



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ФАРМАЦІЇ

# «СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ: СТАН, ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ»

МАТЕРІАЛИ  
XI міжнародної  
науково-практичної  
конференції



30 КВІТНЯ 2026 РОКУ  
М. ХАРКІВ

УДК 347.1:614.2:618.177-089.888.11

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

Болдарь Г.Є.<sup>1</sup>, Ноздріна А.А.<sup>1</sup>, Телега А.Ю.<sup>1</sup>, Рищенко О.О.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Національний фармацевтичний університет Міністерства охорони здоров'я  
України, м. Харків, Україна

<sup>2</sup> Аптека Сеехоф, Меммельсдорф, Баварія, Німеччина  
socpharm@nuph.edu.ua

**Анотація.** У статті проаналізовані сучасні правові та етичні проблеми, які виникають у зв'язку із застосуванням допоміжних репродуктивних технологій в різних країнах та на глобальному рівні. Узагальнені основні соціальні критерії для обмеження доступу до допоміжних репродуктивних технологій, які закріплені в законодавстві різних держав. Охарактеризовано основні юридичні проблеми, які виникають у зв'язку зі здійсненням транскордонного сурогатного материнства.

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

**Abstract.** The article analyses the current legal and ethical issues arising from the use of assisted reproductive technologies in different countries and at a global level. It summarises the main social criteria for restricting access to assisted reproductive technologies, as enshrined in the legislation of various states. It outlines the main legal issues arising in connection with cross-border surrogacy.

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

**Вступ.** З моменту народження першої «дитини з пробірки» у Великій Британії у 1978 році, допоміжні репродуктивні технології (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.

**Метою** роботи є аналіз сучасних правових та етичних проблеми, які виникають у зв'язку із застосуванням ДРТ, а також узагальнення закріплених в законодавстві різних держав основних соціальних критерії для обмеження доступу до ДРТ.

У процесі дослідження було використано наступні **методи** наукового пізнання: діалектичний, системно-аналітичний, контент-аналіз, контент-моніторинг, формально-юридичний (формально-логічний), порівняльно-правовий, синтез, статистичні.

**Матеріалами дослідження** стали міжнародні правові акти, законодавство України, наукова література (дисертації, монографії, статті), аналітичні документи Дослідницької служби Верховної Ради України, судова практика Європейського суду з прав людини (ЄСПЛ), національних судів України та інших держав.

**Результати дослідження.** 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.

Підходи до правового регулювання ДРТ в різних країнах світу відрізняється і це впливає на явище, яке в літературі отримало назву «транскордонна репродуктивна допомога» або «репродуктивний туризм» (fertility tourism, surrogacy tourism, cross-border reproductive care) [1, 2, 3].

Транскордонна репродуктивна допомога (ТРД) або репродуктивний туризм є практикою подорожей до іншої держави або адміністративно-територіальної одиниці своєї федерації 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) [2]. Відмічається, що подібно до павутиння, «репромережі» (reprowebs) – це глобальні мережі відтворення, що складаються з вузлів («reprohubs») або центрів («репрохабів», «reprohubs»), які роз'єднані або з'єднані різними способами, швидко реагують на локальні та глобальні зміни, наприклад, оновлення законів або пандемія Covid-19. 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 [1, 2, 3].

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 [1].

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 [1]. Потенційною загрозою (ризиками) при ТРД може можуть стати: 1) проблеми здоров'я та безпеки; 2) здоров'я та безпека потомства; 3) мовні, інформаційні та правові бар'єри; 4) шкода для донорів та гестаційних носіїв; 5) шкода для місцевого населення; 6) етичні міркування для лікарів країни відправлення; 7) зміна правого регулювання або соціально-економічних умов у державі, де здійснювалася ТРД; це може призвести до неможливості забрати дитину, народжену сурогатною матір'ю, – виникає проблема «дітей без громадянства»; 8) відмова власної держави у юридичному визнанні батьківства щодо дитини, народженої сурогатною матір'ю за кордоном [1, 4, 5, 6].

*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 [7].

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 [8].

*По-друге*, шкода для донорів та гестаційних носіїв неодноразово 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, злаякісне 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 (16,4% усіх претензій), порушення договору (9,3%), відсутність інформованої згоди (7,9%) та недбале заподіяння емоційного стресу (7,9%). На користь клініки або постачальника послуг ЕКЗ було вирішено 29 справ (54,7%), 13 справ (24,5%) – на користь позивача, а 11 справ (20,8%) стосувалися поточних проваджень [9].

*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 [3, 5]. 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, один із подружжя має бути громадянином Таїланду [3, 10].

Етичні занепокоєння щодо сурогатного материнства стосуються: 1) самих сурогатних матерів; 2) дітей, народжених ним; 3) питань, пов'язаних із сімейною етикою та моральними цінностями. Вказується, що сурогатне материнство шкодить людській гідності, зосереджуючись на сурогатній матері як суб'єкті; порушує добрі звичаї та етичний порядок сім'ї, суперечить вимогам чесноти [5].

Варто відмітити, що в аспекті розвитку ТРД зміна правових підходів в одній державі сприяє розвитку цієї системи в іншій [3, 10]. Наприклад, після введення в Індії у 2012 р. нових вимог щодо сурогатного материнства, які обмежували доступ до ДРТ виключно для одружених гетеросексуальних пар, то у Таїланді відбувався розвиток індустрії сурогатного материнства. А після того, як Індія, Непал, Таїланд 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, Колумбія.

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.

Наприклад в Україні сурогатною матір'ю може бути лише дієздатна жінка з 18 років, яка вже має власну здорову дитину, та не має медичних протипоказань. Потенційні (передбачувані) батьками може бути лише подружжя, тобто гетеросексуальні пари в офіційному шлюбі [11].

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 [12, 13].

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 [12, 13].

В цілому немедичні соціальні причини обмеження доступу до ДРТ 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). Ці критерії характеризують соціальну доступність ДРТ в конкретній державі.

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 заборонено доступ до ДРТ усім пацієнтам з певним кримінальним минулим або минулим, пов'язаним із захистом дітей. Всі пацієнти та їхні партнери проходили обов'язкову перевірку поліцією та службою захисту дітей перед початком ДРТ. Обов'язкова оцінка придатності до батьківства чи донорства передбачає 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 виявилось, що у людини є попередня відповідна судимість або наказ про захист дітей, то такій особі надавалася «презумпція проти лікування» [14]. 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 Вікторія

було прибрано цю автоматичну «презумпцію відмови» у застосуванні ДРТ, але залишено принцип «найкращих інтересів дитини». Тепер цей штат не «відсіює автоматично», але клініка та лікарі оцінюють ризики для майбутньої дитини.

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 [15]. Заявниками по цій справі було 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 статтю 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 [16]. Суд 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 випливають із позбавлення волі [16].

*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 «Бєбі 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 забороняє усиновлення одиноким батьком. Отже 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 не має громадянства, а Японія не видала гуманітарну візу, щоб дозволити Бебі Манджі в'їзд до країни [4, 5]. 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 ЄСПЛ. 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) тощо [6 *Buchstätter*, 17 *Gestational surrogacy*].

**Висновки.** 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, яка стосується різних соціальних, медичних та правових аспектів. 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».

Обмеження доступу до ДРТ для певних категорій населення та недостатня доступність різних видів ДРТ в своїй країні вплинули на розвиток транскордонної репродуктивної допомоги. До основних причин звернення за послугами ТРД відносяться: 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. Розбіжності у правовому регулюванні сурогатного материнства в різних державах 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.

### Список використаних джерел

1. 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.
2. 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.
3. Nilsson E. Travelling Thai Surrogate Mothers: Required and Restricted Mobility in Transnational Surrogacy. *Medical Anthropology*. 2024. Vol. 43(8). P. 734–747. DOI: 10.1080/01459740.2024.2424364
4. Iliadou M. International Surrogacy and Stateless Children: Article 7 UNCRC and the Harmful Effects of Statelessness. *Amicus Curiae*. 2024. Series 2. Vol. 5. No 3. P. 474–492.
5. LI Tinghui. Ethical Risks and Legal Regulations of Surrogacy: from the Perspective of Recent Unethical Incidents of Surrogacy Abroad. HUMAN RIGHTS. 2024. №6. P. 157–185. URL: <https://en.humanrights.cn/r/hren/files/cms/attach/2025/02/Ethical%20Risks%20and%20Legal%20Regulations%20of%20Surrogacy.pdf> (Date of access: 05.04.2026).
6. Buchstätter E., Roth M. Legal Controversies in Cross-Border Surrogacy: a Central European Perspective on the Recognition of Legal Parenthood through Surrogacy Established Abroad. *Access to Justice in Eastern Europe*. 2024. Vol. 7, No. 4. P. 1–23. DOI: 10.33327/AJEE-18-7.4-a000109
7. 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.
8. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Misconduct in third-party assisted reproductive technology by participants and nonmedical professionals or entities: an Ethics Committee opinion. *Fertil Steril*. 2023. Vol. 120(4). P. 802-809. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2023.07.002.
9. Applebaum J., Humphries L.A., Nepps M.E., Berger D.S., O’Neill K. Malpractice litigation surrounding in vitro fertilization in the United States: a legal

literature review. *Fertil Steril*. 2023 Vol. 119, № 4. P. 572–580. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2022.12.038

10. Stasi A. Protection for Children Born Through Assisted Reproductive Technologies Act, B.E. 2558: The Changing Profile of Surrogacy in Thailand. *Clinical Medicine Insights: Reproductive Health*. 2017. Vol. 11. DOI: 10.1177/1179558117749603

11. 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: 05.04.2026).

12. 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: 06.04.2025).

13. 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: 07.04.2026).

14. 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.

15. 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: 09.04.2026).

16. Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод (з протоколами) (Європейська конвенція з прав людини) : Конвенція; Рада Європи від 04.11.1950. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/go/995\\_004](https://zakon.rada.gov.ua/go/995_004) (дата звернення: 10.04.2026).

17. 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).