

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**Фармацевтичний факультет  
Кафедра соціальної фармації**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

**на тему: «ФОРМУВАННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ЩОДО  
ЗАСТОСУВАННЯ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ  
ТЕХНОЛОГІЙ»**

**Виконала:** здобувачка вищої освіти групи

Фм21(4,10д)-01

спеціальності: 226 Фармація, промислова  
фармація

освітньо-професійної програми Фармація

Анна ТЄЛЄГА

**Керівник:** доцент закладу вищої освіти

кафедри соціальної фармації, к.юрид.н.,

доцент

Галина БОЛДАРЬ

**Рецензент:** доцент кафедри організації,

економіки та управління фармацією ІПКСФ,

к.фарм.н., доцент

Наталія ТЕТЕРИЧ

## АНОТАЦІЯ

У кваліфікаційній роботі представлені результати дослідження правових, етичних та соціальних засад формування державної політики щодо застосування допоміжних репродуктивних технологій. Систематизовано немедичні соціальні причини обмеження доступу до цих методів лікування безпліддя в різних державах. Охарактеризовані особливості правового регулювання доступу до сурогатного материнства. Узагальнені ризики, які виникають у зв'язку з транскордонною репродуктивною допомогою. Загальний обсяг роботи – 41 сторінка, 0 таблиць, 13 рисунків, 36 найменувань літератури.

*Ключові слова:* допоміжні репродуктивні технології, запліднення in vitro, сурогатне материнство, правове регулювання, транскордонна репродуктивна допомога, репродуктивний (сурогатний) туризм, судова практика.

## ANNOTATION

The qualification work presents the results of a study into the legal, ethical and social foundations of state policy on the use of assisted reproductive technologies. It systematises the non-medical social reasons for restricting access to these methods of infertility treatment in various countries. It describes the specific features of the legal regulation of access to surrogacy. It summarises the risks arising in connection with cross-border reproductive assistance. Total work size – 41 pages, 0 tables, 13 figures, 36 references.

*Key words:* assisted reproductive technologies, in vitro fertilisation, surrogacy, legal regulation, cross-border reproductive care, reproductive (surrogacy) tourism, court practice.

## ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	
ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ДОКТРИНАЛЬНЕ ТЛУМАЧЕННЯ ТА ЗАКОНОДАВЧЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕПРОДУКТИВНИХ ПРАВА ЛЮДИНИ В УКРАЇНІ	8
1.1. Загальна характеристика правового регулювання застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні	8
1.2. Аналіз наукових підходів до розуміння репродуктивних прав	13
Висновки до першого розділу	16
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ПРОБЛЕМ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ	17
2.1. Закордонний досвід підходів до правового регулювання застосування допоміжних репродуктивних технологій	17
2.2. Етико-правові та соціальні проблеми, які виникають у зв'язку з наданням транскордонної репродуктивної допомоги	22
Висновки до другого розділу	32
РОЗДІЛ 3. ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СУЧАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ ЩОДО ЗАСТОСУВАННЯ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ	34
3.1. Основні напрями сучасної державної політики України щодо застосування допоміжних репродуктивних технологій	37
3.2. Пріоритетні завдання в реалізації державної політики України щодо застосування допоміжних репродуктивних технологій	38
Висновки до третього розділу	39
ВИСНОВКИ	40
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ	42
ДОДАТКИ	47

## **ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

ДРТ – допоміжні репродуктивні технології

ЕКЗ – екстракорпоральне запліднення

ЄС – Європейській Союз

ЄСПЛ – Європейський суд з прав людини

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

КМУ – Кабінет Міністрів України

НПА – нормативно-правовий акт

НСЗУ – Національна служба здоров'я України

р. – рік

СК – Сімейний кодекс України

ст. – стаття

ТРД – транскордонна репродуктивна допомога

ЦК – Цивільний кодекс України

ч. – частина

## ВСТУП

**Актуальність теми.** З моменту народження першої «дитини з пробірки» у Великій Британії у 1978 році, ДРТ розвивалися швидкими темпами та зараз доступні у багатьох країнах. У сучасних умовах трансформації суспільства та розвитку медичної науки особливого значення набувають питання забезпечення репродуктивного здоров'я населення. ДРТ стали важливим інструментом лікування безпліддя та реалізації права людини на батьківство.

Водночас їх активне впровадження супроводжується низкою складних правових, етичних, соціальних та економічних питань, які потребують належних регуляторних підходів. Державна політика у сфері ДРТ має забезпечувати баланс між інтересами пацієнтів, закладів охорони здоров'я і суспільства в цілому, гарантувати доступність і безпечність таких послуг, а також відповідати міжнародним стандартам прав людини. У зв'язку з цим актуальним є аналіз сучасних проблем реалізації державної політики у сфері ДРТ, виявлення ключових перешкод та визначення можливих шляхів їх подолання.

**Мета дослідження.** Метою роботи є вивчення правових, етичних та соціальних засад формування державної політики щодо застосування допоміжних репродуктивних технологій.

**Завдання дослідження.** Для досягнення визначеної мети дослідження були поставлені наступні завдання:

- провести контент-аналіз законодавства України, яке стосується питань регулювання застосування ДРТ;
- узагальнити інформацію з наукових джерел щодо змісту та правової природи репродуктивних справ людини;
- проаналізувати закордонний досвід підходів до правового регулювання застосування ДРТ;
- визначити етико-правові та соціальні проблеми, які виникають у зв'язку з наданням транскордонної репродуктивної допомоги;

- з'ясувати основні напрями та пріоритетні завдання сучасної державної політики України щодо застосування ДРТ.

**Об'єктом дослідження** є суспільні відносини, обумовлені реалізацією державної політики у сфері застосування допоміжних репродуктивних технологій.

**Предметом дослідження** стали правові, етичні та соціальні засади формування державної політики щодо застосування допоміжних репродуктивних технологій.

**Методи дослідження.** Під час виконання роботи застосовувалися такі методи: пошуковий – з метою тематичного відбору інформації та НПА з баз «Законодавство України», «PubMed», «Єдиний державний реєстр судових рішень» тощо; контент-моніторинг – при опрацюванні офіційних сайтів державних органів України та іноземних держав, ЄСПЛ, міжнародних урядових та неурядових організацій; контент-аналіз – для опрацювання законодавства України, даних наукової літератури; порівняльно-правовий – надав можливість провести співставлення основних положень правового регулювання застосування ДРТ в різних державах; формально-логічний – став в нагоді під час тлумачення змісту окремих законодавчих норм; системно-аналітичний – застосовано для структурування різних критеріїв, які обумовлюють особливості формування державної політики щодо застосування ДРТ; узагальнення – використано при підбитті підсумків, складанні висновків; графічні методи – з метою наочного представлення результатів дослідження (рисуноків і таблиць).

**Матеріалами дослідження** обрано: законодавство України, інформація з офіційних сайтів державних органів України (НСЗУ, МОЗ, Центр громадського здоров'я України, Дослідницька служба Верховної Ради України, Державна податкова служба) та зарубіжних держав (Управління з питань людського запліднення та ембріології у Великій Британії (HFEA), Парламентське управління з питань науки та технологій Великої Британії (POST)); судових органів України та ЄСПЛ; міжнародних урядових та

неурядових організацій (ВООЗ, Європейське товариство репродукції людини та ембріології, Американське товариство репродуктивної медицини).

**Практичне значення отриманих результатів.** Висновки, зроблені зв результатами роботи, стануть у нагоді: 1) у науково-дослідній діяльності для подальших досліджень у цій сфері; 2) для використання в освітньому процесі під час вивчення фармацевтичного права та законодавства, а також медичного права; 3) у практичній діяльності фармацевтичних працівників при наданні консультацій особам, що лікуються від безпліддя, а також при громадському обговоренні законопроектів про ДРТ.

**Елементи наукової новизни одержаних результатів** полягають у комплексному розгляді особливостей формування державної політики щодо застосування ДРТ.

**Апробація результатів.** Головні результати, що були отримані під час виконання кваліфікаційної роботи, оприлюднено на 2 наукових заходах: 1) під час доповіді на XXXII Міжнародній науково-практичній конференції молодих вчених та студентів «Актуальні питання створення нових лікарських засобів» (м. Харків, 15–17 квітня 2026 р.); 2) у статті, яка увійшла до збірки матеріалів XI Міжнародної науково-практичної конференції «Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи» (м. Харків, 30.04.2024 р.).

**Структура та обсяг кваліфікаційної роботи.** Робота складається зі змісту, вступу, трьох розділів, висновків. Загальний обсяг роботи – 41 сторінка, 0 таблиць, 13 рисунків, 36 найменувань літератури.

## РОЗДІЛ 1. ДОКТРИНАЛЬНЕ ТЛУМАЧЕННЯ ТА ЗАКОНОДАВЧЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕПРОДУКТИВНИХ ПРАВА ЛЮДИНИ В УКРАЇНІ

### 1.1. Загальна характеристика правового регулювання застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні

Оскільки Конституція України є Законом, що має вищу юридичну силу, то саме в ній закріплені норми, які створюють правове підґрунтя для розвитку правового забезпечення ДРТ в нашій державі. Тому нами у першу чергу були проаналізовані положення Конституції України та з'ясовано, які саме статті містять положення щодо охорони репродуктивного здоров'я. Результати цього контент-аналізу надано на рис. 1.1.

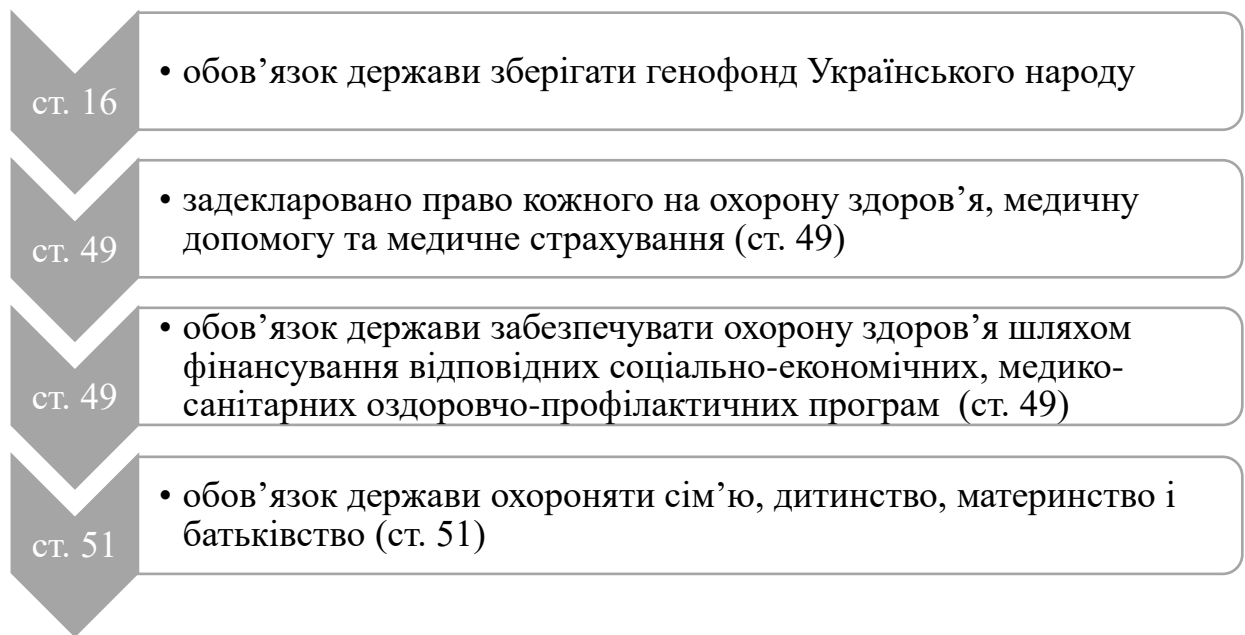


Рис. 1.1. Статті Конституції України, які створюють засади для охорони репродуктивного здоров'я шляхом застосування ДРТ.

В Україні на момент завершення кваліфікаційної роботи відсутній спеціальний закон про ДРТ, проте зареєстровано декілька таких законопроектів. Щодо чинних НПА, то ст. 48 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» дозволяє штучне запліднення та імплантацію ембріона, а також встановлює, що вони можуть проводитися:

1) за медичними показаннями; 2) для повнолітньої жінки; 3) за наявності письмової згоди подружжя; 4) при забезпеченні анонімності донора та збереженні лікарської таємниці [2, 10, 11]. Інші умови та порядок визначає МОЗ України [15].

Важливим НПА у сфері ДРТ є Сімейний кодекс України. По-перше, у ст. 49 прямо закріплено право дружини на материнство, а у ст. 50 право чоловіка на батьківство. По-друге, у цих нормах як причина для можливого розірвання шлюбу закріплено: 1) небажання чоловіка мати дитину, а також відмова дружини від її народження; 2) нездатність чоловіка або дружини до зачаття дитини. По-третє, прогресивними є положення ст. 123, в яких чітко врегульовано питання визначення походження дитини, яка народжена у результаті застосування ДРТ (рис. 1.2) [2, 8, 10, 11].

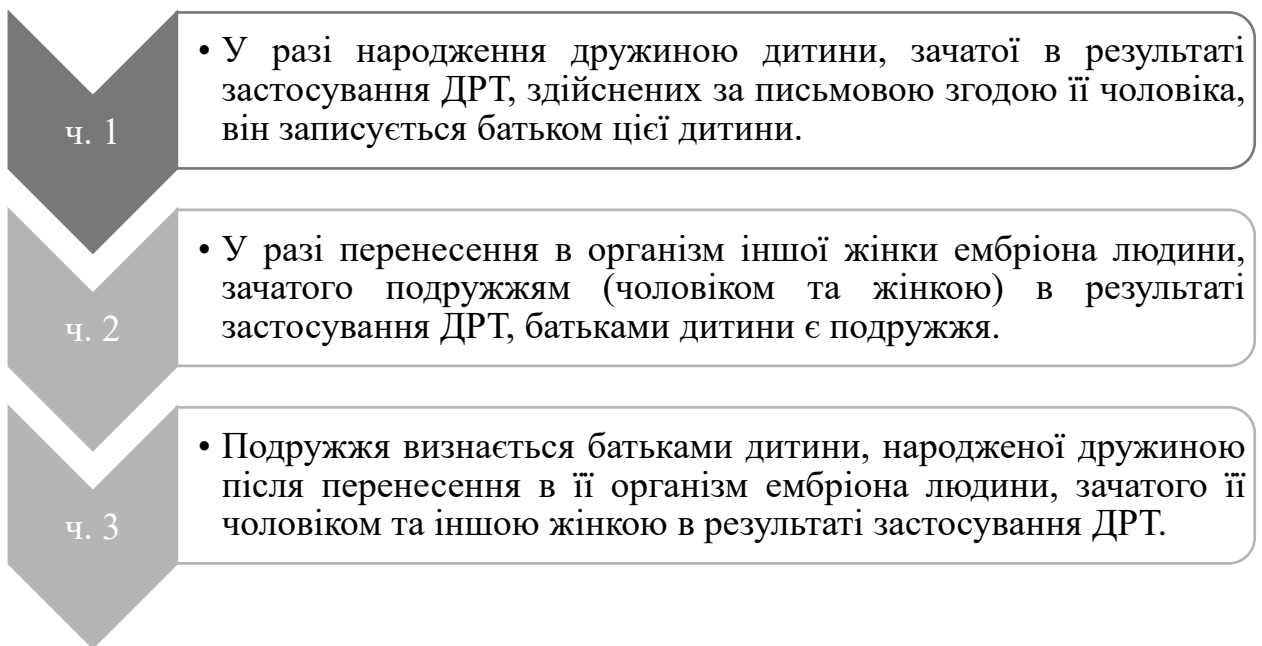


Рис. 1.2. Норми ст. 23 СК України щодо питань визначення походження дитини, котра була народжена у результаті застосування ДРТ.

Положення, які стосуються репродуктивного здоров'я людини на знайшли своє відображення у статтях 281, 283–290 ЦК України. Вони входять до глави 21 ЦК України, яка має назву «Особисті немайнові права, що забезпечують природне існування фізичної особи» (рис. 1.3).

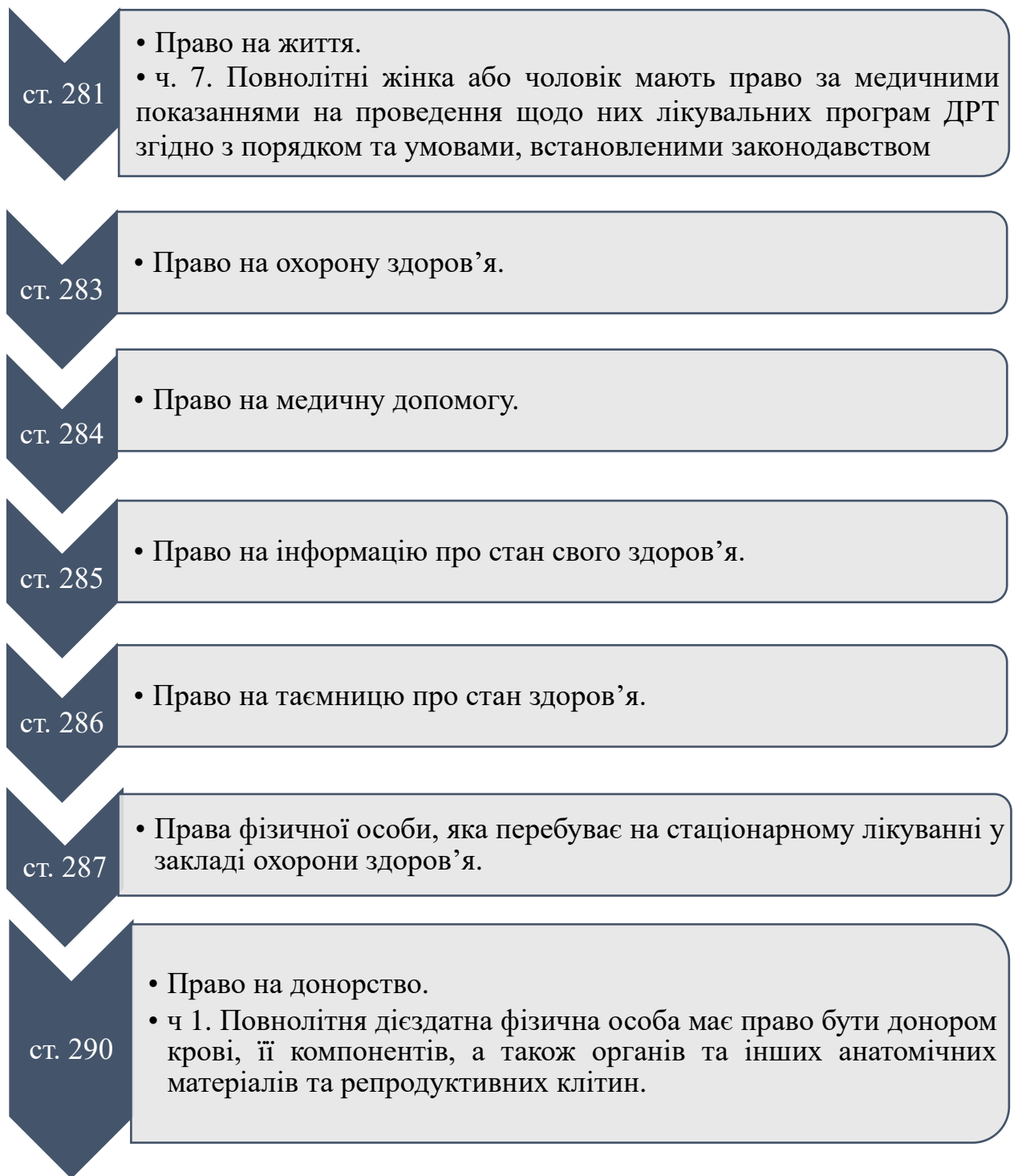


Рис. 1.3. Норми ЦК України, які стосуються застосування ДРТ.

За результатами проведеного у кваліфікаційній роботі аналізу нами узагальнено, систематизовано за юридичною силою та наочно представлено на рис. 1.4 ключові НПА, які регулюють питання реалізації репродуктивних прав людини шляхом застосування ДРТ [2, 4, 5, 8, 10, 12, 13, 14, 15].

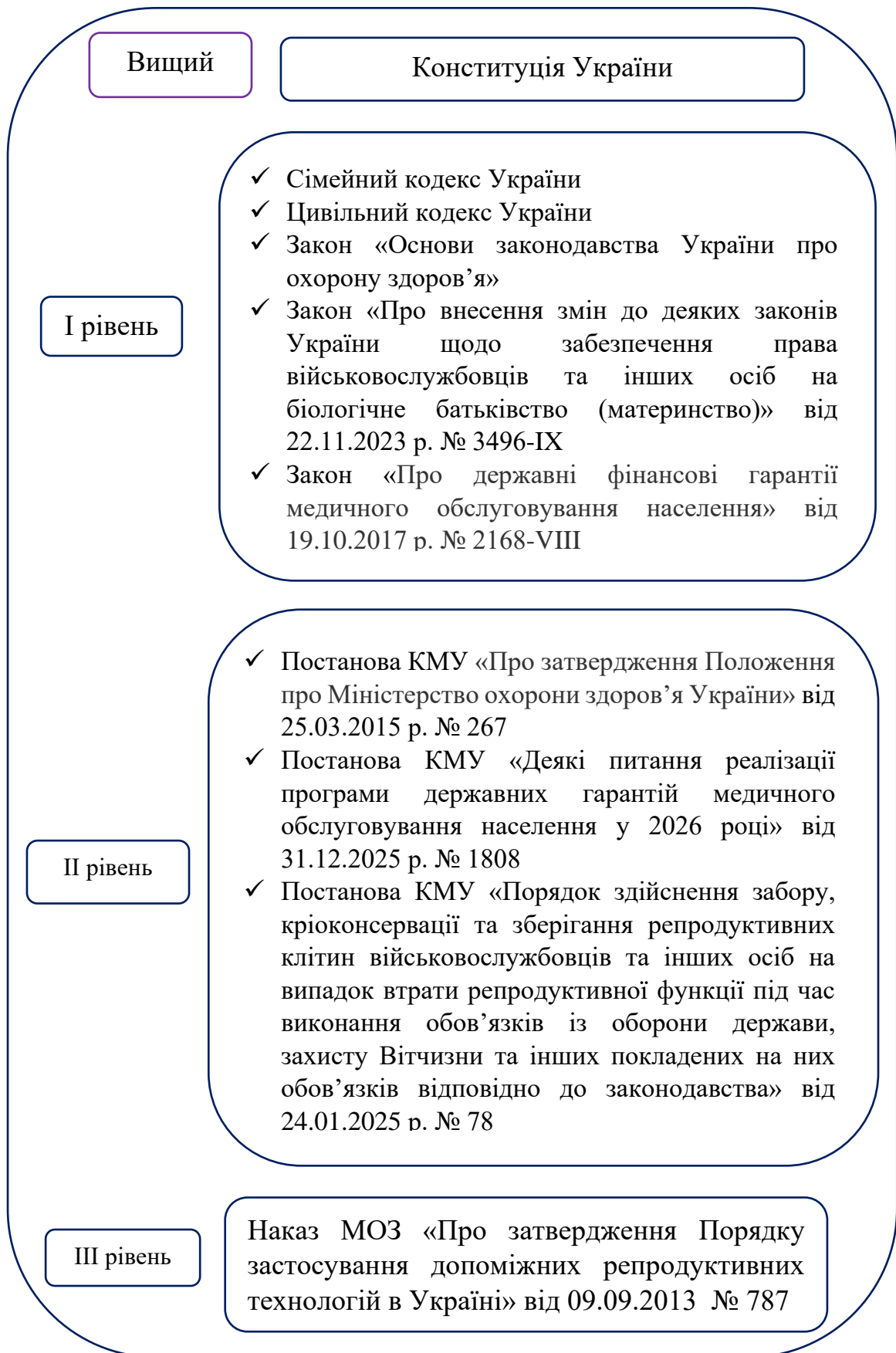


Рис. 1.4. Ієрархія за юридичною силою основних НПА України, які містять положення щодо реалізації репродуктивних прав людини.

Варто підкреслити, що безпосередньо порядок та умови застосування ДРТ визначено сьогодні в Україні у підзаконному НПА – наказі МОЗ України № 787 від 09.09.2013 р. Важливо, що в цьому наказі міститься законодавче визначення поняття «допоміжні репродуктивні технології». Тут під ДРТ розуміють такі методики лікування безпліддя, за яких в умовах *in vitro* здійснюються: 1) маніпуляції з репродуктивними клітинами; 2) окремі або всі етапи підготовки репродуктивних клітин; 3) процеси запліднення і розвитку ембріонів до перенесення їх у матку пацієнтки [15]. За результатами контент-аналізу цього наказу МОЗ можна зробити висновок, що в Україні дозволено дуже широкий перелік ДРТ, основні з яких показані на рис. 1.5.



Рис. 1.5. Перелік основних ДРТ, які дозволені для застосування в Україні.

## 1.2. Аналіз наукових підходів до розуміння репродуктивних прав

Оскільки застосування для лікування безпліддя ДРТ спрямовано на реалізацію репродуктивних (соматичних) прав людини, то вважаємо за необхідне приділити увагу з'ясуванню їх змісту.

Законодавчого визначення цього поняття відсутнє, а в науковій літературі викладені різні підходи до їх розуміння. Наприклад, одні науковці вживають поняття «репродуктивні права людини», а інші використовують термінологічний зворот «право на репродукцію» [10, 21].

Проте проведенне вивчення наукових джерел дозволяє узагальнити, що питання юридичної природи репродуктивних прав є дискусійним. Питання репродуктивних прав досліджували в своїх роботах С.Б. Булеца, О.В. Григоренко, Т.І. Длугопольська, А.О. Дутко, М.Р. Заболотна, Н.М. Квіт, Т.В. Курило, А.А. Литвиненко, І.А. Мацелюх, Р. А. Майданик, Г.А. Миронова, М.А. Мусієнко, Х. Я. Терешко, Я.О. Триньова, В.І. Чечерський та інші вчені [10, 21]. Результати узагальнення висловлених у науковій літературі позицій щодо розуміння юридичної природи репродуктивних прав людини наведено на рис. 1.6.

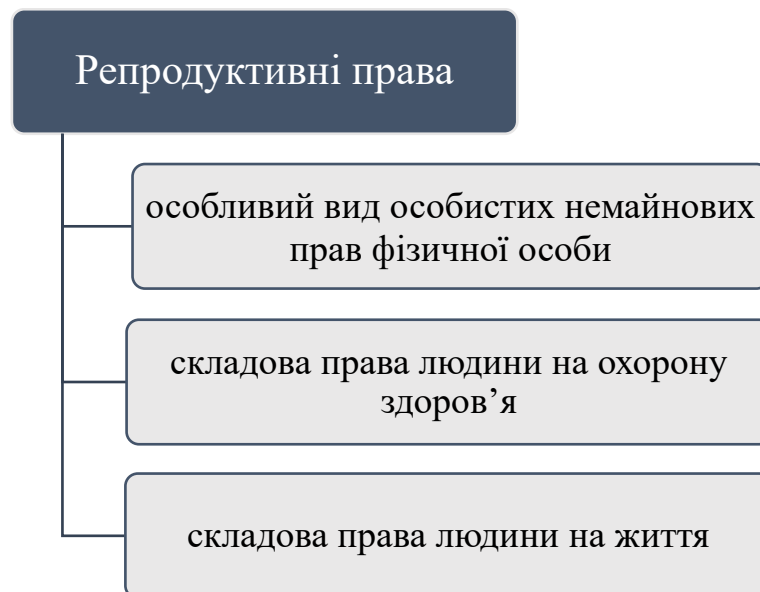


Рис. 1.6. Наукові підходи до розуміння змісту юридичної природи репродуктивних прав.

На підставі проведеного аналізу законодавства та з урахуванням наукових розробок можна узагальнити конкретні права, які відносяться до групи репродуктивних (рис. 1.7).



Рис. 1.7. Узагальнений перелік репродуктивних прав фізичної особи.

У преамбулі до Конституції України закріплено, що кожна людина має природне невід'ємне та непорушне право на охорону здоров'я. З урахуванням назви глави 21 ЦК України обґрунтованим є віднесення розуміння репродуктивних прав до групи особистих немайнових права, які забезпечують природне існування людини. Більше того, з назви ст. 281 ЦК України, логічним є висновок, що репродуктивні права реалізуються через право на репродуктивне здоров'я, а в цілому спрямовані на забезпечення найважливішого фундаментального права людини на життя.

На підставі вищевикладеного підтримуємо думку, що репродуктивні права («соматичні») людини включають 2 складові: 1) право на продовження роду; 2) право на репродуктивне здоров'я. Право на продовження роду (праву людини на репродукцію, на відтворення) реалізується через біологічне батьківство або материнство, під яким розуміють право чоловіка бути батьком, а жінки бути матір'ю генетично рідної дитини. Важливо підкреслити, що законодавець у нових сучасних НПА використовує термінологічний зворот «право на біологічне батьківство (материнство)» [14]. У свою чергу право на репродуктивне здоров'я можна вважати невід'ємним складником права людини на охорону здоров'я.

Базуючись на найбільш визнаних підходів до розуміння терміну «право особи» як певної можливості, з урахуванням існуючих наукових розробок, а також конкретних передбачених законодавством прав особи у досліджуваній сфері, нами систематизовані ознаки поняття «репродуктивні права»: 1) це гарантовані державою можливості осіб стосовно охорони репродуктивного здоров'я; 2) вони забезпечують вільне, незалежне, без будь-якого виду примусу прийняття та реалізацію фізичними особами рішення про біологічне батьківство (материнство), тобто зачаття та народження генетичної дитини, або відмову від цього. Репродуктивні права людини включають не лише медичну та фармацевтичну допомогу, а також і соціальну, інформаційну і консультаційну підтримку в цій сфері.

## Висновки до першого розділу

1. На підставі аналізу наукових джерел систематизовані основні доктринальні підходи до розуміння змісту репродуктивних прав людини, які розглядаються фахівцями з конституційного, цивільного, міжнародного, медичного права у 3 аспектах, зокрема як: 1) складова загального права конкретної людини на життя; 2) специфічний вид особистих немайнових прав особи (на продовження роду, батьківство, материнство тощо); 3) як складова права людини на охорону здоров'я.

2. Підтримано думку про комплексний характер правової природи репродуктивних прав. Обґрунтовано, що оскільки репродуктивні права передбачають можливість отримання медичної та фармацевтичної допомоги шляхом застосування ДРТ для лікування безпліддя, то вони є частиною права людини на охорону здоров'я. У той же час репродуктивні права спрямовані на забезпечення фундаментального невід'ємного права людини – права на життя.

3. Показано, що репродуктивні права («соматичні») людини включають 2 основних складові: право на продовження роду та на репродуктивне здоров'я. Право на репродуктивне здоров'я є складовою права на охорону здоров'я. На підставі аналізу чинного законодавства України складено узагальнений перелік репродуктивних прав фізичної особи. Запропоновано авторське визначення поняття «репродуктивні права людини».

## РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ПРОБЛЕМ РЕАЛІЗАЦІЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

### 2.1. Закордонний досвід підходів до правового регулювання застосування допоміжних репродуктивних технологій

Кожна країна формує свою державну політику у сфері ДРТ. Ця політика стосується різних аспектів, зокрема визначає: 1) законодавче закріплення дозволів та заборон застосування певних видів та методів ДРТ; 2) конкретні умови для застосування певних видів ДРТ, наприклад, сурогатного материнства; 3) особливостей відповідальності за порушення у сфері; 4) підходів до реєстрації дітей, народжених у результаті застосування ДРТ, юридичного закріплення батьківства у країні, де дитина народилася; 5) визнання юридичного батьківства власних громадян щодо дітей, народжених сурогатними матерями за кордоном.

Узагальнення немедичних соціальних причин, які використовуються в різних державах світу як вимоги для обмеження доступу до ДРТ, представлено на рис. 2.1.

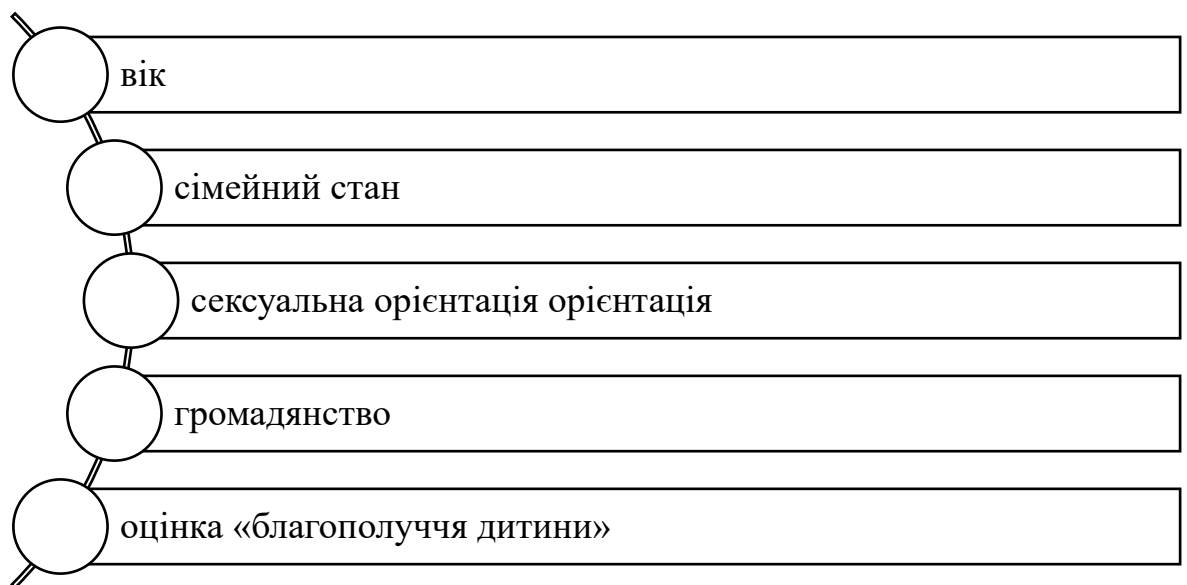


Рис. 2.1. Немедичні соціальні критерії обмеження доступу до ДРТ.

Під оцінкою «благополуччя дитини» може бути аналіз державними органами здатності майбутніх батьків забезпечити безпечне середовище для дитини, оцінка ризиків для дитини у зв'язку з наявністю фактів неправомірної поведінки, схильності до насильства чи зловживання алкоголем (наркотиками), відсутність фактів притягнення до адміністративної чи кримінальної відповідальності. Ці критерії характеризують соціальну доступність ДРТ в конкретній державі або адміністративно-територіальній одиниці.

Жорстка вимога обмеження доступу до ДРТ на основі минулої кримінальної історії почала діяти у 2010 р. у штаті Вікторія в Австралії. Вважається, що цей австралійський штат вперше у світі прийняв законодавство, яке прямо заборонило доступ до ДРТ усім пацієнтам з певним кримінальним минулим або минулим, пов'язаним із захистом дітей. Пацієнти та їхні партнери проходили обов'язкову перевірку поліцією та службою захисту дітей перед початком ДРТ. Обов'язкова оцінка придатності до батьківства чи донорства передбачала перевірку даних про те чи не вчиняла ця особа насильницькі злочини, злочини проти дітей та історію «child protection» (взаємодія із системою захисту дітей), тобто даних про те, чи була ця людина або сім'я об'єктом втручання державних служб захисту дітей). Якщо виявлялося, що у людини є попередня відповідна судимість або наказ про захист дітей, то такій особі надавалася «презумпція проти лікування» [36]. Ці вимоги називали дискримінаційними, оскільки нічого подібного не вимагається для пар, які зачали дитину традиційним способом. У зв'язку з цим у 2020 р. штатом було прибрано цю автоматичну «презумпцію відмови», але залишено принцип «найкращих інтересів дитини». Тепер штат не «відсіює автоматично», але клініка та лікарі оцінюють ризики.

В цьому аспекті важливою є справа *Dickson v. United Kingdom* (2007), яка розглядалася ЄСПЛ щодо питання: чи мають ув'язнені право на доступ до штучного запліднення, щоб мати дітей [26]. Заявниками цієї справи були подружжя Діксон: чоловік відбував довічне ув'язнення за вбивство, а його

дружина була на волі. Вони хотіли мати спільну дитину, але через вік дружини та тривалий строк ув'язнення це було можливо лише через штучне запліднення (штучну інсемінацію). Британська влада відмовила їм у цьому, посилаючись на пенітенціарну політику (дозвіл лише у «виняткових випадках»). ЄСПЛ постановив, що така відмова порушує ст. 8 Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод (Європейської конвенції з прав людини), якою передбачено право кожного на повагу до свого приватного і сімейного життя [26].

ЄСПЛ у рішенні по цій справі визнав, що: 1) право на сімейне життя включає також право вирішувати мати біологічних дітей; 2) держава має певну «свободу розсуду» у тюрмах, але вона не є необмеженою; 3) британська політика була надто жорсткою і автоматичною, без достатнього індивідуального балансу між покаранням, правами ув'язненого та інтересами суспільства. ЄСПЛ підкреслив, що ув'язнені не втрачають усіх прав: вони обмежуються лише в тих правах, які неминуче впливають із позбавлення волі [26].

Серед усіх ДРТ найбільше всього дебатів точиться щодо: 1) сурогатного материнства; 2) донорство яйцеклітин; 3) постмортальної репродукції.

Занепокоєння стосовно сурогатного материнства стосуються: 1) безпеки та захисту прав самих сурогатних матерів від експлуатації; 2) проблеми, що виникають у зв'язку з легалізацією статусу дітей, народжених ними (хто є «справжніми» батьками; міжнародні кейси з визначенням громадянстві дітей; 3) питань, пов'язані з релігією, сімейною етикою та моральними цінностями. Зокрема, стверджується, що сурогатне материнство шкодить людській гідності, зосереджуючись на сурогатній матері як суб'єкті; порушує добрі звичаї та етичний порядок сім'ї, суперечить вимогам чесноти [1, 2]. Сурогатне материнство повністю заборонено у Німеччині з 1991 р., у Франції – з 1994 р., в Італії – з 2004 р., в Іспанії – з 2006 р.

За результатами проведеного аналізу нами систематизовано критерії, які впливають на вибір підходів до правового регулювання доступу до

сурогатного материнства в різних державах та адміністративно-територіальних одиницях федеративних держав (рис. 2.2).

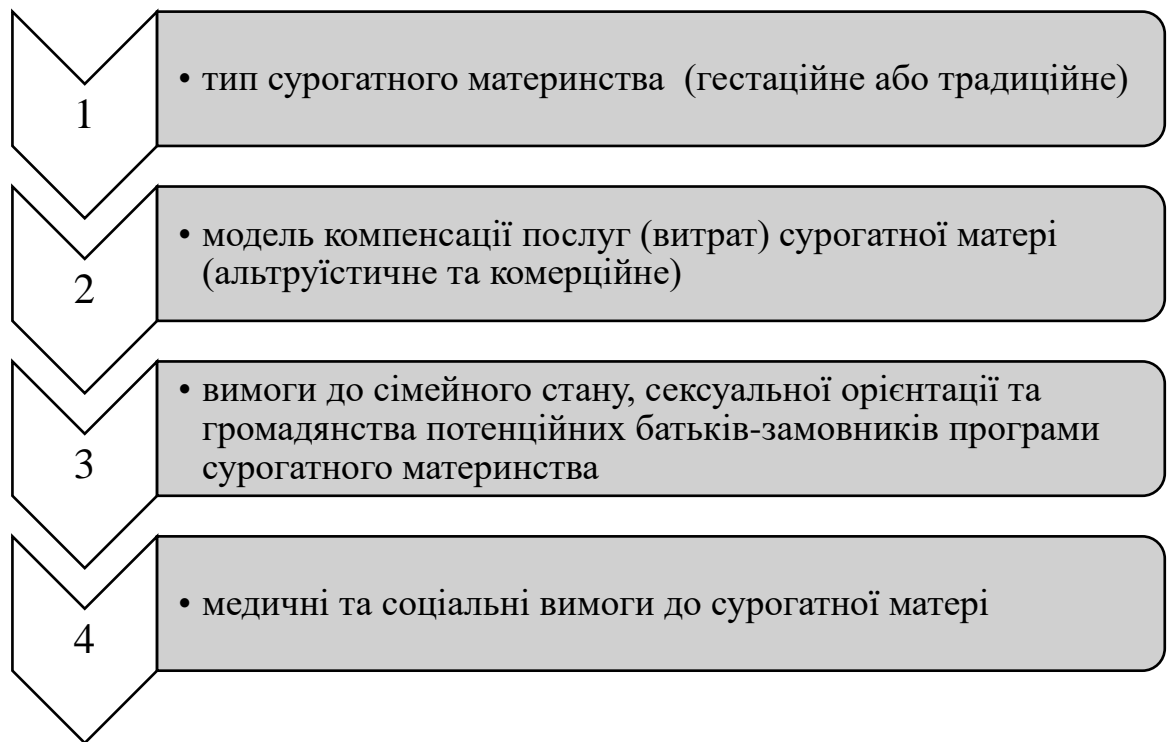


Рис. 2.2. Критерії, які обумовлюють та відрізняють підходи до правового регулювання сурогатного материнства.

Традиційне сурогатне материнство (коли сурогатна мати є генетичною матір'ю дитини) сьогодні дозволене значно рідше, ніж гестаційне (без генетичного зв'язку). У більшості країн, де сурогатне материнство взагалі дозволене, переважає саме гестаційна модель. Традиційне сурогатне материнство прямо заборонено законодавством (Україна, Ізраїль) або це питання не оговорене (деякі штати США, Великобританія, Канада), але на практиці майже не використовується через можливі правові ризики.

Комерційне (компенсоване) сурогатне материнство дозволено в Україні, деяких штатах США (найбільш чітко врегульовано у Каліфорнії, Іллінойсі, Нью-Йорку, Нью-Джерсі) та Мексики (Табаско, Сіналоа), у Грузії, Казахстані, Ірані. Лише альтруїстичне сурогатне материнство дозволено у Австралії, Бельгії, Великобританії, Данії, Індії (після 2021 р.) Нідерландах, Канаді, штат

Луїзіана у США. Там сурогатна мати може отримувати лише компенсацію витрат за договором (на ліки, харчування тощо), але не «плату за послугу».

В цьому аспекті цікаво прослідкувати зміни у політиці щодо ДРТ у штаті Луїзіана у США. Там сурогатне материнство було заборонено ще з 1988 р. Більше того, Луїзіана був єдиним суб'єктом федерації, в якому встановлювалася кримінальна відповідальність за сурогатне материнство. Однак Закон про допоміжні репродуктивні технології та сурогатне батьківство у 2024 р. (набув чинності 02.04.2025 року) детально врегулював правову процедуру сурогатного материнства, дозволивши як альтруїстичне, так і комерційне.

Відмінність медичних та соціальних вимог до сурогатної матері в різних державах можна проілюструвати на таких прикладах. В Україні сурогатною матір'ю може бути лише дієздатна жінка з 18 років, яка вже має власну здорову дитину, та не має медичних протипоказань. Потенційними батьками (замовниками сурогатного материнства) може бути лише подружжя, тобто гетеросексуальні пари в офіційному шлюбі [15]. Така ж вимога сьогодні є у Казахстані, Індії, Таїланді, Непалі, Вірменії, штаті Луїзіана у США.

В Ізраїлі встановлено граничний вік для жінки, яка може бути сурогатною матір'ю – не більше 38 років. Також сурогатна матір не повинна мати будь-яких шкідливих звичок (тютюнопаління або зловживання спиртними напоями) та судимості [1, 2]. Окрім того, в Ізраїлі у законодавстві міститься вимога щодо граничного віку потенційних (передбачуваних) батьків на момент затвердження угоди про виношування ембріонів: 1) кожен з них має бути не молодшим за 18 років; 2) принаймні один з них має бути не старшим за 54 роки; 3) яйцеклітини майбутньої матері можуть використовуватися, якщо вони отримані до 43 років. Окрім того, вони не повинні мати судимість як в Ізраїлі, так і за його межами за правопорушення, яке через характер, тяжкість або обставини викликає реальні побоювання завдання значної шкоди добробуту майбутній дитини [1, 2].

## 2.2. Етико-правові та соціальні проблеми, які виникають у зв'язку з наданням транскордонної репродуктивної допомоги

Підходи до правового регулювання ДРТ в різних країнах світу відрізняється і це впливає на розвиток явище, яке в літературі отримало назву «транскордонна репродуктивна допомога» або «репродуктивний туризм» (fertility tourism, surrogacy tourism, cross-border reproductive care) [27, 32].

ТРД або репродуктивний туризм є практикою подорожей до іншої держави або юрисдикції (наприклад, в інший штат своєї ж країни у федеративних державах) для лікування безпліддя. ТРД також стосується професійної діяльності осіб щодо надання медичних та юридичних послуг пацієнтами, які виїжджають за межі своєї країни проживання для отримання лікування із застосуванням ДРТ.

До основних процедур, заради яких здійснюється репродуктивний туризм, відносяться: 1) екстракорпоральне запліднення (ЕКЗ); 2) штучне запліднення донором; 3) сурогатне материнство.

У наукових роботах ринок послуг для лікування безпліддя (жіночого та чоловічого) характеризують як глобальні мережі людей, речовин, технологій, грошей та знань, які взаємопов'язані та продовжують функціонувати, навіть у часи кризи (наприклад, під час пандемії Covid-19). Для означення цього явища використовуються терміни «reproscapes» (репродуктивні ландшафти або простори), а також «reprowebs» (репродуктивні мережі) [32]. Відмічається, що подібно до павутиння, «репромережі» (reprowebs) – це глобальні мережі відтворення, що складаються з вузлів («repro-nubs») або центрів («репрохабів», «reprohubs»), які роз'єднані або з'єднані різними способами, швидко реагують на зміни (такі як локальні зміни в законах або глобальна пандемія Covid-19) та можуть змінюватися в просторі та часі. Термін «reprowebs» підкреслює її еластичність, фрагментацію та гнучкість для розширення на нові ринки у відповідь на місцеві та глобальні зміни. Їхньому розвитку сприяють суперечливі національні закони, нові технологічні винаходи, глобалізована

ринкова економіка та підвищена мобільність людей, речовин, технологій, знань та грошей [27, 32].

Дослідники відмічають, що ТРД може бути як корисною, так і шкодити зацікавленим сторонам, включаючи пацієнтів, потомство, постачальників послуг, донорів гамет, гестаційних носіїв та місцеве населення в країнах призначення [27, 32, 33, 34]. Наприклад, неможливість забрати дитину, народжену сурогатною матір'ю, – виникає проблема «дітей без громадянства» [27, 32, 33, 34]. За результатами проведеного аналізу наукової літератури та судової практики нами узагальнені потенційні загрози (ризики) при ТРД, які представлено на рис. 2.3.

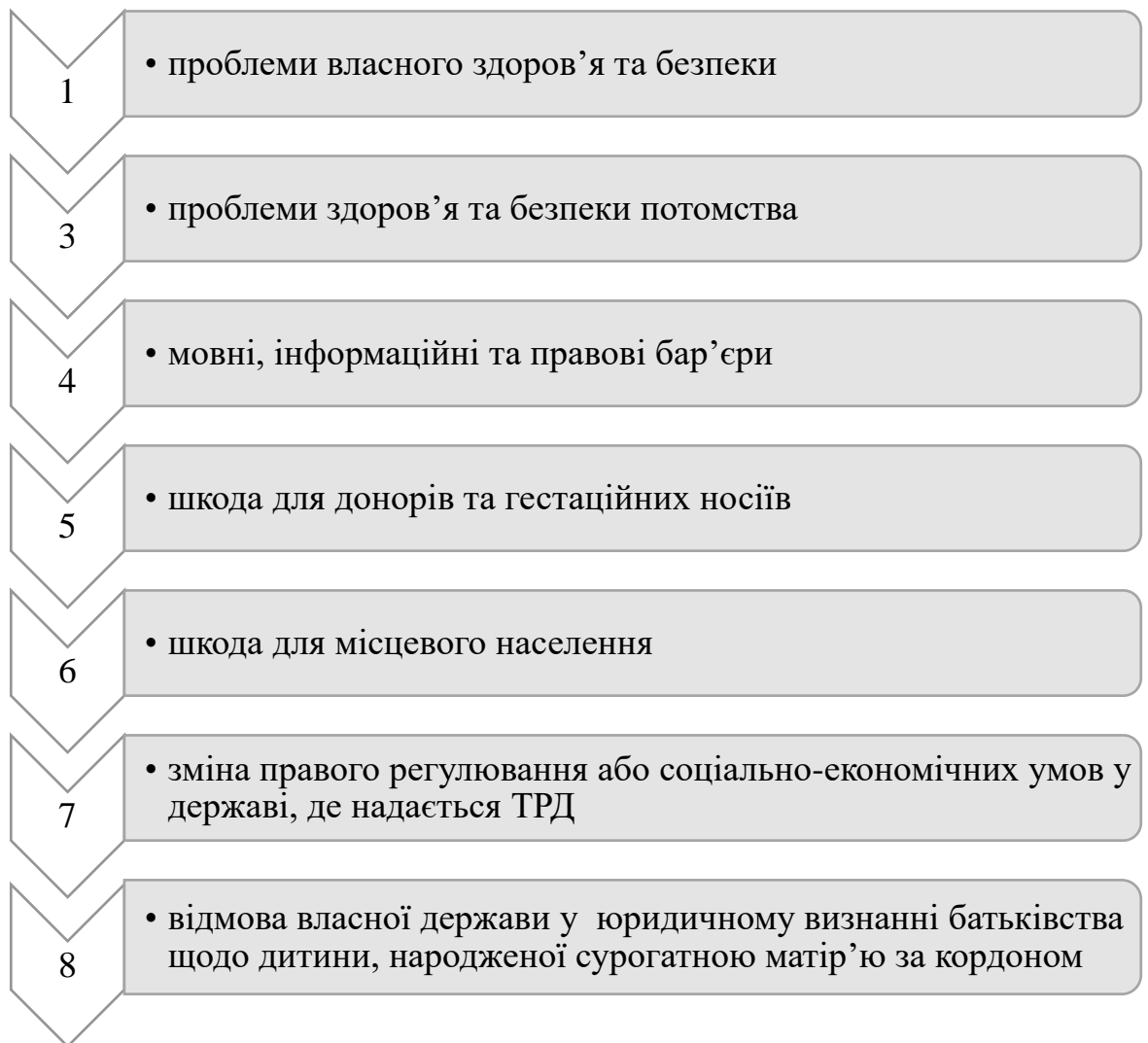


Рис. 2.3. Потенційні загрози (ризики) при ТРД.

Фактори, що мотивують пацієнтів виїжджати за кордон для лікування безпліддя, різноманітні, складні та часто взаємопов'язані. До основних факторів, які впливають на рішення використовувати ДРТ за кордоном, відносять: 1) покращений доступ до таких медичних послуг; 2) нижча вартість; 3) обхід правових обмежень або уникнення дискримінації; 4) конфіденційність та культурний комфорт [27].

По-перше, звернемо увагу на пояснення щодо перших трьох названих вище ризиків у ТРД. Як відомо, США сьогодні є одним із провідних центрів ТРД. Етичний комітет Американського товариства репродуктивної медицини вказує, що практика репродуктивної медицини може бути пов'язана з медичними помилками та небажаними подіями, коли гамети та ембріони втрачаються, пошкоджуються або спрямовуються неправильно. Саме тому Комітет рекомендує клінікам розкривати пацієнтам помилки як у тих випадках, коли вони фактично призвели до негативних наслідків, так і у тих, коли лише була створена така загроза [27].

Також Етичний комітет Американського товариства репродуктивної медицини вважає, що лікарі, залучені до угод про ДРТ за участю третьої сторони, які виявляють суттєві порушення або іншу нерозкрити інформацію стороною угоди (наприклад, донором гамет або ембріонів, гестаційним носієм або майбутнім батьком) або учасником чи організацією, що не є медичним фахівцем (наприклад, програмою рекрутингу, банком гамет або ембріонів, або адвокатом), повинні заохочувати цю сторону або професійного учасника розкривати такі порушення або інформацію. Більше того, Комітет вказує, що у деяких випадках етично допустимо, щоб лікар або розкривав суттєву інформацію постраждалій стороні, або відмовлявся надавати чи продовжувати надавати допомогу [27, 28].

По-друге, шкода для донорів та гестаційних носіїв необнаразово становилася предметом наукових досліджень та судових спорів. Так, опублікований у 2023 р. аналіз позовів про недбалість, пов'язану з ЕКЗ, дає уявлення про широкий спектр правових проблем, з якими стикаються клініки

ЕКЗ, а також про шкоду для пацієнтів та фінансові наслідки, які можуть виникнути внаслідок ймовірних помилок на практиці. Так, з 447 випадків, виявлених у базах даних Nexis Uni, Westlaw та CourtListener, що містять судові рішення у США, 53 стосувалися як лікарської недбалості, так і ЕКЗ, що мали місце між 1993 і 2022 роками. Двадцять чотири (45,3%) випадки стосувалися ембріологічних помилок (наприклад, втрата зразків та неправильний донор сперми), 11 (20,8%) помилок преімплантаційного генетичного тестування (наприклад, народження дитини з генетичним захворюванням, незважаючи на тестування), 6 (11,3%) медичних або хірургічних ускладнень (наприклад, синдром гіперстимуляції яєчників), 4 (7,5%) неправильних діагнозів (наприклад, злякисне новоутворення до початку циклу), 3 (5,6%) перекручення результатів ЕКЗ, 2 (3,8%) проблеми скринінгу медичної придатності (наприклад, супутні захворювання у гестаційного носія), 2 (3,8%) порушення конфіденційності та 1 (1,9%) випадок дискримінації. Найпоширенішими вторинними претензіями були недбалість (23 випадки, 16,4% усіх претензій), порушення договору (13, 9,3%), відсутність інформованої згоди (11, 7,9%) та недбале заподіяння емоційного стресу (11, 7,9%). Двадцять дев'ять (54,7%) справ було вирішено на користь клініки або постачальника послуг ЕКЗ, що відповідали, 13 (24,5%) справ було вирішено на користь позивача, а 11 (20,8%) справ стосувалися поточних проваджень [24].

Про серйозні факти порушень в сфері ДРТ свідчать факти притягнення до кримінальної відповідальності. Наприклад, у штаті Меріленд (США) власника групи сурогатного материнства засудили в до 32 місяців ув'язнення у федеральній в'язниці за шахрайство з клієнтами щодо сплати гонорарів за пошук та підтримку сурогатної матері [33].

Істотні проблеми можуть виникнути, якщо була, наприклад, допущена помилка у заповненні згоди. Так, 16.02.2026 р Високий суд Англії та Уельсу виніс рішення у справі проти державного органу Великобританії – Управління з питань запліднення та ембріології людини [24, 34]. По цій справі

судом було розглянуто 15 заяв від пацієнтів клінік лікування безпліддя про декларативний захист. Ці пацієнти мали ембріони або гамети, які зберігалися в різних кіліках лікування безпліддя. Вони вимагали визнання законності зберігання та використання цих гамет або ембріонів за обставин, коли термін дії їхньої письмової згоди на зберігання закінчився і вона не була поновлена (у строки, передбачені законодавством для поновлення згоди). За рішенням суду 14 заяв були задоволені. Але 1 заява була відхилена тому, що у клініці лікування безпліддя сталася помилка, під час якої початкова згода була зареєстрована як згода (хоча насправді відповідний пункт не був позначений), тому згоди на «поновлення» взагалі не було [34].

В аспекті помилок при ДРТ варто звернути увагу на справу ЄСПЛ *Paradiso and Campanelli v. Italy* (2017). Ця справа стосувалася сурогатного материнства, визнання батьківства та вилучення дитини державою. Зокрема, Італійське подружжя Парадізо і Кампанеллі уклало договір сурогатного материнства в Росії через посередників. Там було видано свідоцтво про народження, де вони були записані батьками дитини [30].

Після повернення подружжя до Італії прокуратура почала розслідування, в межах якого провели генетичну експертизу для того, щоб перевірити такі обставини: 1) чи є чоловік біологічним батьком; 2) чи існує реальний генетичний зв'язок між дитиною та заявниками. Причини таких дій органів влади було те, що: 1) в Італії сурогатне материнство заборонене; 2) існувала підозра, що подружжя могло обійти правила міжнародного усиновлення; 3) виникли питання щодо справжності російських документів і процедури народження дитини.

Проведений ДНК-тест показав, що дитина не мала генетичного зв'язку ні з чоловіком, ні з жінкою. Пізніше, у заяві до ЄСПЛ Парадізо і Кампанеллі стверджували, що для процедури сурогатного материнства чоловік надав свій біологічний матеріал и вони вважали, що дитина генетично пов'язана принаймні з батьком [30].

Наслідком відсутності генетичного зв'язку з дитиною стало те, що влада Італії: 1) відмовилася визнавати російське свідоцтво про народження; 2) вилучила дитину з сім'ї; передала її під опіку держави, а згодом і в іншу сім'ю; 3) заборонила подружжю подальші контакти з дитиною; 4) змінила дитині особисті дані для захисту її нового життя та приватності.

Велика палата ЄСПЛ у рішенні 2017 р. постановила, що Італія мала широкий «margin of appreciation» (межі розсуду), оскільки: 1) сурогатне материнство заборонене в Італії; 2) держава прагнула запобігати обходу національного законодавства, а також враховувалися питання торгівлі дітьми та публічного порядку. На момент рішення Великої палати ЄСПЛ дитина вже кілька років жила в іншій сім'ї, а будь-які зв'язки з Парадизо і Кампанеллі були фактично повністю припинені. ЄСПЛ врахував такі обставини: 1) дитина була дуже маленькою на момент передачі в іншу сім'ю; 2) спільне проживання з заявниками було лише близько 6 місяців; 3) повернення дитини після тривалого часу могло створити нову травму та нестабільність. Тому Суд не вимагав возз'єднання дитини з італійським подружжям.

По-третє. Щодо можливої шкоди ТРД для місцевого населення та етико-правових проблем, варто пригадати випадки сурогатного материнства, які викликали міжнародний резонанс та, врешті, обумовили зміну політики Таїланда щодо сурогатного материнства. Так, у справі «Baby Gammy» (2014) мова йшла про те, що австралійська пара замовила сурогатну вагітність у Таїланді. У сурогатної матері народилися близнюки: здорова дівчинка та хлопчик із синдромом Дауна та серйозними проблемами зі здоров'ям (Гаммі). Але батьки забрали до Австралії лише здорову дитину, а хлопчика залишили з сурогатною матір'ю. Згодом стало відомо, що сурогатна мати також зіткнулася з фінансовими труднощами і не була повністю поінформована про медичні ризики та свої права.

Наслідками серії гучних скандалів у сфері сурогатного материнства стало прийняття у Таїланді 19.02.2015 р. Закону про захист дітей, народжених від допоміжних репродуктивних технологій (Surrogacy Act 2015). Цим

Законом було заборонено сурогатне материнство для іноземців, а також в цілому комерційне сурогатне материнство (з оплатою «за послугу»). Дозволено лише альтруїстичне сурогатне материнство, замовниками якого можуть бути лише офіційно одружені пари, і зазвичай один із подружжя має бути громадянином Таїланду.

Варто відмітити, що в аспекті розвитку ТРД зміна правових підходів в одній державі сприяє розвитку цієї системи в іншій [1, 2, 32]. Наприклад, у році після введення у 2012 р. нових вимог Індії щодо сурогатного материнства, які обмежували доступ до ДРТ виключно для одружених гетеросексуальних пар, розвиток індустрії сурогатного материнства відбувся у Таїланді. Після того, як Індія, Непал, Таїланд та Мексика заборонили комерційне сурогатне материнство для нерезидентів або дозволили його лише гетеросексуальним подружнім парам, то з 2014 року поступово глобальними центрами сурогатного материнства стали Україна, Лаос, Казахстан, Грузія, Мексика.

По-четверте. Особливої актуальності мають питання набуття громадянства та реєстрація батьківства для дітей, народжених із застосуванням ДРТ. Вони не отримують автоматично при народженні громадянство батьків-замовників, з якими у дітей (або одним з них) є генетичний зв'язок.

Прикладом того, як суперечливі закони можуть призвести до «безгромадянства» дитини, є справа «Бемі Манджі» (Baby Manji case, Yamada v Union of India, 2008). Це справа про сурогатне материнство в Індії, замовлене японською парою, з використанням сперми майбутнього батька та донорської яйцеклітини. З одного боку, згідно з індійським законодавством, громадянство набувається за принципом *jus sanguinis*, а не *jus soli*; однак сурогатна мати не була матір'ю дитини, а отже, дитина не мала права на індійське громадянство. З іншого боку, Японія дотримується принципу *mater semper certa est*, і батьківство встановлюється на основі презумпцій або визнання батьківства,

тоді як не існує правил щодо надання або передачі юридичного батьківства на підставі сурогатного материнства.

З огляду на те, що майбутній батько не був одружений з індійською сурогатною матір'ю, він не мав можливості встановити своє юридичне батьківство. Справа ще більше ускладнилася через розрив стосунків та розлучення майбутніх батьків до народження дитини, причому лише майбутній батько бажав виховувати дитину. Як наслідок, усиновлення не було можливим, оскільки Індія суворо забороняла усиновлення самотнім батьком. Через відсутність будь-яких правових зв'язків між Бебі Манджі та її батьком вона не мала права на отримання японського громадянства, оскільки Японія надає громадянство на основі принципу *jus sanguinis*. Конфлікт законодавств у цьому випадку означав, що Бебі Манджі була особою без громадянства і залишалася «заблокованою» в Індії. Її батько не міг забрати її з собою до Японії, доки індійські органи влади не видали для дитини довідку про те, що вона особа без громадянства, а Японія не видала гуманітарну візу, щоб дозволити Бебі Манджі в'їзд до країни. Зрештою дівчинка набула японське громадянство через юридичну процедуру визнання батьківства (усиновлення/легалізацію батьківських прав), а не автоматично від народження.

Варто підкреслити, що питання дотримання прав особи, які виникають у зв'язку із застосуванням ДРТ, неодноразово були предметом розгляду Європейського суду з прав людини. З 2014 р. ЄСПЛ виніс багато рішень щодо сурогатного материнства, особливо щодо батьківства, встановленого за кордоном. Наприклад, це справи *Mennesson проти Франції* (2014); *Labbassee проти Франції* (2014); *Valdís Fjölnisdóttir та інші проти Ісландії* (2021); *L проти Франції* (2022); *АМ проти Норвегії* (2022); *КК та інші проти Данії* (2022) тощо [30].

Наприклад, справа ЄСПЛ «КК та інші проти Данії» (*K.K. and Others v. Denmark*, 2022) стосувалася сурогатного материнства в Україні та того, чи повинна Данія юридично визнати матір'ю жінку, яка не була біологічною

матір'ю дітей. Так, данська пара уклала в Україні договір про комерційне сурогатне материнство. У 2013 році в Україні сурогатна мати народила близнюків. Біологічним батьком цих дітей був чоловік із данської пари. Українські органи видали свідоцтва про народження, де жінка з Данії була записана матір'ю. Діти переїхали до Данії й жили з цією парою як сім'я. Проблема виникла тому, що: 1) у Данії комерційне сурогатне материнство фактично не визнається; 2) влада у Данії відмовила жінці в усиновленні дітей як «мачусі», бо сурогатній матері в Україні заплатили гроші, а данське право забороняло усиновлення в таких випадках [30].

ЄСПЛ розглядав цю справу за проаналізованою вище ст. 8 Європейської конвенції та вирішив наступне: 1) щодо сімейного життя порушення не було, адже сім'я фактично жила разом без втручання держави: дітей не забирали, жінка мала спільну опіку тощо; 2) щодо прав самої жінки також не було порушення оскільки за твердженням ЄСПЛ Данія могла захищати публічний інтерес і стримувати комерційне сурогатне материнство; 3) щодо прав дітей Суд встановив, що було порушення їх прав. ЄСПЛ зазначив, що діти опинилися в правовій невизначеності: жінка фактично була їхньою матір'ю, але юридично зв'язок із нею не визнавався і це впливало на їхню ідентичність, статус і правову захищеність. По цій справі ЄСПЛ вирішив, що Данія недостатньо врахувала найкращі інтереси дітей.

Ця справа «КК та інші проти Данії» є дуже важливою та показовою, оскільки Суд фактично сказав: навіть якщо держава негативно ставиться до комерційного сурогатного материнства, вона все одно повинна забезпечити дитині стабільний юридичний статус і захист її приватного життя.

Прикладом ще однієї справі, яка також стосувалася дитини, народженої в Україні в результаті сурогатного материнства, є справа *C. v. Italy* (2023). Там проблема була в тому, що Італія не визнає повністю батьківство чоловіка, з яким у дитини існує біологічний зв'язок. Причина така ж сама, що і в Данії – Сурогатне материнство є повністю забороненим в Італії. Там законодавство виходить із принципу: сурогатне материнство є незаконним та забороненим

будь-які форми його організації, у тому числі за кордоном (публічний порядок). Італія проводить чітку межу: навіть якщо є генетичний зв'язок, то це все одно не означає автоматичного визнання батьківства щодо дитини, народженої через заборонений механізм. Тому держава не хоче «легалізувати наслідки» того, що вважає забороненою практикою [30].

По справі *C. v. Italy* ЄСПЛ вказав, що стосовно біологічного батька наявно порушення ст. 8 Європейської конвенції, і держава не може повністю «ігнорувати» генетичний зв'язок [30].

Проте, незважаючи на такий підхід ЄСПЛ, у Іспанії у 2024 р. Верховний Суд відхилив легалізацію статусу дітей, народжених у результаті застосування сурогатного материнства. У своєму рішенні Верховний Суд вказав, що ця практика «порушує моральну недоторканність вагітної жінки та дитини», а також є «експлуатацією» матерів. У 2025 р. Іспанський уряд заборонив своїм посольствам та консульствам реєструвати дітей, народжених сурогатними матерями в іноземних юрисдикціях.

У зв'язку з тим, що в Італії сурогатне материнство заборонене, то за це передбачено кримінальну відповідальність: покарання у вигляді позбавлення волі від 3 місяців до 2 років та штраф у розмірі від 600 тис. до 1 млн. євро. Тому італійці користувалися послугами сурогатних матерів у тих державах, де це дозволено законодавством (Україна, Канада, США). Але Парламент Італії 16.10.2024 р. остаточно схвалив Закон, яким громадянами Італії було заборонено використання сурогатного материнства за кордоном. З цього часу в цій країні сурогатне материнство стало так званим «універсальним злочином» («reato universal»), тобто тепер громадяни Італії можуть бути притягнені до кримінальної відповідальності за те, що вони скористалися сурогатним материнством у тій державі, де воно дозволено. За таке діяння передбачено таке ж саме покарання, як і за сурогатне материнство на території Італії.

Враховуючи велику кількість проблемних питань, пов'язаних з транскордонним сурогатним материнством, у 2022 р. Європейська Комісія

внесла пропозицію по врегулюванню норм міжнародного приватного права щодо батьківства в цілому та у тому числі стосовно сурогатного материнства, встановленого в державі-члені ЄС. Однак обговорення в Раді ЄС щодо того, як слід вирішувати це питання, досі тривають. Крім того, варто підкреслити той факт, що Директива (ЄС) 2024/1712 Європейського Парламенту і Ради від 13 червня 2024 року, що вносить зміни до Директиви 2011/36/ЄС про запобігання торгівлі людьми та боротьбу з нею і захист її жертв, вперше додала до переліку форм експлуатації людини, які пов'язані з торгівлею людьми, експлуатацію сурогатного материнства.

### **Висновки до другого розділу**

1. З'ясовано, що зі зростанням популярності ДРТ загострилися дебати щодо етичного обґрунтування обмеження доступу до ДРТ на основі різних медичних та немедичних факторів. Кожна країна формує свою державну політику у сфері ДРТ. Ця політика стосується різних соціальних, медичних та правових аспектів. Обмеження доступу до ДРТ для певних категорій населення та недостатня доступність різних видів ДРТ в своїй країні чи юрисдикції вплинуло на розвиток транскордонної репродуктивної допомоги.

2. Узагальнені основні причини звернення за послугами ТРД, зокрема:  
1) недостатня фізична (наприклад, заборона сурогатного материнства), економічна (висока вартість) та соціальна доступність у власній країні;  
2) якість надання таких послуг; 3) конфіденційність і культурний комфорт.

3. Висвітлено, що законодавче регулювання доступу до ДРТ значно варіюється в різних країнах через релігійні, культурні та політичні чинники. Економічні чинники, характер системи охорони здоров'я та державне фінансування впливають на доступ як між країнами, так і всередині них. Застосування та розвиток ДРТ супроводжують важливі правові та етичні дилеми, що стосуються материнських прав, доступності цих процедур,

визнання батьківства та забезпечення принципу «найкращих інтересів дитини».

4. У рамках сурогатного материнства розбіжні національні та міжнародні правила посилюють невизначеність, наражаючи майбутніх батьків та сурогатних матерів на суперечки щодо можливості виконання договорів, встановлення опіки та юридичного закріплення батьківських прав. Для всіх держав важливим стратегічним завданням на сучасному етапі є підвищення фінансової доступності ДРТ.

5. Аналіз рішень ЄСПЛ стосовно сурогатного материнства та ДРТ в цілому застосовується ключова доктрина широкого «margin of appreciation». Вона полягає в тому, що ЄСПЛ у справах про ДРТ майже завжди використовує такий логічний ланцюжок для обґрунтування рішень: 1) немає європейського консенсусу; 2) питання має етичний і політичний характер; 3) тому держави мають широку свободу регулювання; 4) але інтереси дитини вище за національні заборони сурогатного материнства, повне ігнорування статусу дитини є неприпустимим, держава повинна забезпечити засоби для врегулювання «недіючих» правовідносин.

### **РОЗДІЛ 3. ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СУЧАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ ЩОДО ЗАСТОСУВАННЯ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ**

#### **3.1. Основні напрями сучасної державної політики України щодо застосування допоміжних репродуктивних технологій**

Державна політика щодо застосування (ДРТ) буде характеризуватися як сукупність цілей, принципів, норм і заходів, які формує та реалізує держава для регулювання використання медичних технологій, спрямованих на подолання безпліддя та забезпечення реалізації репродуктивних прав громадян [8, 12]. З огляду на сучасні демографічні виклики, які існують в Україні (низька народжуваність, підвищення рівня загальної смертності, війна, міграція тощо), держава розглядає ДРТ як інструмент для підтримки народжуваності та збереження репродуктивного здоров'я населення [8].

Система державного впливу в цій сфері включає: 1) правові засади застосування ДРТ, порядок та умови доступу людини до таких методів лікування; 2) етичні вимоги (захист прав дитини, донорів, сурогатних матерів); 3) медичні стандарти і контроль якості процедур; 4) регуляторний вплив та державний нагляд (ліцензування медичної практики, акредитації та сертифікація закладів); 4) забезпечення фінансової доступності ДРТ; 5) захист персональних даних, конфіденційності учасників.

В цілому сучасна політика державу цій сфері спрямована на баланс між: правом людини на біологічне батьківство (материнство), медичною безпекою, етичними нормами суспільства та недопущенню зловживань.

Істотно підвищила фінансову доступність для населення в цій сфері те, що у 2024 році в Україні вперше в межах програми державних медичних гарантій запроваджено пакет медичних послуг «Лікування безпліддя за допомогою ДРТ (запліднення *in vitro*)» [7, 8].

Для того, щоб скористатися програмою в показах повинен бути діагноз безпліддя та жіноча вичерпність. Єдиним обмеженням щодо програми є вік жінки (не більше 40 років). В межах цього пакета безоплатно жінка може отримати 1 повний цикл на рік – у разі настання вагітності, при цьому у разі народження здорової дитини наступні цикли ДРТ не буде оплачуватися.

Крім цього, пацієнтка може отримати 2 повний або неповний цикл на рік у тому, випадку, якщо вагітність не настала. Лікуватися можливо амбулаторно, на умовах денного або звичайного стаціонару.

Результати роботи цієї програми стали відчутні, коли у січні 2025 р. у Львові народилися перші діти, батьки яких скористалися цими можливостями. За даними МОЗ від початку 2025 р. послугу лікування безпліддя отримали вже 6924 українки. За 2024 р. таких жінок було 1080 осіб. На реалізацію програми у 2024 р. було спрямовано 106,5 млн грн. [3].

Аналіз результатів впровадження програми свідчить про зростання кількості договорів НСЗУ з медичними закладами та місць надання послуги. НСЗУ платить за таку послугу лікування безпліддя 303 85 тис. грн. Так, згідно з інформацією, розміщеною на дашбордах НСЗУ станом на березень 2025 р. було укладено 28 договорів, а на квітень 2026 р. – вже 46 (рис. 3.1, 3.2) [3].

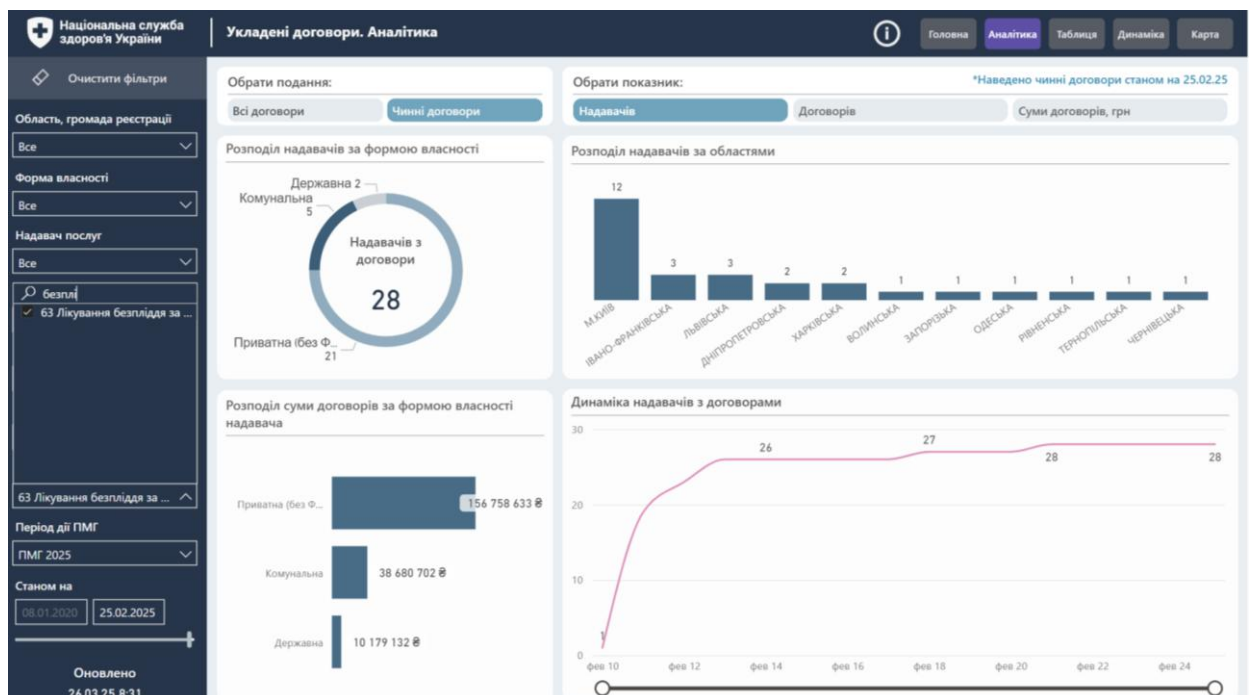


Рис. 3.1. Кількість договорів НСЗУ та ЗОЗ у 2025 р.

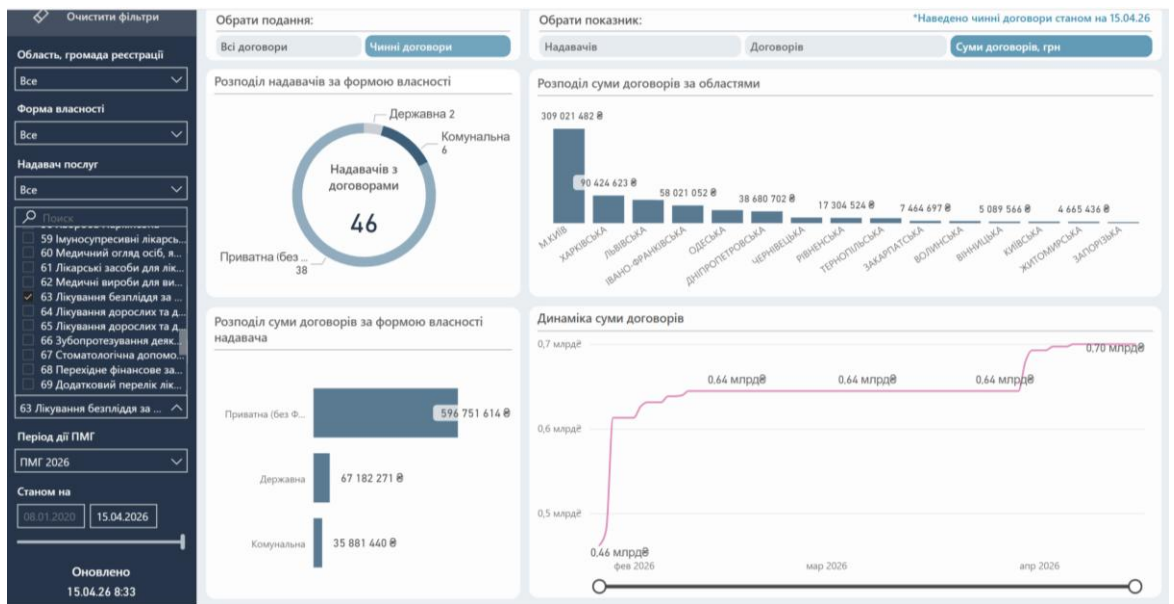


Рис. 3.2. Кількість договорів НСЗУ та ЗОЗ у 2026 р.

У 2025 р. така послуга надавалася у 20 закладах, з яких 15 було приватних, 3 комунальні, 2 державних. Ці ЗОЗ законтрактовані з НСЗУ на цей пакет (є Києві, а також Львівській, Одеській, Дніпропетровській, Тернопільській, Харківській, Чернівецькій, Івано-Франківській, Рівненській обл.) [3].

Важливим інструментом у втіленні державної політики у сфері ДРТ є також той факт, що громадяни, які платно проходили лікування безпліддя, тепер можуть повернути частину витрачених на це коштів, скориставшись податковою знижкою. Держава фактично компенсує частину податку на доходи фізичних осіб, який утримувався із заробітної плати. До податкової знижки можна включити витрати на ДРТ (наприклад, ЕКЗ), різні обстеження та супутні медичні послуги [23].

З метою виявлення практичних проблем, які виникають у реалізації прав, пов'язаних із застосуванням сурогатного материнства, нами був здійснений пошук за контекстом у Єдиному державному реєстрі судових рішень (ЄДРСР). Результати пошуку станом на 24.04.2026 р. (57 справ) представлено на рис. 3.3.

Форма судового рішення: Рішення | Статус сторін судового процесу: Оберіть

За заданими параметрами пошуку знайдено документів: 57

Пошук | Очистити

Сортування: за датою ухвалення рішення | за спаданням | Кількість записів на сторінці: 25

[Використовувати інформаційно-правову електронну базу:](#) так | [Відгуки про роботу сайту](#)

Постачальник посилань: Ліга Закон

№ рішення	Форма судового рішення	Дата ухвалення рішення	Дата набрання законної сили	Форма судочинства	№ судової справи	Назва суду	Суддя
<a href="#">108970032</a>	Рішення	03.02.2023	16.03.2023	Цивільне	295/8309/21	Богунський районний суд м. Житомира	Стрілецька О. В.
<a href="#">94587875</a>	Рішення	01.02.2021	07.07.2021	Цивільне	279/5244/20	Коростенський міськрайонний суд Житомирської області	Невмержицька О. А.
<a href="#">103566446</a>	Рішення	12.01.2022	14.02.2022	Цивільне	932/3781/21	Шевченківський районний суд міста Дніпра	Кудрявцева Т. О.
<a href="#">114100215</a>	Рішення	10.10.2023	10.11.2023	Цивільне	715/2967/23	Глибочківський районний суд Чернівецької області	Григорчак Ю. П.
<a href="#">129540338</a>	Рішення	23.06.2025	20.01.2025	Цивільне	932/6563/24	Південний районний суд міста Кам'янського	Погребняк Т. Ю.
<a href="#">131336105</a>	Рішення	17.10.2025	27.11.2025	Цивільне	585/2122/25	Роменський міськрайонний суд Сумської області	Євтушенкова В. І.

Рис. 3.3. Результати контекстного пошуку даних ЄДРСР.

Аналіз рішень судів різних областей України дав можливість узагальнити основні питання, які стають предметом спорів: 1) відшкодування збитків та моральної шкоди, завданої неналежним виконанням умов договору [16]; 2) стягнення збитків завданих позадоговірним правопорушенням, завдання шкоди діловій репутації [17, 18, 19]; 3) відмова у проведенні державної реєстрації народження дитини, народженої із застосуванням ДРТ [20].

### 3.2. Пріоритетні завдання в реалізації державної політики України щодо застосування допоміжних репродуктивних технологій

До пріоритетних завдань в реалізації державної політики України щодо застосування ДРТ відноситься оновлення законодавства з питань збереження репродуктивного здоров'я населення та удосконалення існуючих правових механізмів застосуванням ДРТ, а також підвищення рівня правових гарантій кожного мешканця України на здійснення своїх репродуктивних прав [8]. Для реалізації цього напряму Дослідницькою службою Верховної Ради України

постійно проводиться аналітична робота, спрямована на узагальнення світових підходів до регулювання застосування ДРТ та виявлення прогалин у національних НПА [1, 2, 8, 11, 12].

Серед дискусійних питань в аспекті доступності ДРТ та недискримінації, наприклад, залишається та норма, що в Україні сурогатне материнство дозволене лише для подружжя (чоловіка та жінки). Тобто не дозволяється ця процедура для самотніх людей, одностатевих та неодружених пар. Певні проблеми були вирішені за останні роки, наприклад щодо забезпечення права військовослужбовців та інших осіб на біологічне батьківство (материнство) [13, 14].

В аспекті правового регулювання важливим завданням є ратифікація Україною Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини (Конвенція Ов'єдо) та приведення національного законодавства у відповідність до неї [6]. Як видно з проведеного аналізу, законодавство кожної держави має свої особливості у правових підходах до регулювання застосування ДРТ. Але орієнтовним для всіх є цей міжнародний договір, який відображає європейське розуміння етичних та правових стандартів до захисту прав та гідності людини у зв'язку із використанням біомедичних досягнень. Наприклад, ст. 14 Конвенції заборонено використання медичних репродуктивних технологій з метою селекції статі майбутньої дитини за винятком випадків, якщо це необхідно для того, щоб уникнути серйозної спадкової хвороби, яка пов'язана зі статтю майбутньої дитини. У свою чергу ч. 1 ст. 18 Конвенції встановлює, що за умови, якщо держава дозволяє проводити дослідження на ембріонах *in vitro*, то її законодавство повинно забезпечити належний захист ембріона [6].

Хоча Україна підписала 22.03.2002 р. Конвенцію, але досі не ратифікувала її. Фахівці зауважують, що це пов'язано із складнощами забезпечити виконання вимог цього документу. Адже в Україні все ще не прийнято законів, що б визначали ключові питання щодо біомедицини,

зокрема, як раз не врегульовані питання правового статусу ембріонів, використання стовбурових клітин тощо [21].

### **Висновки до третього розділу**

1. Проведений аналіз чинного законодавства України, яке регулює застосування ДРТ, показує, що в Україні не прийнято спеціального закону. Зараз відносини у цій сфері регулюються нормами сімейного та цивільного права, а основним документом є підзаконний НПА (наказ МОЗ).

2. У Верховній Раді зареєстровано декілька законопроектів про ДРТ, які пропонують різні підходи: консервативні (заборону комерційного сурогатного материнства або для іноземців) та більш ліберальні. Концепція законодавчого забезпечення репродуктивного здоров'я, підготовлена Дослідницькою службою Верховної Ради України у грудні 2023 р. як довідковий інформаційно-аналітичний матеріал, окреслила основні проблеми на той час, які вже на сьогодні усунені (зокрема, щодо забору, кріоконсервації та зберігання репродуктивних клітин військовослужбовців).

## ВИСНОВКИ

1. Опрацювання чинного законодавства України свідчить, що в Україні не прийнято спеціального закону щодо ДРТ, хоча у Верховній Раді зареєстровано декілька законопроектів. Репродуктивні права людини закріплені в національних НПА різної галузевої належності та юридичної сили. Безпосередньо порядок застосування ДРТ в Україні встановлено наказом МОЗ України від 09.09.2013 № 787, контент-аналіз якого дає підстави стверджувати, що в Україні дозволений широкий спектр ДРТ: запліднення *in vitro* (ЗІВ); сурогатне (замінне) материнство; донація гамет та ембріонів; редукція ембріонів; кріоконсервація сперми, ооцитів, ембріонів тощо.

2. З позитивного боку відмічене той факт, що СК України чітко врегульовано питання визначення походження дитини, котра народилася в результаті застосування ДРТ. Це є одним з фактів, який робить Україну привабливою державою для лікування безпліддя іноземними громадянами. Таким дітям органи державної реєстрації актів цивільного стану (ДРАЦС) видають свідоцтва про народження, де батьками вписані біологічні батьки-замовники програм ДРТ. В деяких країнах, наприклад у Великій Британії, при застосуванні сурогатного материнства юридичною матір'ю записується гестаційна мати, тобто жінка, котра народила дитину. Для того, щоб біологічна мати стала юридичною матір'ю, оформлюється Parental Order (судовий наказ про передачу батьківства/материнства).

3. Систематизовано немедичні соціальні причини обмеження доступу до ДРТ в різних державах для осіб, які бажають стати батьками. В національних правових актах можуть стосуватися наступних вимог: вік, сімейний стан, сексуальна орієнтація, громадянство, оцінка «благополуччя дитини» (наприклад, здатність забезпечити безпечне середовище, оцінка ризиків для дитини, відсутність фактів притягнення до кримінальної відповідальності).

4. Правове регулювання доступу до сурогатного материнства в різних державах та адміністративно-територіальних одиницях федеративних держав обумовлюється наступними критеріями: 1) типу сурогатного

материнства (гестаційне або традиційне); 2) моделі компенсації послуг (витрат) сурогатної матері (альтруїстичне та комерційне); 3) вимог щодо сімейного стану, сексуальної орієнтації та громадянства потенційних (передбачуваних) батьків; 4) медичні та соціальні вимоги до сурогатної матері.

5. За результатами порівняльного аналізу законодавства зарубіжних країн щодо регулювання ДРТ з'ясовано, що наслідками абсолютної заборони сурогатного материнства стає отримання ТРД. Після цього викликають юридичні складнощі з визнання дітей, народжених таким способом за кордоном, а також чисельні звернення до Європейського суду з прав людини щодо прав таких дітей.

6. Проведений аналіз практики ЄСПЛ зі спорів, пов'язаних із ДРТ, дозволяє поділити їх на декілька груп: 1) щодо визнання дітей, народжених сурогатними матерями за кордоном; 2) щодо інших методів ДРТ. У справах, які стосувалися сурогатного материнства, то вирішальне значення мала наявність чи відсутність генетичного зв'язку замовників програми з дитиною.

7. Висвітлено, що з метою підвищення фінансової доступності населення до лікування безпліддя за допомогою ДРТ, з 2024 р. в Україні діє відповідний пакет за програмою державних медичних гарантій. Аналіз результатів впровадження програми свідчить про зростання кількості договорів НСЗУ з медичними закладами та місць надання послуги (станом на березень 2025 р. було укладено 28 договорів, а на квітень 2026 р. – 46).

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аналітична записка з питань порівняльного законодавства про особливості застосування допоміжних репродуктивних технологій у зарубіжних державах. Опублікована 10.11.2024 / Дослідницька служба Верховної Ради України. URL: [https://research.rada.gov.ua/documents/analyticRSmaterialsDocs/industry\\_policy/analytical\\_notes-indst/74094.html](https://research.rada.gov.ua/documents/analyticRSmaterialsDocs/industry_policy/analytical_notes-indst/74094.html) (дата звернення: 20.09.2025).
2. Аналітична записка з питань порівняльного законодавства щодо регулювання сурогатного материнства в Україні та зарубіжних державах. Опублікована 16.10.2023 / Дослідницька служба Верховної Ради України. URL: [https://research.rada.gov.ua/documents/analyticRSmaterialsDocs/industry\\_policy/analytical\\_notesindst/74022.html](https://research.rada.gov.ua/documents/analyticRSmaterialsDocs/industry_policy/analytical_notesindst/74022.html) (дата звернення: 22.09.2025).
3. Аналітичні панелі (дашборди) / Національна служба здоров'я України. URL: <https://nszu.gov.ua/nszu-cifrova/onlain-servisi-dasbordi> (дата звернення: 03.10.2025).
4. Данченко О. Кріоконсервація, зберігання та використання репродуктивних клітин військових та інших осіб: проблеми практичної реалізації. *Юридична газета*. 14.04.2025. URL: <https://jur-gazeta.com/dumka-eksperta/kriokonservaciya-zberigannya-ta-vikoristannya-reproduktivnih-klitin-viyskovih-ta-inshih-osib-problem.html> (дата звернення: 05.10.2025).
5. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2026 році : Постанова Кабінету Міністрів України від 31.12.2025 р. № 1808. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1808-2025-%D0%BF#Text> (дата звернення: 17.01.2026).
6. Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину : Конвенція Ради Європи від 04.04.1997 р. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994\\_334#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_334#Text) (дата звернення: 06.10.2025).

7. Лікування безпліддя у Програмі медичних гарантій / Національна служба здоров'я України. 06.01.2024 р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/likuvannia-bezpliddia-u-pmh> (дата звернення: 12.10.2025).
8. Наукові концепції розвитку законодавчого регулювання суспільних відносин. Концепція законодавчого забезпечення репродуктивного здоров'я / Дослідницька служба Верховної Ради України. URL: [https://research.rada.gov.ua/documents/analyticRSmaterialsDocs/industry\\_policy/concept\\_rz-indst/74363.html](https://research.rada.gov.ua/documents/analyticRSmaterialsDocs/industry_policy/concept_rz-indst/74363.html) (дата звернення: 10.10.2025).
9. Майже 7 тисяч українок цього року скористалися послугами ДРТ в межах Програми медичних гарантій – підсумки 2025 року / Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/majzhe-7-tisyach-ukrayinok-cogorich-skoristalisya-poslugami-drt-v-mezhah-programi-medichnih-garantij-pidsumki-2025-roku> (дата звернення: 15.01.2026).
10. Мацелюх І. А., Мусієнко М. А. До проблеми визначення змісту допоміжних репродуктивних технологій в науковій літературі та законодавстві. *Південноукраїнський правничий часопис*. 2023. № 2. С. 100–103. DOI: 10.32850/sulj.2023.2.16.
11. Оглядове досьє щодо законодавчого регулювання застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні / Дослідницька служба Верховної Ради України. 2024. URL: <https://research.rada.gov.ua/uploads/documents/33010.pdf> (дата звернення: 14.10.2025).
12. Парламентське дослідження про стан та перспективи законодавчого забезпечення обігу донорських репродуктивних клітин (гамет) та ембріонів людини в Україні / Дослідницька служба Верховної Ради України. URL: [https://research.rada.gov.ua/documents/analyticRSmaterialsDocs/industry\\_policy/parliam\\_rs\\_indst/73825.html](https://research.rada.gov.ua/documents/analyticRSmaterialsDocs/industry_policy/parliam_rs_indst/73825.html) (дата звернення: 15.10.2025).
13. Порядок здійснення забору, кріоконсервації та зберігання репродуктивних клітин військовослужбовців та інших осіб на випадок втрати репродуктивної функції під час виконання обов'язків із оборони держави, захисту Вітчизни та інших покладених на них обов'язків відповідно до законодавства : Постанова

- Кабінету Міністрів України від 24.01.2025 р. № 78. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/78-2025-%D0%BF#Text> (дата звернення: 05.02.2026).
14. Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення права військовослужбовців та інших осіб на біологічне батьківство (материнство) : Закон України від 22.11.2023 р. № 3496-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3496-20#Text> (дата звернення: 21.10.2025).
15. Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні : Наказ МОЗ України від 09.09.2013 р. № 787. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1697-13#Text> (дата звернення: 17.10.2025).
16. Рішення Богунського районного суду м. Житомира від 03.02.2023 р. у справі № 295/8309/21. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/108970032> (дата звернення: 17.10.2025).
17. Рішення Глибоцького районного суду Чернівецької області від 22.10.2025 р. у справі № 715/3012/25. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/131316037> (дата звернення: 17.11.2025).
18. Рішення Коростенського міськрайонного суду Житомирської області від 01.02.2021 р. у справі № 279/5244/20. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/94587875> (дата звернення: 19.10.2025).
19. Рішення Прилуцького міськрайонного суду Чернігівської області від 30.05.2024 р. у справі № 742/1050/24. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/119570688> (дата звернення: 15.10.2025).
20. Рішення Роменського міськрайонного суду Сумської області від 17.10.2025 р. у справі № 585/2122/25. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/131336105> (дата звернення: 17.12.2025).
21. Стратегія імплементації Конвенції Ов'єдо в законодавство України : монографія / за заг. ред. проф. І. Я. Сенюти. Львів : ЛОБФ «Медицина і право», 2023. 584 с. URL: [https://library.dmed.org.ua/uploads/files/2025-07/1752659586\\_monografiia-strategiia-implementacii-konvencii-oviedo.pdf](https://library.dmed.org.ua/uploads/files/2025-07/1752659586_monografiia-strategiia-implementacii-konvencii-oviedo.pdf) (дата звернення: 13.10.2025).

- 22.Що варто знати про репродуктивне здоров'я / Центр громадського здоров'я України. 08.01.2020. URL: <https://phc.org.ua/news/scho-var-to-znati-pro-reproduktivne-zdorovu> (дата звернення: 16.10.2025).
- 23.Як отримати податкову знижку: правила для ЕКЗ та усиновлення / Державна податкова служба України. 23.04.2026. URL: <https://cv.tax.gov.ua/media-ark/news-ark/1004171.html> (дата звернення: 23.04.2026).
- 24.About ASRM. URL: <https://www.reproductivefacts.org/about-asrm/> (Date of access: 15.10.2026).
- 25.Curbelo A. A., Webb L. Surrogacy in the UK. 25.02.2026. URL: <https://post.parliament.uk/research-briefings/post-pn-0761/> (Date of access: 20.03.2026).
- 26.Dickson v. United Kingdom : judgment of the European Court of Human Rights (Grand Chamber) of 4 December 2007 (application no. 44362/04). URL: <https://hudoc.echr.coe.int> (Date of access: 12.10.2025).
- 27.Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Cross-border reproductive care: an Ethics Committee opinion. *Fertil Steril*. 2022. Vol. 117(5). P. 954–962. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2022.01.012.
- 28.Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Disclosure of medical errors and untoward events involving gametes and embryos: an Ethics Committee opinion. *Fertil Steril*. 2024. Vol. 122(5). P. 814–820. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2024.06.006.
- 29.Evans v. United Kingdom : judgment of the European Court of Human Rights (Grand Chamber) of 10 April 2007 (application no. 6339/05). URL: <https://hudoc.echr.coe.int> (Date of access: 18.10.2025).
- 30.Gestational surrogacy : Factsheet / European Court of Human Rights. September 2023. URL: [https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/fs\\_surrogacy\\_eng](https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/fs_surrogacy_eng) (Date of access: 20.10.2025).
- 31.HFEA: UK fertility regulator. URL: <https://www.hfea.gov.uk/> (Date of access: 21.10.2025).

- 32.König A., Jacobson H. Reprowebs: a conceptual approach to elasticity and change in the global assisted reproduction industry. *BioSocieties*. 2023. Vol. 18. P. 174–196. DOI: 10.1057/s41292-021-00260-6.
- 33.Owner of The Surrogacy Group Sentenced in Maryland to 32 Months in Federal Prison for Defrauding Clients of Fees Paid to Find and Support a Pregnancy Surrogate. 07.03.2023. URL: <https://www.justice.gov/usao-md/pr/owner-surrogacy-group-sentenced-maryland-32-months-federal-prison-defrauding-clients-fees> (Date of access: 22.10.2025).
- 34.*Pein G.* Embryos & «expired» consent: fettered rights to reproductive freedom? 03.03.2026. URL: <https://ukhumanrightsblog.com/2026/03/03/embryos-expired-consent-fettered-rights-to-reproductive-freedom> (Date of access: 05.03.2026).
- 35.S.H. and Others v. Austria : judgment of the European Court of Human Rights (Grand Chamber) of 3 November 2011 (application no. 57813/00). URL: <https://hudoc.echr.coe.int> (Date of access: 23.10.2025).
- 36.Thompson K., McDougall R. Restricting Access to ART on the Basis of Criminal Record: An Ethical Analysis of a State-Enforced «Presumption Against Treatment» With Regard to Assisted Reproductive Technologies. *J. Bioeth. Inq.* 2015. Vol. 12(3). P. 511–520. DOI: 10.1007/s11673-015-9622-z.

## **ДОДАТКИ**



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
РАДА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ  
СТУДЕНТСЬКЕ НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО  
ГО «УКРАЇНСЬКА ФАРМАЦЕВТИЧНА СТУДЕНТСЬКА АСОЦІАЦІЯ»**

**ПРОГРАМА**

**XXXII Міжнародної науково-практичної конференції  
молодих вчених та студентів  
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТВОРЕННЯ НОВИХ ЛІКАРСЬКИХ  
ЗАСОБІВ»**

**15-17 квітня 2026 р.**



**аптека**



**Харків, Ужгород – 2026**

XXXII Міжнародна науково-практична конференція молодих вчених та студентів  
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СТВОРЕННЯ НОВИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ»

## Кафедра соціальної фармації

Час проведення: 16.04.2026 р. 12.10

Ідентифікатор: 924 4266 8701

Код доступу: HW1w8W

- 1. Аналіз проблем впровадження цифрових технологій у вітчизняну ОЗ**  
Доповідач: Петрушенко Євгенія  
Науковий керівник: Панфілова Г.Л., д. фарм. н., проф.
- 2. Аналіз правових та етичних засад регулювання допоміжних репродуктивних технологій**  
Доповідач: Телега Анна  
Науковий керівник: Болдарь Г.Є., к. юрид. н., доцент
- 3. Дослідження стану фармацевтичного забезпечення хворих на епілепсію за державною програмою «Доступні ліки»**  
Доповідач: Савіцька Валентина  
Науковий керівник: Панфілова Г.Л., д. фарм. н., проф.
- 4. Формування фармацевтичної грамотності в умовах сучасного інформаційного середовища**  
Доповідач: Баталіна Єлизавета  
Науковий керівник: Ноздріна А.А., PhD, доцент
- 5. Дослідження рівня обізнаності споживачів щодо раціонального та безпечного споживання спортивного харчування**  
Доповідач: Бріт Вікторія  
Науковий керівник: Дядюн Т.В., к. фарм. н., доцент
- 6. Аналіз функціонування державної програми «Доступні ліки» у Рівненській області за умов воєнного часу**  
Доповідач: Рока Тетяна  
Науковий керівник: Панфілова Г.Л., д. фарм. н., проф.
- 7. Фотохімічна деструкція лікарських засобів та способи її запобігання у фармацевтичній практиці**  
Доповідач: Дубина Богдана  
Науковий керівник: Дядюн Т.В., к. фарм. н., доцент