увагу на такому суспільстві, яке прагне збільшити відтворення при зменшенні сексу. При клонуванні відбувається втрата людської цілісності і будь-яка частина тіла несе про нього повну інформацію, яка у такому разі може бути розтиражованою<sup>174</sup>.

Наступний аспект, на який варто звернути увагу у контексті клонування та права на цілісність особи – міжнародно-правове регулювання. У цьому аспекті нам потрібно розглянути, як регіональні доктрини, так і універсальні.

До числа регіональних необхідно віднести Американську конвенцію про права людини та Хартію основних прав Європейського Союзу.

Відповідно до частини 1 статті 5 Американської конвенції про права людини від 22 листопада 1969 року: «Кожна людина має право на повагу до своєї фізичної, психічної та моральної цілісності»<sup>175</sup>.

Частина 1 статті 3 Хартії основних прав Європейського союзу проголошує право кожної особи на повагу до її фізичної та психічної цілісності. У частині 2 цієї статті встановлено заборону на здійснення репродуктивного клонування людини<sup>176</sup>.

---

<sup>174</sup> Бодрийяр Ж. Прозрачность зла. М.: Добросвет, 2000. С. 171.

<sup>175</sup> Американская конвенция о правах человека (Пакт Сан-Хосе, Коста-Рика), принят 22 ноября 1969 года. URL: <https://constituanta.blogspot.com/2011/02/1969.html>.

<sup>176</sup> Хартія основних прав Європейського Союзу, проголошена 07 грудня 2000 року, у м. Ніцца. Європейський Союз. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994\\_524#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_524#Text).

Кількість універсальних міжнародних актів є дещо вищою, та включає ряд положень, про які мова йде нижче.

У статті 1 Конвенції про біомедицину та права людини зазначено, що: «Сторони цієї Конвенції захищають гідність людини і гарантують кожному без винятку дотримання цілісності особи та інших прав і основних свобод у зв'язку із застосуванням досягнень біології та медицини»<sup>177</sup>.

Доповненням до положень Конвенції про біомедицину та права людини став Додатковий протокол до Конвенції про захист прав та гідності людини у зв'язку із застосуванням досягнень біології та медицини, що стосується заборони клонування людських індивідів. Заслуговує на увагу стаття 1 цього Додаткового протоколу, де на захист цілісності особи заборонено будь-яке втручання, спрямоване на створення людського індивіда, який генетично ідентичний іншому людському індивіду. При цьому, термін «генетично ідентична» наведено у розумінні людського індивіда, що має тотожний набір генів ядра з іншим людським індивідом<sup>178</sup>.

У Барселонській декларації про основні етичні принципи біоетики та біоправа серед чотирьох базових принципів фігурує й цілісність. У контексті Барселонської декларації цілісність пояснюється через недоторканність людської істоти. При цьому, цілісність особи, як і людська гідність, набула універсалізації та розглядається крізь призму цінності особи як такої. Повага до

---

<sup>177</sup> Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину, прийнята 04 квітня 1997 року у м. Ов'єдо. Рада Європи. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994\\_334#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_334#Text).

<sup>178</sup> Дополнительный протокол к Конвенции о защите прав человека и достоинства человеческого существа в связи с использованием достижений биологии и медицины, касающийся запрещения клонирования человеческих существ (ETS N 168), принят 12 января 1998 года в Париже. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994\\_526#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_526#Text).

цілісності особи – це повага до приватного життя та особистого середовища<sup>179</sup>. Таким чином, цілісність особи є найважливішим принципом для створення довіри між лікарем та пацієнтом.

У статті 8 Загальної декларації ЮНЕСКО про біоетику та права людини йдеться про необхідність захисту особливо вразливих осіб та груп, а також поваги особистої цілісності<sup>180</sup>.

Гельсінська декларація Всесвітньої медичної асоціації закріпила принцип, відповідно до якого обов'язком лікарів, які беруть участь у медичних дослідженнях є серед іншого захист цілісності особи<sup>181</sup>.

Таке положення знайшло своє відображення і у Декларації ВООЗ про політику у сфері забезпечення прав пацієнта у Європі. Зокрема, до числа прав пацієнта було віднесено право на збереження своєї фізичної та психічної цілісності<sup>182</sup>.

З огляду на вищезазначене можна стверджувати, що міжнародне законодавство визнає право на цілісність особи серед

<sup>179</sup> Kemp P., Rendtorff J. D. The Barcelona Declaration. Towards an Integrated Approach to Basic Ethical Principles. *Synthesis Philosophica*. 2008. № 2. P. 240.

<sup>180</sup> Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. October 19, 2005. URL:

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Mxd2yU4rywUJ:portal.unesco.org/en/ev.php->

[URL\\_ID%3D31058%26URL\\_DO%3DDO\\_TOPIC%26URL\\_SECTION%3D201.html+%&cd=5&hl=uk&ct=clnk&gl=ro](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Mxd2yU4rywUJ:portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID%3D31058%26URL_DO%3DDO_TOPIC%26URL_SECTION%3D201.html+%&cd=5&hl=uk&ct=clnk&gl=ro).

<sup>181</sup> Хельсинкская декларация Всемирной Медицинской Ассоциации Этические принципы проведения медицинских исследований с участием людей в качестве субъектов исследования, принята на 18-й Генеральной ассамблее Всемирной медицинской ассоциации, Хельсинки, Финляндия, июнь 1964 г. URL: <http://www.sgmru.ru/sci/ethical/files/hd.pdf>.

<sup>182</sup> Декларация и политике в области обеспечения прав пациента в Европе, принято Европейским совещанием по правам пациента, Амстердам, Нидерланды, март 1994. URL: [https://med.sumdu.edu.ua/images/content/doctors/Deontology/Patients\\_rights\\_WHO.pdf](https://med.sumdu.edu.ua/images/content/doctors/Deontology/Patients_rights_WHO.pdf).

числа пріоритетних прав, зокрема, коли мова йде про застосування досягнень сучасної медицини та біології.

М. В. Савчин зазначає: «... з питань біоетики виникає низка питань щодо забезпечення цілісності особи (*individual integrity*), фундаментальним принципом якого є заборона «*medical experimentation without consent*» (здійснення медичних експериментів без згоди), основою чого є повага до гідності людини та її приватної автономії (можливості вільного, без стороннього тиску, вибору). Такими вимогам мають відповідати вирішення питань щодо трансплантології, природи організмів із наперед заданими властивостями. Однак тут значну роль відіграє процесуальна справедливість, яка включає право заінтересованих осіб бути заслуханими та вираження вільної волі особою щодо якого вживаються певні медичні заходи. Це передбачає наявність певних юридичних механізмів узгодження відповідної волі носія права та заінтересованих осіб, щоб за допомогою кваліфікованого юриста, який відповідає належним діловим і моральним якостям, ухвалювати рішення щодо здійснення певних медичних процедур чи методик лікування»<sup>183</sup>.

Як ми бачимо, теми клонування та цілісності особи широко переплітаються, не тільки у правовому полі, але є і предметом релігійних, етичних та філософських дискурсів.

Право на цілісність особи можна охарактеризувати як право на поведження з особою гуманно, при цьому зберігаючи її психічну та фізичну цілісність. Інакше кажучи, будь-яка особа має право не зазнавати фізичного чи психічного впливу з боку держави чи інших осіб.

У контексті клонування право на цілісність особи є важливим з огляду на те, що створення людини шляхом маніпулювання з її

---

<sup>183</sup> Савчин М. В. порівняльне конституційне право. К.: ЮрінкомІнтер, 2019. С. 67.

генетичними характеристиками можна розглядати як фактичне знищення автономії особи. У зв'язку з цим, особа стає об'єктом, яким можна маніпулювати відповідним чином. Зрештою, таким «об'єктом» може заволодіти інша особа або група осіб.

Наше подальше дослідження у цьому підрозділі буде присвячено питанням правового регулювання здійснення клонування у Європі, Південній Кореї, Сполучених Штатах Америки та Україні.

Стаття 11 Загальної Декларації про геном людини і права людини визначає, що: «Не допускається практика, яка протирічить людській гідності, така, як практика клонування з метою відтворення людської особистості...»<sup>184</sup>.

Відповідно до Додаткового протоколу про захист прав і гідності людини щодо застосування досягнень біології та медицини встановлено заборону будь-якого втручання з метою створення людської істоти, генетично ідентичній іншій людській істоті, живій або померлій<sup>185</sup>.

Ці два акти були розроблені та прийняті світовою спільнотою, містять імператив щодо заборони клонування людини і частково визначають поняття клонування.

Цікавим є факт того, що Додатковий протокол про захист прав і гідності людини не диференціює репродуктивне та терапевтичне клонуванням, натомість у Хартії основних прав Європейського Союзу така диференціація наявна, водночас у ній не міститься чіткої заборони терапевтичного клонування. Станом на

---

<sup>184</sup> Загальна декларація про геном людини та права людини ООН від 11 листопада 1997 року. Організація Об'єднаних Націй. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_575](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_575).

<sup>185</sup> Дополнительный протокол к Конвенции о защите прав человека и достоинства человеческого существа в связи с использованием достижений биологии и медицины, касающийся запрещения клонирования человеческих существ.



сьогодні слід говорити про відсутність чіткої позиції Європейського Союзу щодо терапевтичного клонування людських клітин.

Національне законодавство держав-членів Європейського Союзу встановлює заборону на клонування в таких формах: пряма або непряма заборона клонування людських істот, заборона репродуктивного клонування.

Питанням клонування присвячений Розділ 6 Федеративного закону Німеччини «Про захист ембріонів», який містить норми про те, що:

«1. Кожен, хто штучно втручається, з метою створення людського ембріону з однаковою генетичною інформацією, як у іншого ембріону, зародку, людини або померлої особи, буде покараний позбавленням волі строком до п'яти років або накладанням грошового штрафу.

2. Покаранню підлягає той, хто пересадить особі жіночої статі ембріон, визначеній в пункті 1...»<sup>186</sup>.

Крім того цей закон передбачає, що будь-які маніпуляції з ембріонами, які виникли внаслідок екстракорпорального запліднення, якщо вони не вчиняються для збереження цього ембріона, неможливі.

Можна зробити висновок, що метод клонування з метою дослідження або терапевтичного клонування, способом пересадки яйцеклітин, є у правовому полі, як правило, забороненим. Але виникають деякі юридичні труднощі та суперечки, пов'язані з тим, що ж потрібно розуміти під поняттям «однакова» у терміні «однакова генетична інформація». В залежності від того як саме трактувати цю «однаковість», заборона клонування згідно з Розділом 6 вищенаведеного закону Німеччини може не охоплювати

---

<sup>186</sup> Про захист ембріонів: Закон Федеративної республіки Німеччина, 1991 рік. URL: [https://www.gesetze-im-internet.de/eschg/\\_6.html](https://www.gesetze-im-internet.de/eschg/_6.html).

всі види клонування і тим самим допускати або дозволяти терапевтичне.

Ряд науковців вважають, що якщо під поняттям «однаковий» розуміти поняття «ідентичний», то клонований ембріон, шляхом пересадки яйцеклітин не підпадає під параграф 6 пункт 1 вказаного закону. Спадкова інформація таким способом клонованого ембріона є не повністю ідентичною спадковій інформації донорів яйцеклітин. Оскільки, мінімальна частка чужих мітохондрій ДНК, яка походить від донорської яйцеклітини все одно передається ембріону. Питання про те, чи забороняє Закон «Про захист ембріонів» терапевтичне клонування, чи це прогалина в законодавстві, залишається спірним. Не дивлячись на усі розбіжності в цих позиціях, фактична заборона юридично не заперечується.

Заборона стосовно проведення репродуктивного клонування може виражатися абсолютно по-різному: від чіткого закріплення догми про те, що клонування є злочином проти життя особи, як зокрема зображено в спеціалізованому законодавстві Франції, до чітко визначених об'єктів, які не можуть піддаватися клонуванню, як уже було зазначено вище, у Німеччині – це ембріон.

Законодавство Франції забороняє штучне створення ембріонів в дослідницьких чи комерційних цілях, але дослідження ембріональних стовбурових клітин дозволяється при дотриманні жорстких умов. Закон Франції «Про біоетику» прийнятий у 2011 році передбачає, що такі дослідження можуть вчинятися, якщо наукова актуальність дослідження встановлена; дослідження дозволять домогтися значного медичного прогресу і неможливо досягти очікуваного результату за допомогою будь-яких інших досліджень, в яких не використовуються людські ембріони, ембріональні стовбурові клітини.

Дослідження можуть проводитися тільки на ембріонах, створених *in vitro*, як частину продовження роду з медичною допомогою і які більше не є предметом батьківського проекту. На використання

таких ембріонів потрібна письмова згода пари, від якої були створені ембріони, вона має бути належним чином проінформована про можливість отримання ембріонів іншою парою або про припинення їх зберігання. Якщо такий дозвіл отримано від пари або від того члена пари, хто залишився в живих, вони обов'язково мають бути ознайомлені з характером запланованого дослідження. Така згода може бути анульована до початку досліджень. Ембріони, які використовувалися для досліджень не можуть бути перенесені в організм жінки з метою вагітності<sup>187</sup>. Дотримання норм цього закону у Франції контролює *Agence de la biomédecine* – Агентство з біомедицини. Саме цей орган приймає рішення про затвердження таких дослідницьких проєктів. Цивільне законодавство Франції містить чітку заборону втручання у процес народження дитини, генетично ідентичній іншій живій чи померлій людині.

У Конституції Швейцарії у статті 119 зазначено, що усі види клонування і будь-які маніпуляції з геномом людських гамет і ембріонів заборонені, так само як і заборонена торгівля зародковими та ембріональними матеріалами. Також ця стаття встановлює заборону донорства ембріонів<sup>188</sup>.

У Федеральному законі Швейцарії «Про трансплантацію органів, тканин і клітин» зазначено, що особа, яка навмисно або з метою прибутку виступає в якості посередника тканини плоду після аборту повинна бути притягнута до відповідальності<sup>189</sup>. Усі заборони на рівні національного законодавства різних країн світу, які передбачають купівлю або продаж ембріонів виникають у

---

<sup>187</sup> Про біоетику: Закон Франції від 07 червня 2011 року. URL: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024323102&categorieLien=id>.

<sup>188</sup> Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 18. April 1999. URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19995395/index.html>.

<sup>189</sup> Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen 8. October 2004 URL: <https://www.admin.ch>.

зв'язку з особливим статусом ембріона та його здатністю в майбутньому стати повноцінною людиною. Унікальність та особливість цього статусу полягає у тому, як ми оцінюємо людське життя та якими моральними цінностями керуємося. Довгі роки продовжуються активні юридичні та моральні дискусії чи можливо кваліфікувати людського ембріона як людину. Таке трактування тягне за собою низку нових питань, які будуть потребувати чіткого правового регулювання. Визнавши ембріона людиною, можна стверджувати, що ембріон володіє абсолютним правом на життя та в такому випадку треба допустити, що знищення створених ембріонів *in vitro*, які не були використані, не є можливим, що переривання вагітності є недопустимим навіть, коли є пряма загроза життю матері.

Статтею 16 Закону Латвії «Про сексуальне та репродуктивне здоров'я» також встановлено заборону на здійснення клонування людини: «Заборонено використовувати будь-яке медичне запліднення та інші технології, які можуть призвести до народження людини, генетично ідентичної до іншої живої або померлої людини»<sup>190</sup>. Так само заборону клонування людини ми знаходимо і у статті 24 Конституції Сербії<sup>191</sup>.

У законодавстві деяких держав не визначається конкретний тип клонування. Відтак, законодавці окремих держав світу не диференціюють репродуктивне та терапевтичне клонування або щонайменше вважають, що їх взаємозв'язок є виправданим. Дослідження ембріональних стовбурових клітин вимагає знищення ембріона, тоді як терапевтичне клонування вимагає його

---

<sup>190</sup> Про сексуальне та репродуктивне здоров'я: Закон Латвії від 29 січня 2004 року. URL: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/legaldocument/wcms\\_127921.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_127921.pdf)

<sup>191</sup> Constitution of The Republic of Serbia, September 30, 2006. URL: <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/74694/119555/F838981147/SRB74694%20Eng.pdf>

навмисного створення для дослідницьких цілей до моменту знищення. Клонування репродуктивної системи не передбачає знищення зародка.

Репродуктивне клонування людини залишається забороненим на законодавчому рівні і в першу чергу на це впливають психологічні, соціальні та фізіологічні ризики. Наука вже вкотре доказує, що на даному етапі, такі методи дослідження мають дуже низький рівень успіху, супроводжуються втратою великої кількості ембріонів, включають в себе ризик для здоров'я матері і можуть призводити до високої вірогідності смерті людей. Окрім цього існує низка філософських проблем, які постійно активно обговорюються, щодо природи розмноження та ідентичності людини, які порушуються під час репродуктивного клонування. Але поняття репродуктивного клонування включає в себе і створення тварини генетично ідентичної донору.

Будь-яке втручання, навіть якщо воно здійснюється з дослідницькою метою, може засвідчувати прямий чи опосередкований вплив на цілісність особи. Не в усіх країнах світу існує пряма заборона щодо клонування тварин. Одна з найбільших компаній *Sooam Biotech*, яка знаходиться в Південній Кореї, надає послуги по клонуванню домашніх тварин, зокрема собак. При цьому використовується процес переносу ядра соматичної клітини, по принципу того, який був використаний для клонування вівці Доллі. Він включає в себе видалення ядра з яйцеклітини самки та заміну його на ядро із клітини тої тварини, яка буде клонована.

У 1999 році вчений Сеульського університету Ву Сук Хван клонував корову. Ці досягнення не могли залишитися осторонь і привернули до себе увагу та викликали побоювання у багатьох вчених, біоетиків та різних організацій щодо перспективи клонування людини. Виникла гостра потреба у прийнятті закону, який би чітко регулював дослідження ембріональних стовбурових клітин.

У 2005 році вступив в силу закон Південної Кореї «Про біоетику». Він передбачив створення Національного комітету по біоетиці, який регулює дослідження стовбурових клітин, а Міністерство охорони здоров'я та соціального забезпечення Південної Кореї уповноважені надавати дозвіл на проведення дослідів на людських ембріонах. Сеульський національний університет встановлює основні принципи управління стовбуровими клітинами. Вищенаведений закон забороняє клонування людини за винятком особливих випадків і чітко встановлює стандарти використання людських ембріонів. Також даний закон забороняє експерименти з гібридом людини та тварини, виключає можливість дослідників комерціалізувати процес отримання яйцеклітин. Усі донори мають володіти повною інформацією про зберігання, знищення і використання ембріонів, які залишилися після їх створення в цілях продовження роду<sup>192</sup>.

Однією з перших і показових є справа «Джуніора Люїса Девіса проти Мері Сью Девіс», яку розглянув Верховний Суд Теннессі в 1992 році. Справа почалась з розлучення, сторони змогли дійти згоди щодо всіх питань, окрім опіки над «замороженими ембріонами», які зберігалися в клініці по лікуванню безпліддя, куди, колись ще подружжя пара Девісів, звернулась за допомогою у досягненні бажаної вагітності. Одна із сторін просила стати опікуном і контролювати створені заморожені ембріони, щоб мати змогу віддати їх безплідному подружжю, в свою чергу інша сторона виступала категорично проти і було висловлено побажання, щоб їх спільні ембріони були знищені. Для вирішення цієї справи, не маючи на той момент прецедентного права, яке суд мав би можливість використати при ухваленні рішення, він міг скористатися тільки широкими коментарями та аналізом юридичної

---

<sup>192</sup> South Korea's Bioethics and Biosafety Act, 2005. URL: <https://embryo.asu.edu/pages/south-koreas-bioethics-and-biosafety-act-2005>.

літератури. У першу чергу, постало питання про правильне трактування термінів, які будуть використовуватися в цій справі. Постало головне питання чи може «доросла людина» мати такий самий правовий статус як «дитина», чи може «дитина» мати такий самий правовий статус як «плід» і чим відрізняється «плід» від «ембріона». У процесі судового розгляду виникло багато суперечок чи можна взагалі істоту з чотирьох-восьми осередків назвати «ембріоном»?<sup>193</sup>. Суд наголосив, що «заморожені ембріони» не можуть бути визнаним, ані як людина, ані як власність однієї із сторін, а у зв'язку з їхнім потенціалом до людського життя займають тимчасову категорію.

У той же час, не треба забувати про те, що постійний науковий прогрес у сфері медицини в майбутньому може привезти до реального результату, в якому людина може стати об'єктом клонування.

Не менш важливою проблемою є фінансування дослідів присвячених клонуванню. У багатьох країнах світу гроші платників податків не можуть підтримувати і фінансувати досліді такого характеру. Наприклад, у Сполучених Штатах Америки продовжує діяти заборона щодо державного фінансування будь-яких досліджень, які можуть призвести до загибелі людських ембріонів. У більшості штатів Сполучених Штатів Америки взагалі діє заборона щодо запліднення яйцеклітини і створення ембріона для наукових цілей, винятком, до прикладу, є штат Орегон.

Взагалі, становлення нормативно-правової бази, яка передбачає заборону клонування у Сполучених Штатах Америки, пройшло доволі тривалий та неоднозначний шлях. В 1993 році вперше відбувається законодавче визнання можливостей досліджень, що фінансуються платниками податків. З цього

---

<sup>193</sup> Davis v. Davis, 842. S. W. 2nd 588 (Tenn. 1992). URL: <https://www.courtlistener.com/opinion/2431350/davis-v-davis/>.

моменту розпочинається активна боротьба «за» та «проти» клонування. Після дослідів з вівцею Доллі у 1997 році тогочасний Президент Сполучених Штатах Америки офіційно забороняє будь-яке фінансування клонування.

Протягом 2005-2009 років відбувається прийняття Закону про дослідження стовбурових клітин (*Stem Cell Research Enhancement Act*), що мав вираження у трьох редакціях 2005, 2007 та 2009 року. Кожна із редакцій не отримала успішного втілення в життя. Зокрема, прийняття Закону у редакції 2005 року дозволяло офіційне проведення досліджень з клонування, а також федеральне фінансування досліджень стовбурових клітин, отриманих від викинутих людських ембріонів, створених для лікування фертильності<sup>194</sup>.

Законом про дослідження стовбурових клітин 2007 року намагались розширити повноваження Служби охорони здоров'я в частині відповідних досліджень, однак редакція закону була ветована Президентом Сполучених Штатах Америки<sup>195</sup>.

У 2010 році на розгляд був внесений законопроект, окремий розділ якого присвячений регулюванню клонування, зокрема, забороні використання коштів на проведення чи підтримку клонування людини<sup>196</sup>. Остання редакція Закону не була прийнята.

Станом на сьогодні американська правова доктрина не міститься єдиного закону, який би на державному рівні чітко та однозначно врегулював би питання заборони чи дозвільного механізму клонування.

---

<sup>194</sup> Stem Cell Research Enhancement Act of 2005: Act 109<sup>th</sup> Congress, H. R. 810. URL: <https://www.congress.gov/109/bills/hr810/BILLS-109hr810enr.pdf>.

<sup>195</sup> Stem Cell Research Enhancement Act of 2007: Act 110<sup>th</sup> Congress, S. 5. URL: <https://www.congress.gov/bill/110th-congress/senate-bill/5>.

<sup>196</sup> Stem Cell Research Advancement Act of 2009: Act 109<sup>th</sup> Congress, H.R. 4808. URL: <https://www.congress.gov/bill/111th-congress/house-bill/4808/text?r=76&s=1>.



У 2015 році в Сполучених Штатах Америки знову відбувається спроба прийняти законодавчий акт, який регулюватиме повну заборону щодо проведення клонування. Зокрема, до палати представників внесено законопроект № 2105 під назвою «Закон про заборону клонування людини» (*Human Cloning Prohibition Act of 2105*).

Ключовими аспектами зазначеного законопроекту було те, що незаконним для будь-якої фізичної чи юридичної особи повинно визнаватись: здійснення чи намагання здійснити клонування; участь у спробі здійснення клонування; доставка чи отримання продукту клонування людини для будь-яких цілей<sup>197</sup>.

Законопроект було передано до Підкомітету з питань злочинності, тероризму, внутрішньої безпеки та розслідування, але його так і не було прийнято<sup>198</sup>.

Водночас у 2017 році приймається Перший акт про пацієнтів (*The Patients First Act of 2017*), який в розділі 2 метою визначив сприяння дослідженню стовбурових клітин, що є «етично отриманими» та сприяють кращому розумінню захворювань та методів терапії, з доказами надання клінічної користі для пацієнтів, а також сприяють «створенню плюрипотентних стовбурових клітин» без створення ембріонів людини для дослідницьких цілей та без травмування чи створення ризику загибелі ембріона<sup>199</sup>.

Іншими словами, прийняття Першого акту про пацієнтів стало передумовою для офіційного визнання терапевтичного клонування, в основі якого лежать біомедичні досліді.

---

<sup>197</sup> Human Cloning Prohibition Act of 2105: Act 114th Congress, 2015-2016, H.R. 3498. URL: <https://www.congress.gov/bill/114th-congress/house-bill/3498/text>.

<sup>198</sup> DNA technology: a reference handbook. Second edition / David E Newton. Santa Barbara, California, Denver, Colorado, 2017. 368 p.

<sup>199</sup> The Patients First Act of 2017: Act 115th Congress, June 15 2017. H. R. 2918. URL: <https://www.congress.gov/115/bills/hr2918/BILLS-115hr2918ih.pdf>.

Розробка дозвільних чи заборонних механізмів стала перевагою окремих штатів. Зокрема, в окремих штатах існують закони, які прямо забороняють, чи прямо дозволяють окремі форми клонування<sup>200</sup>.

Першим зі штатів, що вдався до прийняття Акту про заборону клонування став штат Каліфорнія. Так, у 1997 році законодавчий орган штату заборонив репродуктивне клонування або клонування з метою спонукання до штучної вагітності, при цьому не поширив заборону на клонування в дослідницьких цілях.

Виходячи з аналізу законодавчих актів окремих штатів умовно «заборонні» чи «дозвільні» механізми у сфері клонування можна розподілити на три групи:

1) заборона клонування: заборона репродуктивного та терапевтичного клонування (Арізона, Мічиган, Оклахома, Дакота, Вірджинія тощо);

2) часткова заборона окремих форм клонування: заборона клонування з метою відтворення людини, в той же час, як за дотриманням законодавчо визначених умов клонування в основі якого лежать медичні дослідження дозволено (Айова, Каліфорнія, Массачусетс, Нью-Джерсі тощо);

3) «альтернативна» заборона: характерна для штату Міннесота, в якому де-юре заборонено терапевтичне клонування, в той час як положення щодо його повної заборони відсутні, однак напряду заборонено репродуктивне клонування.

Останню форму заборони клонування можна охарактеризувати як таку, що передбачає обмеження терапевтичного клонування шляхом заборони його фінансування за

---

<sup>200</sup> The Threat of Human Cloning. Ethics, Recent Developments, and the Case for Action. The Witherspoon Council on Ethics and the Integrity of Science. The New Atlantis. № 46, Summer 2015. P. 5-6. URL: <https://www.thenewatlantis.com/publications/part-four-cloning-policy-in-the-united-states>.

рахунок публічних коштів, в той час як повної заборони щодо самої технології проведення такого клонування не існує. Таким чином, це правило не поширюється на репродуктивне клонування, яке є забороненим.

Наукова література містить багато традиційних підходів до встановлення критеріїв розподілу держав залежно від того, яким чином на законодавчому рівні закріплено заборону або дозвіл щодо здійснення репродуктивного та терапевтичного клонування. Цікавим та зовсім «нетиповим» є підхід шийтських вчених, який описує специфічну природу функціонування інституту клонування у світовому вимірі. Він відображає певну взаємодію між етикою та юриспруденцією стосовно правової та моральної визначеності. Ці думки умовно слід класифікувати за такими критеріями:

1) загальний дозвіл на клонування, який пояснюється єдністю етичної позиції з юридичною щодо дозвільних механізмів клонування зважаючи на відсутність конкретних документів та чітких доказів щодо святості клонування. Така позиція може визначитись як реальне існування принципу допустимості. Наприклад, аятолла Систані і аятолла Фазель Ланкарані вважали клонування людини не проблематичним, якщо обмежується можливість реконструкції ушкоджень тканин. Також аятолла Мусаві Ардабілі вважає, що немає чіткої причини для недоторканності клонування людини, і ця операція допустима, якщо вона обмежена реконструкцією пошкоджень тканин<sup>201</sup>;

2) обмежений дозвіл на клонування, що підтверджується дозвільним механізмом органів влади окремих держав світу стосовно здійснення клонування (посилаючись на вказаний вище принцип), але із застереженням того, що масове застосування клонування може призвести до виникнення проблем. Так, на думку

---

<sup>201</sup> Panahizadeh M., Moosavi S. K. H. An Approach to Ethical Fundamental and Interpretation of Human Cloning and Its Relationship with Jurisprudence. 2<sup>nd</sup> Congress on Review of Islamic Regulations in Medicine, 2013. P. 352.

професора Хасана Явгері, проблеми з клонуванням в природі не існує, але це не є законним для великих масштабів;

3) вторинна святість клонування людини, що розкривається крізь позицію шийтських юристів, полягає в тому, що клонування людини не є проблемою в природі, але експлуатація його в лабораторіях може призвести до неминучої корупції, наприклад, втручання в природну систему особистості;

4) повна заборона клонування людини, яка виходячи із аргументів вчених, пояснюється нелегітимністю клонування та чіткою санкційною забороною у його проведенні<sup>202</sup>.

Тепер необхідно звернути увагу на те, яким чином національний законодавець підходить до вирішення питання про клонування в Україні. Традиційний поділ клонування на репродуктивне та терапевтичне впливає як на законодавчу регламентацію клонування, так і на увесь адміністративно-правовий механізм клонування в Україні.

При повній забороні клонування: і репродуктивного, і терапевтичного не може йти мова про застосування однакових санкцій при порушенні такої норми, так як, по суті, тільки при першому виді клонування порушується людська гідність. Кожна людина має право на свою унікальність. Тіло та генотип є одними зі складових людської неповторності та гідності, в свою чергу, клон – це завжди тільки копія «когось». Створення «клонів» живих осіб виключно як джерела для трансплантації органів є зведенням людини до рівня предмету вжитку, що є цілковито недопустиме з точки зору християнського персоналізму<sup>203</sup>.

---

<sup>202</sup> Nabavizadeh S. L., Mehrabani D., Vahedi Z., Manafi F. Cloning: A Review on Bioethics, Lagal, Jurisprudence and Regenerative Issues in Iran. *World Journal of Plastic Surgery*, 2016. № 5 (3). URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5109382/>.

<sup>203</sup> Біоетика. *sham.com.ua*: website. URL: [http://sham.com.ua/pdf/bioetyka\\_odessa.pdf](http://sham.com.ua/pdf/bioetyka_odessa.pdf).

Головним результатом терапевтичного клонування є отримання стовбурових клітин, які можуть відновлювати функції практично будь-яких органів, так як мають здатність перетворюватися на специфічні тканинні клітини окремих органів, а також бути основою для вирощування цих органів, що призведе до революції в трансплантології. Тобто, такі клітини можуть бути трансплантовані пацієнту з метою заміни хворих клітин без ризику відторгнення імунною системою.

У літературі вже з'являються відомості про використання нейротрансплантації при посттравматичних та ішемічних пошкодженнях центральної нервової системи, дитячому церебральному паралічі, ряді атрофічних процесів, при наявності генетичних вад головного мозку.

Прогрес в дослідженнях терапевтичного клонування не є таким швидким, оскільки виникає низка етичних протиріч у зв'язку з потребою великої кількості людських яйцеклітин, які будуть використовуватися виключно в дослідницьких цілях. Крім того, в деяких країнах існує пряма заборона щодо штучного запліднення яйцеклітини і створення ембріонів для дослідницьких цілей. Але навіть якщо у національному законодавстві такої заборони нема, це ще не вирішує питання правильної організації роботи з ембріонами. Без фінансової компенсації більшість жінок просто не погодяться піддавати своє здоров'я та життя ризику задля створення ембріонів для дослідницьких цілей.

В Україні діє Закон «Про заборону репродуктивного клонування людини» в статті 2 якого зазначено: «Клонування людини – це створення людини, яка генетично ідентична іншій живій або померлій людині, шляхом перенесення у залишену без ядра жіночу статеву клітину ядра соматичної клітини людини»<sup>204</sup>.

---

<sup>204</sup> Про заборону репродуктивного клонування людини : Закон України від 14 грудня 2004 року № 2231-IV. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2231IV#Text>.

Законодавець чітко визначив, що об'єктом клонування та створення похідного від нього клону є виключно людина. Але беручи до уваги міжнародний досвід щодо клонування, повторимо, що клонованими можуть бути також і тварини, ембріони тощо. З урахуванням вказаного необхідно розглядати клонування як сукупність біологічних та медичних методів, спрямованих на здійснення безстатевого розмноження живих істот, результатом яких є створення статево роздільного організму, який є генетично ідентичним щодо живого чи померлого об'єкта клонування<sup>205</sup>.

У законодавстві деяких держав поряд з людиною об'єктом клонування визнано також і тварин, які не можуть бути піддані клонуванню, що є більш дієвим механізмом порівняно з національним імперативом заборони проведення процедури клонування виключно стосовно людини як живої істоти.

Щодо терапевтичного клонування, то в першу чергу, цей вид клонування може допомогти у створенні життєво важливих органів для людини, яка все життя страждає від певного виду хвороб та роками стоїть у листі очікування для отримання анатомічного матеріалу для трансплантації. Станом на сьогодні цей вид досліджень знаходиться в стадії розробки, але недосконале правове регулювання не дає безперешкодної можливості його активного розвитку. Це, у першу чергу, можна пояснити специфікою та складністю процесу терапевтичного клонування, оскільки воно здебільшого базується на стовбурових клітинах, вилучених від ембріона. І тут виникає проблема морального статусу клонованого ембріона, який створений виключно у дослідницьких цілях і після завершення дослідження підлягає знищенню. Хоча і тут немає єдиної у світі точки зору щодо правового регулювання цього питання.

---

<sup>205</sup> Болдіжар С. О. Клонування та проблеми цілісності особи. С. 35.

У Великобританії діє *Human Fertilisation and Embryology Authority*, метою якого є видача ліцензій на дослідження щодо створення ембріональних стовбурових клітин людини, шляхом переносу ядра. Такі ліцензії гарантують, що ембріони будуть використовуватися виключно на законному рівні у терапевтичних і дослідницьких цілях.

Враховуючи британський досвід, вважаємо за доцільне в Україні відповідно до чинного законодавства видавати ліцензії на дослідження щодо створення ембріональних стовбурових клітин людини. При чому, це може відбуватися як у рамках діяльності Ліцензійної комісії МОЗ, так і за допомогою створення ще однією комісії у структурі МОЗ. При цьому, у першому випадку необхідно буде внести зміни до наказу МОЗ від 31 серпня 2012 року № 677 «Про затвердження Положення про Ліцензійну комісію МОЗ України»<sup>206</sup>, а у другому – затвердити положення новоствореної комісії.

Відповідно до абзацу 31 підпункту 8 пункту 4 Положення «Про Міністерство охорони здоров'я України»<sup>207</sup>, затвердженого постановою КМУ від 25 березня 2015 року № 267 МОЗ здійснює ліцензування господарської діяльності з медичної практики<sup>208</sup>.

Питаннями, пов'язаними із ліцензуванням господарської діяльності у медичній сфері безпосередньо займається Ліцензійна комісія МОЗ, яка керується у своїй діяльності наказом МОЗ «Про

---

<sup>206</sup> Про затвердження Положення про Ліцензійну комісію МОЗ України: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 серпня 2012 року № 677. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0677282-12#Text>.

<sup>207</sup> Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України : Постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267.

<sup>208</sup> Про затвердження переліку органів ліцензування та визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України: Постанова Кабінету Міністрів України від 05 серпня 2015 року № 609. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/609-2015-%D0%BF>.

затвердження складу Ліцензійної комісії МОЗ України»<sup>209</sup> від 30 грудня 2013 року № 1168 та наказом МОЗ «Про затвердження Положення про Ліцензійну комісію Міністерства охорони здоров'я України»<sup>210</sup> від 28 жовтня 2002 року № 389.

Основними завданнями Ліцензійної комісії є:

- 1) розгляд документів, поданих суб'єктами господарювання до МОЗ для здійснення господарської діяльності з медичної практики;
- 2) прийняття рішень щодо видачі, переоформлення та анулювання ліцензій на здійснення господарської діяльності з медичної практики;
- 3) ведення ліцензійних справ та ліцензійного реєстру МОЗ.

МОЗ затверджує перелік закладів охорони здоров'я, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що передбачає право на видачу ліцензій на дослідження щодо створення ембріональних стовбурових клітин людини на підставі протоколу Ліцензійної комісії, що закріплюється відповідним наказом.

Як бачимо, Ліцензійна комісія МОЗ є важливим суб'єктом у питаннях ліцензування господарської діяльності, про що говорить той факт, що їй надається право подавати пропозиції МОЗ щодо розробки нормативно-правових актів з питань ліцензування.

Разом з тим, не слід забувати, що у статті 28 КУ закріплено, що жодна людина без її вільної згоди не може бути піддана

---

<sup>209</sup> Про затвердження складу Ліцензійної комісії МОЗ України: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 30 грудня 2013 року № 1168. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1168282-13>.

<sup>210</sup> Про затвердження Положення про Ліцензійну комісію Міністерства охорони здоров'я України: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 жовтня 2002 року № 389. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0389282-02>.



медичним, науковим чи іншим досліддам<sup>211</sup>. Клонування за своєю юридичною природою вже саме по собі стоїть на тонкій межі між визначенням гідності особи і аспектами, які можуть свідчити, чи було здійснено будь-яке правомірне чи неправомірне дослідницьке втручання стосовно живої істоти.

Між законодавством, яке регулює питання клонування, а також активними та швидкими темпами технологічного прогресу, зокрема, стрімким розвитком медицини, у більшості країн світу виникає величезна прірва. Існує першочергова потреба у створенні на теренах України чіткої нормативно-правової бази для регулювання, по-перше, репродуктивних технологій, а, по-друге, досліджень у сфері клонування.

Отже, законодавство щодо клонування не є уніфікованим в усьому світі. У деяких державах правове становище клонування залишається взагалі невизначеним, виходячи з чого, можна стверджувати, що законодавці таких держав не помічають прогрес у сфері клонування. Через це дослідження клонування та цілісності особи продовжують перебувати у так званій «сірій зоні». Такий міжнародний дисенсус залишає питання, які висвітлені у цьому підрозділі, надзвичайно суперечливими. Саме тому вважаємо, що на шляху до вирішення проблем у сфері клонування, необхідно удосконалювати нормативно-правову базу, приводячи її у відповідність з міжнародними стандартами. При цьому, не можна забувати про етичний бік цього питання, а також про діалог із суспільством, що дозволить при внесенні змін до чинного законодавства якнайкраще відобразити об'єктивно існуючі потреби.

---

<sup>211</sup> Конституція України.

### 2.3. Евтаназія і питання закінчення життя

Термін «евтаназія» мав різні значення і все залежало від контексту його використання. Перше вживання терміну «евтаназія» в його сучасному розумінні належить римському історику Гаю Светонію Транквіллу, який описував як імператор Август, «швидко помираючи і не страждаючи в обіймах своєї дружини Лівії, пережив «евтаназію», якої так прагнув»<sup>212</sup>. Питання життя та смерті завжди було і буде актуальним. Філософи, юристи, лікарі розглядатимуть ці дві категорії з різних поглядів і усі стикатимуться з рядом переваг та недоліків. Філософи поділяться на два табори, де противники стверджуватимуть, що людина не обирає коли приходити у цей світ, а тому не в праві і приймати рішення коли його покидати. Медики поділяться на тих, хто вважає евтаназію порушенням клятви Гіппократа, і на тих, хто вважає її одним з найяскравіших проявів дотримання цієї клятви. Правники ж, в свою чергу, дискутуватимуть чи можна вважати право на смерть таким ж невід'ємним правом людини, як право на життя і чи достатньо є правових механізмів аби врегулювати це питання на належному рівні з метою уникнення будь-яких зловживань у цій сфері<sup>213</sup>.

Так, розмірковуючи про право на життя, слід зазначити, що відповідно до статті 2 ЄКПЛ це право є абсолютним і суто з юридичної точки зору, будучи закріпленим у нормативно-правових актах, передбачає право на прийняття будь-яких рішень, що стосуються розпоряджання власним тілом<sup>214</sup>. Зокрема, але не виключно, сюди можна віднести і можливість реалізувати своє право на гідну смерть. Безперечно, законодавство встановлює ряд

---

<sup>212</sup> Letellier P. Ethical eye: Euthanasia - Volume I, ethical and human aspects. Strasbourg: Council of Europe Publishing, 2003. 200 p.

<sup>213</sup> Болдіжар С. О. Особливості евтаназії і питання закінчення життя. *Право і суспільство*. 2019. № 5. Ч. 2. С. 9.

<sup>214</sup> Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод, прийнята 04 листопада 1950 року. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_004#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_004#Text).

вимог, які повинні бути дотримані з метою реалізації права на евтаназію. Перш за все, мова йде про декілька медичних аспектів, які безпосередньо стосуються стану здоров'я хворого. На друге місце можна поставити юридичні тонкощі, які пов'язані з правоздатністю та дієздатністю особи, яка клопоче про надання дозволу на евтаназію.

Евтаназія – це складний процес, в якому роль буде грати багато факторів, в першу чергу – це національне законодавство, далі фізичне та психічне здоров'я особи і не менш важливим є саме бажання та особисті переконання.

Гідність людини є частиною сутності будь-якого права людини і тому принцип поваги до людської особистості та гідності є базовим біоетичним принципом. Як зазначає Р. Андорно повага до гідності людини має стати також основним принципом міжнародної універсальної біоетики<sup>215</sup>. Поняття людської гідності тісно переплітається з поняттям поваги та цінності людського життя. Ще одним важливим принципом, який пов'язаний з повагою до гідності людини є принцип особистої автономії та цілісності особи, суть якого полягає у неможливості здійснення будь-якого медичного втручання всупереч волі особи навіть у тих випадках, коли такі дії спрямовані на збереження життя. Автономія є свідченням того, що особа має право вільного вибору надання відмови чи згоди на будь-який вид медичного втручання.

Варто звернути увагу на те, що вкрай важливо проводити розмежування різновидів евтаназії, так як зважаючи на їх специфіку, адміністративно-правове регулювання цих процесів буде суттєво відрізнятися.

Евтаназію можна поділити на активну та пасивну, які в свою чергу можуть приймати такі форми: добровільна; недобровільна

---

<sup>215</sup> Andorno R. Biomedicine and international human rights law: in search of a global consensus. *Bulletin of the World Health Organization*. 2002. Vol. 80. № 12. P. 960.

(примусова). Добровільна і примусова евтаназія відрізняються тільки критерієм наявності добровільного волевиявлення пацієнта. Хоча існують комбінації вищеперерахованих видів. В розумінні католиків між активною і пасивною евтаназією існує моральна відмінність, перший вид призводить до смерті, а другий дозволяє померти<sup>216</sup>.

Існує багато визначень видів евтаназії, але все частіше в науковій літературі не використовують таке розмежування, а застосовують тільки термін евтаназія.

Пасивна евтаназія виражається в тому, що припинення надання медичної допомоги, направленої на продовження життєдіяльності людини, прискорює настання смерті природнім шляхом. Тобто, цей вид евтаназії виступає як відмова від штучного підтримання життя.

У державах, де легалізована пасивна евтаназія, законодавство зазвичай містить норми, які дозволяють невеличково хворим пацієнтам відмовитися від штучного підтримання життєдіяльності.

У 2005 у Франції було прийнято закон «Про права пацієнта і закінчення життя». Цей акт регулює право важкохворих на смерть. Норми вищенаведеного закону включали право особи на пізній або кінцевій стадії серйозного та невеличкового захворювання, незалежно від причини, вирішити обмежити чи припинити будь-яке лікування. Лікар, в свою чергу, повинен поважати бажання пацієнта, а до його обов'язків належить повідомлення пацієнта про наслідки його вибору. Будь-яка повнолітня особа мала право написати попереднє розпорядження—у випадку, якщо коли-небудь не буде мати змогу висловити своє побажання про умови обмеження або припинення лікування, яке може бути відізане в будь-який час.

---

<sup>216</sup> Pakhu J. Debate on Euthanasia (Pros and Cons). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa Faculdade de Teologia, 2015. P. 10.

Відповідності до закону лікарі мали право припинити лікування, яке підтримує життєдіяльність пацієнта, в тому числі і клінічну підтримку гідrataції та харчування<sup>217</sup>.

З плином часу стало зрозуміло, що Закон «Про права пацієнта і закінчення життя» так і не зміг вирішити усі проблеми правового регулювання розширення прав пацієнтів, а тільки запевнив лікарів у тому, що припинення лікування важкохворих та невиліковних пацієнтів є законним. Логічним кроком стало прийняття нового нормативно-правового акту і з 2016 року у Франції вступив в силу закон «Про право на смерть», який дає можливість невиліковним хворим право на безперервну глибоку седацію «глибокий сон» до самої смерті. Тобто, дане право надане в якості альтернативи евтаназії і запропоноване як так званий «французький досвід» на вирішення проблем в кінці життя<sup>218</sup>. Проаналізувавши окремі нормативні правові акти Франції, можна прийти до висновків, що законодавець наділив пацієнтів правом не тільки припинити чи обмежити лікування при якому особа так і залишається перебувати в муках і стражданнях, очікуючи смерті, а і можливість отримання седації, яка призводить до несвідомого стану аж до самої смерті, тобто право на смерть «без страждань». Ця держава вважається першою, яка прийняла законодавство, що регулює такий вид медичної допомоги, при цьому залишивши легалізованою тільки пасивну евтаназію. Але у Франції так і не припинялися дискусії щодо того, наскільки процедура введення важко- та невиліковно хворого пацієнта в «глибокий сон» відрізняється від активної

---

<sup>217</sup> LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (1). URL: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000446240/>.

<sup>218</sup> LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (1) URL: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031970253/>.

евтаназії і у 2017 році був розроблений законопроект про легалізацію евтаназії.

Моральні, культурні, релігійні та юридичні аспекти лікування пацієнта, який помирає, завжди є найскладнішими в сфері медицини. Ізраїль не є винятком із переліку країн, які довгі роки шукають правильний правовий підхід до вирішення даної проблеми. У 2005 році було прийнято закон «Про помираючого пацієнта». Суттєвий момент, який викликав багато дискусій, стосувався припинення штучної вентиляції легенів і відмови від гідратації та харчування. Звести усі розбіжності до мінімуму вдалося завдяки прийняттю концепції таймера, який закріплено на апараті штучної вентиляції легенів. Вищенаведений закон дозволяє припинити тільки вичерпний перелік підтримуючої життя терапії, а саме:

- інтубація пацієнтів;
- хірургічне втручання;
- діаліз;
- хіміотерапія та променева терапія.

Такі норми базуються на основі єврейської правової системи, де відсутній обов'язок активно продовжувати біль і страждання помираючого пацієнта, але чітко заборонені будь-які дії направлені на навмисне і активне позбавлення життя<sup>219</sup>.

Тобто, в законі Ізраїлю «Про помираючого пацієнта» прописана процедура пасивної евтаназії, коли невиліковно хворий пацієнт може відмовитися від подальшого лікування і виявити бажання відключити його від апарату штучної вентиляції легенів, а також заборонити медичним працівникам продовжувати його життя за допомогою лікарських засобів, але в жодному разі цей нормативно-правовий акт не дозволяє проведення активної евтаназії чи асистованого суїциду<sup>220</sup>.

---

<sup>219</sup> Ravitsky V. Education And Debate. Timers on Ventilators. *BMJ*. 2005. URL: <https://www.bmj.com/content/330/7488/415.full>.

<sup>220</sup> Ravitsky V. See supra.

Отже, різниця між пасивною і активною евтаназією полягає в тому, що визначене коло осіб має право відмовитися чи обмежити лікування, яке просто стало неефективним та має право виявити бажання відключити пристрої підтримання життєдіяльності. Пасивна евтаназія – це свого роду добровільне утримання від отримання медичної допомоги. Не зважаючи на багато юридичних розбіжностей, у більшості держав припинення або обмеження інтенсивної терапії без згоди пацієнта стало звичною практикою.

В Україні затверджено наказ МОЗ № 2559 «Про деякі питання удосконалення роботи відділень анестезіології та інтенсивної терапії закладів охорони здоров'я», який регулює порядок припинення активних заходів щодо підтримання життя пацієнта. Він містить вичерпний перелік активних заходів щодо підтримання життя пацієнта:

- штучна вентиляція легенів;
- вазопресорна підтримка гемодинаміки;
- екстракорпоральна мембранна оксигенація;
- ентеральне та перенатальне харчування<sup>221</sup>.

Наказ визначає порядок припинення активних заходів щодо підтримання життєдіяльності пацієнта з діагностуванням смерті мозку, тобто у випадках підтвердженої консиліумом лікарів незворотної смерті<sup>222</sup>. Усі діагностичні критерії смерті мозку у дорослих і дітей, саму процедуру її констатації та дії медичних працівників закладів охорони здоров'я визначає Порядок констатації та діагностичні критерії смерті мозку людини<sup>223</sup>.

---

<sup>221</sup> Про деякі питання удосконалення роботи відділень анестезіології та інтенсивної терапії закладів охорони здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09 листопада 2020 року № 2559. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1259-20#Text>.

<sup>222</sup> Там само.

<sup>223</sup> Порядок констатації та діагностичні критерії смерті мозку людини: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09 листопада 2020 року № 2559. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1260-20#Text>.

Під активною евтаназією розуміють введення особі, яка помирає певних лікарських чи інших засобів, вчинення інших дій, які тягнуть за собою швидко і безболісне настання смерті.

Активна евтаназія може виражатися у таких формах:

- 1) вбивство через милосердя;
- 2) самогубство асистовано лікарем;
- 3) власне активна евтаназія, яка відбувається без допомоги лікаря<sup>224</sup>.

Аль-Карадаві виділяє такі три типи активної евтаназії і, на його думку, різниця між ними в основному базується на характері згоди пацієнта. Цими типами активної евтаназії є:

- добровільна;
- мимовільна;
- недобровільна<sup>225</sup>.

Добровільна здійснюється тоді, коли компетентний та обізнаний пацієнт самостійно просить про це. Недобровільна евтаназія має місце тоді, коли пацієнт не здатний здійснити судження або висловити побажання щодо евтаназії (наприклад, «неповноцінний» новонароджений або коматозний дорослий). Зрештою, мимовільна евтаназія передбачає, що пацієнт може висловити бажання жити, але тим не менше, евтаназія все рівно здійснюється<sup>226</sup>.

Першою державою, у якій декриміналізували евтаназію стали Нідерланди. В 1971 році Андріс Постма, терапевт із сільської місцевості в Нідерландах, який разом зі своєю жінкою, яка також була практикуючим лікарем, допомогли піти з життя її матері.

---

<sup>224</sup> Легитимация и легализация эвтаназии в странах ЕС. *SBSNews*: website. URL: <http://www.sbsnews.eu/ru/geopolitika/item/365-legitimatsiya-i-legalizatsiya-evtanazii-v-stranakh-es>.

<sup>225</sup> Al-Qaradawi Y. Islam's Stance on Euthanasia. *Islamonline*: website. URL: <https://islamonline.net/servlet/%20Satellite>.

<sup>226</sup> See supra.



Вважається, що ще в 1965 році в місцевому журналі він висловлював свої тверді переконання на право кожної людини на добровільну і усвідомлену смерть, а через шість років теоретичні погляди переросли в гостру особисту перспективу, коли лікар і його дружина зіткнулись зі стражданнями матері-інваліда. При діагнозі крововилив в головний мозок, жінка оглухла, насилу говорила і її вимушено прив'язували до стільця в будинку для пристарілих, щоб вона не впала. Жінка неодноразово просила свою дочку допомогти їй піти з життя. В кінцевому результаті вона погодилась і ввела своїй матері 200 мг морфіну. Подружжя не приховувало такий вчинок і попередили про нього директора будинку для пристарілих, а він, у свою чергу, – санітарну інспекцію. Жінці Андріса Постми було пред'явлено обвинувачення відповідно до закону, який забороняв добровільну евтаназію і передбачав санкцію у вигляді дванадцяти років позбавлення волі. В рішенні суду 1973 року було визнано, що лікарю може бути дозволено своїми діями запобігти серйозним і неминучим стражданням, навіть якщо це призведе до смерті пацієнта. Хоча в той час евтаназія чи допомога при вчиненні самогубства вважалася караним діянням, в цьому конкретному випадку лікар був визнаний винним в порушенні закону, однак суд призначив тільки умовне покарання у вигляді позбавлення волі строком на тиждень<sup>227</sup>.

З упевненістю можна стверджувати, що це рішення стало першим кроком і поштовхом для створення *Dutch Voluntary Euthanasia Society* і породило масштабну дискусію прийнятності смерті за допомогою лікаря. Пізніше інші судові рішення підтверджували позицію, що при певних обставинах евтаназія або сприяння смерті за допомогою лікаря, хоча і заборонені законом, але

---

<sup>227</sup> Sheldon T. Andris Postma. General practitioner involved in first case to change Dutch law on euthanasia. *BMJ*. 2007. № 334. P. 320.

можуть бути виправдані. Попри це, правова регламентація евтаназії так і залишалася незрозумілою<sup>228</sup>.

В 2002 році в Нідерландах вступив в силу закон «Припинення життя по запити та асистований суїцид», відповідно до якого лікар не може бути притягнутий до відповідальності за припинення життя пацієнта при умові, що:

— лікар переконаний, що прохання пацієнта було добровільним та добре продуманим;

— лікар переконаний, що страждання пацієнта були тривалими і нестерпними;

— лікар проінформував пацієнта про стан та ситуацію, в якій останній знаходиться і про перспективи її подальшого розвитку;

— пацієнт переконаний в тому, що не існує іншого розумного рішення ситуації, в якій він перебуває;

— лікар проконсультувався щонайменше ще з одним незалежним лікарем, який оглянув даного пацієнта, прийшов до такого самого висновку та дав своє письмове заключення;

— лікар припинив життя або асистував самогубство з належною обережністю<sup>229</sup>.

Закон передбачає створення регіональних комітетів, до компетенції яких входить розгляд усіх випадків припинення життя за проханням пацієнта або асистованого суїциду. Цей орган складається з непарної кількості членів і включає як мінімум одного юриста, голову, одного лікаря і одного експерта по етичним та філософським питанням, а також до заступників членів кожної вищеперерахованої категорії. Місце смерті і буде тим критерієм,

---

<sup>228</sup> Legemaate J. The Dutch Euthanasia Act and Related Issues. *Journal of Law and Medicine*. 2004. № 11. P. 313.

<sup>229</sup> Dutch law on Termination of life on request and assisted suicide (complete text), April 1st, 2002. URL: <https://wfrtds.org/dutch-law-on-termination-of-life-on-request-and-assisted-suicide-complete-text/>.

який визначає, який саме регіональний комітет буде розглядати дану справу. В Нідерландах склад даної комісії призначається на шість років та звільняється міністрами у випадках непридатності чи некомпетентності. Особливість законодавства Нідерландів стосовно евтаназії полягає в тому, що ні одна із сторін, а саме, ні пацієнт, ні лікар не мають абсолютного виключного права на застосування такого виду втручання. Іноземцям у проведенні евтаназії відмовлено<sup>230</sup>.

Найважливіша проблема евтаназії полягає у встановленні чітких категорій осіб, щодо яких вона може бути застосована. На нашу думку, евтаназія може мати місце тільки для конкретно визначених категорії осіб:

— пацієнти, які відчують постійний фізичний біль, у зв'язку з невиліковною хворобою, який тягне за собою психологічні і моральні страждання, а настання внаслідок неї біологічної смерті неминуче, що підтверджено медичним заключенням;

— хворі, які знаходяться у незворотному вегетативному стані, однак у даному випадку пацієнт не може дати особисту згоду на припинення життя.

Але перед нами постає ще одна дуже важлива проблема – визначення поняття «невиліковна хвороба». Станом на сьогодні в Україні не існує єдиного нормативно-правового акту, який би містив вичерпний перелік таких захворювань, хоча саме поняття дуже часто зустрічається у різних законодавчих актах. Наука і медицина не стоять на місці і у світі постійно тривають клінічні дослідження по виявленню нових методів лікування тих чи інших захворювань. То чи може взагалі існувати вичерпний перелік невиліковних хвороб і чи з постійним розвитком медицини можна з впевненістю говорити про невиліковність тієї чи іншої хвороби? Однозначно можна стверджувати, що зустрічаються хвороби, які станом на

---

<sup>230</sup> Dutch law on Termination of life on request and assisted suicide.

сьогодні є «сильнішими, ніж будь-які засоби боротьби з ними» і з кожним роком можливості медичної науки стають більші, але, на жаль, завжди мають межі. У таких випадках може іти мова про недоречність очікування повного видужання пацієнта. Але саме вміння ідентифікувати стан хворого, надати увесь спектр медичних послуг та виявити ті випадки, коли будь-яке втручання не призведе до бажаних результатів окрім фізичного болю та страждань, є прерогативою справжніх спеціалістів у сфері охорони здоров'я.

Отже, специфіка еутаназії як виду медичної діяльності полягає в тому, що її застосування може здійснюватися тільки при наявності певних умов:

1) наявність невиліковної хвороби у пацієнта, наслідком якої є нестерпні страждання фізичного, психічного, морального та іншого характеру;

2) чітко окреслений вектор діяльності медичних працівників, направлений виключно на припинення страждань пацієнта;

3) здійснюється виключно за усвідомленим та чітко визначеним проханням пацієнта, а якщо стан пацієнта не може забезпечити такого волевиявлення, то за проханням його законного представника;

4) пацієнту або його законному представнику має бути надана повна, об'єктивна і своєчасна інформація про незворотність такої діяльності<sup>231 232</sup>.

Отже, при дослідженні питання еутаназії найвагомим критерієм є інформована згода компетентного пацієнта на вчинення акту штучного переривання життя. Компетентним може вважатися тільки той пацієнт, який досяг нормативно встановленого віку та у нього наявні ознаки дієздатності. Але зважаючи на специфіку такого

---

<sup>231</sup> Романовский Г. Б., Тарусина Н. Н., Мохов А. А. и др. Биомедицинское право в России и за рубежом. М.: Проспект, 2015. С. 254.

<sup>232</sup> Стефанчук Р. А. Возвращаясь к вопросу легализации эвтаназии в странах СНГ: Pro et contra. *Государство и право*. 2008. № 5. С. 77.

методу медичного втручання як евтаназія і випадки, коли вона застосовується не можна оминати увагою проблемні питання правового регулювання припинення життя недієздатних пацієнтів. У світі нема єдиної думки на рахунок того, наскільки етично позбавити людину життя за її проханням, а особливо у разі, якщо ще ця особа є недієздатною.

Іноді прийнятним є те, що лікарі перестають вчиняти будь-які дії для підтримання життєдіяльності невиліковно хворого пацієнта, коли є підстави припускати, що вони діють в інтересах недієздатної особи. В ситуації коли лікарі вважають доцільним збереження життя, будь-яка дія та бездіяльність вважаються морально та юридично еквівалентними навмисній відмові від виконання обов'язку щодо порятунку життя. Тому парламент та суди мають вживати заходи для визнання такої еквівалентності у випадку клінічного погодження щодо припинення життя в інтересах деяких недієздатних пацієнтів<sup>233</sup>.

Найбільші затяті противники недобровільної (примусової) пасивної та активної евтаназії визнають, що немає моральної різниці між дією і бездіяльністю коли мова іде про ненадання медичної допомоги для збереження життєдіяльності людини. Загалом вони не заперечують відмову від підтримання життєдіяльності в принципі. Однак стверджують, що вона може бути прийнятною тільки у разі, якщо буде відповідати двом умовам, які на практиці виключають поняття примусової евтаназії<sup>234 235</sup>.

---

<sup>233</sup> Doyal L. The case for physician-assisted suicide and active euthanasia in amyotrophic lateral sclerosis. In: Brown RH, Meininger V, Swash M, editors. *Amyotrophic lateral sclerosis*. London: Martin Dunitz, 2000. P. 423–439.

<sup>234</sup> Finnis J. A philosophical case against euthanasia. In: Keown J, editor. *Euthanasia examined*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995. P. 23–35.

<sup>235</sup> Gormally L. Walton, Davies, Boyd and the legalization of euthanasia. In: Keown J, editor. *Euthanasia examined*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995. P. 113–140.

По-перше для недієздатних пацієнтів продовження лікування має розглядатися як те, що не має «користі» з медичної точки зору або є занадто «обтяжливим». Однак, для противників евтаназії такі судження щодо «користі» або «тягаря» не повинні бути пов'язані з будь-якою заявою, що життя пацієнта більше не варте того, щоб продовжувати жити. Як тільки буде визнано, що лікарі можуть приймати клінічні рішення щодо пасивного припинення життя пацієнта на основі таких заяв, активна евтаназія щодо таких пацієнтів стане наступним логічним кроком. По-друге, противники евтаназії стверджують, що припинення лікування недієздатного пацієнта ніколи не слід застосовувати з наміром заподіяти смерть такого пацієнта, навіть якщо вона є передбачуваним наслідком<sup>236</sup>.

Евтаназія вже довгі роки відноситься до основних проблем як у сфері медицини так і юриспруденції, думки щодо якої кардинально розходяться. Одні країни легалізують евтаназію, тим самим приймаючи спеціальні нормативно-правові акти, однак у такому випадку, вважаємо, повинні чітко визначатись випадки і категорії осіб щодо яких може бути застосована евтаназія, а інші країни – заперечують можливість застосування евтаназії.

Наприклад, закон Бельгії «Про евтаназію» у статті 2 дає таке визначення: «евтаназія визначається як умисне позбавлення життя людини кимось, окрім зацікавлених осіб, за проханням останнього»<sup>237</sup>.

Розділ 4 згаданого закону Бельгії вказує на те, що запит пацієнта має бути оформлений в письмовій формі, складений, датований та підписаний власноручно пацієнтом. Якщо пацієнт не в

---

<sup>236</sup> Harris J. The philosophical case against the philosophical case against euthanasia. In: Keown J, editor. *Euthanasia examined*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995. P. 36–45.

<sup>237</sup> Wet betreffende de euthanasie, 28 Mei 2002. № 2002009590. URL: [https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg\\_2.pl?language=nl&nm=2002009590&la=N](https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=nl&nm=2002009590&la=N).

зможі зробити це самостійно, такий документ складає довірена особа, яку призначив пацієнт. Така особа має бути повнолітньою і не мати жодної матеріальної зацікавленості в смерті пацієнта. Також пацієнти, які знають, що скоро впадуть у вегетативний стан, можуть висловити бажання щодо відмови у штучному підтриманні їх життя<sup>238</sup>. На прикладі законодавства Бельгії, коли водночас з прийняттям закону про еутаназію відразу було прийнято ще один законодавчий акт, яким створено служби паліативного піклування, з практичної точки зору відображається як можна уникнути ситуацій, коли за таким методом припинення життя як еутаназія, не будуть звертатися важкохворі пацієнти тільки по причині відсутності коштів на придбання дорогих знеболюючих лікарських засобів. Хоча в рамках так званої бельгійської моделі комплексної допомоги в кінці життя, еутаназія є доступним варіантом також і в завершенні шляху паліативної допомоги. Такий підхід є популярним серед широких кіл бельгійської спільноти, працівників паліативної допомоги, інших медичних працівників та законодавців<sup>239</sup>. Таким чином, бельгійська модель «комплексної» допомоги в кінці життя складається з загального доступу і до паліативної допомоги, і до законодавчо врегульованої еутаназії. Державний нагляд за дотриманням законності при вчиненні еутаназії покладено на Федеральну комісію по контролю і оцінці еутаназії, яка складається зі спеціалістів, компетентних у питаннях еутаназії.

---

<sup>238</sup> Wet betreffende de euthanasie, 28 Mei 2002. № 2002009590. URL: [https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg\\_2.pl?language=nl&nm=2002009590&la=N](https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=nl&nm=2002009590&la=N).

<sup>239</sup> Bernheim J. L., Distelmans W., Mullie A., Ashby M. A. Questions and answers on the Belgian model of integral end-of-life care: experiment? Prototype?: Eu-euthanasia: the close historical, and evidently synergistic, relationship between palliative care and euthanasia in Belgium: an interview with a doctor involved in the early development of both and two of his successors. 2014. National Library of Medicine. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25124983/>.

Однією з держав з найдовшим досвідом юридичної практики при наданні допомоги в самогубстві є Швейцарія. Хоча евтаназія в цій країні заборонена, асистований суїцид залишається законним. Такий вид допомоги регулюється Кримінальним кодексом Швейцарії, стаття 115 якого вказує, що будь-яка особа, котра з корисних мотивів підбурює чи допомагає іншій здійснити або намагатися здійснити самогубство, підлягає позбавленню волі строком на п'ять років або грошовому штрафу<sup>240</sup>. Тобто, допомога у вчиненні самогубства не є караним діянням, якщо відсутні егоїстичні мотиви, до прикладу, отримання спадщини чи отримання прибутку.

Організації, які є прихильниками асистованого суїциду і захищають право на смерть, надають увесь спектр допомоги з будь-якими медичними, адміністративними і соціальними процедурами, пов'язаними із завершенням життя. Таке неоднозначне регулювання питання евтаназії у Швейцарії підлягало критиці з боку парламентаріїв, однак після декількох безуспішних спроб розширити закон, Федеральний уряд Швейцарії прийняв рішення зберігати статус-кво, пояснюючи це тим, що існуюче на даний момент правове регулювання є достатнім для запобігання потенційних зловживань практикою надання допомоги при самогубстві<sup>241</sup>. Невиліковно хворий пацієнт складає у письмовому вигляді добровільну заяву, зміст якої полягає у підтвердженні прийнятого рішення покінчити з життям, докладає до неї завірену лікарем довідку про невиліковність даного захворювання і неминучість летального наслідку. Після цього особа запрошує до себе додому, в лікарню чи безпосередньо в організацію, яка надає

---

<sup>240</sup> Swiss Criminal Code. December 21, 1937. URL: [https://www.legislationline.org/download/id/8991/file/SWITZ\\_Criminal%20Code\\_as%20of%202020-07-01.pdf](https://www.legislationline.org/download/id/8991/file/SWITZ_Criminal%20Code_as%20of%202020-07-01.pdf).

<sup>241</sup> Andorno R. Nonphysician-assisted suicide in Switzerland. *Camb Q Healthc Ethics*. 2013. № 22 (3). P. 246–253.



такий вид допомоги, асистента – працівника однієї з організацій, на котрого покладено обов'язок підготувати запропонований лікарем смертельний препарат, котрий пацієнт приймає сам. Проаналізувавши законодавство Швейцарії, ми можемо стверджувати, що по суті в паровому полі існує норма, яка допускає проведення еутаназії при дотриманні певних умов.

Розглядаючи питання про асистований суїцид неможливо не привести в приклад законодавство Австралії, де питаннями легалізації такого виду суїциду займаються уряди штатів, а у випадку з територіями - федеральний уряд. У штаті Вікторія Закон «Про суїцид, асистований лікарем» вступив у силу 19 червня 2019 року, а пізніше такі закони були прийняті у штатах Західна Австралія та Тасманія. Вищезгаданий Закон передбачає чіткі критерії, наявність яких є обов'язковою для доступу до процедури асистованого суїциду: 1) особа має досягнути 18 річного віку; 2) має бути: - громадянином або постійним резидентом Австралії; - постійно проживати в штаті Вікторія; - на момент подачі першого запиту проживати на території штату Вікторія не менше 12 місяців; 3) особа володіє здатністю приймати рішення щодо асистованого суїциду лікарем; 4) у особи діагностовано захворювання, яке є: - невиліковним; прогресує і призведе до смерті; - може призвести до смерті на протязі тижнів або місяців, але не перевищує шість місяців; - спричиняє особі страждання, які не можна полегшити способом, який ця особа може вважати терпимим для себе<sup>242</sup>.

Актуальним та відкритим залишається питання про застосування еутаназії при психічних розладах та екзистенційних стражданнях. Закон штату Вікторія закріплює, що особа не має права на доступ до асистованого суїциду лікарем при

---

<sup>242</sup> Voluntary Assisted Dying Act 2017. № 61 of 2017. URL: [https://content.legislation.vic.gov.au/sites/default/files/8caaf3b4-28f6-3ad1-acf3-e3c46177594e\\_17-61aa003%20authorised.pdf](https://content.legislation.vic.gov.au/sites/default/files/8caaf3b4-28f6-3ad1-acf3-e3c46177594e_17-61aa003%20authorised.pdf).

діагностованому психічному захворюванні<sup>243</sup>. На жаль, особи, які страждають розладами психіки частіше бажають смерті на протязі довгого періоду, ніж особи без психічного розладу здоров'я. Однак, існує велика кількість емпіричних даних, які вказують, що суїцидальні нахили і поведінка особи, яка страждає такими розладами, піддається лікуванню і такі стани можуть дуже швидко змінюватися, тому на нашу думку, обґрунтованою є позиція заборони доступу таких осіб до процедури асистованого лікарем суїциду.

При розгляді питання про евтаназію не можна залишити поза увагою проблему наявності і функціонування паліативної допомоги, особливо, це питання гостро постає у державах де заборонена евтаназія. Існує нагальна потреба у прийнятті усіх політичних та законодавчих заходів, прийнятті програм, фінансуванні ресурсів для підготовки працівників у сфері охорони здоров'я за напрямом надання паліативної допомоги в найкоротші строки, з метою покращення доступності такого виду допомоги для громадян України.

Важливою частиною паліативної допомоги виступає «керівництво білью», сприяння у її зниження та мінімізація. Біль може бути викликаний різними чинниками та причинами, а відтак потребувати вжиття більш, ніж одного препарату, дія якого має обезболюючий ефект. Попри те, що Всесвітня організація охорони здоров'я закликає держави покращити доступність до паліативної допомоги, найчастіше фінансування відповідної сфери є недостатнім та не може покрити витрати навіть на ключові препарати, які призводять до значного зниження болю та страждань.

Попри це, задля зниження болю пацієнтів медична спільнота дедалі частіше вдається до застосування препаратів, які мають у своєму складі канабіноїдні та опіумні характеристики.

---

<sup>243</sup> Voluntary Assisted Dying Act 2017.

Канабіс використовують в медичних цілях в переважній більшості випадків саме з метою знеболення. За особливостями знеболення канабіс у формі лікарського препарату вважається більш ефективним при хронічних болях та захворюваннях. Про його ефективність наголошують, до прикладу, у напрямку лікування ракових захворювань, стверджуючи, що використання канабісу у складі лікарських препаратів дозволяє знизити рівень побічних ефектів (нудота, блювота, т. п.) після хіміотерапії, знижує рівень росту ракових клітин, стимулює розвиток апетиту та набору рівня ваги тощо<sup>244</sup>.

Разом з тим, на стадії виникнення локального захворювання чи різких больових відчуттів, до прикладу, післяопераційних втручань, використання препарату у складі якого є канабіс вважається таким, що не справляє сильний ефект. Іншими словами можна вести мову про локальні больові відчуття, які не мають гострої фази перебігу.

Легалізація так званої «лікарської маріхуани» набула широкого поширення у Сполучених Штатах Америки, де на сьогоднішній день 33 штати позитивно сприйняли можливість використання маріхуани у складі препаратів з метою полегшення болю та страждань пацієнтів. Кількість штатів за останні шість років суттєво збільшилась, оскільки з аналізу наукових джерел вбачається, що станом на 2015 рік їх налічувалось тільки 23<sup>245</sup>.

За дослідженнями вчених першим штатом, який здійснив таку легалізацію стала Каліфорнія (1996 рік). Легалізація канабісу у Сполучених Штатах Америки може бути розподілена за двома критеріями:

---

<sup>244</sup> Ratini M. Medical Marijuana FAQ. Web MD Medical Reference. 2020. URL: <https://www.webmd.com/a-to-z-guides/medical-marijuana-faq>.

<sup>245</sup> Bifulco M., Pisanti S. Medical use of cannabis in Europe. *Embo Reports*. 2015. URL: <https://www.embopress.org/doi/full/10.15252/embr.201439742>.

— ті штати, в яких дозволено рекреаційне використання, до прикладу, такі як Аляска, Каліфорнія, Колорадо, Мічиган, Невада, Вашингтон та інші;

— ті штати, в яких дозволено обмежене використання, зокрема: Алабама, Джорджія, Міссурі, Вірджинія, Айова та інші<sup>246</sup>.

Дозвіл щодо використання канабісу в лікарських препаратах на сьогодні не є новинкою та дозволений в багатьох державах світу, а саме: Австралія, Данія, Греція, Ізраїль, Італія, Люксембург, Македонія Нідерланди, Німеччина, Норвегія, Польща, Румунія, Туреччина, Фінляндія, Уругвай, Ямайка тощо.

Доволі цікава ситуація навколо легалізації використання канабісу у лікарських цілях склалась у Федеративній Республіці Німеччина. У 2005 році гостро постало відповідне питання, на яке зреагував Федеральний інститут лікарських засобів та медичних виробів дозволивши використання маріхуани в лікувальних цілях. З того часу кількість судових спорів навколо дозволу самостійного вирощування маріхуани в медичних цілях зростає.

Зокрема, на сьогодні в розглядуваній країні не заборонено купувати канабіс в аптеках. Однак, вказаний препарат не входить у програми покриття витрат на лікування, а відтак пацієнти, за потреби, повинні оплачувати його вартість самостійно. Вказане призводить до систематичного збільшення судових позовів. Так, в межах однієї із справ Федеральний суд Німеччини зобов'язав Федеральний інститут лікарських засобів та медичних виробів надати громадянину Німеччини дозвіл на самостійне вирощування канабісу у власній ванній кімнаті у розмірі, що не може перевищувати 130 рослин. Мотивуючи таку потребу заявник стверджував, що з метою полегшення болю він вимушений вживати

---

<sup>246</sup> Ratini M. See supra.

канабіс, однак витратити на його купівлю 1500 євро в місяць можливості не має<sup>247</sup>.

Люксембург розробив свою політику щодо легалізації та отримання канабісу у якості лікарського засобу. У державі заборонене розповсюдження канабісу в рекреаційних цілях. Однак, не так давно, а саме у 2018 році урядом було внесено зміни у профільний Закон, зокрема, в частині доповнення його статтею 30-2, якою дозволено здійснювати продаж лікарського канабісу, тобто канабісу, який використовується у медичних цілях. Уповноваженим органом, який відповідає та здійснює контроль за канабідоїдними препаратами виступає МОЗ, зокрема, Національне управління охорони здоров'я та Департамент аптек та ліків. Особливістю є те, що для купівлі препарату, в склад якого входить канабіс, спеціального дозволу не потребується<sup>248</sup>.

В Італії лікар має право виписувати пацієнту медичний канабіс при будь-якій патології. Відшкодування витрат пацієнтам при купівлі відповідних препаратів може бути здійснено державою у тому випадку, якщо препарат спрямований на усунення захворювань, пов'язаних із розсіяним склерозом; травмами спинного мозку, наслідків хіміотерапії чи терапії ВІЛ; при нервовій анорексії тощо. Відшкодування витрат покладається на регіональні управління системи охорони здоров'я<sup>249</sup>.

---

<sup>247</sup> Germany allows MS patient to grow cannabis in unprecedented case. *DW*: website. URL: <https://www.dw.com/en/germany-allows-ms-patient-to-grow-cannabis-in-unprecedented-case/a-35945560>.

<sup>248</sup> See *supra*.

<sup>249</sup> Cannabis terapeutica; la normativa Italiano. Associazione Luca Coscioni. 2016. URL: <https://www.associazionelucacoscioni.it/cannabis-terapeutica-la-normativa-italiana>.

Державним органом у сфері регулювання медичного канабісу є МОЗ, що визначено в статті 1 Указу Міністра охорони здоров'я від 09 листопада 2015 року<sup>250</sup>.

Доволі невизначена та заплутана ситуація сформувалась у Австрії. Так, канабіноїди підпадають під заборону кількох нормативно-правових актів, зокрема, Закону про наркотики та Закону про лікарські препарати. Заборона щодо канабісу міститься також в Правилах щодо продуктів харчування та косметичних продуктів. Продаж квітки коноплі, вміст якої становить більше 0,3 ТНС (тетрагідроканабінол). Під законодавчу заборону підпадає і лікарський канабіс, який лікарі не вправі виписувати пацієнтам<sup>251</sup>.

Однак, канабідіол не має психоактивного ефекту і не підпадає під заборону Закону про наркотики. Лікарі можуть його виписувати у якості лікарського препарату, а пацієнти мають право на оплату його вартості страховими компаніями в окремих випадках. При цьому, у відповідності до правил Європейського Союзу щодо нових продуктів харчування вказана речовина потребує ліцензування, у зв'язку з чим використання його в таких продуктах заборонене. Подібна ситуація склалась і щодо використання канабідіолу у косметичних препаратах.

У Польщі медична марихуана не є широкодоступною в аптеках, більше того, її висока вартість призводить до того, що доступ до неї отримують фактично лише заможні громадяни. Крім того, в Польщі не передбачено відшкодування витрат на купівлю медичної марихуани. Польські вчені зазначають про обмеженні знання лікарів у призначенні медичної марихуани, що засвідчує про

---

<sup>250</sup> Decreto Il Ministro Della Salute, 09 Novembre, 2015. URL: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/11/30/15A08888/sg>.

<sup>251</sup> Cannabis: Legal oder illegal? Die rechtliche Lage zur Verwendung von THC und CBD als Arzneimittel/Medikamente. Netdoktor.at. 2019. URL: <https://www.netdoktor.at/therapie/cannabinoide-rechtliche-lage-7262509>.

те, що її призначення фактично відходить на другий план у порівнянні з іншими лікарськими препаратами<sup>252</sup>.

Якщо канабіс у паліативній допомозі застосовують з метою тамування болю, який не характеризується гострою фазою вираження, то дія морфіну спрямовується на мінімізацію болю, що є більш гострим та хронічним.

Наприклад, дієвість морфіну виділяється в обезболюючій дії після операційних втручань, серйозних травм, окрім травм голови, що можна пояснити викликанням залежності та більшою седативною дією, обезболюючою дією при запущених формах раку, які характеризуються біллю в термінальній стадії тощо.

Морфін вважається сильнодіючим опіоїдним препаратом, одобреним Всесвітньою організацією охорони здоров'я у вигляді таблеток, ін'єкцій та розчинів. Існує також морфін у виді пластирів. Попри це, лікарська спільнота побоюється та певною мірою уникає застосування морфіну.

У першу чергу, це пояснюється тим, що він підпадає під заборонну дію законів про боротьбу з наркотичними засобами.

Наприклад, у Сполучених Штатах Америки морфін входить у II групу препаратів, що підпадають під контроль Закону про зловживання наркотичними засобами, в той час як у Великій Британії окрім контролю профільного Закону, де морфін посідає групу A, він також попадає в Список контрольованих препаратів<sup>253</sup>.

По-друге, пояснюється це і тим, що морфін викликає звикання та може призводити до залежності. Якщо раніше

---

<sup>252</sup> Matysiak P., Maciejewska B., Zielińska U. Marihuana medyczna założenia do zmian ustawowych przygotowane przez Parlamentarny Zespół ds. Legalizacji Marihuany. URL: [https://orka.sejm.gov.pl/opinie9.nsf/nazwa/1666\\_20210115/\\$file/1666\\_20210115.pdf](https://orka.sejm.gov.pl/opinie9.nsf/nazwa/1666_20210115/$file/1666_20210115.pdf).

<sup>253</sup> Mandal A. Roberts S. What is Morphine? *News Medical Life Scientific*. 2019. URL: <https://www.news-medical.net/health/What-is-Morphine.aspx>.

застосування морфію здійснювалось у ін'єкційній формі, то на сьогодні існує можливість і медикаментозного застосування. Зокрема, після введення в організм морфіну він потрапляє в кровообіг, який розносить його до мозку та інших частин тіла. В подальшому відбувається активація опіоїдних рецепторів – саме з цього моменту починається дія препарату. Разом із «поглинанням болю» препарат може викликати пригнічення та психологічне звикання до препарату, що в подальшому призводить до потреби збільшення дози застосування.

За загальним правилом виділяють такі види дозування при застосуванні морфіну:

— по мірі необхідності, тобто так званий «переривчатий режим» на протязі певного проміжку часу;

— дозування з повільним вивільненням. При такому призначенні морфін приймається у виді таблеток, зазвичай, з періодичністю раз чи два рази на день, або ж у вигляді пластиру, зміна якого повинна відбуватись кожні 3 – 7 днів в залежності від рекомендацій лікаря;

— комбіноване дозування, коли до застосування морфіну лікар додає також обезболююче легкої дії, з метою їх чергування<sup>254</sup>.

Політика держав у застосуванні морфіну та опіоїдних препаратів у знеболенні зазвичай є негативною, а такі препарати можуть підпадати під законодавчу заборону. За статистикою 33 із 40 країн вводять обмеження на застосування морфіну, хоча Всесвітня організація охорони здоров'я неодноразово наголошувала на необхідності збільшення рівня доступності громадян до морфіну та

---

<sup>254</sup> Facts about morphine and other opioid medicines in palliative care. *Palliative Care Australia*: website. URL: <https://palliativecare.org.au/resources/facts-about-morphine-and-other-opioid-medicines-in-palliative-care/>.



необхідності розширення повноважень лікарів щодо його призначення<sup>255</sup>.

Наприклад, у штаті Аляска прийнятий у 2017 році Закон, який обмежує випуск по рецепту опіоїдів при першому призначенні семиденним запасом. Збільшення призначення відповідних препаратів може бути здійснено тільки у випадку, якщо лікар наведе обґрунтовані підстави та причини, за яких хворому потребується подальше призначення відповідних препаратів. Більше того, законодавством встановлені обов'язкові вимоги до лікарів, які полягають у навчанні медичного персоналу щодо виписування рецептів по відповідним препаратам<sup>256</sup>.

Наприклад, житель штату Арізона Хаббард, який зазнав травми під час армійських навчань, скаржився на те, що його нога постійно болить. Протягом трьох років пацієнту було призначено більш ніж 60 препаратів та їх комбінацій, які не допомагали. Тільки після призначення морфіну біль почав зменшуватись. Однак, після прийняття Закону про опіоїдну епідемію, дозування морфіну було зменшено. Біль почала ставати настільки сильною, що пацієнт скаржився, що не те, що не може, він навіть не хоче ходити<sup>257</sup>.

Прийняття так званих законів про опіоїдну епідемію обумовлювалось тим, що за статистикою дедалі більше смертей виникало внаслідок передозування препаратами.

Водночас у Австралії у паліативній допомозі використовують морфін. Більше того, окремі препарати навіть

---

<sup>255</sup> Global State of Pain Treatment. Access to Medicines and Palliative Care. 2017. *hrw*: website. URL: <https://www.hrw.org/report/2011/06/02/global-state-pain-treatment/access-medicines-and-palliative-care>.

<sup>256</sup> Walker signs opioid addiction prevention bill. *Alaska Public Media*: website. 2017. URL: <https://www.alaskapublic.org/2017/07/25/walker-signs-opioid-addiction-prevention-bill/>.

<sup>257</sup> Patients with chronic pain feel caught in an opioid-prescribing debate. *Kaiser Health News*: website. <https://www.healthleadersmedia.com/clinical-care/patients-chronic-pain-feel-caught-opioid-prescribing-debate>.

підпадають під покриття програми фармацевтичних пільг. Однак, навіть попри це, такі препарати є доволі високовартісними і навіть при частковому покритті витрат не кожен може собі дозволити їх використання. У такому випадку радять звертатись до лікаря, який може підібрати менш вартісний препарат<sup>258</sup>.

Таким чином, політика держав щодо використання канабіноїдних та опіоїдних препаратів розбігається. В той час, як одні держави сприяють розробленню політики щодо полегшення доступу та відшкодування витрат з використання відповідних препаратів з метою полегшення болю пацієнтів, інші держави виходять із потреби у забороні їх застосування, з мотивів збільшення рівня передозувань.

Суспільству в цілому та кожній окремій людині завжди було і буде важко змиритися зі смертю, хоча вона і є невід'ємною частиною життя. Право на гідну смерть є суто суб'єктивним і має бути визнано таким чином, щоб у кожної людини з'явилася можливість обирати якість кінця її життя, урахувуючи різні життєві можливості кожної людини, різні ситуації та різну інтенсивність страждань.

Морально правильним буде дозволити надавати медичні засоби для атестованого суїциду. Це можна вважати повагою до особистої автономії і бажання померти смертю, якою людина буде вважати гідною для себе. Особливо з огляду на те, що лікар не виконує жодних дій, які б були спрямовані на припинення життя хворої особи, це дія самого пацієнта. Лікар просто призначає смертельну дозу, а людина, яка обрала для себе самогубство за допомогою лікаря, сама виступає основною причиною настання своєї смерті, в той час коли лікар надає тільки сам інструмент і виступає опосередкованим та формальним співучасником.

---

<sup>258</sup> Facts about morphine and other opioid medicines in palliative care. *Palliative Care Australia*: website. URL: <https://palliativecare.org.au/resources/facts-about-morphine-and-other-opioid-medicines-in-palliative-care>.

Чи зможе заборона асистованого суїциду на законодавчому рівні запобігти використанню різних жорстких методів добровільного позбавлення життя в моменти відчаю від непереборного фізичного болю, психічних та моральних страждань? Декриміналізація такого виду еутаназії як асистований суїцид дасть змогу зменшити страждання людини, яка цього потребує і в свою чергу забезпечить правовий захист лікарів. Авжеж, завжди треба пам'ятати, що так звана допомога лікаря у питаннях позбавлення життя особи за її волевиявлення, може розглядатися тільки як завершальна дія лікаря з милосердя, який вчиняється тільки при умові неодноразового та вмотивованого прохання хворої особи та повної довіри пацієнта до нього, яка склалася на протязі усього довготривалого процесу лікування. Для цього потрібно прийняти в Україні закон, метою якого буде регулювання права кожної людини, яке відповідає чітким умовам, необхідним для отримання допомоги прискорення смерті та буде визначати гарантії, процедуру та обов'язки закладів охорони здоров'я і медичних працівників у цьому напрямку.

### Розділ 3.

## ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НОВІТНІХ ПРАВ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

*3.1. Практика ЄСПЛ щодо правового забезпечення прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я*

*3.2. Нормативні та інституційні напрями розвитку правового забезпечення прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я*

### **3.1. Практика ЄСПЛ щодо правового забезпечення новітніх прав у сфері охорони здоров'я**

Розвиток науки, медицини, глобальні виклики сьогодення породжують нові права четвертого покоління, в тому числі, у сфері охорони здоров'я. Ураховуючи такий швидкоплинний розвиток суспільних відносин у різних державах світу та зважаючи на різні способи правового регулювання, питання щодо гарантування та захисту прав четвертого покоління, визначення меж їх дозволеності і правомірності дедалі частіше отримують своє вираження у практиці ЄСПЛ, який вдається до аналізу законодавства різних держав світу крізь призму порушення чи дотримання основних прав та свобод, закріплених ЄКПЛ свобод. Комплексність обраної для написання цієї роботи теми обумовлює потребу в аналізі практики ЄСПЛ.

#### **Трансплантація анатомічних матеріалів людині**

Дискусії не вщухають навколо правової визначеності трансплантації. Як уже зазначалось дещо вище, в Україні відносини щодо трансплантації урегульовані ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині». Водночас як в Україні, так і в зарубіжних державах світу точаться суперечності як

у медичній і судовій практиці, так і у правовій площині щодо можливості вилучення органів, тканин, анатомічних матеріалів людини, меж дозволеності трансплантації, обов'язку чи його відсутності стосовно отримання згоди особи (донора) чи його близьких родичів (уповноважених осіб) на вилучення органів тощо.

Станом на сьогодні ми маємо обмежену практику ЄСПЛ у цій сфері, а саме справи: «Петрова проти Латвії»<sup>259</sup> та «Елберте проти Латвії»<sup>260</sup>.

У справі «Петрова проти Латвії» заявниця – Світлана Петрова, стверджувала, що вилучення органів у її сина було проведено без її згоди.

Син заявниці отримав важкі травми під час ДТП, після чого – доставлений до лікарні, де йому зробили трепанацію черепа, однак, його стан залишався важким. Через два дні з лікарні зателефонували в центр трансплантації, де повідомили про потенційного донора, який знаходиться в реанімації. Одразу після смерті сина заявниці у нього було вилучено нирки та селезінку для подальшої трансплантації. При цьому, заявниця стверджувала, що у неї не запитували, чи давав її син згоду на донорство органів. Більше того, вона тільки через 9 місяців дізналась про вилучення у її сина органів для трансплантації.

Щодо того, чи мала заявниця право звертатись до ЄСПЛ відповідно до статті 8 ЄКПЛ, то законодавство Латвії в період, який відноситься до обставин справи, прямо передбачало, що право виражати побажання відносно вилучення органів або тканин тіла належить не тільки потенційному донору, але і його найближчим родичам, в тому числі батькам.

Заявниця вважала, що вилучення органів у сина без її згоди є втручанням у її особисте та сімейне життя. Вона підкреслювала, що

---

<sup>259</sup> Petrova v. Latvia. № 4605/05. ECHR 2014.

<sup>260</sup> Elberte v. Latvia. № 61243/08. ECHR 2015.

була позбавлена, гарантованого внутрішньодержавними законами, права заперечити проти вилучення органів у сина. Світлана Петрова стверджувала, що ще за життя у її сина було взято аналізи для перевірки сумісності його органів з тілом потенційного реципієнта.

У справі «Елберте проти Латвії» заявниця – Дзінтра Елберте, стверджувала, що без її згоди у її померлого чоловіка були забрані зразки тканин, а також, що її чоловік був похований зі зв'язаними ногами.

Чоловік заявниці помер від травм, отриманих внаслідок автомобільної аварії під час транспортування його до лікарні в 2001 році. Після цього в померлого було вилучено фрагмент тканини розміром 10\*10 см – зовнішній шар оболонки головного мозку, твердої мозкової оболонки (*dura mater*). Все це сталось без відома близьких родичів померлого. Окрім того, у лікарів, які вилучали фрагмент тканини не було можливості перевірити чи померлий давав згоду на вилучення органів після смерті, адже його паспорт у цей момент перебував удома.

Заявниця стверджувала, що вилучення тканини з тіла чоловіка без її згоди було втручанням у її право на особисте життя. Вона стверджувала, що їй не дали можливості висловити своє ставлення до вилучення тканини з тіла її померлого чоловіка. Дзінтра Елберте навіть не була поінформована про це втручання.

Розглянувши обставини двох справ, ми можемо звернутись до чинного на той момент законодавства Латвії щодо правової регламентації трансплантації (на сьогодні в державі діють інші законодавчі положення).

Відповідно до Закону Латвії «Про захист тіла людини, яка померла, і використання людських органів і тканин у медицині» (положення якого розповсюджувались на обидві справи), необхідно

було письмово повідомити про згоду на використання свого тіла або про відмову від подібного використання<sup>261</sup>.

Стаття 3 передбачає, що тільки така відмова або згода на використання тіла людини після її смерті, яка була підписана дієздатною особою, занесена в її медичну картку і засвідчена спеціальним штампом у паспорті, має юридичну силу. У статті 4, де йде мова про права найближчих родичів, використання органів і тканин людини, яка померла, всупереч бажанню, яке виражене нею за життя, не допускається. За відсутності такого бажання, вилучення можна здійснити, якщо ніхто з найближчих родичів померлого (діти, батьки, брати, сестри дружини або чоловіка) не заперечує. Стаття 11 передбачає, що вилучення органів і тканин у померлого донора для наступної трансплантації допускається, якщо за життя він не заперечував проти цього і якщо його найближчі родичі не заборонили це вилучення<sup>262</sup>.

У цих справах ми бачимо, що ключовим питанням є те, що ж буде згодою на вилучення органів? Саме навколо цього і виник спір між державою та заявниками у наведених вище справах.

Окрім того, заявниці в обох справах вищезгаданих справах («Петрова проти Латвії» та «Елберте проти Латвії») посилались на порушення статті 8 ЄКПЛ, яка регламентує право на повагу до приватного та сімейного життя. Відповідно до цієї статті:

«1. Кожен має право на повагу до свого приватного і сімейного життя, до свого житла і кореспонденції.

2. Органи державної влади не можуть втручатись у здійснення цього права, за винятком випадків, коли втручання

---

<sup>261</sup> On the Protection of the Body of Deceased Human Beings and the Use of Human Tissues and Organs in Medicine: Law of the Republic of Latvia. 1992. December, 15. URL: <https://likumi.lv/ta/en/id/62843-on-the-protection-of-the-body-of-deceased-human-beings-and-the-use-of-human-tissues-and-organs-in-medicine>.

<sup>262</sup> Там само.

здійснюється згідно із законом і є необхідним у демократичному суспільстві в інтересах національної та громадської безпеки чи економічного добробуту країни, для запобігання заворушенням чи злочинам, для захисту здоров'я чи моралі або для захисту прав і свобод інших осіб»<sup>263</sup>.

При розгляді питання про те чи була порушена стаття 8 ЄКПЛ ЄСПЛ має відповісти на низку питань:

- чи мало місце втручання в приватне життя?
- чи є це втручання обґрунтованим у відповідності до § 2 ст. 8 ЄКПЛ?

- яким чином втручання регулюється нормами національного законодавства? (Національне законодавство має відповідати певним критеріям і бути зрозумілим для всіх, а відтак, закріплена в національному законодавстві норма має бути зрозуміла всім, хто стикається з такою нормою);

- для якої мети здійснювалось втручання і чи відповідало воно принципу необхідності в демократичному суспільстві? (Має бути присутня особлива соціальна мета та пропорційність втручання, що відбулось)<sup>264</sup>.

Як зазначає Д. Віткаускас, ЄСПЛ ухвалив, що право на повагу до приватного життя включає в себе фізичну та психологічну недоторканність людини. Гарантії статті 8 ЄКПЛ не в останню чергу покликані захистити медичні дані особи<sup>265</sup>.

Д. Віткаускас також акцентує увагу на тому, що для того «[Щ]щоб визначити поняття «сімейне життя», органи Конвенції

---

<sup>263</sup> Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод, прийнята 04 листопада 1950 року / Рада Європи. URL: [http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995\\_004](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995_004).

<sup>264</sup> Віткаускас Д. Право на повагу до приватного життя відповідно до статті 8 Європейської Конвенції захисту прав людини та основних свобод. *Права людини в Україні*: вебсайт. URL: <http://khpg.org/index.php?id=1094815937>.

<sup>265</sup> Там само.



вважають за необхідне встановити ступінь кровного споріднення у залучених до справи людей і наявність у них діючих сімейних зв'язків. Сімейне життя в трактуванні статті 8 включає зв'язки між родичами, наприклад, між батьком, матір'ю і дітьми усередині одного шлюбу, а також між бабусею, дідусем і онуками. Не проводити диференціацію між «оформленою за законом» і «не оформленою за законом» родиною»<sup>266</sup>.

Втручання державного органу у право особи на повагу до приватного життя має відбуватись у відповідності до закону. Цей вираз не лише вимагає дотримання внутрішнього законодавства, але також має відношення до якості цього закону, вимагаючи його сумісності з принципом верховенства права<sup>267</sup>.

Л. В. Ємчук зазначає, що: «[В]вираз «згідно з законом» не лише означає, що можливість втручання передбачається законом, а й що той є доступним, наслідки його застосування – прогнозованими, закон не є свавільним і вміщує чіткі дискреційні повноваження суб'єкта-правообмежувача»<sup>268</sup>.

Третьою умовою виправданості втручання у права, які гарантовані статтею 8 Конвенції є необхідність у демократичному суспільстві. У справі «Сільвер та інші проти Сполученого Королівства» ЄСПЛ дійшов до таких висновків:

«97. У низці справ Суд зазначив своє розуміння фрази «необхідне у демократичному суспільстві». При цьому варто підсумовувати певні принципи:

---

<sup>266</sup> Там само.

<sup>267</sup> Посібник за статтею 8 Конвенції про захист прав людини та основоположних свобод / пер. з доп. О. Дроздова та О. Дроздової. *Національна Асоціація Адвокатів України*: вебсайт. URL: [http://unba.org.ua/assets/uploads/1259d4263dac852ef056\\_file.pdf](http://unba.org.ua/assets/uploads/1259d4263dac852ef056_file.pdf).

<sup>268</sup> Ємчук Л. В. Право на повагу до приватного та сімейного життя в практиці Європейського Суду з прав людини. *Альманах міжнародного права*. 2015. № 8. С. 118.

(а) Прикметник «необхідне» не є синонімом «незамінне», як і не має гнучкості таких виразів, як «допустиме», «звичайне», «розумне» або «бажане»;

(б) Договірні держави користуються певною, але не необмеженою, свободою розсуду в питанні застосування обмежень, але саме Суд виносить остаточне рішення, чи є вони сумісними з Конвенцією;

(с) фраза «необхідне у демократичному суспільстві» означає, що для того, щоб бути сумісним з Конвенцією, втручання повинно, зокрема, відповідати «нагальній суспільній потребі» і бути «пропорційним законній меті»;

(д) положення статей Конвенції, які передбачають виключення з гарантованого права, повинні тлумачитися вузько<sup>269</sup>.

Що стосується справ, які ми безпосередньо аналізуємо («Петрова проти Латвії» та «Елберте проти Латвії»), то ЄСПЛ розглянув чи існує спеціальний механізм, в рамках якого родичі донорів могли виразити свою згоду (незгоду) на вилучення органів. Між тим ЄСПЛ дійшов до висновку, що в обох справах має місце порушення статті 8 ЄКПЛ.

В. А. Марадудіна наполягає на важливості таких висновків ЄСПЛ в обох справах:

а) ЄСПЛ не розглядав справи абстрактно, а розглядав лише фактичні обставини кожної зі справ; зокрема те, яким було ставлення влади до родичів донора і чи були родичі в лікарні, а якщо так, то чи була у лікарів можливість повідомити їх в цей момент. Родичі не були завчасно повідомлені про вилучення органів і не дивлячись на те, що між поміщенням донора в лікарню, його смертю та приходом до лікарні родичів пройшло декілька днів.

б) щодо норм національного права, то ЄСПЛ зазначив, що ті норми, які стосувались необхідності надання згоди зі сторони

---

<sup>269</sup> Silver and others v. United Kingdom. № 7136/75. ECHR 1983.

латвійського законодавства були сформовані таким чином, що різні національні органи, коли вони зіштовхнулися з цією справою почали трактувати норму права по-різному. Наприклад, поліція та прокуратура вважали, що відсутність інформування родичів донора не було порушенням національного законодавства. Міністерство охорони здоров'я Латвії вважало, що національне право вимагало інформувати близьких родичів. У такій ситуації ЄСПЛ зробив висновок, що норми латвійського права не були сформульовані достатньо чітко і не передбачали зміст відповідних обов'язків національних органів Латвії з приводу витребування дозволу родичів на вилучення органів у померлого донора.

в) ні національне законодавство Латвії, ні практика органів державної влади Латвії не сформулювала те, яким чином має діяти «презумпція згоди» на якій наполягала влада Латвії. Особливо у тих випадках, коли родичів не повідомляли, як у випадку із заявниками. Їм не пояснили, що у них є деякі права і який механізм застосування цього права у випадку, якщо вони захотіли б накласти право «вето» на вилучення органів у померлого донора.

г) у національній системі не існувало адекватного захисту родичів від можливих фактів зловживання. Зокрема, в той час, як вилучення органів, відповідно до закону, було можливим у випадку прямої відмови, національне право не вимагало інформувати близьких родичів про їхні права, наприклад, про необхідність прямо та в письмовій формі накласти заборону на вилучення органів у померлого донора<sup>270</sup>.

---

<sup>270</sup> Марадудина В. А. Обзор практики Европейского суда по правам человека в области трансплантации органов. *Права человека и биомедицина: этические аспекты донорства органов человека*: междунар. конф. Минздрава России и Совета Европы. 26 апреля 2016 года. Программа конференции и доклады. URL: <https://rm.coe.int/16806b8199>.

У контексті аналізу рішень ЄСПЛ у справах щодо трансплантації вважаємо за потрібне звернути увагу ще й на такі висновки ЄСПЛ в обох справах:

1) у законодавстві Латвії, яке було чинним на момент смерті Петрова була відсутня чіткість у питанні щодо характеру свободи розсуду, яку в той час було надано органам влади Латвії (§ 94 «Петрова проти Латвії»);

2) якщо воля померлої людини визначена недостатньо точно, необхідно зв'язатися з родичами, щоб залучитися їхньою згодою на вилучення тканини (§ 113 «Елберте проти Латвії»);

3) залишилось нез'ясованим питання, як чинна на той час відповідно до законодавства Латвії система згоди застосовувалася на практиці за обставин, в яких опинилася заявниця, коли вона як найближча родичка мала певні права, але не була поінформована про те, як і коли ці права можуть бути реалізовані, не кажучи вже про надання якихось пояснень (§ 114 «Елберте проти Латвії»).

Можемо констатувати, що ЄСПЛ знайшов порушення статті 8 ЄКПЛ в обох справах, встановивши серйозні дефекти в національному законодавстві, які стосувалися системи отримання згоди на вилучення органів як від самого донора, так і від його родичів.

Саме якість закону і неможливість чітко передбачити наслідки його застосування, а також відсутність механізму захисту прав донора від зловживання в системі «презумпції згоди» і викликали критику ЄСПЛ, оскільки державі надається широка дискреція в питанні застосування законодавства про трансплантацію.

Важливим моментом під час розгляду цих справ ЄСПЛ стало те, що питання про необхідність вибору між двома системами згоди на вилучення органів, які витікають із міжнародних актів:

«презумпції згоди» та «презумпції незгоди», ЄСПЛ не було розглянуто.

ЄСПЛ не намагався взяти на себе зобов'язання з приводу необхідності установити ту чи іншу систему згоди і констатував, що не буде нав'язувати державі одну із наявних систем.

Водночас, ЄСПЛ розглянув питання в тій площині, в якій латвійське законодавство сформулювало відповідні норми, які дозволяли здійснювати трансплантацію і тільки в тій мірі, в якій ЄСПЛ ставить вимоги до національного закону, відповідно до якого відбувається таке втручання.

Рішення ЄСПЛ в обох випадках підкреслюють необхідність введення механізму особливих гарантій та механізму захисту прав донора у тому разі, коли національний закон чітко визначає систему вилучення органів, одним із яких є необхідність забезпечення балансу між дискрецією держави в питанні трансплантації та гарантіями захисту донора у якого вилучаються органи, а також його близьких родичів.

У справі «Петрова проти Латвії» суддя К. Войтишек виклав окрему думку, яка співпадала з рештою. У ній він зазначив, що:

«2. ... при розгляді питання про вичерпання внутрішньодержавних засобів правового захисту більшість суддів підтвердили, що «заява заявника стосується застосування та тлумачення законодавства Латвії, зокрема, з урахуванням відсутності відповідних адміністративних актів, і неможливо сказати, що у справі виникають які-небудь питання про невідповідність одне одному різних правових норм». Для мети вирішення питання про прийнятність заяви для розгляду по суті характер правового питання, що виникає в справі стосується особливостей тлумачення та застосування законодавства, а не його змісту. У той же час в Постанові зазначено, що питання, які розглядаються «мають відношення до якості внутрішньодержавного законодавства, зокрема, до того чи було

воно сформульовано достатньо чітко і чи забезпечувало повноцінний правовий захист від свавілля за відсутності відповідних адміністративних актів».

«3. Легітимність та авторитет ЄСПЛ залежать, окрім іншого, від переконливості та чіткості правової аргументації, за допомогою якої він обґрунтовує свої рішення та постанови. Ця справа піднімає суттєві питання, які стосуються змістовних та часових рамок захисту прав людини.

[...] Те, наскільки ефективною є європейська система захисту прав людини залежить від чіткого розмежування міжнародних зобов'язань держав. У зв'язку з цим однією із передумов вирішення цієї справи відповідно до Конвенції є визначення вмісту та об'єму прав, що охороняються. У цій справі правильна методологія потребує достатньо чітко визначити поняття особистого та сімейного життя. ЄСПЛ до цього часу не виробив цих визначень. Щоб виправдати таку ситуацію ЄСПЛ у цій справі нагадує тезу, що особисте та сімейне життя – широке поняття, якому неможливо дати вичерпне означення». Я не можу погодитися з таким підходом, який несе високий ступінь невизначеності в питанні про зміст та сферу застосування статті 8 ЄКПЛ.

5. Основна увага в мотивувальній частині Постанови, очевидно, приділяється праву заявниці заперечувати проти трансплантації органів, які вилучені у її померлого сина. Це право визнається внутрішньодержавним законодавством. Використані в мотивувальній частині Постанови формулювання змушують думати, що право заявниці заперечувати проти трансплантації органів померлого сина – це одне із її особистих прав, яке охороняється Конвенцією. Виходячи із цих формулювань, можна припустити, що це право може без перешкод здійснюватися родичами, у яких є можливість вирішувати, погодитись на трансплантацію чи заперечувати проти цього.

Однак, ситуація значно складніша. Право родича померлої особи заперечувати проти трансплантації – це не особисте право родича, і його не можливо здійснювати *ad libitum*. В таких випадках родичі виступають не в якості автономних суб'єктів права, а в якості осіб, яким довірено реалізувати право померлої людини. Вони повинні здійснювати це право у відповідності до бажання померлої особи. [...] Права заявниці були порушені не тому, що вона не могла відстояти можливість особисто приймати рішення з приводу трансплантації органів власного сина, а тому, що їй не дали можливості виразити бажання сина».

Отже, у своїй окремії думці в справі «Петрова проти Латвії» суддя К. Войтишек справедливо акцентує увагу на тих питаннях, на які ЄСПЛ під час розгляду цієї справи не дав остаточної ствердної відповіді, зокрема, у питанні про роль родичів померлого у прийнятті рішення про вилучення/не вилучення анатомічних матеріалів в останнього: чи є при цьому родичі автономними суб'єктами, чи вони є лише виразниками волі померлого? Саме у вирішенні цього питання ми і вбачаємо розвиток подальшої практики ЄСПЛ у сфері трансплантації.

У справі «Елберте проти Латвії» ЄСПЛ також знайшов порушення статті 3 ЄКПЛ. У ситуації, що склалася, тіло чоловіка, яке отримала заявниця для захоронення було зі зв'язаними ногами, що спричинило на заявницю гнітючий вплив. Окрім цього, порушення стосувалось і того, що держава більше 5 років не могла визначитись із тим, чи дозволяє національне законодавство вилучати органи без згоди родичів і, відповідно, держава не змогла завершити юридичну процедуру по цій справі, оскільки спливили всі можливі терміни притягнення до відповідальності. Всі ці обставини дали можливість ЄСПЛ дійти до висновку, що страждання родичів за таких обставин пригнічували їхню гідність.

Як зазначається в рішенні ЄСПЛ: «У сфері трансплантації органів і тканин визнається, що до тіла людини слід ставитися з

повагою, навіть після її смерті. Справді, міжнародні договори, включаючи Конвенцію про права людини і біомедицину, Додатковий протокол, Коментарі до положень протоколу, були створені, щоб захистити права живих і померлих донорів органів і тканин. Метою цих договорів є захист гідності особи і цілісності «кожної» народженої людини, незалежно від того, жива вона чи померла. Страждання заявниці були спричинені не лише порушенням її прав як найближчої родички і, як наслідок, сумнівами щодо того, що було зроблено в судово-медичному центрі, а й інтрузивним характером дій, вчинених щодо тіла її чоловіка, її переживаннями з цього приводу як його найближчої родички»<sup>271</sup>.

Станом на сьогодні практика розгляду ЄСПЛ справ, пов'язаних з питаннями трансплантації, налічує два випадки, в яких заяви були подані проти Латвії. У справі «Петрова проти Латвії» ЄСПЛ знайшов порушення статті 8 ЄКПЛ, а у справі «Елберте проти Латвії» окрім порушення статті 8 ЄКПЛ, ЄСПЛ акцентував увагу ще й на порушенні державою статті 3 ЄКПЛ.

Необхідно очікувати й на розширення практики ЄСПЛ у справах про трансплантацію, оскільки відносини, які виникають під час трансплантації та безпосередньо стосуються життя та здоров'я, як донорів та реципієнтів, так і їхніх близьких.

### **Реалізація репродуктивних прав**

Сурогатне материнство з-поміж інших новітніх технологій у сфері медицини та, зокрема, репродуктивних прав, отримує чи не найбільше вираження на практиці. Особи та пари, які мають проблему з реалізацією репродукції природнім шляхом шукають можливі способи вирішення проблеми та продовження свого роду, звертаючись, цим самим, до використання технології сурогатного материнства. Як зазначалось в межах цієї роботи, сурогатне материнство, зважаючи на спосіб його реалізації та особливості

---

<sup>271</sup> Elberte v. Latvia. № 61243/08.ECHR 2015.



відібрання біологічного матеріалу, за загальним правилом розподіляють на два види: традиційне та гестаційне. Гестаційне, в свою чергу, є більш «новітнім» та виступає альтернативою у тих випадках, коли застосування традиційного способу може не призвести до бажаних результатів. Водночас будь-яка альтернатива, новітній модуль, технологія чи інститут породжує і більше коло правових дискусій, які потребують офіційного врегулювання. Проблематику у цьому випадку породжує і різноплановість правової визначеності легальності інституту сурогатного материнства в різних державах світу. Зауважимо, що Україна на сьогоднішній день, є однією з небагатьох європейських держав світу, де сурогатне материнство не є забороненим на законодавчому рівні. Відтак, актуальність запозичення та аналізу зарубіжного досвіду відіграє неабияке значення для подальшого правозастосування.

Аналізуючи практику ЄСПЛ, що сформувалась навколо сурогатного материнства вбачається за можливе стверджувати, що вона побудована шляхом захисту права на повагу до приватного і сімейного життя, гарантованого статтею 8 ЄКПЛ<sup>272</sup>.

Двома справами, об'єднаними до одного провадження, в межах яких ЄСПЛ надав оцінку правовому визнанню стосунків між батьками та дітьми, народженими на території іншої держави в результаті застосування технології сурогатного материнства стали справа «Лабассі проти Франції» та «Маннессон проти Франції»<sup>273</sup>  
274

Обставини були подібними, оскільки вирішувалось питання щодо офіційного визнання у Франції відносин між батьками та дітьми, народженими сурогатним способом. Водночас особливість

---

<sup>272</sup> Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину.

<sup>273</sup> Labassee v. France. № 65941/11. ECHR 2014.

<sup>274</sup> Mennesson v. France. № 65192/11. ECHR 2014.

справ стосувалась законодавчої заборони сурогатного материнства у Франції, а тому народження дітей здійснено на території Сполучених Штатів Америки. Тобто, вирішенню фактично піддавалось правовідношення між громадянами різних держав.

ЄСПЛ надано оцінку правам на «приватне життя» та «сімейне життя», гарантованих статтею 8 ЄКПЛ. Водночас порушень в контексті права повагу до сімейного життя не було.

Серед іншого, суд дійшов висновків, що ознаками втручання у право на повагу до сімейного життя виступає відмова уповноважених органів Франції визнати правове відношення сімейного зв'язку між заявниками та народженими в іншій державі дітьми за допомогою технології сурогатного материнства, на території якої заборони щодо використання не встановлено. Аналогічна позиція відображена також у справах Вагнер та Дж. М. В. Л.<sup>275</sup> та Негрепонтіс-Гіаннісіс<sup>276</sup>, в яких визнано втручання як у приватне, так і у сімейне життя з огляду на відмову влади Греції та Люксембургу визнати законним усиновлення, що реалізовано в інших державах.

Серед основних мотивів в межах аналізу права на повагу до сімейного життя в межах аналізованих справ слід виділити:

— видача посвідчення урядом Франції на підставі встановлення факту французького громадянства одного з батьків, що унеможливило вивезення неповнолітніх дітей з країни;

— наявність документів, виданих батькам на дитину в Сполучених Штатах Америки, якими визначено цивільний статус та відповідно до яких покладено на батьків обов'язки та відповідальність у відносинах батьки-дитина;

---

<sup>275</sup> Wagner and J. M. W. L. v. Luxembourg. № 76240/01. ECHR 2007.

<sup>276</sup> Negrepontis-Giannisis v. Greece. № 56759/08. ECHR 2011.

— у разі розлучення першого та другого заявника, суд при вирішенні сімейної справи визначав місце проживання дитини та права кожного з батьків щодо дитини;

— доказом правового статусу виступає також можливість третього та четвертого заявника успадковувати спадщину перших двох заявників на підставі документів, виданих їм про цивільний статус на території Сполучених Штатів Америки<sup>277</sup>.

Натомість мало місце порушення статті 8 ЄКПЛ в частині права на повагу до приватного життя<sup>278</sup>.

Натомість, право на повагу до приватного життя гарантує можливість кожному вимагати реальності встановлення своєї особистості як окремої людини (індивіда). Таке право, в тому числі, включає можливість встановлення правових стосунків батьки-дитина. Правова невизначеність законодавства Франції з питання сурогатного материнства призводить до протиріччя у визнанні правового статусу та ідентичності дитини у французькому суспільстві. Таке протиріччя має місце навіть попри те, що діти, народжені за допомогою технології сурогатного материнства офіційно визнавались повноправними членами суспільства на території Сполучених Штатів Америки. В такому контексті хоч і існує законодавча заборона у Франції щодо реалізації технології сурогатного материнства, ЄСПЛ знайшов підстави, які засвідчують про перевищення розумних меж розсуду державою в частині прийняття відповідних рішень стосовно відносин, які вже сформувались.

Отже, виходячи із такої правової позиції, навіть у разі, коли існує законодавча заборона сурогатного материнства, якщо такі відносини вже відбулись, тобто є реалізованими, держава повинна визнавати такого роду родинні стосунки з метою забезпечення

---

<sup>277</sup> *Mennesson v. France*. № 65192/11. ECHR 2014.

<sup>278</sup> Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину.

ідентичності особи у суспільстві незалежно від способу та місця її народження.

На протывагу проаналізованим справа, у справі «С і Е проти Франції» ЄСПЛ не тільки не встановив порушення права на повагу до приватного життя, однак не знайшов підстав констатувати порушення статті 14 ЄКПЛ та визнав подані заяви неприйнятними<sup>279</sup>. Серед ключових моментів зазначеного кейсу за доречне виокремити наступні.

По-перше, суть справи стосувалась оскарження дій уповноважених органів влади Франції щодо відмови здійснити реєстрацію відомостей про особу, народжену за допомогою технології сурогатного материнства на території іншої держави. Звернення стосувалось здійснення транскрипції свідоцтва про народження дитини шляхом внесення відомостей в реєстр актів цивільного стану Франції. Звернувшись до Генерального консула Франції у Маямі була заявниками отримана відмова.

По-друге, офіційними батьками дитини, у відповідності до свідоцтва про народження, вважались батько, стовбурові клітини якого були використані, а також сурогатна матір, що у відносинах сурогатного материнства, які виникли, вважалась третьою стороною. Попри це, згідно офіційних документів сурогатна матір визначена офіційною матір'ю.

По-третє, ЄСПЛ послався, зокрема, на справу «Маннесон проти Франції», зазначивши, що аналізу піддається встановлення обставин щодо втручання і чи було таке втручання: а) необхідним у демократичному суспільності; б) засноване на нагальній соціальній потребі; в) чи відповідає воно законній меті<sup>280</sup>.

Крім того, відповідно до Консультативного висновку ЄСПЛ від 10 квітня 2019 року право на повагу до приватного життя дитини

---

<sup>279</sup> C. and E. v France. № 1462/18. ECHR 2019.

<sup>280</sup> C. and E. v France. № 1462/18. ECHR 2019.

вимагає від національного законодавства створення можливості визнання правового зв'язку між дитиною та матір'ю, яка визначена в свідоцтві про народження дитини, виданого в іншій державі. Таке право не вимагає обов'язку щодо внесення такого свідоцтва до актів цивільного стану Франції, в той час як встановлення зв'язку з передбачуваною матір'ю може бути реалізоване іншим шляхом, до прикладу, завдяки усиновленню<sup>281</sup>.

По-четверте, до уваги взята позиція, викладена у остаточному рішенні Касаційного суду Франції, відповідно до якої, відмова органів влади Франції не позбавляє дружину біологічного батька здійснити усиновлення дитини, а відтак офіційно визнати стосунки батьки-дитина<sup>282</sup>.

За сукупністю зазначених обставин ЄСПЛ дійшов висновків стосовно відсутності непропорційних дій зі сторони влади Франції по відношенню до заявників, на підставі чого подані заяви визнано неприйнятними.

Проаналізовані справи та правова позиція, напрацьована судом дає підстави стверджувати, що за державами фактично залишено право вирішення питань про офіційне визнання стосунків батьки-дитина у випадку, якщо була застосована технологія сурогатного материнства, яка не визнається державою, де такі стосунки мають намір узаконюватись. А відтак, відмова у виданні дозвільних документів чи вчиненні будь-яких інших дій, що не визнаються законодавством такої держави, не може призводити до загальнообов'язкового примусу вчиняти дії по узаконенню

---

<sup>281</sup> Advisory opinion concerning the recognition in domestic law of a legal parent-child relationship between a child born through a gestational surrogacy arrangement abroad and the intended mother. Request no. P16-2018-001. URL: [https://hudoc.echr.coe.int/spa#{%22itemid%22:\[%22003-6380464-8364383%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/spa#{%22itemid%22:[%22003-6380464-8364383%22]}).

<sup>282</sup> *Procureur-général v. Cassation, 31 Mai, 1991. D.1991.417.* URL: <https://law.utexas.edu/transnational/foreign-law-translations/french/case.php?id=1429>.

стосунків, якщо їх легальність визнано державою, на території якої дозволено застосування технології сурогатного материнства.

В подальшому така позиція знайшла своє відображення також у справах «Фулон і Буве проти Франції» та «Лаборьє проти Франції»<sup>283 284</sup>.

Слід наголосити, що у жодному із проаналізованих рішень не констатовано порушення статті ЄКПЛ шляхом визнання достатності чи заборони застосування технології сурогатного материнства. Більшою мірою суд виходив із дослідження та встановлення порушення дитячої ідентичності у суспільстві. Пояснення таких підходів криється у врахуванні ЄСПЛ законодавства Франції, яке встановлює чіткий імператив заборони застосування на території держави технології сурогатного материнства.

Статтею 16-7 Глави II «Повага до людського тіла» Цивільного кодексу Франції регламентована нікчемність будь-яких угод, що стосуються продовження роду чи вагітності, укладених від імені інших осіб<sup>285</sup>.

Абзацом третім статті 227-12 Кримінального кодексу Франції встановлена кримінальна відповідальність у вигляді штрафу у сумі 15 тис. євро у разі посередницької діяльності між особою, яка приймає пропозицію виносити дитину та парою, намір щодо передання якій переслідує особа. У разі вчинення таких дій повторно, чи з метою отримання прибутку штраф за таке діяння

---

<sup>283</sup> Foulon Bouvet v. France. № 9063/14, 10410/14). ECHR 2016.

<sup>284</sup> Laborie v. France. № 44024/13. ECHR 2017.

<sup>285</sup> Code civil des Français, 21 Mars, 1804. URL: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006070721/LEGISCTA000006089696/#LEGISCTA000006089696](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070721/LEGISCTA000006089696/#LEGISCTA000006089696).

подвоюється. Замах на злочин, визначений абзацом третім карається у вигляді штрафу у сумі 15 тис. євро<sup>286</sup>.

Касаційний суд Франції рішенням від 31 травня 1991 року у справі D.1991.417 підтвердив законодавчу встановлену заборону застосування технології сурогатного материнства<sup>287</sup>.

Найвищий суд Франції визначив сурогатне материнство з точки зору заборони розпорядження людським тілом у випадку, якщо жінка погодилась зачати, народити та відмовитись при народженні від дитини за винагороду чи без неї. Такі дії на думку Касаційного суду Франції порушують принцип громадського порядку, визначеного цивільним законодавством, а також містять у своєму складі ознаки комерціалізації цивільного статусу особи, що є неприпустимим<sup>288</sup>.

Принцип громадського порядку, визначений статтею 16-9 Цивільного кодексу Франції, охоплює правовідносини, урегульовані Главою II цього Кодексу, тобто Поваги до людського тіла<sup>289</sup>.

Крім того, статус особи, народженої внаслідок застосування технології сурогатного материнства не може вважатись визначеним у суспільстві, оскільки він не відповідатиме справжньому походженню дитини<sup>290</sup>.

У справі «Парадісо і Кампанеллі проти Італії»<sup>291</sup> не встановлено порушення права на повагу до сімейного життя, а

---

<sup>286</sup> Code pénal, 01 Mars, 1994. URL: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006070719/L  
EGISCTA000006089698/#LEGISCTA000006089698](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006089698/#LEGISCTA000006089698).

<sup>287</sup> Procureur-général v. Cassation, 31 Mai, 1991.

<sup>288</sup> See supra.

<sup>289</sup> Code civil des Français, 21 Mars, 1804.

<sup>290</sup> Procureur-général v. Cassation, 31 Mai, 1991.

<sup>291</sup> Questions and Answers on the Paradiso and Campanelli v. Italy judgment (27 January 2015): повідомлення Європейського суду з прав людини. URL:

також права на повагу до приватного життя, гарантованих статтею 8 ЄКПЛ.

Суть справи, аналогічно попереднім, стосувалась проблематики визнання біологічних стосунків між батьками, що були уродженцями Італії та дитиною, народженою за допомогою репродуктивного способу на території Російської Федерації. Заявники мотивували незаконність дій Італії через розірвання уповноваженими органи влади стосунків батьки-діти, оскільки народжену дитину було відібрано від заявників та передано під опіку до центру соціального захисту.

На відміну від раніше проаналізованих справ, ЄСПЛ акцентував у цій справі акцентував увагу на відсутності сімейного зв'язку, як такого, виходячи з наступного:

— недоведення заявниками факту використання біологічного матеріалу батька клінікою, що проводила процедуру штучного запліднення;

— відсутність емоційного зв'язку між подружжям та дитиною;

— відсутність підтвердження юридичного визнання стосунків між заявниками та дитиною, що підтверджувалось неможливістю батьків представляти інтереси дитини чи діяти від її імені<sup>292</sup>.

Зауважено також на правильності встановлення на національному рівні факту відсутності тяжких страждань у дитини внаслідок розлуки із заявниками, а також на дотриманні національними судами балансу інтересів державних та приватних.

Фактично ЄСПЛ виходив більшою мірою із дослідження специфіки сімейних та біологічних зв'язків між дитиною та парою.

---

[https://www.echr.coe.int/Documents/Press\\_Q\\_A\\_Paradiso\\_and\\_Campanelli\\_ENG.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/Press_Q_A_Paradiso_and_Campanelli_ENG.pdf).

<sup>292</sup> Questions and Answers on the Paradiso and Campanelli v. Italy judgment (27 January 2015).



Разом з цим, на увагу заслуговує законодавство Італії, яке забороняє застосування будь-якої форми сурогатного материнства.

У 2004 році прийнято спеціальний Закон «Правила щодо продовження роду з медичною допомогою», статтею 12 яких окреслена заборона та відповідальність за вчинення окремих дій, пов'язаних з допоміжною репродукцією<sup>293</sup>. У разі вчинення дій, спрямованих на організацію чи продаж гамет, ембріонів, або надання послуг сурогатного материнства, встановлюється відповідальність у виді позбавлення волі строком від трьох місяців до двох років та штраф у розмірі від 600000 до 1 000 000 євро. У випадку вчинення відповідного діяння особливим суб'єктом – лікарем, окрім вищеперерахованих санкцій він також підлягає позбавленню права обіймати відповідну посаду пожиттєво<sup>294</sup>.

Деякі зарубіжні вчені пов'язують закріплення заборони сурогатного материнства зі статтею 2 Конституції Італії, яка декларує повагу до людської гідності крізь призму соціальної свідомості, а відтак угоди про сурогатне материнство повинні вважатись незаконними<sup>295</sup>.

Якщо проводити аналіз законодавства Італії за аналогією із позицією ЄСПЛ, а саме, з точки зору встановлення біологічного зв'язку у відносинах батьки-дитина, то такий зв'язок законодавцем визнано між дитиною та жінкою, якою вона народжена.

Вказане підтверджується статтею 269 Глави II Цивільного кодексу Італії, яке регламентує особливості вирішення судових спорів одночасно встановлюючи, що факт біологічного зв'язку між матір'ю та дитиною підтверджується у судовому порядку шляхом

---

<sup>293</sup> Rules on medically assisted procreation, 19 Fevrier, 2004. URL: <https://www.ieb-eib.org/ancien-site/pdf/loi-pma-italie-english.pdf>.

<sup>294</sup> Rules on medically assisted procreation, 19 Fevrier, 2004. URL: <https://www.ieb-eib.org/ancien-site/pdf/loi-pma-italie-english.pdf>.

<sup>295</sup> Kriari I., Valongo A. International Issues Regarding Surrogacy. *The Italian Law Journal*. 2016. № 2. P. 331-354.

встановлення особи дитини та матері, яка заявляє про її народження. В свою чергу, доказом природного батьківства не може вважатись факт будь-якого зв'язку між матір'ю та імовірним батьком у момент зачаття дитини<sup>296</sup>.

Питання сурогатного материнства досліджувались також ЄСПЛ у справах «Д. та інші проти Бельгії», «Д проти Франції», а також на разі вирішуються питання у справах за заявами № 56846/15 та 56849/15 «Шліттнер-Хай проти Польщі» та заявою № 13344/20 «А. Л. проти Франції»<sup>297</sup>.

Окремої уваги заслуговують спори та особливості законодавчого регулювання питань щодо екстракорпорального запліднення.

У справі «Еванс проти Сполученого Королівства» досліджувалась правомірність застосування технології екстракорпорального запліднення у співвідповідності з положеннями статей 2, 8 та 14 ЄКПЛ, порушення яких встановлено не було<sup>298</sup>.

Обставини справи полягали у тому, що заявниця Еванс та її чоловік містер Дж. (J) звернулись до Клініки допоміжної репродукції з метою лікування безпліддя, однак в ході огляду було виявлено, що заявниця має передракові пухлини, повільний ріст яких дозволяє взяти матеріал для майбутнього екстракорпорального запліднення. Перебуваючи у шлюбі заявниця з чоловіком підписали договір-згоду, умовами якого, серед іншого, було визначення максимального терміну зберігання (протягом 10 років) ембріонів, а також умови щодо припинення зберігання сперми та ембріонів, а

---

<sup>296</sup> Codice Civile Italiano, 16 Marzo, 1942. URL: [http://www.jus.unitn.it/cardozo/obiter\\_dictum/codciv/Lib1.htm](http://www.jus.unitn.it/cardozo/obiter_dictum/codciv/Lib1.htm).

<sup>297</sup> D. and other v. Belgium. № 29176/13. ECHR 2014; D v. France. № 11288/18. ECHR 2020; Schlittner-Hay v. Poland. № 56846/15, 56849/15. ECHR 2019; A. L. v. France. № 13344/20. ECHR 2014.

<sup>298</sup> Evans v. The United Kingdom. № 6339/05. ECHR 2007.

саме, загибель та визнання особи психічно недієздатною. Серед умов припинення зберігання сперми та ембріонів таку підставу як розірвання шлюбу сторонами обумовлено не було<sup>299</sup>.

Після видалення яєчників заявниці повідомили, що імплантування будь-якого із шести ембріонів, попередньо переданих на зберігання, неможливе протягом двох років. Протягом цього періоду шлюб між заявницею та Дж. розпався, а останній повідомив клініку про своє бажання знищити запас ембріонів. Тобто, такою дією однією зі сторін договору-згоди заявлений намір відмови від подальшого здійснення запліднення.

Відносини, що виникли між сторонами підпадали під регулювання Закону про запліднення та ембріологію 1990 року, до якого у 2008 році були внесені зміни<sup>300 301</sup>.

Додаток 3 вказаного Закону регулює питання щодо надання згоди на проведення штучного запліднення. Однією із умов, гарантованих пунктом 4 (1) встановлено, що надання згоди повинно в себе включати і можливість її зміни час від часу, в тому числі, з урахуванням можливості сторони відкликати таку згоду. Водночас пункт 4 (2) встановлював умови, за яких відкликання згоди вже не може бути можливим у тому разі, якщо ембріон буде використаний, у наданні послуг з лікування чи для будь-яких інших цілей проекту дослідження<sup>302</sup>.

При цьому, особливості зберігання ембріонів, створення яких було здійснено за допомогою способу *in vitro*, регламентовані Законом, встановлюють, що їх зберігання не може бути забезпечене

---

<sup>299</sup> Evans v. The United Kingdom. № 6339/05. ECHR 2007.

<sup>300</sup> Human Fertilisation and Embryology Act 1990. URL: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1990/37/contents>.

<sup>301</sup> Human Fertilisation and Embryology Act 2008. URL: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2008/22/notes/division/6/1>.

<sup>302</sup> Human Fertilisation and Embryology Act 1990.

у разі відсутності згоди кожної особи, біологічний матеріал яких використовувався для створення ембріона<sup>303</sup>.

За результатами розгляду справи ЄСПЛ дійшов висновків, що Дж. у момент перебування у стосунках із заявницею дійсно діяв добровільно. Однак, баланс інтересів не повинен беззаперечно схилитись виключно на користь особи жіночої статі, цим самим піддаючи менш гідному захисту права донора-чоловіка. Факту дискримінації, зокрема у розрізненні ставлення до жінок, які народжують самостійно та тих, які звертаються до застосування технології штучного запліднення також немає, що свідчить про відсутність порушення статті 14 вищезгаданої ЄКПЛ.

Інтереси особи, яка має намір відкликати згоду, тим самим знищити ембріон, мають переважати. В цьому аспекті вважатиметься дотриманим і баланс інтересів держави та приватних інтересів навіть якщо особа: а) не має інших засобів для народження генетично пов'язаної дитини; б) не має дітей; в) не має наміру звертатись до сурогатної матері в процесі імплантації. Разом з цим, у рішенні наголошено, що за певних конкретних обставин відносна важливість приватних інтересів може переважати над інтересами іншої особи.

Порушення норм ЄКПЛ не було встановлено і у справі «С. І Х. та інші проти Австрії», обставини якої базувались на зверненні двох подружніх пар до ектракорпорального запліднення: у першому випадку із використанням сперми донора, у другому – яйцеклітини. Австрійським законодавством реалізація такого запліднення заборонена, однак заборони щодо використання методу допоміжної репродукції з використанням сперми та яйцеклітини осіб, що перебувають у шлюбі не встановлено<sup>304</sup>.

---

<sup>303</sup> See supra.

<sup>304</sup> S. H. And Others v. Austria. № 57813/00. ECHR 2011.

Позиція ЄСПЛ базувалась на тому, що законодавством не у повній мірі заборонено реалізовувати штучне продовження роду, оскільки декламується принцип найбільшого наближення природного зачаття з метою уникнення імовірних спорів між генетичними та біологічними батьками. Хоч судом у цій справі не встановлено порушень статті 8 ЄКПЛ, однак наголошено на потребі австрійського законодавця ураховувати особливості розвитку науки та відносин, які у цій державі стрімко розвиваються.

В Австрії з 1992 року діє Закон про репродуктивну медицину (Fortpflanzungsmedizingesetz – FmedG), останні зміни до якого внесені у 2018 році<sup>305</sup>.

Параграфом 1 (2) Розділу 1 згаданого Закону до методів медико-допоміжного розмноження віднесено, серед іншого, об'єднання яйцеклітин із клітинами сперми поза організмом жінки<sup>306</sup>.

Параграф другий (1) Розділу 2 Закону про репродуктивну медицину Австрії чітко передбачає, що продовження роду за допомогою медицини дозволено виключно у випадку перебування осіб у офіційно зареєстрованому чи цивільному шлюбі, в той час як параграфом 2 В (1) цього ж Розділу передбачена можливість вилучення сперми, яйцеклітин тканин яєчок та яєчників для подальшого збереження та медичного відтворення виключно у разі, якщо досягнення сучасної науки та практики викликають серйозні ризики припускати, що вагітність більше не може бути відтворена у статевий спосіб<sup>307</sup>.

Закон також закріплює, що зберігання сперми, яйцеклітин, тканин яєчок чи яєчників може бути здійснено тільки в лікарні, що

---

<sup>305</sup> Fortpflanzungsmedizingesetz – FmedG, 1992. № 275/1992. URL: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10003046>.

<sup>306</sup> See supra.

<sup>307</sup> See supra.

затверджена відповідно до переліку, в якому дозволяється проведення медичної репродукції. Зберігання такого матеріалу здійснюється до скасування чи смерті особи, від якої біологічний матеріал було відібрано. При цьому, максимальний термін зберігання, встановлений Параграфом 17 (1) Розділу 4 Закону, становить 10 років<sup>308</sup>.

Тобто, станом сьогодні на рівні національного законодавства Австрії фактично існує завуальована можливість реалізації екстракорпорального запліднення, однак за наявності тих обов'язкових, які усуватимуть можливість припускати про вчинення порушень зі сторони осіб, які звертаються до способів репродуктивного продовження роду.

Питання правомірності застосування екстракорпорального запліднення у співвідповідності із національним законодавством держав світу досліджувались також у справах «Діксон проти Сполученого Королівства», «Коста та Паван проти Італії», «Кнехт проти Румунії»<sup>309</sup> та інші.

Відносно новим рішенням, постановленим наприкінці 2018 року, що є дотичним щодо групи репродуктивних прав та права на трансплантацію є справа «Недексу проти Румунії»<sup>310</sup>.

В межах справи встановлено, що з метою репродуктивного відтворення у подружньої пари були отримано ембріони, які заморожені в одній із лікарень Румунії. Однак, в межах одного із кримінальних проваджень лікарня була закрита, а всі генетичні матеріали, в тому числі, ембріони, що у ній зберігались, підлягали вилученню та переданню до інституту судової медицини. Попри звернення заявників та дозвіл від прокуратури на отримання

---

<sup>308</sup> See supra.

<sup>309</sup> Dickson v. The United Kingdom. № 44362/04. ECHR 2007; Costa and Pavan v. Italy. № 54270/10. ECHR 2012; Knecht v. Romania. № 10048/10. ECHR 2012.

<sup>310</sup> Nedesku v. Romania. № 70035/10. ECHR 2018.

відповідних ембріонів, інститутом судової медицини у такому доступі було відмовлено. Заявниця намагалась зробити повторну стимуляцію яєчників для отримання нових ембріонів, однак через незадовільний стан здоров'я спроба виявилась неможливою. З огляду на обставини, що склались заявниця намагалась отримати статус потерпілої в кримінальному провадженні, однак отримала відмову через те, що дії, пов'язані з вилученням ембріонів не є спільними з діями, що кваліфікувались злочином<sup>311</sup>.

Заяви до Агентства з питань трансплантації щодо надання дозволу на отримання ембріонів також залишились без належного реагування та у доступі до ембріонів шляхом передачі до зберігання в іншу лікарню було відмовлено. В свою чергу, Апеляційний суд також відмовив у доступі ембріонів спираючись на рішення Агентства з питань трансплантації. Лікарня, яка була визначена тимчасовим зберігачем ембріонів постійно змінювала умови для вилучення ембріонів. Останньою із умов була присутність делегації, яка повинна складатись із представників Агентства трансплантації, ембріолога з клініки та Дирекції з розслідування організованої злочинності та тероризму Генеральної прокуратури Румунії<sup>312</sup>.

Вирішуючи питання про порушення ЄКПЛ суд, серед іншого, взяв до уваги пояснення лікарні-зберігача про те, що недоліки, в юридичних процедурах пов'язаних, зокрема, із їх переміщенням та зберіганням ембріонів унеможлилювали чітке встановлення належності тих чи інших ембріонів заявникам. Суд дійшов висновків, що втручання на повагу до приватного життя заявників не було чітко передбачене національним законом, а відтак суд не зобов'язаний встановлювати чи переслідувало таке втручання законну мету, або ж чи було воно пропорційне такій меті.

---

<sup>311</sup> See supra.

<sup>312</sup> See supra.

За сукупністю таких обставин ЄСПЛ було констатовано порушення статті 8 ЄКПЛ<sup>313</sup>.

### **Здійснення евтаназії**

Одним із прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я, яке на цьому етапі еволюції суспільних та медичних відносин набуває, якщо не надто активного поширення, то дедалі більшого значення, є право на смерть, або ж так звана евтаназія. Розвиток рівня захворюваності, невиліковних хвороб, ризиків від глобальних пандемій та інших викликів у сфері охорони здоров'я, що з кожним днем частіше мають прояв, призводить до нового поштовху щодо перегляду різними державами світу політику щодо права на припинення життя.

ЄСПЛ неодноразово приділяв увагу дослідженню даному питанню у справах «Прітті проти Сполученого Королівства», «Санлес Санлес проти Іспанії», «Хаас проти Швейцарії», «Кох проти Німеччини», «Ламбер та інші проти Франції» тощо<sup>314</sup>.

У жодній із перерахованих справ ЄСПЛ не було встановлено порушень ЄКПЛ, а саме статті 8 («Хаас проти Швейцарії»), статей 2, 8 («Ламбер проти Франції»), статей 2, 3, 8, 9, 14 («Прітті проти Сполученого Королівства»). Виключенням є тільки справа «Кох проти Німеччини», де суд встановив (порушення статті 8 ЄКПЛ.

У межах справи «Прітті проти Сполученого Королівства» ЄСПЛ надав оцінку обставинам наявності у заявниці прогресуючого захворювання хвороби рухових нейронів. Попри невиліковність таке захворювання не вплинуло на інтелектуальні можливості заявниці, в тому числі, на можливість прийняття рішень та усвідомлення їх наслідків. Заявниця, серед іншого, посилалась на те,

---

<sup>313</sup> See supra.

<sup>314</sup> Pretty v. The United Kingdom. № 2346/02. ECHR 2002; Sanles Sanles v. Spain. № 48335/99. ECHR 2000; Haas v. Switzerland. № 31322/07. ECHR 2011; Koch v. Germany. № 497/09. ECHR 2012; Lambert and Others v. France. № 46043/14). ECHR 2014.



що вона не спроможна власними діями вчинити самогубство через фізичні вади, яке не є кримінально караним діянням відповідно до законодавства Великої Британії, натомість допомога іншою особою у припиненні життя відповідно до Закону вважається злочином. Уповноваженими органами Сполученого Королівства висловлена позиція, що у разі припинення життя заявниці її чоловіком, як цього вона бажала, визнати його таким, що не підпадатиме під кримінальну відповідальність не можна<sup>315</sup>.

ЄСПЛ серед ключових аргументів в контексті аналізу статті 2 ЄКПЛ дійшов висновків, що зі згаданої статті не може випливати права на смерть незважаючи від суб'єкта (держава чи треті особи), який може посприяти його реалізації. Таким підходом суд фактично заборонив тлумачити статтю 2 ЄКПЛ крізь призму можливості реалізації негативного впливу, у цьому випадку, з точки зору реалізації права на припинення життя<sup>316</sup>.

Дійсно, відповідно до законодавства Великої Британії вчинення самогубства не є кримінально караним діянням, що гарантовано статтею 1 Закону про самогубства 1961 року<sup>317</sup>.

Разом з цим, статтею 2 цього ж Закону встановлена кримінальна відповідальність у виді позбавлення волі строком до 14 років за співучасть або сприяння у самогубстві чи спробі самогубства<sup>318</sup>.

Тобто, співставляючи нормативне регулювання питання евтаназії, яке сформувалось у Великій Британії з рішенням ЄСПЛ, позиція, сформована у справі «Прітті проти Сполученого Королівства» видається виправданою.

---

<sup>315</sup> *Pretty v. The United Kingdom*. № 2346/02. ECHR 2002.

<sup>316</sup> See *supra*.

<sup>317</sup> Suicide Act, 1961. URL: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/Eliz2/9-10/60/section/2>.

<sup>318</sup> See *supra*.

Попри такий висновок суду у Великій Британії вже неодноразово піднімалися питання щодо легалізації евтаназії та робились спроби змінити Закон про самогубство. У відповідності до одного із проєктів Біллю про допоміжну смерть передбачалось, що невиліковно хвора особа вправі вимагати припинення свого життя шляхом звернення за відповідною допомогою<sup>319</sup>.

Проєктом передбачалась також низка умов для осіб, виключно за дотримання яких право на припинення життя могло б реалізовуватись, а саме:

- чіткий намір закінчити власне життя;
- особою зроблено заяву встановленої форми;
- досягнення 18 річного віку на момент подання заяви;
- проживання на території Англії та Уельсу не менше десяти років<sup>320</sup>.

Статтею 4 проєкту встановлювалось, що допомогу у смерті може надавати лікуючий лікар шляхом надання ліків особі, яка подала заяву встановленої форми<sup>321</sup>.

Однак, жоден із проєктів, яким пропонувалось внести зміни у законодавство, що регулює питання припинення життя, в тому числі і проаналізований, так і не були прийнятим, а тому станом на сьогодні основним актом, який регулює відповідні питання залишається Закон про самогубство 1961 року.

Розголосу та найбільший спалах дискусій серед справ ЄСПЛ об'єктом дослідження в яких було право на смерть стала справа «Ламбер та інші проти Франції»<sup>322</sup>. Висновки, зроблені у цій справі були трактовані суспільством як такі, що призвели до визнання

---

<sup>319</sup> Assisted Dying Bill (HL Bill 6), 2014. URL: [https://publications.parliament.uk/pa/bills/lbill/2014-2015/0006/lbill\\_2014-20150006\\_en\\_1.htm](https://publications.parliament.uk/pa/bills/lbill/2014-2015/0006/lbill_2014-20150006_en_1.htm).

<sup>320</sup> See supra.

<sup>321</sup> See supra.

<sup>322</sup> Lambert and Others v. France. № 46043/14). ECHR 2014.

можливості припинення заходів з підтримки життя хворого, тобто, пасивної евтаназії.

Обставини справи полягали у тому, що внаслідок дорожньо-транспортної пригоди пан Вінсент Ламберт зазнав серйозних травм голови, що призвело до непоправних наслідків, засвідчених консиліумом лікарів як хронічний нервово-вегетативний стан, тобто стан мінімальної свідомості. Вісімдесят сім сеансів мовної та логопедичної терапії, а також спроби посадити хворого у інвалідний візок результатів не дали<sup>323</sup>.

За результатами дев'яти медичних спостережень та сформованими внаслідок них медичних висновків було оцінено наступні фактори, за наслідками яких констатовано:

— клінічний стан відповідає вегетативному стану з мінімальними ознаками усвідомлення;

— за п'ять з половиною років перебування у такому стані та з моменту травми голови спостерігалась атрофія головного мозку, що засвідчувала майже повне знищення стратегічних областей мозку, а відтак, про незворотність пошкоджень мозку;

— курс мовної та логопедичної терапії не призвели до встановлення спілкування;

— реагування на больові подразники спостерігались, але реакції не були свідомими.

Враховуючи медичні висновки лікуючим лікарем було ухвалено рішення про припинення підтримання життєдіяльності пацієнта.

Заявники, якими у даній справі виступали батьки, зведені брат та сестра стверджували про неможливість прийняття медиками рішення про припинення життя Вінсента Ламберта від його імені, що фактично було здійснено<sup>324</sup>.

---

<sup>323</sup> See supra.

<sup>324</sup> See supra.

ЄСПЛ надаючи оцінку діям держави у співвідповідності зі статтею 2 ЄКПЛ виходив із позитивних та негативних зобов'язань, що впливають із обов'язку захисту людського життя, гарантованого згаданою статтею ЄКПЛ.

У контексті позитивних зобов'язань у рішенні акцентована увага на можливості свободи розсуду держави. Зокрема, ураховуючи скрупульозне дослідження обставин справи державними органами, доступність засобів судового захисту, якими могли вільно скористатись заявники, законодавчу визначеність з цього питання, а також ураховуючи свідчення заявників про словесні твердження Вінсента Ламберта, висловлені при житті про те, що він «не хоче залишатись штучно живим у випадку нещасного випадку», суд дійшов висновків, що в такому випадку організація процесу прийняття рішень, в тому числі, визначення особи та її повноважень щодо прийняття рішення про припинення лікування відносяться до свободи розсуду держави<sup>325</sup>.

Щодо відсутності порушення державою негативного зобов'язання ЄСПЛ зазначив, що допоки у Франції на законодавчому рівні дозволене терапевтичне утримання, яке, в тому числі, передбачає можливість скасування чи відмови від лікування, у ситуації, що виникла з паном Вінсентом Ламбертом не можна вести мову про навмисне позбавлення життя пацієнта. Відтак, лікар, який приймає рішення у такому випадку виходить із розсуду полегшення страждань хворого<sup>326</sup>.

Ухвалення цього рішення було сприйняте як таке, що легалізує право на смерть та почало активно обговорюватись у суспільстві.

---

<sup>325</sup> From Therapeutic Abstention to the Right to Die? The Case of Lambert and Others v. France. Strasbourg Observers. URL: <https://strasbourgobservers.com/2015/07/06/from-therapeutic-abstention-to-the-right-to-die-the-case-of-lambert-and-others-v-france/>.

<sup>326</sup> Lambert and Others v. France. № 46043/14). ECHR 2014.

Наприклад, Європейський центр права та юстиції писав про те, що ЄСПЛ визнав законним спричинення смерті пацієнта-інваліда, який не надавав на це згоди, а відтак позбавив такого пацієнта захисту його прав у розумінні ЄКПЛ. ЄСПЛ відроджується практика, якої Європа намагалась уникнути надаючи державам свободу розсуду в позитивних зобов'язаннях, чим ставиться під загрозу «законна смерть» пацієнтів, що перебувають у ситуації, подібній до ситуації Вінсента Ламберта<sup>327</sup>.

Блог міжнародного права після ухвалення рішення опублікував статтю під назвою «Особиста автономія в рамках права на життя відкриває двері до «права на смерть»<sup>328</sup>.

На погляд автора, позиція ЄСПЛ у аналізованій справі на момент постановлення рішення хоч і була нетиповою, однак з точки зору законодавчої обумовленості стосовно права на закінчення життя, що сформувався у Франції, є виправданою.

У Франції є окремий кодифікований акт – Кодекс охорони здоров'я, який об'єднує у своєму змісті п'ять книг, що регламентують особливості захисту охорони здоров'я, в тому числі, визначають умови закінчення життя особи, а також гарантує хворій особі право на повагу до її гідності<sup>329</sup>.

Законодавство Франції апелює поняттям паліативної допомоги, розглядаючи її як активний та постійний догляд хворого міждисциплінарною командою, що може здійснюватися в медичній

---

<sup>327</sup> The ECHR Accepts the Euthanasia of Vincent Lambert. *European Centre for Law and Justice*: website. URL: <https://eclj.org/euthanasia/the-echr-accepts-to-euthanize-vincent-lambert>.

<sup>328</sup> Sartoria D. Grand Chamber judgment in Lambert v. France. Personal autonomy within the right to life opens the door to the «right to die». *International Law Blog*: website. URL: <https://internationallaw.blog/2015/06/15/lambert-v-france-personal-autonomy-as-part-of-the-right-to-life/>.

<sup>329</sup> Code de la santé publique. URL: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte\\_lc/LEGITEXT000006072665/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665/).

установі чи вдома, спрямована на полегшення страждань хворого, в тому числі, психічних, а також на захист гідності такої особи та її оточення<sup>330</sup>.

Із аналізу статті L.1110-5 Кодексу охорони здоров'я Франції є підстави стверджувати про той самий «розсуд» щодо права на припинення життя, про який згадував ЄСПЛ. Вказаною статтею визначено, що кожен має право на терміновість необхідних втручань з огляду на стан свого здоров'я, які не повинні піддавати ризику очікувану мету. При цьому, частиною другою закріплено, що такі дії не повинні піддаватись переслідуванню у разі необґрунтованості їх продовження. У разі, якщо вчинення втручань чи інших дій видається непропорційним або ж непотрібним, або жодних наслідків крім штучного збереження життя за собою не несуть, вони можуть бути зупинені або ж не розпочаті<sup>331</sup>.

У будь-якому випадку на лікаря покладається обов'язок захистити гідність помираючої особи та забезпечити якість її життя надаючи паліативну допомогу, що гарантовано статтями L. 1110-5 та L.1111-4 Кодексу охорони здоров'я Франції.

У відповідності до частини третьої статті L. 1111-4 Кодексу охорони здоров'я Франції жодне втручання чи лікування неможливо проводити без добровільної та свідомої згоди пацієнта<sup>332</sup>.

Кожному гарантується право на допомогу, спрямовану на полегшення страждань. У разі, якщо лікар встановить, що у запущеній чи термінальній фазі важкого чи невиліковного захворювання пацієнту можливо виключно полегшити страждання, він повинен про це повідомити останнього, довірену особу, сім'ю чи інших родичів. Процедура припинення життя фіксується у медичній

---

<sup>330</sup> See supra.

<sup>331</sup> See supra.

<sup>332</sup> See supra.

картці (частини третя – четверта статті L. 1110-5, частина четверта статті L. 1111-4 Кодексу охорони здоров'я Франції)<sup>333</sup>.

Існують виключення із згаданого правила, що дає можливість недотримуватись особливостей щодо отримання згоди, у разі наявності надзвичайних обставин або неможливості проконсультуватись із довіреними, сім'єю чи родичами<sup>334</sup>.

Разом з цим, особа вправі висловити прижиттєву згоду з вказівками та побажаннями щодо кінця свого життя, особливостями та умовами продовження, припинення чи відмови від лікування або медичних процедур, які є обов'язковими для розгляду та врахування лікарем, за винятком випадків життєвої необхідності, надзвичайних ситуацій, або у разі повної невідповідності таких вказівок ситуації, що склалась (частини перша, третя статті L. 1111-11 Кодексу охорони здоров'я Франції)<sup>335</sup>.

Отже, із вищенаведених положень слід узагальнити кілька висновків.

По-перше, французький законодавець системно підійшов до регулювання питання можливості припинення лікування особою у разі, якщо на це буде її воля чи воля її близьких осіб, урегулювавши такі особливості в окремому нормативному правовому акті.

По-друге, попри те, що на законодавчому рівні закріплена потреба в отриманні згоди особи, питання щодо припинення лікування відносно якої вирішується, або її довіреної особи, сім'ї чи родичів, законодавець надав лікарям альтернативну можливість приймати таке рішення самостійно за наявності відповідних підстав та умов.

По-третє, незважаючи від суб'єкта, яким приймається рішення про припинення життя особи обов'язковому захисту

---

<sup>333</sup> See supra.

<sup>334</sup> See supra.

<sup>335</sup> See supra.

підлягає гідність особи та вжиття максимальних заходів щодо забезпечення якості її життя.

Таким чином, у Франції фактично є узаконеною певна свобода розсуду держави у сфері прийняття рішення про припинення життя особи, яка може реалізовуватись зі сторони уповноважених на те органів та посадових осіб, а відтак, зі сторони держави в цілому.

Водночас аналізуючи правову позицію, сформовану ЄСПЛ у справах, в межах яких досліджувались питання щодо закінчення життя, слід зауважити, що суд в переважній більшості випадків виходив із визначення обсягу сфери дії статті 2 ЄКПЛ в контексті статті 8. Іншими словами, суд визначав обсяг права на життя з точки зору права на повагу до приватного і сімейного життя, таким чином розглядаючи і правову природу права закінчення життя. Однак, із постановленням рішення у справі «Ламбер та інші проти Франції» вектор правової визначеності права на смерть змінився, що змінило і прецедент, сформований до того судом. Відтак, право на смерть почало розглядатись в межах статті 2 ЄКПЛ (право на життя), що безумовно є обґрунтованим та виправданим з точки зору правової визначеності.

В Україні на рівні з іншими демократичними та розвиненими державами світу заборонено репродуктивне клонування людини. Такий імператив закріплений у Законі України «Про заборону репродуктивного клонування»<sup>336</sup>.

Заборона щодо здійснення тієї чи іншої форми клонування діє у Швейцарії, Німеччині, Данії, Бельгії, Італії та інших державах. Прийняття різними державами світу нормативних актів, які забороняють здійснення відповідних дій відповідає вимогам Додаткового протоколу до Конвенції про захист прав і гідності

---

<sup>336</sup> Про заборону репродуктивного клонування людини : Закон України від 14 грудня 2004 року № 2231-IV. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2231IV#Text>.



людини щодо застосування досягнень біології та медицини стаття 1 якого встановлює чітку заборону будь-якого втручання з метою створення людської істоти, генетично ідентичної до іншої людської істоти, живої чи померлої<sup>337</sup>.

Загальна декларація про геном людини та права людини у статті 11 декларує заборону практики, що суперечить людській гідності, зокрема така практика, як практика клонування в цілях відтворення людської особини. Державам і компетентним міжнародним організаціям пропонується співпрацювати з метою виявлення такої практики і прийняття на національному та міжнародному рівнях необхідних заходів відповідно до принципів, викладених у цій Декларації<sup>338</sup>.

Декларацією Організації Об'єднаних Націй про клонування людини закріплена низка ключових положень, зі змісту яких можна побачити опосередковану та пряму заборону на проведення репродуктивного клонування, зокрема:

- необхідність прийняття усіх можливих заходів для захисту людського життя в процесі застосування біологічних наук;
- заборона усіх форм клонування людини в тій мірі, в якій вони несумісні з людською гідністю та захистом людського життя;
- прийняття заходів, необхідних для заборони використання методів генної інженерії, які можуть суперечити людській гідності тощо<sup>339</sup>.

---

<sup>337</sup> Додатковий протокол до Конвенції про захист прав і гідності людини щодо застосування досягнень біології та медицини: Протокол від 12 грудня 1998 року № 168. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994\\_526#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_526#Text).

<sup>338</sup> Загальна декларація про геном людини та права людини від 11 листопада 1997 року.

<sup>339</sup> Декларація Організації Об'єднаних Націй про клонування людини від 08 березня 2005 року.

Закріплення нормативними актами на міждержавному рівні імперативів щодо заборони клонування призвело до того, що аналіз правового виміру досліджуваного інституту не є поширеним у практиці ЄСПЛ.

У справі «Рух раелітів Швейцарії проти Швейцарії»<sup>340</sup> судом надана оцінка заборони клонування в контексті статті 10 ЄКПЛ, тобто крізь призму заборони розповсюдження будь-яких матеріалів, які пропагують створення генетично ідентичної особистості.

Суть справи стосувалась відмови органів поліції щодо надання дозволу на поширення плакатів із заголовком «Послання від інопланетян», при цьому в змісті таких плакатів містилась інформація, яка пропагувала геніократію та клонування людини. Більше того, з веб-ресурсу, посилання на який розміщувалось на плакатах, можна було ознайомитись з переліком послуг у сфері клонування, які пропонувались створеною рухом раелітів організацією під назвою Clonaid<sup>341</sup>.

ЄСПЛ не було встановлено порушення статті 10 ЄКПЛ через те, що обмежувальний захід, вжитий державою, спрямовувався не на перешкодження вільному вираженню поглядів чи переконань, а переслідував законну мету, якою у даному випадку виступала заборона поширення інформації щодо дій, які заборонені на законодавчому рівні. Поширення такої інформації призвело б до популяризації та більшої зацікавленості широкого загалу та спричинило б вплив на необмежене коло осіб, цим самим підвищуючи інтерес до клонування.

У Законі Іспанії про техніки допоміжної репродукції (*Sobre técnicas de reproducción humana asistida*) встановлений чіткий припис щодо заборони клонування людини в репродуктивних цілях<sup>342</sup>.

---

<sup>340</sup> *Mouvement Raëlien Suisse v. Switzerland*. № 16354/06). ECHR 2012.

<sup>341</sup> See *supra*.

<sup>342</sup> *Sobre técnicas de reproducción humana asistida*, 27.05.2006 № 14/2006. URL: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-9292>.

Розділ III Закону Іспанії про біомедичні дослідження присвячений правовій визначеності терапевтичного та репродуктивного клонування<sup>343</sup>.

Вищевказаний акт встановлює заборону на здійснення репродуктивного клонування, урахуваючи приписи, встановлені в Законі Іспанії про техніки допоміжної репродукції, декламуючи заборону щодо використання ембріонів та преембріонів для експериментальних цілей. Разом з цим, Законом Іспанії про біомедичні дослідження закріплено і диспозитивний вектор, що надає можливість використання будь-якої техніки, спрямованої на отримання ембріональних стовбурових клітин, для терапевтичного дослідження, яка в майбутньому не призведе до створення преембріона чи ембріона<sup>344</sup>.

Загалом більшість держав світу виходять із закріплення заборони репродуктивного клонування. Невизначеність із терапевтичним клонуванням призводить до певної проблематики. Іншими словами заборона клонування часто регламентується виходячи із заборони вчинення будь-яких інших дій з ембріонами, окрім тих, які спрямовані на реалізацію репродуктивної функції у тих випадках, коли її здійснення природнім шляхом реалізувати неможливо з тих чи інших причин. Однак, такі обмеження не завжди позитивно сприймаються носіями прав, що породжує розширення судової практики.

Наприклад, у справі «Паррілло проти Італії» правова оцінка, що надавалась ЄСПЛ, межувала між визначеністю ембріології та клонування. Заявниця посилалась на порушення статті 8 ЄКПЛ (відсутнє порушення) та статті 1 Протоколу № 1 (визнано

---

<sup>343</sup> Investigación biomédica, 03.07.2007 № 14/2007. URL: <https://www.boe.es/boe/dias/2007/07/04/pdfs/A28826-28848.pdf>.

<sup>344</sup> See supra.

неприйнятною скаргою) через заборону держави щодо передання ембріонів для наукових досліджень<sup>345</sup>.

Так, в межах застосування технології *in vitro* було отримано п'ять ембріонів, які, відповідно, кріоконсервовані. Після смерті чоловіка заявницею прийнято рішення не робити імплантацію ембріонів, натомість остання прагнула їх передати для дослідження стовбурових клітин. Попри національне законодавство, яке забороняє проведення будь-яких досліджень з ембріонами, ЄСПЛ послався також на Сьому рамкову програму Європейської спільноти для досліджень, технологічного розвитку та демонстрацію діяльності, стаття 6 якої передбачає, в тому числі, заборону фінансування дослідницької діяльності, спрямованої на створення людських ембріонів виключно для цілей досліджень чи з метою отримання стовбурових клітин, у тому числі, за допомогою перенесення ядра соматичної клітини<sup>346</sup>. Аналогічна норма згодом була закріплена і у Програмі «Горизонт 2020»<sup>347</sup>.

Загалом стверджувати про систематизовані напрацювання ЄСПЛ з питань клонування, у порівнянні з уже дослідженими правами четвертого поколонні у системі охорони здоров'я, не вбачається можливим. Суть заяв та вимоги не так часто апелюють порушеннями прав ЄКПЛ через відмову держав у проведенні процедур клонування. Така практика не є доволі поширеною і на національних рівнях.

Як приклад, навіть у США попри вікову прецедентну практику комплексного аналізу та правової оцінки клонування Верховним Судом поки що не здійснено.

---

<sup>345</sup> Parrillo v. Italy. № 46470/11. ECHR 2013.

<sup>346</sup> Seventh Framework Programme (FP7). (Decision No. 1982/2006/EC). URL: [https://ec.europa.eu/growth/sectors/space/research/fp7\\_en](https://ec.europa.eu/growth/sectors/space/research/fp7_en).

<sup>347</sup> Horizon 2020 (Regulation (EU). No. 1291/2013). URL: [https://ec.europa.eu/growth/sectors/space/research/horizon-2020\\_en](https://ec.europa.eu/growth/sectors/space/research/horizon-2020_en).

У одному із судових рішень у справі «Скіннер проти Оклахоми»<sup>348</sup> вперше завуальовано прозвучало побоювання суду щодо потенційної загрози поширюваності клонування через дозвільну систему щодо проведення стерилізації стала.

Суть справи стосувалась того, що особа, позбавлена волі за крадіжки за законодавством штату Оклахома, на момент розгляду справи, підлягала стерилізації. Верховний Суд держави визнав неконституційним застосування стерилізації оскільки, урахувавши положення Основного закону, такі «обмежувальні заходи» призведуть до порушень права на шлюб і продовження роду у майбутньому. Такі порушення прав людини, в свою чергу, можуть стати поштовхом для запровадження правила щодо генетики людини, інакше кажучи, щодо її генетичного відтворення. Однак, детальна оцінка застосовуваності відповідних положень судом не надавалась<sup>349 350</sup>.

Однак, незважаючи на нейтралітет Верховного Суду, на рівні штатів суди вже вирішували справи, предметом розгляду в межах яких виступало саме клонування.

У штаті Пенсильванія подружня пара звернулась до федерального суду із заявою про порушення їх права на приватне життя обумовлене законодавчо встановленою забороною щодо клонування людини. Позовні вимоги обґрунтовувались необхідністю розширення захисту прав, в тому числі, щодо права на відтворення та право мати клоновану дитину на рівні з правом на аборт. Федеральний окружний суд дійшов висновків щодо

---

<sup>348</sup> *Skinner v. Oklahoma ex rel. Williamson*. U. S. Supreme Court (U. S. 535 (1942)). URL: <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/316/535/#F3>.

<sup>349</sup> See *supra*.

<sup>350</sup> Concurring opinion, *Skinner v. Oklahoma*, 316 U.S. 535 (June 1, 1942). *Robert H. Jackson Center*: website. URL: <https://www.roberthjackson.org/opinion/concurring-opinion-skinner-v-oklahoma-316-u-s-535-june-1-1942/>.

відсутності порушення прав заявників, оскільки встановлена заборона на рівні закону щодо клонування людини не могла призвести до позбавлення заявників будь-яких інших гарантованих прав<sup>351</sup>.

У Сполучених Штатах Америки постійно робляться спроби заборонити клонування. Однак, станом на сьогодні політика різних штатів з приводу цього питання є невизначеною. В той час як одні штати взагалі забороняють будь-які форми та прояви клонування, такі як Оклахома, Вірджинія, Арізона, Індіана та ще чотири штати, інші, такі як Луїзіана, Мічиган та Індіана, закріплюють лише заборону будь-яких дій, спрямованих на фінансування клонування. Натомість десять штатів, серед яких, до прикладу, Айова, Коннектикут, Монтана, Массачусетс, Міссурі та інші, закріпили так зване правило «clone and kill»<sup>352 353</sup>.

Таким чином, правове забезпечення прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я з кожним роком видозмінюється та оновлюється. Держави переглядають своє бачення щодо визначення меж легальності тих чи інших прав четвертого покоління, тим самим оновлюючи національне законодавство шляхом внесення змін чи прийняття нових нормативних правових актів. Водночас, коли одні держави намагаються легалізувати дедалі більший спектр прав та їх можливих форм вираження, інші навпаки, повністю або частково забороняють їх. Така ситуація призводить до поширюваності

---

<sup>351</sup> Attack of the Clones: Legislative Approaches to Human Cloning in the United States. Duke Law & Technology Review. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/62559416.pdf>.

<sup>352</sup> Jarden J. J. The Law and Human Cloning. *Knobbe Martens*. 2018. URL: <https://www.knobbe.com/news/2018/06/law-and-human-cloning>.

<sup>353</sup> Appendix: State Laws on Human Cloning. *The New Atlantis*: website. URL: <https://www.thenewatlantis.com/publications/appendix-state-laws-on-human-cloning>.

реалізації «заборонених» чи «обмежених» прав іноземними громадянами на території держав, де існують більш широкі рамки дозволеності та правової лояльності. Такий висновок підтверджується проаналізованими у цьому підрозділі практикою ЄСПЛ.

### **3.2. Нормативні та інституційні напрями розвитку правового забезпечення новітніх прав у сфері охорони здоров'я**

У цьому підрозділі ми проведемо дослідження нормативно-правових та інституційних засад, що мають на меті удосконалення адміністративно-правового забезпечення прав четвертого покоління. При цьому ми звернемо нашу увагу на: (1) сферу трансплантації анатомічних матеріалів, (2) реалізацію репродуктивних прав, (3) клонування, зокрема розглянемо можливість прийняття нового закону щодо регулювання сфери клонування, де буде закріплено положення не тільки щодо репродуктивного клонування, а й з приводу терапевтичного клонування. (4) евтаназію. Для досягнення цієї мети ми сфокусуємо увагу на тому, щоб, по-перше, визначити позитивні аспекти у нормативно та інституційно-правових напрямках регулювання тієї чи іншої сфери, по-друге, звернути увагу на ті моменти, які потребують змін.

Національна система захисту прав четвертого покоління базується на діючому законодавстві та міжнародних нормах у цій сфері, включає в себе систему державних органів, діяльність яких прямо чи опосередковано впливає на забезпечення, захист, регулювання та відновлення вищевказаних прав. Ефективність функціонування такої системи залежить безпосередньо від цілей і завдань, які поставила перед собою держава та реальної державної політики у цій сфері.

#### **Трансплантація анатомічних матеріалів людині**

У рамках аналізу трансплантації ми зосередимо свою увагу на трансплантацію за участю живого донора та за участю донора-трупа.

*Трансплантація від живого донора*

У ЗУ «Про трансплантацію анатомічних матеріалів людині» під поняттям «живий донор» розуміється повнолітня дієздатна фізична особа, яка добровільно надала згоду на вилучення у неї анатомічних матеріалів для трансплантації, та у визначеному законом випадку особа віком до 18 років, згоду на вилучення у якої гемопоетичних стовбурових клітин надано відповідно нею особисто та (або) її батьками або іншими законними представниками<sup>354</sup>.

Частина 2 статті 14 ЗУ «Про трансплантацію анатомічних матеріалів людині» містить положення про те, що вилучення анатомічних матеріалів у живого донора можливе у разі родинного донорства<sup>355</sup>. Тобто, Закон, у цьому випадку, передбачає обов'язкову наявність родинного зв'язку для можливості вилучення органів у живого донора.

Разом з тим, О. С. Караєва стверджує, що практика неродинного донорства розповсюджена у США, де її називають емоційним донорством. У США емоційним донором може стати навіть начальник або підлеглий, що означає відсутність будь-яких заборон на здійснення трансплантації. При цьому, подібна трансплантація проходить під повним контролем етичного комітету, який детально розглядає кожен подібний випадок про неродинне

---

<sup>354</sup> Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині: Закон України від 17 травня 2018 року № 2427-VIII.

<sup>355</sup> Там само.



донорство<sup>356</sup>. Також емоційне донорство передбачене законодавством деяких європейських держав, наприклад, Бельгії<sup>357</sup>.

Основним аргументом противників законодавчого закріплення емоційного донорства є висока ймовірність корупційної складової, коли донор, який не є родичем реципієнта зацікавлений в «обміні» органу на певну матеріальну вигоду: «Треба бути абсолютно переконаними, що тут немає корупційної складової, важливо довести ... бажання безоплатно передати цей орган. На цьому ґрунті можливі зловживання і примус ...»<sup>358</sup>.

Потрібно звернути увагу і на той момент, що якщо не неможливо, то дуже важко відслідкувати подальші відносини, які складаються між емоційним донором та реципієнтом<sup>359</sup>. У цьому випадку може виникнути ситуація, коли через деякий час після проведення трансплантації, емоційний донор може вчинити певні дії, поєднані з психологічним тиском, метою яких буде отримання матеріальної винагороди за орган, який дістався реципієнту. Тобто, емоційний донор може отримати винагороду за свій орган як до трансплантації, так і після.

Противниками емоційного донорства є також лікарі та науковці, що виступають проти розвитку прижиттєвого донорства, оскільки це призводить до завдання шкоди здоров'ю донора<sup>360</sup>.

---

<sup>356</sup> Кареева О. С. Донорство органов: проблемы и перспективы развития в России. Москва: Аналитический Центр Юрия Левады, 2013. С. 51.

<sup>357</sup> Необходимо ли узаконивать в России «эмоциональное» донорство? *Национальный медицинский исследовательский центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова*: вебсайт. URL: [http://transpl.ru/about\\_center/news/generic/otdamprodam\\_pochku/](http://transpl.ru/about_center/news/generic/otdamprodam_pochku/).

<sup>358</sup> Не могу спасти мужа. Как устроена трансплантация органов в России. *anews*: вебсайт. URL: <https://www.anews.com/p/93918670-ne-mogu-spasti-muzha-kak-ustroena-transplantaciya-organov-v-rossii/>.

<sup>359</sup> Необходимо ли узаконивать в России «эмоциональное» донорство?

<sup>360</sup> Кареева О. С. Указ соч.

Проте є і прихильники емоційного донорства, які наголошують на високій етичності такого вчинку, коли донор хоче віддати свій орган реципієнту, який має проблеми зі здоров'ям: «... емоційне донорство ... не несе ніякого корисливого підтексту. Будь-яка людина, яка хоче допомогти страждаючій людині і, часто, помираючій, і, якщо вона обміркувала своє рішення, готова до цього, повинна мати можливість реалізувати свій порив»<sup>361</sup>.

Окрім того, законодавство про трансплантацію передбачає певні механізми, які мають запобігти комерціалізації емоційного донорства:

1. По-перше, трансплантація може бути проведена лише у тих закладах охорони здоров'я, що мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що передбачає право надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації. Уже це свідчить про те, що будь-який факт проведення трансплантації має бути документально підтвердженим, а, отже, особи реципієнта та донора будуть відомі. Тому у майбутньому це дозволить уникнути претензій з боку донора, який надав добровільну згоду на проведення трансплантації ще до її початку.

2. По-друге, якщо трансплантація, учасником якої є емоційний донор, не буде проведена у відповідному закладі охорони здоров'я і емоційний донор отримає матеріальну вигоду, то після проведення трансплантації, реципієнту у будь-якому разі доведеться приймати імуносупресанти (імуносупресивні лікарські засоби), що є препаратами різних фармакологічних та хімічних груп, які пригнічують імунологічні реакції організму. Одне із основних призначень імуносупресантів – пригнічення реакції відторгнення трансплантата<sup>362</sup>. В Україні імуносупресанти входять

---

<sup>361</sup> Не могу спасти мужа. Как устроена трансплантация органов в России.

<sup>362</sup> Чекман І. С., Бобирьов В. М., Кресюн В. Й. Фармакологія. Підручник для студентів стоматологічних факультетів: Підручник для ВМНЗ ІV р. а. Вінниця: Нова Книга, 2014. С. 197.

до переліку лікарських засобів, закупівля яких проводиться за рахунок коштів державного або місцевого бюджетів<sup>363</sup>, оскільки вони мають особливе значення для підтримання здоров'я реципієнта після трансплантації. Цей факт також свідчить про проблеми, які виникнуть у разі «обміну» органу на матеріальну вигоду, який було проведено з порушенням закону.

Зрештою, про переваги неродинного донорства заявляють фахівці: «...у разі неродинного донорства ми можемо підібрати ідеального донора, повністю відповідного по генах головного комплексу гістосумісності. Ми фактично можемо знайти для пацієнта генетичного близнюка – звичайно, не по всіх генах, а тільки по тих, які відповідають за сумісність тканин. І в цьому випадку трансплантований біоматеріал приживається практично як рідний. Ускладнень набагато менше. Ми взагалі відходимо [у разі неродинного донорства] від проблем з імунною системою»<sup>364</sup>.

У питанні неродинного (емоційного) станом на сьогодні немає єдиної позиції щодо того, чи потрібно закріпити таку можливість на законодавчому рівні. На нашу думку, необхідно передбачити можливість неродинного донорства в українському законодавстві. Передувати цьому має розвиток системи

---

<sup>363</sup> Про внесення змін до Переліку лікарських засобів вітчизняного та іноземного виробництва, які можуть закуповувати заклади й установи охорони здоров'я, що повністю або частково фінансуються з державного та місцевих бюджетів: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05 квітня 2017 року № 368. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/z0534-17>; Про затвердження методичних рекомендацій планування та розрахунку кількості лікарських засобів, виробів медичного призначення, що закуповуються за рахунок коштів державного та місцевого бюджетів для забезпечення визначених груп населення, на основі відповідних реєстрів: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25 вересня 2013 року № 829. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0829282-13>.

<sup>364</sup> Невинная И. Совместимо с жизнью. *Российская Газета*: вебсайт. URL: <https://rg.ru/2018/12/05/zachem-nam-nuzhen-nacionalnyj-registr-donorov-kostnogo-mozga.html>.

трансплантації в Україні, зокрема, початок функціонування Єдиної державної інформаційної системи трансплантації, налагодження системи трансплант-координації в Україні тощо.

Щоб уникнути будь-яких маніпуляцій з приводу неродинного донорства необхідно, в першу чергу, розвивати інституційну спроможність КМУ та МОЗ в питаннях трансплантації. Зокрема, в рамках популяризації донорства анатомічних матеріалів та формування позитивної громадської думки про надання анатомічних матеріалів людини для трансплантації, МОЗ має відповідально підійти до формування у населення позитивного іміджу неродинного донорства, а вже після завершення ретельної інформаційної політики у цьому напрямку слід перейти до впровадження неродинного донорства на законодавчому рівні.

Якщо ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» не дозволяє емоційне донорство, то зовсім інша ситуація з перехресним донорством, можливість здійснення якого вперше передбачена у тексті вказаного закону.

Українське законодавство визначає «перехресне донорство» як обмін живими імунологічно сумісними донорами між реципієнтами. Такий варіант можливий у тому разі, коли як в одного, так і в іншого реципієнта є донори, які не підходять їм за медичними показниками, але при цьому кожному реципієнту підходять протилежні донори. У такому разі може відбутись обмін донорами між реципієнтами<sup>365</sup>.

Можливість проведення такого виду трансплантації є новелою в Україні, проте в Ізраїлі, наприклад, існує Національна програма обміну донорами. У рамках цієї програми можливі три варіанти перехресного донорства:

---

<sup>365</sup> Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині: Закон України від 17 травня 2018 року № 2427-VIII.

а) перехресна програма – у випадках, коли неможливо провести трансплантацію між членами сім'ї у зв'язку з несумісністю, підшукується оптимальна пара донора і реципієнта для перехресної імплантації. Таким чином, виникають нові пари – кандидат на імплантацію з однієї пари і донор з іншої, між якими існує сумісність;

б) програма з більшою кількістю учасників – програма дозволяє проводити складні перехресні трансплантації між п'ятьма – сімома парами, а іноді й більшою кількістю пар. Завдяки технологічному прогресу і сучасним лабораторіям існує можливість підшукати точний збіг навіть для реципієнтів з високою кількістю антитіл, що практично неможливо при перехресній імплантації;

в) співпраця із зарубіжними державами – у відносно невеликих країнах, якою є Ізраїль складно створити базу даних необхідну для складних перехресних трансплантацій. Тому національний центр імплантацій знаходиться в тісній співпраці з іншими країнами. Деякі вважають, що співпраця між парами різного етнічного походження розширює потенціал сумісності органів, особливо для хворих з високим рівнем антитіл<sup>366</sup>.

В Ізраїлі також створено механізм, який дозволяє функціонувати вищевказаній програмі: «Пари, донор і отримувач нирки, члени сім'ї між якими немає сумісності, на ранніх стадіях до початку діалізу, можуть зареєструватися в одному з центрів імплантації. Центри імплантації передають дані в національний центр імплантацій, який курує загальнодержавну базу даних. У рамках програми всі пари (донор і отримувач, члени однієї сім'ї) між якими немає сумісності, реєструються окремо. Спеціальна комп'ютерна програма робить схрещування цих донорів та

---

<sup>366</sup> Национальная программа обмена для живых донор почки. *Министерство здравоохранения Государства Израиль*: вебсайт. URL: [https://www.health.gov.il/Russian/Subjects/organs-trans/live\\_donors/Pages/intersection\\_plan.aspx](https://www.health.gov.il/Russian/Subjects/organs-trans/live_donors/Pages/intersection_plan.aspx).

кандидатів на імплантацію і виявляє потенційну сумісність з іншими парами. За допомогою програми створюються нові пари: кандидат з однієї сім'ї і донор з іншої, між якими існує сумісність. Таким чином, імплантація стає можливою»<sup>367</sup>.

Варто також звернути увагу на досвід Німеччини у питанні правового регулювання перехресного донорства. Можливість проведення перехресної трансплантації була заборонена Законом Німеччини про трансплантацію від 1997 року. Передбачалась можливість проведення трансплантації лише за участі близьких родичів або осіб, які мають давні близькі стосунки<sup>368</sup>.

Усе змінилось у 2003 році, коли Федеральний соціальний суд Німеччини виніс постанову, яка стала правовим підґрунтям для впровадження перехресного донорства. Постанова стосувалася інциденту в 1999 році, коли пара з Німеччини відправилася в трансплантаційний центр у Швейцарію, щоб здійснити обмін нирок зі швейцарською парою. Швейцарія не мала жодних юридичних перешкод для перехресного донорства. Трансплантація у 1999 році була проведена успішно, але страхова компанія відмовилася відшкодувати витрати на операцію німецькій парі на тій підставі, що перехресна трансплантація є незаконною у Німеччині. Німецька пара передала справу до суду, і після кількох поразок у судах нижчої інстанції, Федеральний соціальний суд Німеччини виніс рішення на їхню користь. Було висловлено думку, що подружжя розвинуло тісний зв'язок до моменту трансплантації, а це в свою чергу означало, що обмін нирок був законним. Тому страхова компанія повинна була сплатити вартість операції<sup>369</sup>.

Можливість перехресного донорства в Україні визначена частиною 9 статті 13 ЗУ «Про застосування трансплантації

---

<sup>367</sup> Там само.

<sup>368</sup> Tuffs A. Surgeon sper form Germany's first crossover kidney transplantation. *BMJ*. 2005. P. 798-799.

<sup>369</sup> Там само.

анатомічних матеріалів людині»: «У разі ухвалення консиліумом лікарів рішення про неможливість застосування трансплантації реципієнту від живого донора з числа його близьких родичів або членів сім'ї за результатами визначення імунологічної сумісності донора та реципієнта, консиліум може ухвалити рішення про застосування перехресного донорства. Перехресне донорство застосовується між реципієнтами, які включені до Єдиної державної інформаційної системи трансплантації. Порядок застосування перехресного донорства затверджується Кабінетом Міністрів України»<sup>370</sup>. Отже, у тексті закону ми не знаходимо чіткого механізму застосування перехресного донорства. Припускається лише можливість його застосування у тому разі, коли немає імунологічної сумісності між живим донором та реципієнтом, які є близькими родичами.

А. П. Гель також звертає увагу на недосконалість цієї норми: «... чи можна вважати нормальним такий стан речей, коли підзаконним нормативним актом буде врегульовуватися порядок застосування правового інституту, зміст та сутність якого не розкриті й не закріплені на рівні закону? Відповідь буде однозначна – ні. Адже основне призначення підзаконних нормативно-правових актів – це забезпечення реалізації норм закону та їхня деталізація, а не навпаки. Наведене свідчить про пряме ігнорування законодавцем основних правил нормотворення, що може призвести в подальшому до суттєвих проблем при тлумаченні та застосуванні відповідних норм»<sup>371</sup>.

---

<sup>370</sup> Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині: Закон України від 17 травня 2018 року № 2427-VIII.

<sup>371</sup> Гель А. П. Трансплантація. Новації законодавця у цій сфері: перший погляд. *Юридичні новини України*: вебсайт. URL: <https://lexinform.com.ua/dumka-eksperta/transplantatsiya-novatsiyi-zakonodavtsya-u-tsj-sferi-pershij-poglyad/>.

Перехресне донорство в Україні лише нещодавно запроваджене. При цьому, законодавець у тексті ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів» не відобразив механізму застосування перехресного донорства, зазначивши при цьому, що порядок застосування цього виду донорства затверджується КМУ. Проте, навіть у такій редакції норма закону не дотримується, оскільки це питання наразі ніяк не врегульоване КМУ.

У зв'язку з цим, ми вважаємо, що на законодавчому рівні необхідно якнайшвидше вирішити питання про чітку та зрозумілу регламентацію перехресного донорства, зокрема і питання щодо пошуку пар для перехресного донорства. При цьому, за основу українського механізму перехресного донорства необхідно взяти Національну програму обміну донорами Ізраїлю, що дозволить підійти до вирішення проблеми з трьох позицій – перехресна програма, програма з більшою кількістю учасників та міжнародне співробітництво.

У цьому напрямку важливо також врегулювати відносини між перехресним донором та реципієнтом, окремо визначивши їхні права та обов'язки в процесі перехресного донорства.

Ще одне вагоме питання прижиттєвого донорства стосується віку, з якого донор може надати згоду на вилучення у нього анатомічних матеріалів. В українському законодавстві така можливість наступає з моменту настання повноліття, тобто з 18 років. Але з цього правила є виняток, коли мова йде про гемопоетичні стовбурові клітини: донором може стати особа до досягнення нею 18 років.

У Керуючих принципах ВООЗ по трансплантації людських клітин, тканин та органів зазначається, що не можна брати для трансплантації органи у особи, яка не досягла повноліття: «Не допускається брати для пересадки ... органи у живого донора, який не досяг повнолітнього віку, за рідкісними винятками, дозволеними



в рамках національного законодавства. Мають існувати спеціальні заходи для захисту неповнолітніх і, де це можливо, слід отримати згоду неповнолітнього до процедури вилучення органу»<sup>372</sup>.

У коментарі до цього принципу більш детально розкрито випадки, коли можна здійснювати трансплантацію за участю неповнолітнього донора: «... виключення можуть бути зроблені для сімейного донорства регенеруючих клітин (коли відсутній повнолітній донор, сумісний у медичному плані) і у разі пересадки нирок у однойцевих близнюків (де перевагою є відсутність необхідності придушення імунітету реципієнта, що виправдовує цей виняток із загального правила, за відсутності генетичного порушення, яке в майбутньому може мати несприятливий вплив на донора)»<sup>373</sup>.

Важливим також є положення про ймовірний конфлікт інтересів, що може виникнути при наданні згоди/незгоди на трансплантацію батьками (опікуном, піклувальником). З цього приводу у коментарі до Керівного принципу 4 йде мова про те, що: «У подібних випадках необхідно заручитися розглядом і оцінкою з боку незалежного органу, такого як суд або іншої компетентної владної структури. У будь-якому випадку заперечення неповнолітньої особи щодо проведення процедури донорства повинно переважати над згодою, наданою будь-якою іншою стороною. Для неповнолітніх донорів особливу важливість має професійне консультування, яке пропонується живим потенційним донорам з метою оцінки і, якщо це необхідно, вжиття заходів проти будь-якої форми тиску, який вчиняється при прийнятті рішення про донорство»<sup>374</sup>.

---

<sup>372</sup> Руководящие принципы ВОЗ по трансплантации человеческих клеток, тканей и органов, утверждены на LXIII Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2010 года, резолюция WHA 63.22.

<sup>373</sup> Там само.

<sup>374</sup> Там само.

Як бачимо, Керівний принцип 4 закріплює за неповнолітньою особою вирішальну роль при вирішенні питання щодо вилучення у неї органу. При цьому, неповнолітня особа має бути повністю поінформована про всі наслідки, які несе таке вилучення, оскільки будь-яке медичне втручання зачіпає такі фундаментальні права людини як право на життя та право на охорону здоров'я.

У частині 1 статті 20 Конвенції про права людини та біомедицину встановлено заборону на вилучення органу в недієздатної особи. У частині 2 вказаної статті визначено умови, що дозволяють вилучення регенеративної тканини в недієздатної особи:

- а) відсутність сумісного донора, який є дієздатним давати відповідну згоду;
- б) реципієнт є братом або сестрою донора;
- в) трансплантація здійснюється для збереження життя реципієнта;
- г) дозвіл, передбачений у пунктах 2 і 3 статті 6, було надано конкретно та у письмовій формі відповідно до закону та за погодженням із компетентним органом;
- д) відсутність заперечень з боку відповідного потенційного донора<sup>375</sup>.

У згаданій вище Конвенції йде мова про можливість вилучення у неповнолітньої особи лише регенеративної тканини, тобто такої, що має здатність відновлюватися (наприклад, печінки).

Стаття 6 Конвенції про права людини та біомедицину визначає, що:

---

<sup>375</sup> Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину, прийнята 04 квітня 1997 року / Рада Європи. URL: [http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/994\\_334](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/994_334).

«1. ... втручання по відношенню до особи, яка є недієздатною давати згоду, може здійснюватися тільки за умови, що воно матиме безпосередню користь для такої особи.

2. Якщо відповідно до законодавства неповнолітня особа є недієздатною давати свою згоду на втручання, таке втручання може здійснюватися тільки із дозволу її представника або органу влади, або особи, або закладу, визначеного законом»<sup>376</sup>.

Щодо безпосередньої користі від такого втручання, то науковці вбачають тут виключно моральний інтерес неповнолітньої особи.

У законодавстві багатьох держав також існують заборони щодо донорства неповнолітніх осіб. Такий вид донорства повністю заборонений в Алжирі, більшості штатів Австралії, Білорусі, Болівії, Буркіна-Фасо, у канадських провінціях – Манітобі та Онтарію, Колумбії, Коста-Ріці, Фінляндії, Німеччині, Греції, Ісландії, Індії, Лівані, Мексиці, Нідерландах, Панамі, Польщі, Португалії, Словаччині, Словенії, Південно-Африканській Республіці, Іспанії, Шрі-Ланці, Тунісі та Зімбабве<sup>377</sup>.

Важливим кроком для формування правового підґрунтя щодо донорства неповнолітніх у США стала справа «Боннер проти Морана». Суть справи полягає в тому, що 15-річний хлопець став донором шкіри для своєї двоюрідної сестри. Проте батьки хлопця не були повідомлені про характер операції і не знали про можливі наслідки, до яких може призвести таке оперативне втручання. Після видалення шкірного покриву у хлопця сталась кровотеча і він

---

<sup>376</sup> Там само.

<sup>377</sup> Степанова Е. Н., Малярчук В. И., Степанов Н. В. О возможности трансплантации органов некомпетентных доноров. *Вестник РУДН, Серия «Медицина»*. 2003. № 3. С. 135.

потребував переливання крові. Загалом він провів у лікарні ще 2 місяці після закінчення трансплантації<sup>378</sup>.

У ході дослідження справи судом було розглянуто питання про те:

1) чи для вилучення шкіри достатньо було згоди лише 15-річного хлопця?

2) чи для проведення такої операції необхідно також отримати згоду від батьків неповнолітньої особи?

Як наслідок, суд дійшов до висновку, що для вилучення органу у неповнолітньої особи потрібно отримати як дозвіл неповнолітньої особи, так і дозвіл її батьків (опікунів, піклувальників).

Разом з тим, у 1957 році Верховний суд штату Массачусетс прийняв три консультативні висновки щодо питання про трансплантацію між неповнолітніми близнюками. Суд визнав, що кожен із донорів був психологічно зрілим, щоб зрозуміти наслідки свого вчинку, і що їхні опікуни також погодилися на вилучення. Тим не менше, ухвалюючи ці рішення, суд вважав за потрібне, звернути увагу і на свідчення психіатра, який заявив, що кожен із донорів перебував би під «серйозним емоційним впливом», якщо б йому не дозволили пожертвувати нирку з метою збереження життя брата. Саме тому, Верховний суд штату Массачусетс вирішив, що згода опікуна на вилучення є достатньою, якщо неповнолітня особа також дає свою згоду<sup>379</sup>.

Питання, які стосуються донорства неповнолітніх осіб знайшли своє відображення і у законодавстві Канади, а саме у Єдиному акті про донорство тканин людини. У пункті 6 цього акту зазначено наступне:

---

<sup>378</sup> Bonner v. Moran. United States Court of Appeals, District of Columbia Circuit Dec 29, 1941. 126 F.2d 121 (D.C. Cir. 1941).

<sup>379</sup> Berman E. Z. The legal problems of organ transplantation. *Villanova Law Review*. Vol. 13. Iss. 4. 1968. Pp. 751-758.

«(1) Особа, яка не досягла 16 років, розуміє характер і наслідки трансплантації тканини ... протягом свого життя може дати згоду на вилучення регенеративної тканини, ... з метою імплантації тканини в інше живе людське тіло.

... (3) Трансплантація не може бути проведена (а) відповідно до підрозділу (1), якщо батьки або опікуни донора також не погоджуються на трансплантацію.

(4) Трансплантація не може здійснюватися відповідно до підрозділу (1) ..., якщо результати незалежної оцінки, проведеної відповідно до розділу 7, не свідчать про те, що трансплантація може бути проведена»<sup>380</sup>.

Як бачимо, канадське законодавство про трансплантацію передбачає можливість експлантації регенеративної тканини від особи, що не досягла 18 років. Єдиний акт про донорство тканин людини містить положення, які, по суті, виключають можливість маніпуляції свідомістю неповнолітньої особи для отримання органів від цієї особи:

а) обов'язкова згода батьків або піклувальників на проведення експлантації;

б) проведення незалежної оцінки третіми особами, одна з яких має бути лікарем<sup>381</sup>.

При цьому, під час проведення незалежної оцінки необхідно врахувати наступне:

а) чи проведення трансплантації необхідне за медичними показниками;

б) чи всі інші члени сім'ї донора були ліквідовані з медичних чи інших причин як потенційні донори;

---

<sup>380</sup> Uniform Human Tissue Donation Act. Uniform Law Conference of Canada, 1990. URL: <https://www.ulcc.ca/en/uniform-acts-en-gb-1/440-human-tissue-donation-act/284-human-tissue-donation-act-1990-draft>.

<sup>381</sup> Там само.

в) чи було примусово було отримано згоду на трансплантацію від неповнолітнього донора;

г) чи вилучення тканини з тіла донора створить істотний ризик для здоров'я донора або іншого ризику для донора та інше<sup>382</sup>.

У Швеції та Норвегії необхідно також отримати згоду Міністерства охорони здоров'я, а у Люксембурзі необхідно отримати дозвіл Комітету, до якого входять 3 експертів, яких затверджує Міністерство охорони здоров'я<sup>383</sup>.

Ми вже зазначали, що живим донором в Україні може бути лише повнолітня дієздатна особа. Виняток із цього правила стосується потенційних донорів гемопоетичних стовбурових клітин. У випадку такого донорства донором може стати особа до досягнення нею 18 років у разі, якщо:

- відсутній повнолітній дієздатний сумісний донор за результатами медичних показань;

- реципієнт є повнорідним братом або повнорідною сестрою донора;

- трансплантація здійснюється для збереження життя реципієнта;

- надання дозволу спеціалізованою державною установою у сфері трансплантації органів, тканин та клітин на вилучення<sup>384</sup>.

У разі, якщо особа не досягла 14-річного віку, згода на вилучення у неї гемопоетичних стовбурових клітин надається у письмовому вигляді її батьками або іншими законними представниками цієї особи<sup>385</sup>.

---

<sup>382</sup> Там само.

<sup>383</sup> Степанова Е. Н., Малярчук В. И., Степанов Н. В. О возможности трансплантации органов некомпетентных доноров. *Вестник РУДН, Серия «Медицина»*. 2003. № 3. С. 136.

<sup>384</sup> Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині: Закон України від 17 травня 2018 року № 2427-VIII.

<sup>385</sup> Там само.

Якщо донором гемопоетичних стовбурових клітин є особа у віці від 14 до 18 років, згода на вилучення у неї гемопоетичних стовбурових клітин надається нею, а також її батьками або іншими законними представниками цієї особи у письмовому вигляді. У разі, якщо донором гемопоетичних стовбурових клітин є особа віком до 18 років, інформація про можливість виникнення ускладнень для її здоров'я, а також про її права у зв'язку з донорством надається їй, а також батькам цієї особи або її іншим законним представникам<sup>386</sup>.

При цьому, неповнолітня особа, яка надала згоду на вилучення у неї анатомічних матеріалів, має право у будь-який час відмовитися від такої згоди шляхом подання відповідної заяви<sup>387</sup>.

У частині 8 статті 14 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» зазначається, що: «Вилучення анатомічного матеріалу у живого донора дозволяється за наявності висновку консилиуму лікарів про можливість такого вилучення після повного медичного обстеження донора та за умови, що завдана його здоров'ю шкода буде меншою, ніж небезпека, що загрожує життю реципієнта»<sup>388</sup>.

Отже, український законодавець дозволяє вилучення гемопоетичних стовбурових клітин у особи, яка не досягла 18 років. При цьому, заборонено будь-які інші види донорства для неповнолітніх осіб. У деяких країнах донором можна стати з 16 років, при чому, йде мова про донорство регенеративних тканин, до яких, наприклад, відносять печінку. В зарубіжному законодавстві про трансплантацію передбачено чіткий механізм захисту неповнолітньої особи від будь-яких незаконних впливів. Так, для вилучення органу в неповнолітнього донора необхідно отримати не

---

<sup>386</sup> Там само.

<sup>387</sup> Анікіна Г. В. Особливості правового регулювання трансплантації органів від померлого донора. *Юридична Україна*. 2010. № 10. С. 73.

<sup>388</sup> Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині: Закон України від 17 травня 2018 року № 2427-VIII.

тільки його згоду, згоду його батьків (законних представників), а ще й згоду незалежного органу, який має оцінити фізичний та психологічний стан потенційного неповнолітнього донора.

Розглянувши світову практику у питанні щодо донорства неповнолітніх осіб, пропонуємо доповнити частину 1 статті 14 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» наступним положенням:

*«Особа віком до 18 років може бути живим донором у разі пересадки нирок у однайцевих близнюків».*

Саме така редакція статті дозволить збільшити кількість живих донорів. Тим більше, перевагою такого виду донорства є відсутність необхідності придушення імунітету реципієнта.

Що стосується вилучення органів у повнолітнього донора, то цей процес врегульований розділом III ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині». Відповідно до цього Закону вилучення органів у живого донора можливе у разі:

1) досягнення 18-річного віку та наявності повної дієздатності (частина 1 статті 14);

2) якщо реципієнт та донор є близькими родичами або членами сім'ї (частина 2 статті 14);

3) якщо живий донор не:

- утримується у місцях відбування покарань та попереднього ув'язнення;

- є іноземцями та особами без громадянства, які незаконно перебувають в Україні;

- страждають на тяжкі психічні розлади;

- мають захворювання, що можуть передатися реципієнту або зашкодити його здоров'ю, крім випадків наявності поінформованої згоди реципієнта;

- надали раніше орган або частину органа для трансплантації;

- є вагітними (частина 3 статті 14);



4) наявності добровільної та усвідомленої згоди на донорство, наданої у письмовій формі. При цьому, така згода надається лише після того, як лікар надасть об'єктивну інформацію про можливе ускладнення здоров'я донора (частина 4 статті 14);

5) вилучення у живого донора лише одного із парних органів або частини органів, або частини іншого анатомічного матеріалу (частина 7 статті 14);

6) наявності висновку консилиуму лікарів про можливість такого вилучення після повного медичного обстеження донора та за умови, що завдана його здоров'ю шкода буде меншою, ніж небезпека, що загрожує життю реципієнта (частина 8 статті 14)<sup>389</sup>.

#### *Трансплантація від донора-трупа*

У ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» під терміном «донор-труп» розуміється померла особа, щодо якої в установленому законодавством порядку отримано згоду на вилучення з її тіла анатомічних матеріалів для трансплантації або виготовлення біоімплантів<sup>390</sup>.

У сучасній світовій практиці існує дві основні моделі надання згоди на вилучення анатомічних матеріалів у померлого донора. Першою є презумпція незгоди (модель запиту, «*opting in*»), яка означає, що в особі після її смерті може бути вилучено анатомічні матеріали для потреб трансплантації у тому разі, якщо вона за життя надала згоду на донорство анатомічних матеріалів.

Г. В. Анікіна звертає увагу на те, що: «[...] У таких випадках відсутність згоди розглядається як відмова від трансплантації. Цей шлях вилучення органів зобов'язує медиків звертатися до родичів померлого з пропозицією про вилучення органів і тканин для трансплантації, унеможлиблює присвоєння медикам права розпоряджатися тілом померлого без його дозволу. Відповідно до

---

<sup>389</sup> Там само.

<sup>390</sup> Там само.

цього принципу передбачається, що кожна людина заздалегідь незгодна з тим, що її органи буде пересаджено іншій людині»<sup>391</sup>.

У США питання, які стосуються трансплантації врегульовані Єдиним анатомічним подарунковим актом<sup>392</sup>. На сьогоднішній день існує три версії цього акту. Перший було прийнято у 1968 році, другий – у 1987 році, третій – у 2006 році. Поява третьої версії Єдиного анатомічного подарункового акту спрямована на зміцнення системи «*opting in*» (презумпції незгоди), що поважає вільний вибір людини на пожертвування органів. Третя версія акту зберігає право інших осіб зробити анатомічний подарунок органів після своєї смерті. Так, прийняти рішення про анатомічний подарунок можуть такі особи:

1) донор, як повнолітній, так і неповнолітній, якщо його оголосили повністю дієздатним до моменту досягнення повноліття, або якщо відповідно до законодавства штату він подав заяву на отримання водійського посвідчення, досягнувши мінімального віку, необхідного для цього;

2) агент донора, якщо донор не встановив заборон у довіреності або в іншому документі;

3) батьки донора, якщо він не досяг повноліття та є недієздатним;

4) опікуни донора.

Станом на сьогодні у всіх 50 штатах США та у федеральному окрузі Колумбія імplementовано на законодавчому рівні штатів одну із трьох версій Єдиного анатомічного подарункового акту.

Як уже зазначалось, у Канаді питання трансплантації врегульовані Єдиним актом про донорство тканин людини. Згідно з цим актом вилучення органів після смерті особи можливе якщо така

---

<sup>391</sup> Анікіна Г. В. Вказ. пр. 71.

<sup>392</sup> Revised Uniform Anatomical Gift Act. United States Congress, 2006. URL: [https://www.donoretworkwest.org/wp-content/uploads/uaga\\_final\\_aug09.pdf](https://www.donoretworkwest.org/wp-content/uploads/uaga_final_aug09.pdf).

особа, досягнувши 16-річного віку, та розуміючи природу та наслідки трансплантації, дає згоду на таке вилучення<sup>393</sup>.

Законодавство про трансплантацію Канади передбачає, що у разі, коли особа за життя не надала згоду на вилучення у неї після смерті органів, то таку згоду можуть надати:

- опікун померлого перед смертю;
- чоловік або дружина померлого;
- діти померлого;
- батьки померлого;
- брат або сестра померлого;
- будь-який інший родич померлого;
- особа, яка не є чоловіком або дружиною померлого, але проживала з померлим безпосередньо перед його смертю та знає про бажання померлого<sup>394</sup>.

При цьому, перевагу у прийнятті рішення мають особи, які перераховані вище, ніж попередні<sup>395</sup>.

Стаття 7 Закону Республіки Вірменія «Про трансплантацію органів та (або) тканин людини» закріплює презумпцію незгоди. Тобто, вилучення органів у донора-трупа у Вірменії можливе лише в тому разі, якщо за життя особа залишила письмову згоду<sup>396</sup>.

Г. Р. Галєєва повідомляє, що відповідно до законодавства Таджикистану трансплантація можлива у випадку надання згоди на неї донора або його близьких родичів: « [...] Закон дозволяє вилучення органів і (або) тканин у трупа (стаття 11) за згодою близьких родичів померлого і дозволу головного лікаря закладу

---

<sup>393</sup> Uniform Human Tissue Donation Act. Uniform Law Conference of Canada, 1990.

<sup>394</sup> Там само.

<sup>395</sup> Там само.

<sup>396</sup> О трансплантации органов и (или) тканей человека: Закон Республики Армения от 16 апреля 2002 года № ЗР-324. URL: <https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docid=62979>.

охорони здоров'я за умови дотримання вимог цього закону. [...] У разі, коли необхідне проведення судово-медичної експертизи, дозвіл на вилучення органів і (або) тканин у трупа має бути дано також судово-медичною службою з повідомленням про цьому прокуратури<sup>397</sup>.

У Німеччині питання трансплантації регулюються Законом «Про донорство, вилучення та пересадку органів та тканин», який було прийнято у 1997 році (з подальшими змінами, прийнятими у 2007 та 2012 роках)<sup>398</sup>. Згідно з положеннями розділу 2 вилучення органів або тканин дозволяється у тому разі, якщо донор погодився на вилучення (§ 3)<sup>399</sup>.

Окрім донора, свою згоду на вилучення органів у померлого донора можуть надати близькі родичі. При цьому, близькі родичі мають право надати відповідну згоду у тому разі, якщо протягом двох останніх років до смерті потенційного донора підтримували з ним особистий контакт. Ще за життя донор може визначити конкретну людину, яка після його смерті прийме рішення щодо його органів та тканин (§ 4)<sup>400</sup>.

У Законі Німеччини «Про донорство, вилучення та пересадку органів та тканин» чітко регламентується порядок та умови вилучення у жінок органів та тканин мертвого ембріону та плоду. Законодавець у цьому випадку не відносить жінку до донорів, але

---

<sup>397</sup> Галеєва Г. Р. Модель «испрошенного согласия» в российском и зарубежном законодательстве в сфере трансплантации органов и (или) тканей человека. *Вестник Волжского университета им. В. Н. Татищева*. № 4 (83). 2015. С. 2.

<sup>398</sup> Über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben: das Recht der Bundesrepublik Deutschland. 1997. November, 05. Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen. URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/tpg/BJNR263100997.html#BJNR263100997BJNG000102310>.

<sup>399</sup> Там само.

<sup>400</sup> Там само.

надає їй можливість розпоряджатись зазначеними вище тканинами<sup>401</sup>.

Станом на сьогодні існує дві форми презумпції незгоди – «сильна» та «слабка». Презумпція незгоди у сильній формі означає, що лише потенційний донор має право вирішувати долю своїх анатомічних матеріалів, тобто після його смерті ніхто інший не зможе дати дозвіл на вилучення анатомічних матеріалів. Коли діє презумпція незгоди у слабкій формі, тоді необхідно отримати дозвіл від близьких родичів на вилучення анатомічних матеріалів, навіть якщо донор-труп за життя погодився на вилучення у нього анатомічних матеріалів<sup>402</sup>.

Виходячи із вищенаведеного, Г. В. Анікіна звертає увагу на те, що найбільшим гальмом трансплантації виступає саме слабка форма презумпції незгоди, оскільки це дозволяє приймати ключове рішення близьким родичам померлого. Найчастіше такі рішення накладають заборону на вилучення органів у донора-трупа. Основними причинами чого є:

- слабка обізнаність близьких родичів;
- стійке та негативне ставлення до ймовірного вилучення анатомічних матеріалів;
- фінансові вимоги близьких родичів до лікарської установи;
- релігійні переконання тощо<sup>403</sup>.

Також не слід забувати і про те, що близькі родичі мають приймати рішення щодо вилучення анатомічних матеріалів донора-трупа в момент, коли їхній психологічний стан не на найвищому рівні у зв'язку зі смертю близького родича, саме тому слабка форма презумпції незгоди ставить під сумнів успішне існування самого інституту трансплантації.

---

<sup>401</sup> Там само.

<sup>402</sup> Анікіна Г. В. Вказ. пр. С. 72.

<sup>403</sup> Там само. С. 71.

Зрештою, Конвенція про права людини та біомедицину у статті 5 закріплює положення про те, що будь-яке медичне втручання можливе лише після добровільної згоди відповідної особи:

*«Будь-яке втручання у сферу здоров'я може здійснюватися тільки після добровільної та свідомої згоди на нього відповідної особи.*

*Такій особі заздалегідь надається відповідна інформація про мету і характер втручання, а також про його наслідки та ризики.*

*Відповідна особа у будь-який час може безперешкодно відкликати свою згоду»<sup>404</sup>.*

Таке правило Конвенція про права людини та біомедицину визначає як основний орієнтир у сфері біомедицини.

Окрім презумпції незгоди також існує ще одна модель надання згоди на донорство після смерті – презумпція згоди («*opting out*»), яка полягає в тому, що кожна особа після смерті автоматично погоджується стати донором анатомічних матеріалів. При цьому, будь-яка особа за життя може заборонити проводити будь-які дії щодо власного тіла після її смерті.

У Законі Республіки Білорусь «Про трансплантацію органів та тканин людини» від 04 березня 1997 року закріплено презумпцію згоди, яка знайшла свій вираз у статті 10-1 цього закону:

*«Дієздатні громадяни мають право подати в державну організацію охорони здоров'я за місцем проживання (місцем перебування)... письмову заяву про незгоду на вилучення органів для трансплантації після смерті. Що стосується неповнолітніх, за винятком тих, які отримали в установленому порядку дієздатність в повному обсязі, і осіб, визнаних у встановленому порядку недієздатними, таку заяву надають їхні законні представники. Щодо*

---

<sup>404</sup> Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину, прийнята 04 квітня 1997 року.

осіб, які не здатні за станом здоров'я прийняти усвідомлене рішення, така заява подається чоловіком (дружиною) або одним із близьких родичів»<sup>405</sup>.

Вилучення анатомічних матеріалів є також неможливим у разі, якщо за життя особа або чоловік (дружина), або один з близьких родичів до її смерті заявили про незгоду на вилучення органів для трансплантації після смерті. Забір органів у померлого донора не допускається також у разі, якщо державна організація охорони здоров'я була поставлена до відома про незгоду особи на забір органів для трансплантації до її смерті шляхом усної або письмової заяви в присутності лікаря-фахівця, або інших осіб, які можуть засвідчити таку відмову<sup>406</sup>.

Ще одна держава, у якій діє презумпція згоди на вилучення органів – Бельгія, де є чинним Закон «Про вилучення та трансплантацію органів». У статті 10 вказаного Закону йде мова про те, що кожний громадянин Бельгії може стати донором анатомічних матеріалів після смерті. При цьому, від посмертного донорства можна відмовитись, якщо за життя потенційний донор надасть чітку відмову. Якщо особа не досягла 18-річного віку, то відмову на посмертне вилучення можуть надати її законні представники<sup>407</sup>.

К. В. Гребенникова звертає увагу на особливостях бельгійського законодавства. Перша особливість полягає в обмеженні сфери застосування трансплантаційного закону критеріями національного громадянства та постійного місця проживання потенційного донора в межах держави, що є досить

---

<sup>405</sup> О трансплантации органов и тканей человека: Закон Республики Беларусь от 04 марта 1997 года № 28-3. URL: <http://pravo.newsby.org/belarus/zakon1/z709.htm>.

<sup>406</sup> Там само.

<sup>407</sup> Betreffende het wegnemen en transplanteren van organen: de Wet van het Koninkrijk België. Federaal Parlement van België. 1986. Juni, 13. URL: [https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1986061337&table\\_name=wet](https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1986061337&table_name=wet).

унікальним явищем, оскільки, як зазначає науковець, інші держави, що практикують презумпцію згоди не проводять відмінності між донорством громадян держави та донорством іноземців<sup>408</sup>.

Друга особливість полягає в тому, що Бельгія є класичним прикладом імплементації норм європейського права в національну правову систему<sup>409</sup>. Так, положення Закону Бельгії «Про вилучення та трансплантацію органів» щодо презумпції згоди відповідають принципам Резолюції Європейської Ради (78) 29 від 11 травня 1978 року «Про приведення у відповідність законодавств держав-членів з питань вилучення, пересадки та трансплантації матеріалів організму людини», де у статті 10 зазначено наступне:

«1. Ніяке вилучення не повинно мати місце при наявності явних або попередніх заперечень з боку померлого, зокрема, беручи до уваги його релігійні та філософські переконання.

2. При відсутності висловленої або такої, що мається на увазі волі померлого вилучення може бути вироблено. Однак держава може вирішити, що вилучення не повинне проводитися, якщо після проведення практично можливого розслідування, беручи до уваги думку сім'ї померлого і в разі смерті недієздатної особи, її законного представника, заперечення стане очевидним; якщо померлий був недієздатною особою, можливо, необхідною буде згода її законного представника»<sup>410</sup>.

У зв'язку з цим, К. В. Гребенникова зазначає, що «...вибір бельгійського законодавця на користь презумпції згоди пов'язаний

---

<sup>408</sup> Гребенникова К. В. Реализация модели презумпции согласия на донорство в Королевстве Бельгия. *Современные наукоемкие технологии*. 2013. № 6. С. 141.

<sup>409</sup> Там само.

<sup>410</sup> Резолюція щодо приведення у відповідність законодавств держав-учасниць з питань вилучення, пересадки та трансплантації матеріалів організму людини, прийнята Комітетом міністрів Ради Європи 11 травня 1978 року № (78) 29. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/994\\_071](https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/994_071).



з метою гармонізації національного законодавства про трансплантацію органів до законодавства Євросоюзу»<sup>411</sup>.

Необхідно звернути увагу на недоліки, які пов'язані із застосуванням презумпції згоди. П. Лисак звертає увагу на те, що «... встановлюється принцип інформованої незгоди, у зв'язку з яким при житті людина повинна висловити свою незгоду для вилучення органів і (або) тканин після смерті. Недоліком, пов'язаним із презумпцією згоди є складність в отриманні відмови від забору органів і (або) тканин у людини, що знаходиться в передсмертному стані і не здатного приймати усвідомлених рішень. До числа недоліків слід також віднести той факт, що з психологічної точки зору людині «некомфортно» замислюватися про питання своєї смерті»<sup>412</sup>.

Іншими пересторогами щодо початку функціонування презумпції згоди, зазвичай, є те, що:

- Людські органи з моменту її смерті стають власністю держави;
- Вилучення органу у донора-трупа без його вираженої на це згоди може призвести до неприємностей для його сім'ї<sup>413</sup>;
- Вилучення органів без отримання на це попередньої згоди – це порушення тілесної недоторканності особи<sup>414</sup>;

---

<sup>411</sup> Гребенникова К. В. Указ. соч. С. 142.

<sup>412</sup> Лысак П. Презумпция согласия на забор органов для трансплантации. *Council of Europe*: вебсайт. С. 3. URL: <https://rm.coe.int/pavel-lysak/16808c8cb0>.

<sup>413</sup> Opt-out organ donation: pros and cons. *The Week Day Newsletter*: website. URL: <https://www.theweek.co.uk/35635/automatic-organ-donation-the-pros-and-cons>.

<sup>414</sup> Малеина М. Н. Право индивида на телесную (физическую) неприкосновенность. Государство и право. 1993. № 4. С. 98.

• Презумпція згоди суперечить можливості реалізації природних та невід’ємних прав людини, оскільки не визнається пріоритетність прав донора<sup>415</sup>.

Але чи питання про те, яку систему вилучення органів обрати: презумпцію незгоди чи презумпцію згоди є ключовим для розвитку трансплантації? Що нам про це кажуть статистичні дані?

Для відповіді на ці питання нам потрібно обрати держави з високим розвитком медичної діяльності у сфері трансплантації. Саме тому в порівнянні задіяні: Велика Британія, Іспанія, Португалія, Німеччина, Білорусь, Канада та США.

*Таблиця 3.*

**Кількість донорів-трупів у державах світу в 2017 році, де кількість донорів визначається з розрахунку на один мільйон населення. На основі даних Newsletter Transplant. International figures on donation and transplantation 2017<sup>416</sup>.**

Назва держави	Кількість донорів	Система вилучення
Велика Британія	22,5	Презумпція незгоди
Іспанія	47	Презумпція згоди
Португалія	34,1	Презумпція згоди
Німеччина	9,7	Презумпція незгоди
Білорусь	23,6	Презумпція згоди
Канада	21,9	Презумпція незгоди
США	31,7	Презумпція незгоди

<sup>415</sup> Анікіна Г. В. Вказ. пр. С. 70-71.

<sup>416</sup> Beatriz Dominguez-Gil & Rafael Matesanz. Newsletter Transplant. International Figures on Donation and Transplantation – 2016. Vol. 22. № 1. 2017. Р. 8, 17.

Як бачимо, на кількість донорів-трупів кардинально не впливає те, яка система вилучення органів діє в державі. Помітне відставання у питанні кількості донорів ми можемо спостерігати в Німеччині, де, однак, наявні проблеми розподілу донорських органів та ідентифікації донорів, що стосується безпосередньо як лікарень, так і лікарів<sup>417</sup>. В Іспанії, яка є лідером за кількістю донорів-трупів, натомість знаходиться на надзвичайно високому рівні розвитку. Все це стало можливим завдяки ряду факторів, серед яких можна виділити такі:

- 1) достатнє фінансове забезпечення;
- 2) готовність суспільства до донорства та усвідомлення ним важливості трансплантації;
- 3) підтримка трансплантації з боку церкви;
- 4) чітко регламентоване законодавство;
- 5) чудове кадрове забезпечення та медико-технічна база<sup>418</sup>.

З огляду на вищенаведене, ми можемо стверджувати, що вибір системи вилучення органів для трансплантації між презумпцією згоди та презумпцією незгоди насправді не є вирішальним фактором для успішного функціонування цієї системи в Україні.

---

<sup>417</sup> Донорство органов в Европе: что немцы хотят сделать иначе. DW: website. URL:

<https://www.dw.com/ru/%D0%B4%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D1%80%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE-%D0%BE%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B2-%D0%B5%D0%B2%D1%80%D0%BE%D0%BF%D0%B5-%D1%87%D1%82%D0%BE-%D0%BD%D0%B5%D0%BC%D1%86%D1%8B-%D1%85%D0%BE%D1%82%D1%8F%D1%82-%D1%81%D0%B4%D0%B5%D0%BB%D0%B0%D1%82%D1%8C-%D0%B8%D0%BD%D0%B0%D1%87%D0%B5/a-45367530-0>

<sup>418</sup> Ільющенкова К. О. Іспанська юридична модель трансплантології й можливість застосування її в Україні. *Национальный юридический журнал: Теория и практика*. 2015. № 6. С. 145-146.

Які ж умови є ключовими для повноцінного функціонування системи вилучення органів у донорів-трупів в Україні? Тут необхідно розділити їх на дві групи:

- умови, які передбачені ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині»;
- умови, дотримання яких є необхідним для повноцінного розвитку трансплантації від донора-трупа, зокрема і через внесення змін до чинного законодавства.

Таким чином, до першої групи слід віднести:

1. Створення Єдиної державної інформаційної системи трансплантації органів та тканин та Державної інформаційної системи трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин.

2. Впровадження посади трансплант-координатора, до основних функцій якого відносять виявлення потенційних донорів та організацію вилучення, зберігання та перевезення анатомічних матеріалів людини. Саме тому трансплант-координатор є ключовою особою, коли мова йде про посмертне донорство.

3. Внесення відмітки про надання згоди або незгоди на вилучення органів до паспорта громадянина України, або до посвідчення водія України на право керування транспортними засобами. М. М. Новицька з цього приводу звертає увагу на певні труднощі, які можуть виникнути при функціонуванні такого механізму: «... не видається можливим за короткий проміжок часу замінити попередню відмітку іншою, в разі якщо особа змінила свою думку стосовно вилучення її анатомічних матеріалів. Це може створити ґрунт для зловживання зловмисниками правом особи бути донором і створює підґрунтя для некоректного розуміння волі особи. Одним із варіантів вирішення цього питання автор пропонує створення «Картки донора анатомічного матеріалу». За основу

можуть бути взяті вже існуючі в Україні Посвідчення донора крові та (або) її компонентів...»<sup>419</sup>.

До другої групи слід віднести:

1. Необхідність повного матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я, у яких проводиться вилучення органів. Як відомо, діагностику смерті мозку людини проводять за допомогою двох апаратів: газоаналізатора та доплера. У європейських державах таким обладнанням забезпечено 100 % реанімацій, в той час як в Україні лише 1,7 %<sup>420</sup>. Такий стан справ є категорично незадовільним, оскільки без належного матеріально-технічного забезпечення не може йти мови про ефективність трансплантації.

2. Налагодження логістичної системи, яка включає транспортування, зберігання та типування органів. Ці елементи є не менш важливими, ніж процес вилучення та пересадки органів. Тому Україні варто звернути увагу на досвід Білорусі, де до процесу транспортування органів залучають рятувальників<sup>421</sup>.

3. Розробка програми підготовки трансплант-координаторів та організація періодичного підвищення їхньої кваліфікації, зокрема і за рахунок проходження відповідних курсів закордоном. Перш за все Міністерство розвитку економіки, торгівлі та сільського

---

<sup>419</sup> Новицька М. М. Основні зміни до законодавства України у сфері трансплантації анатомічних матеріалів людині. *Підприємництво, господарство і право*. 2018. № 9. С. 134.

<sup>420</sup> Кого врятує новий закон про трансплантацію? *Ваше здоров'я*: вебсайт. URL: <https://www.vz.kiev.ua/kogo-vryatuye-novyj-zakon-pro-transplantatsiyu/>.

<sup>421</sup> Как перевозят органы для трансплантации. *Tut.by*: вебсайт. URL: <https://news.tut.by/society/279877.html>.

господарства України затвердило професію «трансплант-координатор» у державному Класифікаторі професій за кодом 2229.2, що дозволило визнати трансплант-координацію офіційною медичною професією<sup>422</sup>. А вже з 01 лютого 2019 року розпочався перший курс післядипломної освіти для медиків за фахом трансплант-координатор. Навчання проводиться на базі кафедри трансплантології ендокринної хірургії з курсом серцево-судинної хірургії з участю суміжних кафедр анестезіології та інтенсивної терапії та кафедри соціальної медицини, організації і управління охороною здоров'я та медико-соціальної експертизи Державного Закладу Запорізької медичної академії післядипломної освіти МОЗ<sup>423</sup>. У цьому напрямку зараз стоїть питання про збільшення кількості трансплант-координаторів, які до того ж будуть кваліфікованими фахівцями і зможуть ефективно виконувати свої функції. Щодо абсолютних цифр, то у вже згадуваній раніше Білорусі, а саме у Мінську, населення якого два мільйони, працює п'ятеро трансплант-координаторів, тобто один координатор на 400 тисяч населення<sup>424</sup>. Вважаємо, що така пропорція, яка підкріплена вдалим досвідом Білорусі, зможе в повній мірі забезпечити потреби України в трансплант-координаторах.

---

<sup>422</sup> Устинов А. В. В Україні офіційно затверджено професію «трансплант-координатор». Український медичний часопис. Актуальні питання клінічної практики. URL: <https://www.umj.com.ua/article/137712/v-ukrayini-ofitsijno-zatverdzheno-profesiyu-transplant-koordinator>.

<sup>423</sup> Інформація щодо курсів післядипломної освіти для медиків за фахом трансплант-координатор. *Запорізька медична академія післядипломної освіти*: вебсайт. URL: <http://www.zmapo.edu.ua/index.php/transplant/701-informatsiia-shchodo-kursiv-pisliadyplomnoi-osvity-dlia-medykiv-za-fakhom-transplant-koordynator>.

<sup>424</sup> Лещук С. П. Органное донорство в Республике Беларусь: опыт 10 лет, этические проблемы и перспективы развития. *Council of Europe*: вебсайт. Минск. 2018. URL: <https://rm.coe.int/-/16807bbb64>.

4. Участь у міжнародних проектах та співпраця з міжнародними організаціями щодо питань трансплантації. Така взаємодія дозволить перейняти міжнародний досвід щодо вирішення актуальних проблем, які виникають у сфері трансплантації. Серед пріоритетних цілей – налагодження співпраці та укладення двосторонніх угод з такими організаціями як:

- БалтТрансплант (Латвія, Литва, Естонія);
- Євротрансплант (Австрія, Бельгія, Хорватія, Німеччина, Люксембург, Нідерланди, Словенія);
- СкандіаТрансплант (Данія, Фінляндія, Ісландія, Норвегія, Швеція);
- Угорська національна служба з переливання крові;
- Національна організація з трансплантації (Іспанія);
- Агентство з трансплантації (Молдова);
- Полтрансплант (Польща);
- Національне агентство з трансплантації (Румунія);
- Словацький центр трансплантації органів;
- Чеський координаційний центр трансплантації.

Вважаємо, що тісна співпраця з вищеперахованими організаціями зможе позитивно вплинути як на лікарів, так і на допоміжний лікарський персонал (наприклад, операційні медичні сестри), які зможуть отримати теоретичні та практичні знання передових держав у сфері трансплантації. Ще один позитивний бік співпраці – можливість у майбутньому стати членом міжнародної організації, наприклад, Євротранспланту, або в кооперації з іншими державами заснувати нову міжнародну організацію, яка буде займатись питаннями популяризації та міждержавної координації у сфері трансплантації. Зрештою, один із принципів Євротранспланту – «Співпраця рятує життя» («*Cooperating saving lives*»).

Також варто звернути увагу на статтю 16 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів», відповідно до

якої згоди на вилучення анатомічних матеріалів можуть надати такі особи:

1. Повнолітня дієздатна особа щодо власних анатомічних матеріалів;
2. Другий з подружжя або один із близьких родичів (діти, батьки, рідні брати та сестри);
3. Особа, яка зобов'язалася поховати померлу особу;
4. Батьки, діти, рідні брати та сестри<sup>425</sup>.

Ще одне важливе питання стосується того, кого слід відносити до близьких родичів? У контексті статті 16 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» під близькими родичами слід розуміти тільки дітей, батьків, рідних братів та сестер<sup>426</sup>. Утім, вказаний Закон у статті 1 більш розширено тлумачить коло осіб, які відносяться до близьких родичів, вживаючи при цьому поняття «близькі родичі та члени сім'ї». Відтак, до таких осіб відносяться: чоловік, дружина, батько, мати, вітчим, мачуха, син, дочка, пасинок, падчерка, рідний брат, рідна сестра, двоюрідний брат, двоюрідна сестра, рідна тітка, рідний дядько, рідний племінник, рідна племінниця, дід, баба, прадід, прабаба, внук, внучка, правнук, правнучка, усиновлювач чи усиновлений, опікун чи піклувальник, особа, яка перебуває під опікою або піклуванням, а також особи, які спільно проживають, пов'язані спільним побутом і мають взаємні права та обов'язки, у тому числі особи, які спільно проживають, але не перебувають у шлюбі.

Саме тому виникає думка про логічну недосконалість зазначеної правової конструкції, яка полягає в тому, що законодавець спочатку розширено тлумачить коло осіб, яких відносять до близьких родичів, а вже у статті 16 це коло звужується. Очевидно, що такої полісемії слід уникати в тексті законів і тому

---

<sup>425</sup> Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині: Закон України від 17 травня 2018 року № 2427-VIII.

<sup>426</sup> Там само.



пункт 1 частини 11 статті 16 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» слід викласти в такій редакції:

*«У разі якщо померла особа не висловила за життя своєї згоди або незгоди на посмертне донорство, не визначила свого повноважного представника, що встановлено трансплант-координатором згідно з даними Єдиної державної інформаційної системи трансплантації, згода на вилучення анатомічних матеріалів для трансплантації та/або виготовлення біоімплантів з тіла такої особи після визначення її стану як незворотна смерть відповідно до закону запитується трансплант-координатором особисто у другого з подружжя або в дітей, батьків, рідних братів та сестер цієї особи».*

### **Реалізація репродуктивних прав**

Проблема реалізації людиною репродуктивних прав вже давно вийшла за межі правових систем окремих держав і набула світового масштабу. Офіційна статистика МОЗ засвідчує, що показник безпліддя серед українських пар досяг показника майже 20%<sup>427</sup>. У зарубіжних державах статистика також є невтішною, оскільки у європейських державах проблеми з безплідністю є у близько 10% пар, у Сполучених Штатах Америки цей показник коливається від 8 до 15%, у Канаді до 17%<sup>428</sup>. При такій статистиці з кожним роком усе більш важливого значення набувають різноманітні форми лікування безпліддя та застосування допоміжних репродуктивних технологій. Саме тому, як ніколи актуальним є питання належного нормативно-правового

---

<sup>427</sup> Пояснювальна записка до законопроекту «Про допоміжні репродуктивні технології». *Аптека:* вебсайт. URL: <https://www.apteka.ua/article/465497>.

<sup>428</sup> Жінкам та чоловікам репродуктивного віку. Захворювання репродуктивної сфери. URL: [http://www.reprohealth.info/uk/for/men\\_and\\_women/diseases/infertility](http://www.reprohealth.info/uk/for/men_and_women/diseases/infertility).

регулювання, спрямованого на удосконалення адміністративно-правового забезпечення репродуктивних прав людини.

Поняття репродуктивних прав досі викликає дискусії серед науковців. Так, В. І. Чечерський вважає, що репродуктивні права є комплексом прав людини у репродуктивній сфері, які виникають у зв'язку з вільним та добровільним репродуктивним вибором та забезпечуються, й гарантуються через систему охорони репродуктивного здоров'я<sup>429</sup>. Т. І. Длугопольська натомість зазначає, що репродуктивні права – це особисті немайнові права людини, які пов'язані зі здійсненням та охороною репродуктивного здоров'я, можливістю вільного вибору щодо народження дітей, а також прав на інформаційну, медичну, соціальну допомогу при потребі<sup>430</sup>.

Н. Г. Гойда та О. Ю. Бісярін доходять висновку, що в основі всіх репродуктивних прав визнання права як пар, так і особи здійснити вільний та відповідальний вибір щодо кількості дітей, час їх народження, а також визначати стандарти репродуктивного здоров'я<sup>431</sup>.

Е. Е. Мухамєдова дотримується думки, що репродуктивні права – це права, які безпосередньо пов'язані з відтворенням людей та мають на меті сприяти стану не тільки фізичного, але і

---

<sup>429</sup> Чечерський В. І. Право на репродукцію (відтворення) у системі основоположних прав людини: конституційно-правове дослідження : дисертація на здобуття наукового ступеня д. ю. н. : спец. 12.00.02. Ужгород, 2020. С. 30-31.

<sup>430</sup> Длугопольська Т. І. Правова природа репродуктивних прав фізичних осіб. *Актуальні проблеми правознавства*. 2016. Випуск 2. С. 106.

<sup>431</sup> Гойда Н. Г., Бісярін О. Ю. Нормативно-правове регулювання діяльності служби планування сім'ї та збереження репродуктивного здоров'я. *Український медичний часопис*. 2012. № 4 (90). URL: <https://www.umj.com.ua/article/38690/normativno-pravove-regulyvannya-diyalnosti-sluzhbi-planuvannya-sim-i-ta-zberezhennya-reproduktivnogo-zdorov-ya>.

психічного, та соціального благополуччя, що забезпечується завдяки вирішенню питань щодо народження дітей, планування сім'ї, допускають вільне штучне переривання вагітності, а також при бажанні жінки або чоловіка їх стерилізації, застосування допоміжних репродуктивних технологій тільки при наявності медичних показників, мають властивості особистих немайнових прав фізичної особи на здоров'я, невід'ємною частиною якого вони виступають<sup>432</sup>. Попри це, ми не можемо погодитися з тим, щоб реалізація репродуктивних прав обмежувалась виключно застосуванням допоміжних репродуктивних технологій за наявності лише медичних показників.

До репродуктивних прав, зазвичай, відносять права щодо: (1) вільного репродуктивного вибору, що включає право створювати та планувати сім'ю; (2) послуг щодо охорони репродуктивного здоров'я; (3) можливості отримати достовірну і повну інформацію про репродуктивне здоров'я; (4) охорони здоров'я у період вагітності та пологів; (5) можливості лікувати безпліддя, у тому числі завдяки застосуванню сучасних допоміжних репродуктивних технологій; (6) донорства статевих клітин, кріоконсервації репродуктивних клітин; (7) права використання методів контрацепції; (8) можливості застосування хірургічної стерилізації; (9) штучного переривання вагітності; (10) права застосовувати медичні втручання для збереження репродуктивного здоров'я, крім випадків, що загрожують життю; (11) захисту репродуктивних прав, у тому числі від сексуальної експлуатації, примусової вагітності; (12) таємниці на інформацію про репродуктивні права [48]. На думку Р. О. Стефанчука, з якою ми погоджуємося, до репродуктивних прав відносяться права на: (а) репродуктивний

---

<sup>432</sup> Мухамєдова Е. Е. Репродуктивні права фізичної особи в системі особистих немайнових прав. *Ученые записки Таврического национального университета им. В.И. Вернадского Серия «Юридические науки»*. Том 25 (64). 2012. № 2. С. 140.

вибір, (б) репродуктивне здоров'я, (в) інформацію у репродуктивній сфері, таємницю та захист репродуктивних прав<sup>433</sup>.

Здійснення репродуктивних прав відбувається на правових засадах, до яких як правило відносять: **загальні принципи** (розумність, справедливість, законність, добросовісність, дотримання прав людини та автономія волі) та **спеціальні принципи** (обґрунтованість, своєчасність, доцільність, належна якість медичної допомоги, взаємозалежність репродуктивних прав)<sup>434</sup>.

Аналіз вітчизняних та зарубіжних підходів дозволив зробити висновок, що допоміжними репродуктивними технологіями є: внутрішньо-маткові інсемінації, екстракорпоральні запліднення *in vitro*, *ICSI* (введення сперматозоїда в цитоплазму ооцита), інвазивний спосіб здобуття сперматозоїдів (*TESA*, *TESE* та *PESA*), донорство сперми та ооцитів.

Наказом МОЗ «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні» від 09 вересня 2013 року № 787 врегульовано право на застосування таких допоміжних репродуктивних технологій як запліднення *in vitro*, інтрацитоплазматична ін'єкція спермія, внутрішньоматкова інсемінація, донація гамет та ембріонів, сурогатне (замінне) материнство, а також допоміжні технології (кріоконсервація сперми, ооцитів та ембріонів)<sup>435</sup>. Зі вказаних методів найбільше обмежень існує щодо застосування сурогатного материнства. Законодавством у таких державах як Німеччина, Франція, Ісландія,

---

<sup>433</sup> Стефанчук Р. О. Поняття, система, особливості здійснення і захисту репродуктивних прав фізичної особи. *Вісник Хмельницького інституту регіонального управління та права*. 2004. № 1-2. С. 68.

<sup>434</sup> Григоренко О.В. Принципи реалізації прав фізичних осіб у відносинах, що виникають при застосуванні допоміжних репродуктивних технологій. *Право і суспільство*. 2016. № 3. С. 51.

<sup>435</sup> Про затвердження порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні.

Італія, Китай, Пакистан, Саудівська Аравія, Швеція, Швейцарія та інші заборонене сурогатне материнство<sup>436</sup>.

У 2018 році на розгляд до ВРУ було внесено проєкт Закону «Про допоміжні репродуктивні технології»<sup>437</sup>. Позитивним, на думку М. В. Менджул стало передбачення чітких вимог до сурогатної (замінної) матері, а саме, що нею має можливість бути жінка у віці від 18 до 55 років, яка немає медичних протипоказань та має власну здорову дитину<sup>438</sup>. Дозвіл старшим жінкам продовжувати рід через застосування допоміжних репродуктивних технологій може вплинути на потенційних дітей, оскільки вони потенційно не отримають необхідного догляду від вразливих батьків. У такій ситуації дитина може відчувати психологічний чи соціальний дискомфорт, маючи маму, яка досить доросла, щоб бути бабусею<sup>439</sup>. Дослідження також показали, що вагітність у літньому віці збільшує ризик ускладнень, які можуть загрожувати безпеці нащадків та жінок<sup>440</sup>.

З іншого боку, обмеження доступу жінок до допоміжних репродуктивних технологій, починаючи з певного віку, може вважатись проявом дискримінації, зважаючи на те, що не існує подібних законів, які б обмежували за віковим цензом чоловіків.

---

<sup>436</sup> Менджул М. В. Порівняльний аналіз правових засад сурогатного материнства. *Порівняльно-аналітичне право*. 2019. № 2. С. 77-78.

<sup>437</sup> Проєкт Закону «Про допоміжні репродуктивні технології» від 19 липня 2018 року. № 8629. URL: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=64477](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=64477).

<sup>438</sup> Менджул М. В. Порівняльний аналіз правових засад сурогатного материнства. С. 79.

<sup>439</sup> O'Neill S., Blackmer J. A Canadian Medical Association white paper: assisted reproduction in Canada (an overview of ethical and legal issues and recommendations for the development of national standards). *Canadian Medical Association*. 2015. Ottawa. P. 13.

<sup>440</sup> Kooli C. Review of assisted reproduction techniques, laws, and regulations in Muslim countries. *Middle East Fertility Society Journal*. 2020. Vol. 24. № 8. URL: <https://mefj.springeropen.com/articles/10.1186/s43043-019-0011-0>.

При цьому, деякі науковці звертають увагу на те, що не обов'язково встановлювати граничний віковий ценз для жінок, а кожну ситуацію розглядати окремо, виходячи з того, що:

- 1) ймовірна тривалість життя батьків майбутньої дитини не має бути меншою за вісімнадцять років з моменту її народження;
- 2) повинен бути розроблений план опіки дитини на випадок смерті або хвороби одного з батьків, який є самотнім батьком або обох батьків;
- 3) наявна достатня кількість фінансових ресурсів у батьків дитини після їхнього виходу на пенсію;
- 4) пацієнтка пройшла обстеження у акушер-гінеколога щодо оцінки ризику вагітності, пов'язаного з віком матері;
- 5) обидва батьки повинні пройти психологічну оцінку<sup>441</sup>.

Разом з цим, дискусійним є встановлення у статті 11 вказаного проекту положення, що дозволяє комерційне сурогатне материнство в Україні. Україна і так є одним із світових центрів сурогатного материнства, а після заборони сурогатного материнства для іноземців в Індії, попит на послуги сурогатних матерів-українок зростає.

Доволі слушною видається пропозиція ряду науковців про необхідність окремого виділення договору про застосування допоміжних репродуктивних технологій, що у зв'язку з відмінними медичними методами відрізняється від договору лікування безпліддя. Водночас, на нашу думку, потрібне не тільки окреме виділення вказаного договору, але і встановлення на законодавчому рівні його істотних умов, порядку укладення, зміни та розірвання тощо.

В. І. Чечерський дійшов висновку, що сам факт наявності нормативного регулювання не дозволяє гарантувати ефективну

---

<sup>441</sup> Banh D., Havermann D. L., Phelps J. Y. Reproduction beyond menopause: how old is too old for assisted reproductive technology? *J Assist Reprod Genet.* 2010. № 27 (7). P. 369-370.

охорону і захист права на репродуктивне відтворення, якщо не буде встановлено відповідну інституційну систему, якій передуватиме тісне співробітництво державних органів та громадських організацій<sup>442</sup>. Безперечно саме держава повинна створити умови для ефективного здійснення репродуктивних прав особи, при цьому важливим є належне нормативно-правове регулювання, що є основою ефективного адміністративно-правового забезпечення репродуктивних прав людини.

При цьому у зарубіжних державах різні підходи до нормативно-правового регулювання здійснення репродуктивних прав, а саме:

1) обмежувальний підхід (наприклад, в Австрії застосовувати допоміжні репродуктивні технології може тільки подружжя, а також стабільні пари, при цьому заборонено донорство яйцеклітин. Донорство сперми дозволено у тих випадках, коли чоловік безплідний. Такі положення містяться й у законодавстві Чехії та деяких інших держав);

2) підхід, за якого обмежується здійснення окремих репродуктивних технологій (значна частина європейських держав обмежують застосування сурогатного материнства і при цьому вільно дозволяють застосування значної кількості репродуктивних технологій. Наприклад, у Хорватії з 2012 року було суттєво послаблено обмежувальні заходи, забороненими залишаються тільки сурогатне материнство та клонування);

3) ліберальний підхід (наприклад, у Бельгії врегульоване застосування різних репродуктивних технологій, а кріоконсервація ембріонів можлива строком на п'ять років. Такий підхід ми знаходимо і в законодавстві Данії (кріоконсервація можлива від

---

<sup>442</sup> Чечерський В. І. Інституційні механізми захисту права людини на репродуктивне відтворення. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія Право*. 2019. Випуск 58. Том 1. С. 98.

двох до п'яти років), Естонії (кріоконсервація ембріонів можлива строком до 7 років) тощо)<sup>443</sup>.

При цьому у всіх європейських державах заборонено клонування ембріонів, їх генетичний відбір, за винятком необхідності уникнення генетичного захворювання. В ряді держав дозволене використання ембріонів за письмовою згодою їх батьків у наукових цілях (наприклад, у Франції це врегульовано законом про біоетику в редакції 2011 року)<sup>444</sup>.

Виникає також питання чи може реалізувати свої репродуктивні права особа посмертно? Безперечно рішення людина повинна прийняти ще за життя, зокрема воно може стосуватися можливості розпоряджатися її кріоконсервованим біологічним матеріалом (спермою, ооцитами та ембріонами), а також матеріалом негайно відібраним від померлого. У практиці вже непоодинокі випадки відібрання вищеперерахованого матеріалу після смерті чоловіка. При цьому у багатьох державах реалізації репродуктивних прав після смерті заборонена (у Австралії, Білорусі, Італії, Німеччині, Канаді, Швеції, Угорщині тощо). В тих державах, де така можливість у людини є (у Сполучених Штатах Америки, Ізраїлі, Великобританії тощо), необхідним є обов'язкове надання згоди у певній формі. Доля кріоконсервованих сперми, ооцитів та ембріонів залежить саме від волі людини, який може бути переданий третій особі як донорський матеріал або знищений. Якщо людина чітко не висловила свою волю, то як правило заморожені гамети можуть бути використані другим із подружжя.

---

<sup>443</sup> Busardo F. P., Gulino M., Napoletano S., Zaami S., Frati P. The Evolution of Legislation in the Field of Medically Assisted Reproduction and Embryo Stem Cell Research in European Union Members. *BioMed Research International*. Vol. 2014. URL <http://downloads.hindawi.com/journals/bmri/2014/307160.pdf>.

<sup>444</sup> Там само.



Усе вищенаведене дозволяє нам стверджувати, що удосконалення адміністративно-правового регулювання у сфері забезпечення репродуктивних прав людини можливе у разі:

— прийняття окремого законодавчого акту, який би врегулював реалізацію людиною репродуктивних прав, у тому числі чітко визначив би: (1) поняття та зміст репродуктивних прав, (2) суб'єктів репродуктивно-правових відносин, (3) види репродуктивних технологій та порядок їх застосування, (4) способи захисту репродуктивних прав, (5) повноваження державних органів щодо контролю та нагляду у сфері забезпечення умов для здійснення людиною репродуктивних прав;

— врегулювання на законодавчому рівні порядку застосування такої сурогатного материнства, у тому числі завдяки визначенню: (1) поняття та допустимих методів сурогатного материнства, (2) підстав для їх застосування, (3) вікових та медичних вимог до сурогатних матерів, (4) прав та обов'язків учасників правовідносин у сфері сурогатного материнства (генетичних батьків, сурогатної матері, її чоловіка, медичного закладу), (5) переліку істотних умов договору про сурогатне материнство, а також порядку його укладення, зміни та розірвання, наслідків форс-мажорних обставин (народження хворої дитини, смерті сурогатної матері чи генетичних батьків, відмови генетичних батьків від дитини, народженою сурогатною матір'ю, розлучення генетичних батьків і тому подібне), (6) відповідальності сторін за невиконання умов договору чи неналежну якість, наданих медичним установою;

— гарантування на законодавчому рівні можливості державного та громадського контролю за якістю та порядком надання медичними закладами послуг у сфері забезпечення репродуктивних прав людини;

— встановлення можливості генетичного відбору ембріонів за ознакою статті, тільки у випадках необхідності уникнення відповідного генетичного захворювання;

— врегулювання питання про долю невикористаних ембріонів та гамет, передбачивши (1) максимальний строк їх кріоконсервації, (2) обов'язкову письмову форму рішення генетичних батьків, (3) права на донацію, (4) можливості використання ембріонів та гамет одним із подружжя після смерті іншого, (5) порядок використання їх у випадку розлучення подружжя, а також (6) порядок знищення ембріонів та гамет після завершення строку їх кріоконсервації;

— затвердження на нормативно-правовому рівні (1) типової форми медичної згоди пацієнта на застосування допоміжних репродуктивних технологій, (2) типового договору про сурогатне материнство, (3) форми первинних облікових документів щодо застосування різних медичних процедур, пов'язаних із допоміжними репродуктивними технологіями.

### **Клонування**

Я. О. Триньова, аналізуючи ЗУ «Про заборону репродуктивного клонування людини», дійшла до наступних висновків:

1) у визначенні терміну «клонування», законодавець заклав тільки один спосіб його проведення – методом заміни ядра. Клонування методом партеногенезу цим визначенням не передбачено. Таким чином виникає небезпека тлумачення цієї норми звужено: заборонено клонувати людину методом заміщення ядра, проте дозволено клонувати людину методом партеногенезу;

2) законодавець визначає ембріон людини як зародок людини на стадії до восьми тижнів. Однак, якщо в Україні дозволено проведення терапевтичного клонування, тобто знищення ембріона у стадії розвитку до чотирнадцяти днів, доцільно було б в законі уточнити з якого саме віку починається правова охорона

ембріона. Ембріон людини має визначатися як зародок людини від чотирнадцяти днів до восьми тижнів;

3) з положення статті 3 ЗУ «Про заборону репродуктивного клонування людини» не зрозуміло на які саме ембріони поширюється заборона на ввезення та вивезення з території України: створених з метою репродукції чи в терапевтичних цілях. Указану статтю необхідно після слів «людини» доповнити словами «з будь-якою метою». У такій редакції вона буде ясно відображати волю законодавця щодо врегулювання відносин у сфері транспортування ембріонів людини<sup>445</sup>.

Крім цього, варто звернути увагу на те, що у ЗУ «Про заборону репродуктивного клонування людини» відсутнє визначення поняття «репродуктивне клонування», що видається не зовсім логічним. Вбачається за необхідне поповнити глосарій закону новими поняттями.

Інший аспект ЗУ «Про заборону репродуктивного клонування людини», який і досі залишається нереалізованим – прикінцеві положення. Станом на сьогодні так і не було:

— подано пропозиції ВРУ щодо внесення змін до законів України, що впливають з цього закону;

— прийнято нормативно-правові акти, необхідні для реалізації цього закону.

Вказане вище свідчить про необхідність удосконалення нормативно-правового регулювання у сфері клонування. Для того, щоб зрозуміти, що ми можемо удосконалити у досліджуваній сфері, нам необхідно звернути увагу на нормативно-правового регулювання клонування у зарубіжних державах.

---

<sup>445</sup> Триньова Я. О. Закон України «Про заборону репродуктивного клонування людини»: постатейний аналіз. *Право і суспільство*. 2013. № 6-2. С. 105-109.

Відповідно до розділу 6 Федеративного закону Німеччини «Про захист ембріонів» забороняється штучно втручатися з метою створення людського ембріона з однаковою генетичною інформацією, як у іншого ембріона, зародку, людини або померлої особи або ж пересаджувати особі жіночої статі ембріон, визначеній вище<sup>446</sup>.

Закон Франції «Про біоетику», як уже раніше згадувалося, передбачає, що досліді щодо штучного створення ембріонів можуть вчинятися, якщо (1) наукова актуальність дослідження встановлена, при цьому (2) дослідження дозволять домогтися значного медичного прогресу і (3) неможливо досягти очікуваного результату за допомогою будь-яких інших досліджень, в яких не використовуються людські ембріони, ембріональні стовбурові клітини<sup>447</sup>.

У федеральному законі Швейцарії «Про трансплантацію органів, тканин і клітин» вказано, що особа, яка навмисно або з метою прибутку виступає у ролі посередника тканини плоду після аборту повинна бути притягнена до відповідальності<sup>448</sup>.

Закон Австралії «Про заборону репродуктивного клонування» від 2002 року є добре структурованим та має на меті вирішити проблеми, включно з етичними проблемами, щодо наукових розробок у сфері розмноження людини та використання людських ембріонів шляхом заборони певних видів діяльності. Серед термінів, якими оперує австралійський закон варто виділити

---

<sup>446</sup> Про захист ембріонів: Закон Федеративної республіки Німеччини, 1991 рік. URL: [https://www.gesetze-im-internet.de/eschg/\\_\\_6.html](https://www.gesetze-im-internet.de/eschg/__6.html).

<sup>447</sup> Про біоетику: Закон Франції від 07 червня 2011 року.

<sup>448</sup> Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen 8. October 2004. URL: <https://www.admin.ch>.

такі як химерний ембріон, людський ембріон, клон людського ембріона, гібридний ембріон, клітина-попередниця тощо<sup>449</sup>.

У розділі 2 Закону Австралії «Про заборону репродуктивного клонування» визначено перелік забороненої діяльності. Під повною заборонаю перебуває діяльність щодо: (1) розміщення клону ембріона людини у тілі людини або тілі тварини; (2) експорту або імпорту клону ембріона людини; (3) створення ембріона людини з іншою метою, ніж для досягнення вагітності у жінки; (4) створення або розвиток ембріона людини шляхом запліднення, що містить генетичний матеріал, наданий більше ніж двома особами; (5) розвитку ембріона людини поза тілом жінки більше чотирнадцяти днів; (6) зміни генома людської клітини таким чином, що ця зміна успадковується нащадками людини, клітина якої була змінена; (7) отримання життєздатного людського ембріона з тіла жінки; (8) створення химерного ембріона; (9) розвиток гібридного ембріона; (10) поміщення людського ембріона в тіло тварини; (11) навмисного поміщення людського ембріона в тіло людини, окрім як до репродуктивної системи; (12) навмисного поміщення в організм людини ембріона тварини протягом будь-якого періоду гестації; (13) імпорту, експорту або розміщення забороненого ембріона; (14) комерційної торгівлі людськими яйцеклітинами, спермою чи ембріонами<sup>450</sup>.

Зважаючи на вищенаведене, вважаємо за необхідне прийняти новий закон України, який буде регулювати питання щодо репродуктивного та терапевтичного клонування. У такому законі необхідно, по-перше, чітко визначити термінологічний апарат (зокрема, необхідно законодавчо визначити такі поняття як терапевтичне клонування, репродуктивне клонування, ембріон людини, клон людського ембріона тощо), по-друге, визначити види

---

<sup>449</sup> Prohibition of Human Cloning for Reproduction Act 2002. № 144. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2017C00306>.

<sup>450</sup> Там само.

діяльності, пов'язані з клонуванням людини, яка підлягає повній забороні, а також визначити ту діяльність, яку можна провадити у випадку отримання ліцензії, по-третє, визначити повноваження МОЗ та створити систему біоетичних комітетів у кожному закладі охорони здоров'я, який буде здійснювати діяльність, пов'язану з клонуванням у випадку отримання ліцензії, по-четверте, встановити заборону на експорт та імпорт клонованих людських ембріонів незалежно від мети відповідно до якої був створений цей ембріон, по-п'яте, заборонити будь-яку діяльність, пов'язану з клонуванням, яка передбачає отримання прибутку, по-шосте, КМУ та МОЗ, звичайно ж, необхідно розробити нормативно-правові акти, які дозволять реалізувати наведені вище положення.

### **Евтаназія**

Свобода людини щодо прийняття рішення про здійснення евтаназії є дуже важливим моральним аспектом, оскільки погляди на те, що є правильним сильно різняться між собою. І саме у питанні щодо легалізації евтаназії ці погляди є кардинально різними. Цілковитим природньо, що у будь-якому соціумі час від часу виникають суперечки щодо того, чи має особа свободу дій під час прийняття рішення, вдаючись до аргументів, на кшталт того, що її вибір буде морально помилковим – наприклад, при прийомі пацієнтом препаратів, що спричиняють смерть. Важливо, що у контексті евтаназії мова зовсім не йде про те, щоб завдати шкоди іншій особі. Питання виникає з приводу того, чи поширюється персональна автономія людини на те, щоб мати змогу прийняти рішення щодо здійснення/нездійснення евтаназії.

Відповідно до абзацу 7 статті 52 Основ медичним працівникам в Україні забороняється здійснення евтаназії – навмисного прискорення смерті або умертвіння невиліковно хворого з метою припинення його страждань<sup>451</sup>.

---

<sup>451</sup> Основи законодавства України про охорону здоров'я.

Крім цього, важливу роль відіграють положення частин 2 та 4 статті 281 Цивільного кодексу України, де йдеться про те, що фізична особа не може бути позбавлена життя, а також встановлюється заборона задовольняти прохання фізичної особи про припинення її життя<sup>452</sup>.

У контексті дослідження евтаназії важливо пам'ятати й про те, що пацієнт може відмовитися від надання йому медичної допомоги, тим самим поставивши під сумнів збереження власного життя. Відповідно до статті 43 Основ згода інформованого відповідно до статті 39 Основ пацієнта є необхідною для застосування методів діагностики, профілактики та лікування. При цьому, пацієнт, який набув повної цивільної дієздатності і усвідомлює значення своїх дій та може керувати ними, має право відмовитися від лікування<sup>453</sup>.

Заслуговує на увагу також положення частини 6 статті 13 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині», де йде мова про те, що: «У разі якщо ненадання згоди на трансплантацію може призвести до тяжких для реципієнта наслідків, лікуючий лікар зобов'язаний пояснити це реципієнту. Якщо після наданих лікарем роз'яснень реципієнт відмовляється від застосування трансплантації, лікар зобов'язаний отримати від реципієнта письмову заяву про відмову від надання йому медичної допомоги із застосуванням трансплантації. У разі відмови реципієнта надати таку письмову заяву або неможливості її надання, у тому числі за станом здоров'я, лікар складає у присутності двох незаінтересованих свідків відповідний акт, в якому зазначається про факт надання роз'яснень та відмову реципієнта»<sup>454</sup>.

Наведені норми свідчать про можливість пацієнта відмовитися від лікування, що може призвести до його смерті. Тому

---

<sup>452</sup> Цивільний кодекс України.

<sup>453</sup> Основи законодавства України про охорону здоров'я.

<sup>454</sup> Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині.

залишається відкритим питання про те, чи можна прирівняти відмову від продовження лікування, наприклад, у термінальному стані до фактичного самогубства? І разом з цим відповіді потребує питання про те, що має превалювати: обов'язок держави захищати життя людини чи право особи на гідну смерть?

Ми не можемо уникнути дискусії щодо можливості запровадження евтаназії в Україні. Для того, щоб розвинути цю дискусію необхідно звернути увагу на те, як інші держави підходять до вирішення проблеми евтаназії.

Перш за все необхідно пригадати, що існують різні форми позбавлення життя особи на її прохання іншою особою. У цьому контексті нас цікавлять евтаназія та суїцид, асистований лікарем. Різниця між цими поняттями полягає у тому, що під час здійснення евтаназії саме лікар припиняє життя людини у швидкий та безболісний спосіб. У разі застосування суїциду, асистованого лікарем, роль лікаря найчастіше зводиться до того, щоб надати пацієнту препарат, що спричинить її смерть. При цьому, пацієнт самостійно має вжити цей препарат. Отже, при застосуванні асистованого суїциду останню дію, що призведе до смерті має здійснити саме пацієнт.

Відповідно до Закону Бельгії «Про евтаназію» пацієнт має право на евтаназію у разі, якщо:

- 1) він є повнолітньою особою або отримав повну цивільну дієздатність до настання повноліття;
- 2) запит щодо здійснення евтаназії є повністю добровільним та не був поданий внаслідок будь-якого зовнішнього тиску на пацієнта;
- 3) пацієнт перебуває у такому стані, в якому він постійно відчуває нестерпні фізичні чи психологічні страждання, які неможливо полегшити;



4) лікар, який здійснює евтаназію має дотриматися умов та процедур, передбачених законом<sup>455</sup>.

Однак на цьому у Бельгії не закінчуються вимоги до здійснення евтаназії. Зі свого боку, лікар, який має намір здійснити евтаназію, повинен:

— повідомити пацієнта про стан його здоров'я та ймовірну тривалість його життя;

— обговорити з пацієнтом альтернативні терапевтичні варіанти, а також можливості надання йому паліативної допомоги;

— встановити, чи фізичні та психологічні страждання пацієнта мають постійний та тривалий характер. Для цього лікарю необхідно провести декілька інтерв'ю з пацієнтом, які проходять з розумними паузами, щоб дослідити динаміку розвитку стану пацієнта;

— проконсультуватися з іншим лікарем щодо характеру захворювання пацієнта та повідомити його про причини такої консультації. Інший лікар має оглянути пацієнта та його медичну картку, після чого він повинен дійти до того, чи пацієнт відчуває стійкі нестерпні фізичні, чи психологічні страждання, які неможливо полегшити;

— забезпечити пацієнту можливість обговорити своє рішення з близькими особами<sup>456</sup>.

У випадку зі здійсненням суїциду, асистованого лікарем нам варто звернути свою увагу на Австралію, де на законодавчому рівні цю процедуру дозволено у штатах Вікторія, Західна Австралія та Тасманія.

Згідно з Законом штату Вікторія «Про суїцид, асистований лікарем» для здійснення суїциду, асистований лікарем необхідно:

1) досягнути вісімнадцятирічного віку;

---

<sup>455</sup> Wet betreffende de euthanasie, 28 Mei 2002. № 2002009590.

<sup>456</sup> Там само.

2) бути: (а) громадянином Австралії або її постійним резидентом; (б) проживати у штаті Вікторія; (в) на момент подання першого запиту проживати у штаті Вікторія щонайменше дванадцять місяців;

3) щоб особа мала здатність прийняти рішення щодо здійснення суїциду, асистованого лікарем;

4) щоб у особи було діагностовано захворювання, яке: (а) є невиліковним; (б) є запущеним, прогресивним та спричинить смерть; (в) спричинить смерть протягом декількох тижнів або місяців, але протягом шестимісячного строку; (г) заподіює страждання пацієнту, які не можна полегшити таким чином, щоб вони стали терпимими для нього<sup>457</sup>.

До цього варто додати, що лікар, який асистує при здійсненні суїциду обов'язково має переглянути всю документацію, заповнити остаточну форму огляду та подати заяву на отримання дозволу у секретаря департаменту охорони здоров'я. Таким чином, лікар зможе переконатися, що вимоги закону дотримано, у тому числі щодо правила першого запиту пацієнта, оцінки прийнятності застосування суїциду від двох незалежних лікарів, письмової заяви пацієнта, призначення контактної особи та складання остаточного запиту. Врешті решт, секретар департаменту охорони здоров'я протягом трьох робочих днів має надати дозвіл або відмовити у тому, щоб здійснити суїцид асистований лікарем<sup>458</sup>.

Що у випадку з евтаназією, що у випадку з суїцидом, асистованим лікарем, ми навели лише базові положення відповідних законів. Тексти цих законів є ще більш деталізованими та включають аспекти щодо форми надання згоди, підстав, наявність яких виключає можливість здійснення евтаназії чи суїциду,

---

<sup>457</sup> Voluntary Assisted Dying Act 2017. № 61 of 2017.

<sup>458</sup> Там само.

асистованого лікарем, процедуру виписування, випуску та застосування препарату, що спричинить смерть тощо.

Таким чином, законодавство Бельгії та Австралії достатньо повно регламентує здійснення евтаназії та суїциду, асистованого лікарем відповідно.

У контексті перспектив запровадження евтаназії в Україні, а таким чином і визначення нормативно-правових засад щодо права на здійснення евтаназії, ми схилиємося до думки, що український законодавець має прийняти закон про суїцид, асистований лікарем і таким чином перевести у правову площину питання про позбавлення життя людини на її прохання іншою особою або за допомогою іншої особи.

Що це нам дасть? По-перше, прийняття закону про суїцид, асистований лікарем дозволить невиліковним хворим, які нестерпно та протягом довгого часу страждають як духовно, так і фізично, померти з гідністю. Свого часу свою думку з цього приводу уже висловив Конституційний суд Колумбії, який дійшов до висновку, що захистити людську гідність можна лише у тому разі, якщо держава не буде перешкоджати рішенню пацієнта, що страждає на смертельну хворобу, яка заподіює йому нестерпний біль, піти з життя за допомогою лікаря, оскільки це суперечить уявленням невиліковно хворого пацієнта про власну гідність. У випадку з невиліковно хворими пацієнтами обов'язок держави захищати право на життя поступається інформованій згоді пацієнта і його бажанню померти з гідністю. Зрештою, фундаментальне право на людську гідність охоплює серед іншого і право на гідну смерть. Таким чином, примушення особи продовжувати свої страждання є нелюдським поводженням<sup>459</sup>.

---

<sup>459</sup> Colombian Constitutional Court Decision № C-239-97. URL: <https://www.corteconstitucional.gov.co/english/Decision.php?IdPublicacion=9214>.

По-друге, прийняття закону дозволить чітко визначити усі необхідні процедури, дотримання яких необхідне для того, щоб важкохворий пацієнт отримав право на здійснення суїциду, асистованого лікарем. Вважаємо, що український законодавець має підійти до цього питання зі всією можливою скрупульозністю та детально вивчити досвід Австралії у цьому питанні, де процедура регламентована настільки ґрунтовно, що це, по суті, унеможливило випадки, коли суїцид, асистований лікарем буде здійснено по відношенню до пацієнта з порушенням правових норм.

По-третє, положення закону про суїцид, асистований лікарем обов'язково мають включати питання про те, що якщо неможливо з'ясувати справжній намір пацієнта, то лікар має прийняти рішення, яке захищає життя пацієнта відповідно до принципу *in dubio pro vita*.

По-четверте, прийняття закону про суїцид асистований лікарем у жодному разі не має означати, що потрібно забувати про розвиток паліативної допомоги. Станом на сьогодні в Україні відсутня ефективна система організації та надання паліативної допомоги, про що свідчить той факт, що відсоток важкохворих пацієнтів, які звертаються за її отримання є надзвичайно малим<sup>460</sup>. Крім цього, звичайно ж необхідно зробити вирішальний крок у напрямку легалізації медичного канабісу, який може послаблювати больові відчуття важкохворих пацієнтів. Зовсім недостатньо дозволити обіг хімічних копій медичного канабісу – «Дронабінол», «Набілон» і «Набіксімокс»<sup>461</sup>, оскільки це не вирішує проблему, а

---

<sup>460</sup> Гузій О. В. Паліативна допомога в Україні: що має змінитися. *Український медичний часопис*. URL: <https://www.umj.com.ua/article/129968/paliativna-dopomoga-v-ukrayini-shho-maye-zminitisya>.

<sup>461</sup> Про внесення змін до переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів: Постанова Кабінету Міністрів України від 07 квітня 2021 року № 324. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-vnesennya-zmin-do-pereliku-narkotichnih-zasobiv-psihotropnih-rechovin-i-prekursoriv-i070421-324>.

створює ряд нових: висока ціна у роздрібному продажі викликає питання про доступність цих препаратів, а з іншого боку «... ізолят канабідіолу, який уряд дозволив використовувати, має дуже вузьке застосування у лікарських засобах. Наприклад, його використовують для лікування двох різновидів епілептичної хвороби. Для більш широко застосування ізолят канабідіолу потрібно поєднувати з іншими речовинами, забороненими в Україні. Крім того, сам канабіс, його смола, екстракти та настойки з нього також досі заборонені»<sup>462</sup>.

Інституційні основи є невід'ємним елементом механізму забезпечення новітніх прав людини, який в свою чергу є системою державних органів та органів місцевого самоврядування, котра здійснює охорону та захист прав, зокрема і четвертого покоління. Гарантом додержання КУ, прав і свобод людини і громадянина є Президент України<sup>463</sup>. Комісія з питань правової реформи як консультативно-дорадчий орган при Президентові України утворює у своєму складі робочі групи з окремих питань<sup>464</sup>. Вбачається доречним у рамках діяльності Комісії утворити робочі групи з питань забезпечення прав четвертого покоління та залучити до її діяльності провідних фахівців-юристів у цій сфері. Виходячи зі специфіки прав четвертого покоління, неоднозначної практика їх визнання і реалізації на національному рівні доцільним видається запровадити інститут Уповноваженого із захисту прав четвертого покоління. Основним завданням якого має бути здійснення моніторингу додержання вищевказаних прав, внесення пропозицій

---

<sup>462</sup> Уряд дозволив використовувати у медичних цілях деякі препарати на основі канабісу. *Громадське*: вебсайт. URL: <https://hromadske.ua/posts/uryad-dozvoliv-vikoristovuvati-u-medichnih-cilyah-deyaki-preparati-na-osnovi-kanabisu>.

<sup>463</sup> Конституція України.

<sup>464</sup> Про Комісію з питань правової реформи : Указ Президента України від 21 червня 2019 року № 421/2019. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/421/2019#Text>.

щодо проектів законів та створення умов для їх реалізації та налагодження взаємодії органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування з питань забезпечення прав четвертого покоління.

У системі органів державної влади є такі, для яких моніторинг дотримання прав людини є пріоритетним, до числа яких відносимо Уповноваженого. Цей універсальний правозахисний механізм існує у більшості держав світу та ґрунтуючись на законі, принципах моральності здійснює захист прав і свобод людини і громадянина. Відповідно до пункту 3 статті 13 ЗУ «Про Уповноваженого Верховної Ради з прав людини» омбудсмен має право «вносити в установленому порядку пропозиції щодо вдосконалення законодавства України у сфері захисту прав і свобод людини»<sup>465</sup>. Адже омбудсмен має розуміти коли політика або її реалізація йде не по плану і де є невідповідність між тим, що декларується, та тим, що очікує або потребує суспільство<sup>466</sup>.

Одним із інструментів покращення забезпечення прав четвертого покоління є окремо проведення Консультативною радою при омбудсмені аналізу щодо додержання даних прав у сфері охорони здоров'я або створення окремого структурного підрозділу. На нашу думку, основним завданням такого підрозділу має бути забезпечення реалізації діяльності Уповноваженого у сфері здійснення парламентського контролю за дотриманням прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я.

---

<sup>465</sup> Про Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини: Закон України від 23 грудня 1997 року № 776/97-ВР. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/776/97-%D0%B2%D1%80>.

<sup>466</sup> Exploring the Role of the Commonwealth Ombudsman in Relation to Parliament. *Parliament of Australia*: website. URL: [https://www.aph.gov.au/About\\_Parliament/Senate/Powers\\_practice\\_n\\_procedures/pops/pop63/c03](https://www.aph.gov.au/About_Parliament/Senate/Powers_practice_n_procedures/pops/pop63/c03).

Ще одними суб'єктами парламентського контролю, хоча і не самостійними, є парламентські комітети. Вони надають можливість участі у формуванні державної політики суспільству та членам парламенту. Комітет ВРУ утворюється з числа народних депутатів України для здійснення за окремими напрямками законопроектної роботи, підготовки і попереднього розгляду питань, віднесених до повноважень ВРУ<sup>467</sup>. У парламенті України IX скликання діє 23 комітети<sup>468</sup>. У діяльності парламентів інших держав на постійні комітети по правам людини покладаються конкретні специфічні права людини або гуманітарні питання. Наприклад, комітет по правам людини у Словаччині відповідає за права жінок та меншин, в Угорщині – займається питаннями меншин і релігії, у Греції – питаннями гендерної рівності, у канадській Палаті громад діє комітет з питань правосуддя та прав людини. Іноді «права людини» не з'являються в назві комітету, навіть якщо у нього є чіткий мандат по правам людини<sup>469 470</sup>. В Україні з-поміж інших діють комітети з питань прав людини, деокупації та реінтеграції тимчасово окупованих територій у Донецькій, Луганській областях Автономній Республіці Крим, міста Севастополя, національних меншин і міжнаціональних відносин та ще комітеті, який займається питаннями здоров'я нації, медичної допомоги та медичного

---

<sup>467</sup> Про комітети Верховної Ради України: Закон України від 04 квітня 1995 року № 116/95-ВР. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/116/95-%E2%F0>.

<sup>468</sup> Про перелік, кількісний склад і предмети відання комітетів Верховної Ради України дев'ятого скликання: Постанова Верховної Ради України. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/19-IX#Text>.

<sup>469</sup> Parliamentary human rights Committees. *NDI*: website. URL: [https://www.ndi.org/sites/default/files/parlhrcscommittees\\_080105.pdf](https://www.ndi.org/sites/default/files/parlhrcscommittees_080105.pdf).

<sup>470</sup> Draft Principles on Parliaments and human rights. *ohchr*: website. URL: [https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/UPR/Parliaments/DraftPrincipleSParliament\\_EN.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/UPR/Parliaments/DraftPrincipleSParliament_EN.pdf).

страхування<sup>471</sup>, вважаємо, що доречним, було б включити до вказаних комітетів розгляд питань які стосуються прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я.

---

<sup>471</sup> Про перелік, кількісний склад і предмети відання комітетів Верховної Ради України дев'ятого скликання.



Сандра Болдіжар, Вадим Пішта

# **СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ЛЮДИНИ ЧЕТВЕРТОГО ПОКОЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Монографія

Комп'ютерна верстка: Сандра Болдіжар, Вадим Пішта  
Дизайн обкладинки: Юрій Левчук



Підписано до друку: 16.06.2022р.  
Формат 60\*84/16. Папір офс.  
Гарнітура Times New Roman. Друк циф.  
Ум.друк.арк.: 14,53. Обл.-вид. арк.: 10,10  
Наклад 50 прим.

Видавництво «ФОП Сабов А.М.».  
м. Ужгород, вул. Університетська, 21/220.  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи  
ДК № 4855 від 25.02.2015 р.  
Друк: ФОП Сабов А.М., тел. 099-315-00-93

**УДК 34:614.2**

**Б 79** Болдіжар, Сандра

Сучасні тенденції правового забезпечення новітніх прав у сфері охорони здоров'я : монографія / С. Болдіжар, В. Пішта. - Ужгород : ФОП Сабов А. М., 2022. - 250 с.

ISBN 978-617-7798-94-0

Монографію присвячено дослідженню проблемних аспектів трансплантації анатомічних матеріалів людині, репродуктивних прав, клонування та евтаназії. Завдяки застосуванню порівняльно-правового методу проаналізовано особливості прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я у зарубіжних державах та в Україні. Розкривається роль Кабінету Міністрів України та Міністерства охорони здоров'я України у сфері надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації. Визначено основні тенденції щодо правового регулювання здійснення репродуктивних прав, клонування та цілісності особи, а також евтаназії і питання закінчення життя. Досліджено нормативні та інституційні напрями розвитку правового регулювання прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я.

Для студентів, аспірантів, викладачів юридичних вузів і факультетів, практикуючих юристів, а також для фахівців у галузі медичного права.