

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
«УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

Кваліфікаційна наукова праця  
на правах рукопису

**Болдіжар Сандри Олександрівни**

УДК 342.7: 338.24

**АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ЧЕТВЕРТОГО  
ПОКОЛІННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Спеціальність 12.00.07 –адміністративне право і процес; фінансове право;  
інформаційне право (081 — Право)

Подається на здобуття наукового ступеня **доктора юридичних наук** (доктор наук)

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

\_\_\_\_\_  
С.О. Болдіжар

**Науковий консультант:**  
доктор юридичних наук, професор  
Лазур Ярослав Володимирович

## АНОТАЦІЯ

**Болдіжар С. О. Адміністративно-правове забезпечення прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.**

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора юридичних наук зі спеціальності 12.00.07 – адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право. – Ужгородський національний університет, Ужгород, 2021.

Дисертацію присвячено комплексному дослідженню проблем теорії, методології і практики адміністративно-правового забезпечення прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я. Охарактеризований зміст категорії «права четвертого покоління», проведена класифікація. Поглиблено сучасні наукові дослідження еволюції прав людини четвертого покоління у сфері охорони здоров'я.

Проаналізовано зміст та складові механізму адміністративно-правового регулювання, виходячи із їх органічних та функціональних ознак. Особливу увагу зосереджено на взаємозв'язках між складовими механізму та аналізі їх сукупної дії, оскільки взаємозв'язки між складовими елементами забезпечують єдність самого механізму.

Охарактеризовано особливості правового забезпечення прав четвертого покоління в окремих сферах медичної діяльності. Серед таких сфер виділено трансплантацію анатомічних матеріалів та досліджено проблемні питання правового регулювання даного виду медичного втручання. Охарактеризовано правове регулювання штучного запліднення та застосування інших допоміжних репродуктивних технологій в Україні.

Проведено аналіз проблеми клонування як дискусійного міждисциплінарного інституту, що зумовлює медичні, правові, етичні, релігійні та інші суперечності, а також правове регулювання здійснення клонування у Європі, Південній Кореї, США та Україні. Розкрито в контексті питання цілісності особи. Ґрунтовно досліджено евтаназію через принципи, види та порядок її унормування.

Зроблена спроба поставити і запропонувати вирішення моральних, культурних, релігійних та юридичних аспектів проблем лікування пацієнта, який помирає.

Обґрунтовано висновки і пропозиції щодо внесення змін та доповнень до наявних та прийняття нових нормативно-правових актів з метою вдосконалення адміністративно-правового забезпечення прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я.

Під механізмом адміністративно-правового регулювання прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я слід розуміти систему адміністративно-правових засобів, які впорядковані у конкретній послідовності з метою забезпечення адміністративно-правового впливу на відносини у сфері забезпечення прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я та на їх безпосередніх учасників.

Ознаки правовідносини у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління класифіковано на загальні та специфічні. До суб'єктів правовідносин у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління відносяться: (а) суб'єкти, щодо яких здійснюється надання медичної допомоги із застосуванням спеціальних методів; (б) суб'єкти, які надають медичну допомоги із застосуванням спеціальних методів; (в) суб'єкти організації медичної допомоги з застосуванням спеціальних методів; (г) суб'єкти, щодо яких не здійснюється надання медичної допомоги із застосуванням спеціальних методів, але які можуть брати участь у правовідносинах у разі настання певних обставин.

До гарантій адміністративно-правового механізму забезпечення прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я віднесено загальні (соціально-економічні, політичні, ідеологічні, інформаційні) та юридичні.

Запропоновано переглянути підходи до тарифів на медичні послуги з органної трансплантації. Одним із можливих варіантів може бути включення органної трансплантації до програми медичних гарантій, що дозволить надавати відповідні послуги за рахунок коштів Державного бюджету повністю або частково. Цей варіант має покращити доступність трансплантації анатомічних матеріалів для

населення України, у більшій мірі буде відповідати тому, що людина, її життя та здоров'я визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю.

Для захисту прав четвертого покоління доцільним вважається запровадження окремого інституту омбудсмена для захисту прав четвертого покоління. Іншими інструментами гарантування омбудсменом прав четвертого покоління є проведення Консультативною радою при Уповноваженому аналізу за додержання прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я або призначення омбудсменом свого представника, який буде займатися виключно питаннями захисту прав четвертого покоління.

Аргументовано, що для успішної розбудови системи трансплантації у короткостроковій перспективі необхідно перш за все забезпечити належне фінансування трансплантації. Крім цього, потрібно розвивати кадровий потенціал, збільшуючи кількість лікарів-трансплантологів та молодшого медичного персоналу, які беруть участь у процесі трансплантації. Іншим моментом є підвищення кваліфікації лікарів, чого можна досягнути за допомогою програми міждержавних обмінів для набуття досвіду у проведенні трансплантацій. Важливим також є розвиток матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що передбачає право надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації. Пильна увага з боку держави до вищезазначених аспектів дозволить у короткостроковій перспективі збільшити кількість трансплантацій в Україні.

Запропоновано поділити повноваження МОЗ у сфері надання медичної допомоги із застосуванням ДРТ на загальні та спеціальні. Загальні повноваження притаманні МОЗ як центральному органу виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я. Спеціальні – це ті, які поширюються тільки на сферу ДРТ. До них належить, зокрема затвердження Порядку, застосування методу штучного запліднення та імплантації ембріона.

Проаналізовано законодавство США та зроблено висновок, що існує три групи механізмів правового регулювання клонування: (а) заборона клонування: заборона репродуктивного та терапевтичного клонування, що є притаманним для таких штатів як Арізона, Мічиган, Оклахома, Дакота, Вірджинія; (б) часткова заборона окремих форм клонування: заборона клонування з метою відтворення людини, у той час, як із дотриманням законодавчо визначених умов клонування, в основі чого лежать медичні дослідження, дозволено, що характерно для таких штатів як Айова, Каліфорнія, Массачусетс, Нью-Джерсі; (в) «альтернативна» заборона: характерна для штату Міннесота, в якому де-юре заборонено терапевтичне клонування, в той час як положення щодо його повної заборони відсутні, однак напряду заборонено репродуктивне клонування.

Зроблено висновок, що діяльність щодо створення ембріональних стовбурових клітин людини має підлягати ліцензуванню. Це може відбуватися як у рамках діяльності Ліцензійної комісії МОЗ, так і за допомогою створення ще однією комісії у структурі МОЗ. При цьому, у першому випадку необхідно буде внести зміни до наказу МОЗ від 31 серпня 2012 року № 677 «Про затвердження Положення про Ліцензійну комісію МОЗ України», а у другому – затвердити положення новоствореної комісії.

Аргументовано необхідність прийняття нового закону України, який буде регулювати питання щодо репродуктивного та терапевтичного клонування. У такому законі необхідно, по-перше, чітко визначити термінологічний апарат (зокрема, необхідно законодавчо визначити такі поняття як терапевтичне клонування, репродуктивне клонування, ембріон людини, клон людського ембріона тощо); по-друге, визначити види діяльності, пов'язані з клонуванням людини, яка підлягає повній забороні, а також визначити ту діяльність, яку можна провадити у випадку отримання ліцензії; по-третє, визначити повноваження МОЗ та створити систему біоетичних комітетів у кожному закладі охорони здоров'я, який буде здійснювати діяльність, пов'язану з клонуванням у випадку отримання ліцензії; по-четверте, встановити заборону на експорт та імпорт клонованих людських ембріонів незалежно від мети відповідно до якої був створений цей

ембріон; по-п'яте, заборонити будь-яку діяльність, пов'язану з клонуванням, яка передбачає отримання прибутку.

Питання життя та смерті завжди було і буде актуальним. Філософи, юристи, лікарі розглядатимуть ці дві категорії з різних перспектив і усі стикатимуться з рядом переваг та недоліків. Найважливіша проблема евтаназії полягає у визначенні осіб, щодо яких вона може бути застосована. Ми вважаємо, що до числа таких осіб мають відноситись: (а) пацієнти, які відчують постійний фізичний біль у зв'язку з невиліковною хворобою, що тягне за собою психологічні і моральні страждання, а настання внаслідок цього біологічної смерті є неминучим, що має бути підтверджено медичним висновком; (б) пацієнти, що перебувають у незворотному вегетативному стані, які не можуть особисто надати згоду на припинення життя.

Важливо розуміти, що станом на сьогодні в Україні не існує єдиного нормативно-правового акту, який би містив вичерпний перелік невиліковних захворювань, хоча це поняття часто фігурує у юридичному вжитку. Наука і медицина не стоять на місці, і у світі постійно тривають клінічні дослідження, спрямовані на виявлення нових методів лікування тих чи інших захворювань. То чи може взагалі існувати вичерпний перелік невиліковних хвороб і чи з постійним розвитком медицини можна з впевненістю говорити про невиліковність тієї чи іншої хвороби?

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

Запропоновано прийняти в Україні закон про суїцид, асистований лікарем і таким чином перевести у правову площину питання про позбавлення життя людини на її прохання іншою особою або за допомогою іншої особи. По-перше, прийняття закону про суїцид, асистований лікарем, дозволить невиліковним хворим, які нестерпно та протягом довгого часу страждають як духовно, так і фізично, померти з гідністю. По-друге, прийняття закону дозволить чітко визначити усі необхідні процедури, дотримання яких необхідне для того, щоб важкохворий пацієнт отримав право на здійснення суїциду, асистованого лікарем.

По-третє, положення закону про суїцид, асистований лікарем, обов'язково мають включати питання про те, що якщо неможливо з'ясувати справжній намір пацієнта, то лікар має прийняти рішення, яке захищає життя пацієнта відповідно до принципу *in dubio pro vita*.

Наявність у ВРУ законодавчої та наглядової функцій свідчать про те, що вона є гарантом прав четвертого покоління. У межах своєї організаційної структури ВРУ має брати активну участь у регулюванні трансплантації анатомічних матеріалів, евтаназії, клонування та ДРТ. Сильна законодавча база дозволить виконувати органам державної влади свої позитивні зобов'язання у сфері прав четвертого покоління.

**Ключові слова:** право людини, четверте покоління прав людини, адміністративно-правового забезпечення, трансплантація, штучне запліднення, допоміжні репродуктивні технології, клонування, евтаназія.

## SUMMARY

**Boldizhar S. O. Administrative and legal support of the fourth generation of rights in the field of health care. - Manuscript.**

Thesis for earning a doctor degree in legal sciences with a specialization in 12.00.07 – administrative law and process; financial law; informational law. – Uzhhorod National University, Uzhhorod, 2021.

The thesis is devoted to complex research problems of theory, methodology and practice of administrative and legal support of the fourth generation of rights in the field of health care. The content of the category "human rights of the fourth generation" is described, the classification is carried out. Modern scientific research into the evolution of fourth-generation human rights in the health care system is in-depth.

The content and components of the mechanism of administrative and legal regulation are analyzed, based on their organic and functional features. Particular attention is paid to the relationships between the components of the mechanism and the analysis of their combined action, as the relationships between the components ensure the unity of the mechanism itself.

Features of legal provision of human rights of the fourth generation in separate spheres of medical activity are characterized. Among such areas, transplantation of anatomical materials is highlighted and problematic issues of legal regulation of this type of medical intervention are studied. The legal regulation of artificial insemination and the use of other assisted reproductive technologies in Ukraine are described.

An analysis of the problem of cloning as a debatable interdisciplinary institution that causes medical, legal, ethical, religious and other contradictions, as well as the legal regulation of cloning in Europe, South Korea, the United States and Ukraine. The individual integrity is disclosed in the context of the question. Euthanasia has been thoroughly studied through the principles, types and procedure of its normalization. An attempt has been made to formulate and propose solutions to the moral, cultural, religious and legal aspects of the treatment of a dying patient.



Conclusions and proposals on making changes and additions to existing and adoption of new regulations in order to improve the administrative and legal support of the rights of the fourth generation in the field of health care are substantiated.

The mechanism of administrative and legal regulation of fourth generation rights in the health care system should be understood as a system of administrative and legal remedies, which are arranged in a specific sequence in order to ensure administrative and legal impact on relations in the field of fourth generation rights in the health care system and on their direct participants.

Signs of the legal relationship in the field of "medical measurement" of the rights of the fourth generation are classified into general and specific. The subjects of legal relations in the field of "medical measurement" of the rights of the fourth generation include: (a) the entities in respect of which medical care is provided using special methods; (b) entities providing medical care using special methods; (c) subjects of medical care organization using special methods; (d) entities in respect of which medical care is not provided using special methods, but which may participate in a legal relationship in the event of certain circumstances.

The guarantees of the administrative and legal mechanism for ensuring the rights of the fourth generation in the health care system include general (socio-economic, political, ideological, informational) and legal.

It is proposed to revise the approaches to tariffs for medical services for organ transplantation. One of the possible options may be to include organ transplantation in the program of medical guarantees, which will allow to provide relevant services at the expense of the State budget in whole or in part. This option should improve the availability of transplantation of anatomical materials for the population of Ukraine, it will be more in line with the fact that a person, his life and health are recognized in Ukraine as the highest social value.

To protect the rights of the fourth generation, it is considered appropriate to introduce a separate institution of the ombudsman to protect the rights of the fourth generation. Other tools for the Ombudsman to guarantee fourth-generation rights are for the Advisory Board to conduct a fourth-generation Ombudsman's review of health rights

or to appoint an ombudsman representative to deal exclusively with fourth-generation rights.

It is argued that for the successful development of the transplant system in the short term, it is first necessary to ensure adequate funding for transplantation. In addition, there is a need to develop human resources capacity by increasing the number of transplant doctors and junior medical staff involved in the transplant process. Another point is the training of doctors, which can be achieved through a program of interstate exchanges to gain experience in transplantation. It is also important to develop the logistics of health care facilities that have a license to conduct business in medical practice, which provides the right to provide medical care through transplantation. The close attention of the state to the above aspects will increase the number of transplants in Ukraine in the short term.

It is proposed to extend the improvements of the Ministry of Health in the provision of medical care with the use of ART to general and special. General strengthening of the Ministry of Health as a central body of executive power, which contributes to the formation and implementation of state policy in the field of health care. Specials are those that apply only to the field of ART. These include, including the approval of the Procedure, the use of the method of artificial insemination and implantation of the embryo.

The US legislation is analyzed and it is concluded that there are three groups of mechanisms for legal regulation of cloning: (a) prohibition of cloning: prohibition of reproductive and therapeutic cloning, which is typical for such states as Arizona, Michigan, Oklahoma, Dakota, Virginia; (b) partial prohibition of certain forms of cloning: prohibition on cloning for human reproduction, while legally defined conditions of cloning, based on medical research, are allowed, which is typical for states such as Iowa, California, Massachusetts, New -Jersey; (c) "alternative" prohibition: typical of the State of Minnesota, where therapeutic cloning is de jure prohibited, while there are no provisions for its total prohibition, but reproductive cloning is directly prohibited.

It is concluded that the activity of creating human embryonic stem cells should be subject to licensing. This can happen both within the framework of the activity of the Licensing Commission of the Ministry of Health, and by means of creation of one more

commission in the structure of the Ministry of Health. At the same time, in the first case it will be necessary to amend the order of the Ministry of Health of August 31, 2012 № 677 "On approval of the Regulations on the Licensing Commission of the Ministry of Health of Ukraine", and in the second - to approve the newly established commission.

The necessity of adopting a new law of Ukraine, which will regulate the issues of reproductive and therapeutic cloning, was argued. In such a law, it is necessary, first, to clearly define the terminological apparatus (in particular, it is necessary to legally define such concepts as therapeutic cloning, reproductive cloning, human embryo, human embryo clone, etc.); secondly, to identify the activities related to the cloning of a person that is subject to a total ban, as well as to determine the activities that can be carried out in the case of obtaining a license; third, to define the powers of the Ministry of Health and to establish a system of bioethics committees in each health care facility that will carry out activities related to cloning in the case of obtaining a license; fourth, to ban the export and import of cloned human embryos, regardless of the purpose for which the embryo was created; fifth, to prohibit any profit-making cloning activity.

The question of life and death has always been and will be relevant. Philosophers, lawyers, doctors will consider these two categories from different perspectives and all will face a number of advantages and disadvantages. The most important problem of euthanasia is to determine the persons to whom it can be applied. We believe that such individuals should include: (a) Patients who experience constant physical pain due to an incurable illness that results in psychological and moral suffering, and the consequent onset of biological death is inevitable, which should be confirmed by a medical report; (b) patients in irreversible vegetative condition who are unable to consent in person to termination of life.

It is important to understand that as of today in Ukraine there is no single legal act that would contain an exhaustive list of incurable diseases, although this concept often appears in legal usage. Science and medicine are not standing still, and clinical research is constantly underway in the world to identify new treatments for certain diseases. So can there be an exhaustive list of incurable diseases at all, and is it possible to speak with confidence about the incurability of a disease with the constant development of medicine?

Euthanasia is a complex process in which many factors will play a role, first of all national legislation, then physical and mental health of a person, and equally important is the desire and personal beliefs.

It is proposed to adopt a law on suicide in Ukraine, assisted by a doctor, and thus translate into legal terms the issue of deprivation of human life at the request of another person or with the help of another person. First, the adoption of a law on doctor-assisted suicide will allow incurable patients who suffer unbearably and for a long time, both spiritually and physically, to die with dignity. Secondly, the adoption of the law will make it possible to clearly define all the necessary procedures, the observance of which is necessary for a seriously ill patient to be entitled to commit suicide assisted by a doctor. Third, the provisions of the physician-assisted suicide law must include the question that if it is not possible to determine the patient's true intent, the a doctor must make a decision that protects the patient's life in accordance with the principle of *in dubio pro vita*.

The presence of legislative and supervisory functions in the Verkhovna Rada of Ukraine indicates that it is the guarantor of the rights of the fourth generation. Within its organizational structure, the VRU should take an active part in regulating the transplantation of anatomical materials, euthanasia, cloning and ART. A strong legal framework will allow public authorities to fulfill their positive fourth-generation rights obligations.

**Key words:** *human rights, fourth generation of human rights, administrative and legal support, transplantation, artificial insemination, assisted reproductive technologies, cloning, euthanasia.*

## СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

### Монографії:

1. Публічне урядування, права людини і демократія: регіональний зріз євроінтеграції: монографія [Т. О. Карабін, Я. В. Лазур, М. В. Менджул, П. А. Трачук та ін.]; за заг. ред. М.В. Савчина. Ужгород: Видавництво УжНУ «Говерла», 2015. 320 с.
2. Болдіжар С. О. Четверте покоління прав людини: особливості правового регулювання, проблеми та перспективи розвитку у сфері охорони здоров'я: монографія за заг. ред. Булеци С. Б., Менджул М. В. Ужгород: Видавництво «Говерла» 2020. 444 с.
3. Болдіжар С. О. Адміністративно-правове регулювання прав людини четвертого покоління у системі охорони здоров'я: монографія. Ужгород: РІК-У. 2020. 238 с.

### Статті у наукових фахових виданнях

4. Болдіжар С. О., Хохлова І. В., Пішта В. І. Особливості кримінальної відповідальності медичних працівників у США. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Право»*. Випуск. 37. Т. 3. 2016. С. 36-39.
5. Болдіжар С. О., Пішта В. І. Право особи розпоряджатись органами та іншими анатомічними матеріалами в контексті реалізації права на особисту недоторканність. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Право»*. Випуск. 45. Т. 1. 2017. С. 44-47.
6. Boldizhar S., Pishta V. ECHR Position on Transplantology and Reproductive Rights: Main Aspects. *Studia Iuridica. Cassoviensia*. Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach. Právnická fakulta. ISSN 1339-3995, 2017. Ročník 5. Číslo 2. P. 25-34.
7. Болдижар С. А. Классификация четвертого поколения прав человека в сфере здравоохранения. *Право и политика*. 2018. № 3. С. 77-83.
8. Болдіжар С.О. Клонування та проблеми цілісності особи. *Visegrad journal on human rights*. 2019. № 3 (1). С. 35-41.

9. Болдіжар С. О. Організаційно-правові кроки у напрямі покращення адміністративно-правового забезпечення прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я. *Вісник публічного та приватного права*. 2019. №2. С. 3-8.
10. Болдіжар С.О. Сурогатне материнство: співвідношення медичної та правової визначеності. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Право»*. Випуск 58. 2019. С. 196-200.
11. Болдіжар С. О. Особливості евтаназії і питання закінчення життя. *Право і суспільство*. 2019. № 5-2. С. 9-14.
12. Болдіжар С. О. Поняття «четверте покоління прав людини у сфері охорони здоров'я». *Юридичний бюлетень*. 2019. № 11. Т. 1. С. 238-245.
13. Болдіжар С. О. Правове регулювання донорства при застосуванні репродуктивних технологій. *Прикарпатський юридичний вісник*. 2019. № 1 (26) Т. 3. 2019. С. 13-16.
14. Болдижар С. А. Трансплантация в законодательстве зарубежных государств и практике Европейского суда по правам человека. *Право и Закон*. 2019. № 4. С. 192-196. (Кыргызская Республика).
15. Болдіжар С. О. Механізм адміністративно-правового регулювання та особливості реалізації прав людини четвертого покоління у системі охорони здоров'я. *Порівняльно-аналітичне право*. 2020. №3. С. 106-111.
16. Болдіжар С. О. Еволюція четвертого покоління прав людини у сфері охорони здоров'я. *Підприємництво, господарство і право*. 2020. №6. С. 110-116.
17. Болдіжар С. О. Характеристика правовідносин у сфері забезпечення «медичного виміру» прав людини четвертого покоління. *Юридичний бюлетень*. 2020. № 17. С. 11-18.
18. Болдіжар С. О. До питання про склад правовідносин у сфері забезпечення «медичного виміру» прав людини четвертого покоління. *Право і суспільство*. 2020. № 6-2. Т. 2. С. 3-8.
19. Болдіжар С. О. Інституційні гарантії адміністративно-правового механізму забезпечення прав людини четвертого покоління у системі охорони здоров'я. *KELM (Knowledge, Education, Law, Management)*. 2020. № 5. С. 152-158.

20. Болдіжар С. О. Нормативно-правові засади, спрямовані на удосконалення адміністративно-правового забезпечення репродуктивних прав людини. *Держава та регіони. Серія «Право»*. 2020. № 4-2 (70). Т. 2. С. 54-59.

21. Болдіжар С. О. Проблеми клонування та право на цілісність особи: міжнародно-правовий, релігійний та філософський аспект. *Держава та регіони. Серія «Право»*. 2020. № 4 (70). Т. 2. С. 137-141.

22. Болдіжар С. О. Право на евтаназію у практиці ЄСПЛ та перспективи провадження в Україні. *Право і суспільство*. 2020. № 3. Т. 2. С. 40-45.

23. Болдіжар С. О. Сурогатне материнство у практиці європейського суду з прав людини. *KELM (Knowledge, Education, Law, Management)*. 2020. № 7 (35). Т. 1. С. 129-136.

24. Болдіжар С. О. Роль спеціалізованих норм права у механізмі адміністративно-правового регулювання прав людини четвертого покоління. *Науковий вісник УжНУ. Серія «Право»*. 2021. Випуск 63. С.209-213.

#### Тези виступів на конференціях

25. Болдіжар С. О., Пішта В. І. Механізм адміністративно-правового регулювання щодо забезпечення прав людини четвертого покоління у системі охорони здоров'я: загальна характеристика. Забезпечення прав людини четвертого покоління у системі охорони здоров'я: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Ужгород, 12 квітня 2019 року. Ужгород: Ужгородський національний університет, 2019. С. 44-48.

26. Болдіжар С. О. Четверте покоління прав людини у сфері охорони здоров'я: поняття та класифікація. Забезпечення прав людини четвертого покоління у системі охорони здоров'я: Матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції, м. Ужгород, 30 квітня 2020 року. Ужгород: Ужгородський національний університет, 2020. С. 30-36.

27. Болдіжар С. О., Пішта В. І. Порухення медичної таємниці у зв'язку з суспільною необхідністю. Лікарська таємниця в умовах пандемії: законодавчі, правозастосовчі, соціальні та психологічні аспекти: Збірник тез доповідей

Всеукраїнської науково-практичної он-лайн конференції, м. Тернопіль, 15 травня 2020 року. С. 14-19.

28. Болдіжар С. О., Пішта В. І. Посмертне донорство в Україні: нові виклики та перспективи внесення змін до чинного законодавства. Розвиток медичного права України в контексті євроінтеграційних та глобалізаційних процесів: Матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Київ, 10 грудня 2020 року.



## ЗМІСТ

|  |     |
|--|-----|
| ВСТУП .....  | 19  |
| Розділ 1. ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ РОЗУМІННЯ ПРАВ ЧЕТВЕРТОГО ПОКОЛІННЯ. ....   | 29  |
| 1.1. Поняття прав четвертого покоління.....  | 29  |
| 1.2. Еволюція прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я .....   | 53  |
| 1.3. Класифікація прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я .....   | 88  |
| Висновки до розділу 1 .....  | 106 |
| Розділ 2. МЕХАНІЗМ АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПРАВ ЧЕТВЕРТОГО ПОКОЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....                  | 110 |
| 2.1. Поняття та структура механізму адміністративно-правового регулювання .....  | 110 |
| 2.2. Правовідносини у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління.....   | 128 |
| 2.3. Нормативно-правова складова механізму адміністративно-правового регулювання прав четвертого покоління .....                   | 155 |
| 2.4. Гарантії адміністративно-правового механізму як елементу забезпечення прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я..... | 173 |
| Висновки до розділу 2 .....  | 205 |
| Розділ 3. ОСОБЛИВОСТІ ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ЧЕТВЕРТОГО ПОКОЛІННЯ В ОКРЕМИХ СФЕРАХ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ .....                  | 209 |
| 3.1. Трансплантація анатомічних матеріалів.....  | 209 |
| 3.2. Штучне запліднення .....  | 231 |
| 3.3. Клонування та проблеми цілісності особи .....   | 246 |
| 3.4. Евтаназія і питання закінчення життя.....   | 268 |
| Висновки до розділу 3 .....  | 287 |
| РОЗДІЛ 4. ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ЧЕТВЕРТОГО ПОКОЛІННЯ У СФЕРІ                             |     |

|  |     |
|--|-----|
| ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....  | 293 |
| 4.1. Зарубіжний досвід та практика ЄСПЛ щодо правового забезпечення прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я.....                        | 293 |
| 4.2. Нормативні та інституційні напрями удосконалення адміністративно-правового забезпечення прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я... | 324 |
| Висновки до розділу 4 .....  | 351 |
| ВИСНОВКИ .....   | 356 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....  | 363 |
| ДОДАТКИ .....  | 417 |

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Організація сфери охорони здоров'я у нашій державі переживає суттєві трансформаційні зміни, ціллю яких є покращення доступності та якості медичної допомоги, медичних послуг та медичного обслуговування. Ці зміни стосуються питань управління та адміністрування, підпорядкування та підконтрольності, процедур та відповідальності, цифровізації та діджиталізації процесів, які спрямовані на покращення реалізації та захисту прав людини.

Водночас стрімкий розвиток медицини, генетики, розвиток комп'ютерних технологій призвів до зміни класичного розуміння прав людини трьох поколінь та розвитку концепції прав людини четвертого покоління. Хоча формулювання «четвертого покоління прав людини» не є усталеною класичною категорією, що використовувалася б беззастережно у праві як дефініція чи як критерій класифікації прав людини взагалі, все ж правами четвертого покоління є ті права людини, які виокремлюються у зв'язку з науково-технічним прогресом та лібералізацією концепції прав людини в різних сферах, а особливо у сфері охорони здоров'я. Остаточне закріплення прав четвертого покоління пов'язане з прийняттям низки міжнародних договорів, серед яких і Конвенція про права людини та біомедицину. І не дивно, що саме їхня реалізація породжує найбільше дискусій, оскільки вказані права так чи інакше стосуються можливості людини вільно розпоряджатися своїм тілом, заборони клонування людини, права на зміну статті, на посмертне донорство тощо.

Наведені аргументи дають підстави стверджувати про необхідність наукових досліджень у відповідній сфері, розробки наукового інструментарію, чітких правових категорій та понятійного апарату. Разом із тим, права людини, не тільки закріплені правовими нормами, а й гарантовані ними, залишаються формальними та декларативними, якщо вони не знайшли своєї практичної реалізації. Саме тому крім понятійно-категоріального апарату, принципів та гарантій окремого дослідження потребує саме адміністративно-правовий механізм забезпечення реалізації прав четвертого покоління.

Вітчизняна юридична наука має деякі здобутки щодо осмислення окресленої проблематики як правового феномену. У цьому контексті необхідно зазначити таких дослідників, як О. Є. Аврамова, М. С. Брюховецька, С. Б. Булеца, З. С. Гладун, С. В. Гринчак, Д. О. Іваськевич, Я. В. Лазур, Р. А. Майданик, М. М. Малєїна, В. М. Пашков, О. Г. Пелагеша, І. Р. Пташник, В. П. Сальников, І. Я. Сенюта, Р. О. Стефанчук, В. Ю. Стеценко, С. Г. Стеценко, Г. В. Чеботарьова, В. М. Шульга тощо.

У поле наукового пошуку згаданих учених потрапляли переважно окремі аспекти адміністративно-правового аналізу забезпечення прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я. Зокрема, праці Н. Б. Мушака, В. В. Радзієвської та М. П. Тиріної стосуються питань класифікації прав людини та виділення прав четвертого покоління, дослідження Р. А. Майданика – загальних концептуальних питань реформування діяльності органів охорони здоров'я, В. М. Шульги – питань формування повноважень владних суб'єктів у сфері охорони здоров'я, З. С. Гладуна – адміністративного примусу у сфері охорони здоров'я та адміністративно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я.

Теоретичною основою дисертаційної роботи стали також наукові праці таких зарубіжних дослідників, як М. Барр, Дж. Бельгітті, Дж. Кершнер, В. Р. Поттер, В. Шіл, Е. Шмідт-Ассманн, Ф. Ягр та інших.

Аналіз теоретичних питань досліджуваної проблематики сягає радянського періоду: наукові висновки, сформовані у цей час, значно вплинули на позицію автора. Це стосується праць С. С. Алексєєва, Л. М. Ентіна, Е. І. Кантера, Ю. М. Козлова, М. М. Малєїної, В. І. Прозоровського, В. П. Сальникова та інших.

Теоретичні та практичні засади функціонування механізму адміністративно-правового регулювання прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я потребують подальшого дослідження з урахуванням сучасних правових реалій.

**Зв'язок роботи із науковими програмами, планами, темами.** Дисертацію виконано згідно з планом науково-дослідних робіт кафедри адміністративного, фінансового та інформаційного права ДВНЗ «Ужгородський національний університет» в межах наукової теми «Удосконалення правового забезпечення

публічного адміністрування у контексті євроінтеграційних процесів» (номер державної реєстрації 0118U004531). Робота пов'язана з науковим грантом у рамках конкурсу проектів робіт та науково-технічних (експериментальних) розробок молодих вчених МОН ДБ-890М «Забезпечення реалізації прав людини четвертого покоління у системі охорони здоров'я» (січень 2019 року – грудень 2021 року).

**Мета і завдання дослідження.** Метою дисертаційного дослідження є розробка належного механізму адміністративно-правового забезпечення прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я, а також формулювання напрямків та нормативних положень щодо удосконалення законодавства в цій сфері. Для досягнення вказаної мети в дисертаційній роботі поставлено й вирішено такі основні завдання:

- з'ясувати поняття та зміст прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я;
- дослідити процес еволюції прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я;
- визначити співвідношення понять «права четвертого покоління» та «право людини на медичну допомогу»;
- провести класифікацію прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я;
- дослідити механізм адміністративно-правового регулювання прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я;
- проаналізувати правовідносини у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління;
- виокремити нормативно-правові складові механізму адміністративно-правового регулювання прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я;
- визначити гарантії адміністративно-правового механізму забезпечення прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я;
- з'ясувати особливості правового забезпечення прав четвертого покоління у сферах трансплантації анатомічних матеріалів, штучного запліднення, клонування та евтаназії;

- охарактеризувати організаційно-правові кроки щодо покращення адміністративно-правового забезпечення прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я;
- обґрунтувати пропозицій та рекомендацій, спрямовані на удосконалення адміністративно-правового забезпечення прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я.

*Об'єктом дослідження* є суспільні відносини, що виникають у сфері охорони здоров'я.

*Предметом дослідження* є адміністративно-правове забезпечення прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я.

**Методи дослідження.** У роботі були застосовані загальнонаукові та спеціально-наукові методи пізнання. Серед загальнонаукових методів, що використовувалися у ході дослідження, основним є *діалектичний метод* наукового пізнання. *Формально-логічний метод* застосовано для формулювання визначень понять «права четвертого покоління у сфері охорони здоров'я», «медичний вимір» «прав четвертого покоління», «евтаназія», «трансплантація органів», «клонування» та інших (підрозділи 1.1, 1.2, 3.1, 3.2, 3.3, 3.4). *Логіко-семантичний метод* використано для дослідження сучасного стану наукової розробки проблематики прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я (підрозділи 1.1., 1.3.); *історично-правовий метод* використано при дослідженні становлення та розвитку прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я (підрозділ 1.2.); *метод системно-структурного аналізу* дозволив здійснити класифікацію прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я (підрозділ 1.3.); *формально-юридичний метод* дозволив проаналізувати елементи механізму адміністративно-правового регулювання прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я (підрозділи 2.2., 2.3., 2.4.); *порівняльно-правовий метод* сприяв узагальненню досвіду зарубіжних держав у сферах трансплантації анатомічних матеріалів, штучного запліднення, клонування та евтаназії (підрозділи 3.1., 3.2., 3.3., 3.4., 4.1.); *метод правового прогнозування* використано при аналізі розвитку шляхів удосконалення

адміністративно-правового забезпечення прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я (підрозділи 4.1., 4.2.).

При розробленні пропозицій щодо удосконалення законодавства використовувалися методи аналізу й синтезу. Зазначені методи застосовувались автором у взаємозв'язку задля забезпечення всебічності дослідження.

Теоретичні підвалини дослідження заклали базові праці науковців, представників наук загальної теорії держави та права, теорії управління, конституційного, адміністративного права та процесу (судочинства) та інших галузей права, що сформульовані у працях вітчизняних й зарубіжних фахівців, а також довідково-енциклопедична юридична література.

Нормативну основу дисертаційного дослідження становлять Конституція України, закони України, акти Президента України, Кабінету Міністрів України, центральних органів виконавчої влади та міжнародні нормативно-правові акти.

Емпіричну базу дослідження є правозастосовчі акти владних суб'єктів, рішення судів, довідкові та статистичні матеріали тощо.

**Наукова новизна одержаних результатів** полягає у тому, що дисертація є одним із перших системних досліджень теоретичних та практичних засад функціонування механізму адміністративно-правового регулювання прав людини четвертого покоління у системі охорони здоров'я. У результаті дослідження сформульовано низку нових наукових положень, рекомендацій та висновків, зокрема:

*уперше:*

обґрунтовано основні етапи еволюції четвертого покоління прав людини у сфері охорони здоров'я в Україні, й, зокрема, виокремлено 1) етап становлення системи прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні — від 24 серпня 1991 р. до 28 червня 1996 р.; 2) етап конституційного визнання та подальшого закріплення прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні — від 28 червня 1996 року до 22 лютого 2014 року; 3) новітній етап еволюції прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні, пов'язаний з процесом євроінтеграції України, розпочався з 2014 року і триває до наших днів;

обґрунтовано, що гарантіями адміністративно-правового механізму забезпечення прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я є сукупність адміністративно-правових засобів та способів, які забезпечуються безпосередньо державою, та спрямовуються на забезпечення, дотримання і захист прав людини;

визначено, що процесуальні гарантії адміністративно-правового механізму забезпечення прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я становлять собою комплексну систему, яка спрямована на дотримання прав четвертого покоління, гарантуючи, по-перше, що під час реалізації відповідного права буде дотримано мінімально необхідний зміст цього права через встановлені вимоги до адміністративних процедур, а, по-друге, що у разі порушення відповідного права буде наявний необхідний процесуальний інструментарій для його захисту;

визначено, що адміністративними процедурами у сфері прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я є реєстраційні, дозвільні, ліцензійні, контрольно-наглядові, екзаменаційні, експертні, акредитаційні, приватизаційні, процедури із розгляду скарг;

дано визначення поняття механізму адміністративно-правового регулювання прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я, що є складною системою адміністративно-правових засобів, які впорядковані у конкретній послідовності з метою забезпечення адміністративно-правового впливу на відносини у сфері забезпечення прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я та на їх безпосередніх учасників;

зроблено висновок про необхідність перегляду тарифів на медичні послуги з органної трансплантації та включення органної трансплантації до програми медичних гарантій повністю або частково;

сформульовано пропозиції щодо врегулювання Кабінетом Міністрів України питання направлення громадян України для проведення трансплантації за кордон, де окрім іншого, знайдуть своє відображення положення про моніторинг за станом здоров'я громадян України, що були направлені за кордон для проведення трансплантації;



запропоновано запровадити інститут уповноваженого у справах захисту прав четвертого покоління та визначити його повноваження, що дасть новий імпульс у питанні захисту прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я, дозволить запобігати порушенням вказаних прав та сприятиме приведенню законодавства України про права четвертого покоління у сфері охорони здоров'я у відповідність з конституційними положеннями та міжнародними стандартами;

обґрунтовано необхідність прийняття нового закону щодо врегулювання репродуктивного та терапевтичного клонування із чітким унормуванням термінологічного апарату, визначенням видів діяльності, пов'язаних із клонуванням людини, які підлягають повній забороні, а також встановленням тієї діяльності, провадження якої у можна провадити у випадку отримання ліцензії;

доведено необхідність закону про суїцид, асистований лікарем, що чітко врегулює відповідні процедури, інституційні аспекти, права та обов'язки лікарів та пацієнтів, и та дозволить невиліковним хворим, які нестерпно та протягом довгого часу страждають як духовно, так і фізично, померти з гідністю, наявність яких необхідне для того, щоб важкохворий пацієнт отримав право на здійснення суїциду, асистованого лікарем;

*удосконалено:*

підходи щодо класифікації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я, зокрема, виділено класифікаційні схеми за суб'єктним складом права четвертого покоління у сфері охорони здоров'я (із виокремленням індивідуальних прав, колективних прав та тих, що можуть бути реалізовані як в індивідуальній, так і в колективній формах); за зовнішнім проявом поведінки суб'єктів права четвертого покоління у сфері охорони здоров'я (із виділенням активної та пасивної форм реалізації); за критерієм наявності/відсутності участі органів публічної влади у процесі їх реалізації; за критерієм змісту прав.

розуміння правовідносин у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління крізь призму їх загальних та особливих ознак, зокрема, розкрито загальні ознаки, притаманні усім правовідносинам та виокремлено особливі, до яких віднесено: їх детермінація розвитком сучасних медичних

технологій; пов'язаність із розвитком біоетики, яка визначає моральність поведінки людини, співвідносячи її з ціннісними орієнтирами суспільства; можливість їх виникнення як до народження особи, так і під час її життя та після смерті;

підходи щодо врегулювання на законодавчому рівні порядку застосування сурогатного материнства, у тому числі завдяки визначенню: 1) поняття та допустимих методів сурогатного материнства, 2) підстав для їх застосування, 3) вікових та медичних вимог до сурогатних матерів, 4) прав та обов'язків учасників правовідносин у сфері сурогатного материнства (генетичних батьків, сурогатної матері, її чоловіка, медичного закладу), 5) переліку істотних умов договору про сурогатне материнство, а також порядку його укладення, зміни та розірвання, наслідків форс-мажорних обставин (народження хворої дитини, смерті сурогатної матері чи генетичних батьків, відмови генетичних батьків від дитини, народженою сурогатною матір'ю, розлучення генетичних батьків і тому подібне), 6) відповідальності сторін за невиконання умов договору чи неналежну якість, наданих медичним установою.

*набули подальшого розвитку:*

підходи до визначення змісту прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я, під якими запропоновано розуміти новітні права людини у сфері охорони здоров'я, які закріплені внутрішньодержавним та/або міжнародним правом і мають на меті створення умов для практичного втілення в життя відповідної можливої міри поведінки, установлені нормами права, громадянами відповідної держави, іноземцями, особами без громадянства, особисто або через створені ними організації, та іншими уповноваженими суб'єктами, з метою забезпечення охорони здоров'я, безпечного для життя і здоров'я довкілля, санітарно-епідеміологічного благополуччя, а також задоволення їхніх потреб та інтересів у вказаній сфері;

підходи щодо обґрунтування співвідношення правила анонімності донорства гамет та права особи знати про своє генетичне походження, вмотивоване практикою Європейського суду з прав людини у справах щодо захисту прав щодо встановлення біологічного батьківства та права особи знати, хто її фактичні батьки;

положення щодо нормативного визначення клонування як сукупності біологічних та медичних методів, спрямованих на здійснення безстатевого розмноження живих істот, результатом яких є створення статеві роздільного організму, який є генетично ідентичним щодо живого чи померлого об'єкта клонування.

**Практичне значення одержаних результатів** полягає у тому, що вони становлять як науково-теоретичний, так і практичний інтерес та можуть бути використані у:

– *науково-дослідній сфері* – теоретичні положення роботи, що спрямовані на уточнення змісту окремих понять, категорій для найбільш ефективного їх використання, узагальнення і висновки можуть бути використані для подальшого проведення наукових досліджень у цьому напрямі (акт впровадження Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського);

– *правотворчій сфері* – практичні пропозиції та рекомендації щодо адміністративно-правового механізму забезпечення прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я можуть бути використані у розробленні законодавства, що регулює відповідне питання, а також у внесенні змін та доповнень до чинного законодавства. Конкретні практичні пропозиції щодо вдосконалення розподілу повноважень можуть бути враховані у змісті окремих норм Закону України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині», та при розробці проєктів закону, зокрема: «Про суїцид асистований лікарем» (акт впровадження Департаменту охорони здоров'я Закарпатської обласної державної адміністрації);

– *правозастосовчій діяльності* – для покращення діяльності суб'єктів публічного адміністрування, пов'язаної із застосуванням відповідних норм, що визначають статус органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування (акти впровадження Апеляційного суду в Закарпатській області та Департаменту охорони здоров'я Закарпатської обласної державної адміністрації);

– *навчальному процесі* – для підготовки лекцій, навчальних посібників, а також підручників з дисциплін «Медичне право», «Адміністративне право»,

«Конституційне право», «Міжнародне право» (акт впровадження Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського).

**Апробація результатів дослідження.** Результати дослідження, його основні висновки доповідалися та обговорювалися на засіданнях кафедри адміністративного, фінансового та інформаційного права ДВНЗ «Ужгородський національний університет», а також були оприлюднені на міжнародних та всеукраїнських конференціях, серед яких Міжнародна науково-практична конференція «Забезпечення прав людини четвертого покоління у системі охорони здоров'я» (м. Ужгород, 2019 рік); II Міжнародна науково-практична конференція «Забезпечення прав людини четвертого покоління у системі охорони здоров'я» (м. Ужгород, 2020 рік); всеукраїнська науково-практична он-лайн конференція «Лікарська таємниця в умовах пандемії: законодавчі, правозастосовчі, соціальні та психологічні аспекти» (м. Тернопіль, 2020 рік); «Розвиток медичного права України в контексті євроінтеграційних та глобалізаційних процесів» (м. Київ, 2020 рік).

**Публікації.** Основні положення та результати дисертації викладено у двадцяти шести наукових працях, у тому числі одній одноосібній монографії, підрозділах у двох колективних монографіях, чотирнадцяти статтях, опублікованих у виданнях, що визнані як фахові з юридичних наук, шести статтях у зарубіжних наукових виданнях, а також у трьох тезах доповідей на міжнародних науково-практичних конференціях.

**Структура та обсяг роботи.** Дисертація складається зі вступу, чотирьох розділів, які містять тринадцять підрозділів, додатку, висновків та списку використаних джерел. Загальний обсяг дисертації – 420 сторінок. Список використаних джерел налічує 518 найменувань на 54 сторінках.

## **Розділ 1. ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ЧЕТВЕРТОГО ПОКОЛІННЯ ПРАВ ЛЮДИНИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

### **1.1. Поняття прав людини четвертого покоління**

У рамках дослідження насамперед доцільно здійснити аналіз та вивчення проблематики теоретико-правових засад четвертого покоління прав людини у сфері охорони здоров'я. Тому в першу чергу доречно проаналізувати поняття «четверте покоління прав людини у сфері охорони здоров'я».

Аналіз та осмислення поняття «четверте покоління прав людини у сфері охорони здоров'я» має важливе практичне значення для подальшого вдосконалення законодавства України у сфері прав людини та охорони здоров'я, а також для вдосконалення правозастосовної практики у цій сфері. Внаслідок цього дослідження проблематики поняття «четверте покоління прав людини у сфері охорони здоров'я» та його ознак є важливим для подальшого розвитку науки адміністративного права, конституційного права та міжнародного права. Саме тому у цьому підрозділі буде охарактеризовано поняття «четверте покоління прав людини у сфері охорони здоров'я» та визначено його ознаки, охарактеризовано поняття «реалізація прав людини четвертого покоління у сфері охорони здоров'я», їх систему та форми їх реалізації.

Проблематика поняття «четверте покоління прав людини у сфері охорони здоров'я» є актуальною, а окремі її аспекти були предметом дослідження багатьох сучасних науковців, зокрема: І. М. Алмаші, Ю. В. Грошевого, Я. В. Лазура, Д. М. Шибаніц, Ю. С. Шемшученка.

Актуальною проблемою в сучасних умовах еволюції концепції прав людини, сучасного розвитку правового статусу людини за законодавством України та окремих зарубіжних держав, за міжнародним правом, розвитку громадянського суспільства, електронного урядування, численних екологічних проблем, наявності численних загроз життю і здоров'ю людини, глобалізації, діджиталізації, розвитку медицини, науково-технічного процесу, глобальної пандемії коронавірусу є

проблема здатності людини реалізовувати гарантовані їй конституцією та законами відповідної держави, міжнародними договорами права у сфері охорони здоров'я.

Право, не тільки передбачене нормами права, а й гарантоване ним, залишається формальним і декларативним, якщо воно не знайшло свого практичного втілення в життя. Кожна людина має потреби використовувати гарантовані їй державою права, втілювати в життя можливості, надані нормами права. Основне значення при цьому має можливість належної реалізації прав людини.

Після проголошення незалежності України сформовано якісно новий правовий статус людини, а також систему нормативних та інституційних гарантій реалізації прав людини. Реалізація прав людини визнається як невід'ємна складова цілісної системи прав і свобод людини та громадянина в Україні. Проблематика реалізації прав людини є важливим елементом конституційного права України. На жаль, у сучасних умовах конфлікту на Донбасі, анексії Криму, великої кількості вимушених внутрішніх переселенців в різних областях України із Донбасу та Криму перед Україною як державою є чимало викликів в забезпеченні належної реалізації прав людини [1, с. 4]. Це також стосується і прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я.

Сучасний розвиток концепції прав людини переважно пов'язують з Організацією об'єднаних націй як міжнародною організацією універсального рівня. Саме в її рамках розроблені численні документи з питань прав людини, зокрема: Загальна декларація прав людини від 10 грудня 1948 року, Міжнародний пакт про громадянські та політичні права від 16 грудня 1966 року, Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права від 16 грудня 1966 року, що є основою міжнародних стандартів прав людини. На міжнародному рівні щороку 10 грудня відзначають як Міжнародний день прав людини. Належне забезпечення реалізації прав людини у різних державах є важливим для мирного розвитку людства, а також для забезпечення співіснування різних ідеологій, релігій, світоглядних концепцій на місцевому, національному, регіональному та універсальному рівнях, вирішення екологічних проблем людства.

У чинному законодавстві України, зокрема у Конституції України (далі – КУ), закріплено каталог прав людини та гарантії їх реалізації. Водночас важливе значення має створення належних умов для реалізації природних прав людини як базису цілісної системи прав людини, без яких неможливо забезпечити належне існування людини в правовій і демократичній державі.

З-поміж природних прав людини важливе значення має право на безпечне для життя і здоров'я довкілля в Україні, без належної реалізації якого неможливо забезпечити достойне життя людини.

У цьому контексті Ю. М. Грошевий зазначає, що права людини і громадянина — основні в характеристиці самих засад суспільства і держави, її конституційного устрою. Характеризуючи рівень зрілості громадянського суспільства і правової держави, права людини начебто «маркують» суспільство і державу з точки зору цивілізаційних, загальнодемократичних стандартів та закономірностей їхнього розвитку. При цьому права людини і стан їх захищеності є найбільш об'єктивним відображенням досягнутого рівня зрілості не лише політичної демократії, але й економічних свобод, ринкової економіки та соціальної політики держави [2, с. 248].

Забезпечення відповідної реалізації прав четвертого покоління в Україні має багато труднощів, які зумовлені, у першу чергу, екологічними проблемами різного характеру. В Україні відбуваються і техногенні екологічні катастрофи, зокрема і досі відчутними є негативні наслідки Чорнобильської катастрофи — найбільшої техногенної катастрофи в історії людства.

Концепція прав людини пройшла значну еволюцію. Нині сучасна концепція прав людини перебуває на етапі розвитку четвертого покоління прав людини як на національному, так і на міжнародному рівнях.

Права людини, як зазначає Ю. С. Шемшученко, — історично мінлива категорія, яка еволюціонує разом із суспільством та державою [3, с. 5]. Багатогранність людини породжує невичерпність її прав. Разом з людиною, її рівнем розвитку та значенням у соціумі постійно змінюються і її права, їх пріоритети [4, с. 729]. Традиційно для класифікації прав людини використовують теорію поділу прав людини, яку розробив французький правознавець Карел Васак.

Основою цієї концепції є генераційний підхід, а саме поділ прав на три покоління [5]. Тобто, відповідно до теорії походження, права людини поділяють на три групи, чи так звані покоління. Так, перше покоління становлять громадянські та політичні права, друге покоління — соціально-економічні та культурні права, третє — колективні права, або права «солідарності» [6, с. 229]. Хоча загальноприйнята концепція трьох поколінь прав людини авторства Карела Васака і досі вважається фундаментальною базою для науковців та правозахисників, та є ґрунтовні підстави виділяти і якісно новий пласт людських прав. Розглядаючи дилеми незмінності ключових моральних та (у переважній більшості) правових постулатів, можна стверджувати, що права усіх трьох поколінь у будь-якому разі залишаються ключовим об'єктом правової охорони [7].

Стрімкий розвиток науки привів до триваючого процесу формування новітнього, четвертого покоління прав людини.

Група вчених, серед яких Н. Б. Мушак [6, с. 299] та М. О. Лаврик [8, с. 16], визначає четверте покоління прав людини як сукупність соматичних прав особи. Грецькою мовою слово *soma* означає «тіло». Відповідно, новітні права людини є виключно особистісними й пов'язані з її тілом, повагою до нього та до рішень людини стосовно свого тіла. Свідченням такого сприйняття четвертого покоління прав людини є те, що до нього, в першу чергу, відносять зміну статі хірургічним шляхом, трансплантацію органів, клонування, право на евтаназію, право на створення сім'ї, вільної від дітей (*childfree*), та право на одностатеві шлюби [9, с. 186].

А. П. Семітко ще в 1996 році запропонував виділити права четвертого покоління, до яких необхідно віднести права людини, пов'язані із здійсненням абортів, евтаназії [10, с. 207].

На думку Н. І. Петрецької, четверте покоління прав людини — це правова відповідь виклику ХХІ століття, коли йдеться про виживання людства як біологічного виду, про збереження цивілізації, про подальшу космічну соціалізацію людства [11, с. 29].



На думку М. С. Брюховецької, права четвертого покоління є самостійною правовою категорією, що відповідає сучасним інтересам особистості та її потребам. Зазначені права тісно пов'язані з фізіологічним існуванням особи, що залежить від розвитку медичних технологій та суспільства в цілому. Вони є новим явищем для всіх галузей права та потребують законодавчого закріплення та створення чіткого механізму регулювання [12, с. 51].

Детальніше еволюцію четвертого покоління прав людини у сфері охорони здоров'я розглянемо у наступному підрозділі цього дослідження.

На думку О. О. Барабаш, до прав четвертого покоління належать усі права, що виникли внаслідок наукового прогресу, розвитку моралі, а саме всі так звані «соматичні права», зокрема право на евтаназію, клонування, а також інформаційні права. Сьогодні виникають дискусії серед членів суспільства про те, чи потрібні людям такі права та якими повинні бути межі їх реалізації? [13, с. 215].

Зокрема, Рада Європи, Європейського Союзу, деякі інші міжнародні організації чітко визначилися з цих питань. Наприклад, Хартія Європейського Союзу про основні права у пункті 1 статті 3 встановлює, що кожна людина має право на власну фізичну і душевну цілісність, а пункт 2 конкретизує: при застосуванні досягнень медицини і біології необхідно особливо дотримуватися таких вимог:

- добровільна і належним чином оформлена згода зацікавленої особи відповідно до правил, встановлених законом;
- заборона застосування євгеніки, особливо тієї її частини, що має на меті селекцію людей;
- заборона використання людського тіла і його частин як джерела прибутку;
- заборона відтворення людини за допомогою клонування [14].

До заборонених відносять також право на евтаназію — задоволення потреб хворого із прискорення смерті діями або бездіяльністю. Проблема полягає в тому, що на міжнародному рівні щодо цього права людини відсутнє нормативне визначення. Наявні лише окремі міжнародні документи, наприклад Конвенція Ради

Європи 1997 року про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину [15]. Водночас в Бельгії, Люксембурзі та Нідерландах проводять евтаназію смертельно хворим пацієнтам. До речі, Нідерланди стали першою країною, яка законодавчо закріпила право на евтаназію у квітні 2002 року [16, с. 57-59].

Менш спірним є ще один підвид цих прав четвертого покоління — «віртуальні права». Глобалізаційний вплив та повсякденна затребуваність консолідували позицію світу щодо необхідності виокремлення такої категорії прав. Цікаво, що переважно немає суперечностей між міжнародними нормами та внутрішньонаціональним правом. І українське законодавство може поповнитись цікавою новелою, адже нещодавно було зареєстровано проєкт Закону України (далі – ЗУ) «Про внесення доповнень до Цивільного кодексу України (щодо гарантування права фізичної особи на доступ до Інтернету)», який пропонує доповнити статтю 302 Цивільного кодексу України такими рядками: «Фізична особа має право на доступ до Інтернету. Право фізичної особи на доступ до Інтернету не може бути обмежене. Обмеження доступу до певних даних, що містяться у Інтернеті, можливо лише на підставі рішення суду про незаконність таких даних» [17].

Але, повертаючись до проблеми моральності існування нових видів прав, варто зауважити, що кожен конкретний випадок приховує кілька, на перший погляд, непомітних, але болючих нюансів [18, с. 105]. Розглянемо, наприклад, проблему штучного материнства і сурогатного запліднення. З одного боку, оскільки розвиток медицини досяг таких вершин, то безглуздо обмежувати право сім'ї на продовження роду чи забороняти своєрідне відновлення справедливості гуманним актом любові та співпраці. Але є й серйозна загроза перетворити материнство на договірну комерційну працю; така практика здатна вилитися у дегуманізуючу аморальну тенденцію.

Ми знову стикаємось із суперечністю на міжнародному рівні, бо якщо одні держави підтримують таку практику, то інші — відверто засуджують (у Франції, наприклад, діє норма про суперечність сурогатного материнства законодавству про

усиновлення та невідчужуваність людського тіла). Схожі моральні проблеми стосуються й інших новостворених прав. Наприклад, право на життя дозволяє людині розпоряджатися власною долею, але чи охоплює воно і право на відмову від життя у особливих випадках, тобто право на активну та пасивну евтаназію? [13, с. 215].

О. Аврамова та О. Жидкова до четвертого покоління прав людини відносять: зміну статі, трансплантацію органів, клонування, використання віртуальної реальності, одностатеві шлюби, штучне запліднення, евтаназію, вільну від дитини сім'ю та незалежне від державного втручання життя за релігійними, моральними поглядами; також необхідно визначити, чи будуть вони за своїм ознаками збігатися з правомірною поведінкою [18, с. 104]. Вони зазначають також, що правомірною поведінкою можна визнавати: штучне запліднення, незалежне від державного втручання життя за релігійними, моральними поглядами (у межах автономності особи), трансплантацію органів (на засадах законності, справедливості, моральності, добровільності); юридично нейтральною поведінкою можна визнавати: сім'ю, вільну від дитини, використання віртуальної реальності, одностатеві шлюби, зміну статі; неправомірною поведінкою — клонування й евтаназію [18, с. 105].

Серед науковців немає нині єдності щодо переліку прав, що належать до четвертого покоління. На думку Ф. М. Рудинського, права четвертого покоління повинні захищати людину від загроз, пов'язаних з експериментами у сфері генетичної спадковості особи, тобто це такі права людини, які пов'язані з клонуванням та іншими відкриттями в області біології [19, с. 16]. А. Б. Венгеров називає четверте покоління правами людства: право на мир, на ядерну безпеку, космос, екологічні, інформаційні права тощо [20, с. 307]. Заслуговує на увагу російська доктрина, яка виділяє особистісні (соматичні) права як права людини розпоряджатися своїм тілом, у тому числі клонувати [21, с. 75].

Д. Крилова до четвертого покоління прав людини відносить право на: 1) використання віртуальної реальності; 2) доступ до мережі Інтернет; 3) життя, вільне від державного втручання, за власними релігійними і моральними

поглядами; 4) вільну від дитини сім'ю; 5) зміну статі; 6) штучне запліднення; 7) трансплантацію органів; 8) одностатеві шлюби; 9) евтаназію; 10) клонування [22, с. 26].

Д. М. Шебаніц зазначає, що поява четвертого покоління прав людини пов'язана з процесами демократизації, гуманізації, інформатизації, розвитком комп'ютерних технологій, з проведенням певних досліджень у науці, медицині, біології, кібернетиці, космічній сфері. Усе це відбувається за допомогою інтеграційних процесів — процесу взаємозближення, поєднання й утворення взаємозв'язків. Основу інтеграції заклали вищий етап розвитку науково-технічної революції, становлення та зміцнення прав людини як державного й суспільного пріоритету. До прав четвертого покоління вона відносить право на евтаназію, на зміну статі, на трансплантацію органів, на використання віртуальної інформації, право на клонування [23, с. 59].

Д. О. Іваськевич зазначає, що четверте покоління прав людини не обмежується лише рамками соматичних прав людини. З розвитком прогресивних інноваційних технологій сформувалась також особлива категорія прав людини, що відображається у її вільному доступі до інформації та у можливості існування віртуальної реальності людини, де вона є абсолютно вільною і не може зазнавати втручань з боку державної влади. Цю категорію прав також характеризують як «віртуальні права людини». Питання конституційності четвертого покоління прав людини є досить актуальним в сьогоденнішніх реаліях. Зокрема, відповідно до статті 3 КУ права і свободи людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави. Держава відповідає перед людиною за свою діяльність. Утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави. Четверте покоління прав людини покликане закріпити самобутній та незалежний статус кожної особи та можливість жити повноцінним життям, без втручання держави й тиску соціуму і при цьому бути собою [9, с. 188].

Отже, на нашу думку до четвертого покоління прав людини можна віднести право на: 1) аборт; 2) штучне запліднення; 3) трансплантацію; 4) клонування; 5) вільне статеве життя; 6) вільний вибір сексуального партнера; 7) вільну від дитини

сім'ю; 8) одностатеві шлюби; 9) зміну статі; 10) бодімомодифікацію; 11) донорство органів та клітин; 12) посмертне донорство; 13) сурогатне материнство та батьківство; 14) усиновлення дітей одностатевими парами; 15) евтаназію; 16) генну інженерію; 17) використання віртуальної реальності; 18) доступ до мережі Інтернет; 19) використання штучного інтелекту; 20) користування соціальними мережами; 21) доступ до електронного урядування; 22) комерційні польоти в космос; 23) дослідження в космосі; 24) вільний доступ до екологічної інформації; 25) вільний доступ до інформації про санітарно-епідеміологічну ситуацію.

А у свою чергу до четвертого покоління прав людини у сфері охорони здоров'я можна віднести право на: зміну статі; штучне запліднення; трансплантацію; клонування; вільний вибір гендерної ідентичності; вільне статеве життя; вільний вибір сексуального партнера; аборт; бодімомодифікацію; донорство органів та клітин; посмертне донорство; сурогатне материнство та батьківство; евтаназію; генну інженерію; використання штучного інтелекту; вільний доступ до екологічної інформації; вільний доступ до інформації про санітарно-епідеміологічну ситуацію.

Права громадян четвертого покоління прав людини, що реалізуються у сфері охорони здоров'я, є складовою частиною їх адміністративно-правового статусу. У свою чергу, адміністративно-правовий статус є складовим елементом загального правового статусу, встановленого КУ, ЗУ «Про громадянство» та іншими правовими актами. Поняття «правовий статус» (від лат. «status» – стан, положення) в юридичній літературі розуміють досить широко. Найбільш розповсюдженим є тлумачення, згідно з яким правовий статус розуміють як певний правовий стан суб'єкта, який включає його права і обов'язки, при цьому поняття «правовий статус» і «правове положення» досить часто вважаються синонімічними [24]. Однак існує думка, що критерієм розмежування між вказаними поняттями є ознака участі певного суб'єкта у суспільних відносинах: якщо суб'єкт бере в них участь, то має йтися про його правове положення, а якщо йдеться про суб'єкт права, незалежно від його участі у правових відносинах, то мається на увазі правовий статус цього суб'єкта [25].

На думку Я. В. Лазура, обидва ці терміни мають право на існування, а розмежування між ними має здійснюватися за ознакою суб'єктивної реалізованості певних прав та обов'язків. Тобто правовий статус передбачає потенційну можливість їх реалізації, а правове положення характеризує стан суб'єкта, який скористався певним правом або виконав певний обов'язок. Так, наприклад, правовий статус громадянина включає як складовий елемент його закріплене у статті 55 КУ право на оскарження в суді рішень, дій чи бездіяльності органів державної влади, органів місцевого самоврядування, посадових і службових осіб. Але, якщо громадянин А. скористався цим правом та подав до адміністративного суду позовну заяву, в якій просить відмінити певне рішення певного державного органу, має йтися про його правове положення. При цьому правове положення, на відміну від правового статусу, є більш динамічним і змінюється залежно від тих чи інших дій або бездіяльності суб'єкта [26, с. 49].

КУ проголошено, що Україна — правова, соціальна та демократична держава. Найважливішою ознакою демократичної, правової держави є наявність дієвих та реальних механізмів забезпечення прав і свобод людини й громадянина. Окремі представники теорії адміністративного права переконані, що механізми забезпечення прав і свобод громадян як у сфері запобігання та протидії корупції, так і в інших сферах ще досі перебувають на первинній стадії формування, що має наслідком занадто низький рівень гарантованості реалізації таких прав [27, с. 82].

Під механізмом адміністративно-правового регулювання у сфері забезпечення прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я необхідно розуміти сукупність адміністративно-правових засобів, які, впливаючи на управлінські відносини у сфері прав четвертого покоління, організовують їх відповідно до завдань суспільства та держави. Досліджуючи питання механізму адміністративно-правового регулювання у вказаній сфері, необхідно виділити дві складові, що відіграють вирішальну роль для функціонування цього механізму:

- 1) забезпечення прав та законних інтересів суб'єктів прав четвертого покоління,
- 2) забезпечення публічного інтересу держави і суспільства в цілому.

Саме дотримання двох вищезазначених складових і надає можливість твердити про ефективність чи неефективність відповідного механізму правового регулювання.

Об'єктом адміністративно-правового регулювання у сфері забезпечення прав четвертого покоління є відносини та явища, що сформувались з приводу реалізації прав четвертого покоління, а також адміністративно-правові норми, що регулюють

1) відповідні відносини. Серед таких ми можемо виділити відносини, що склались з приводу реалізації:

- 2) права на клонування;
- 3) права на зміну статі;
- 4) права на штучне запліднення;
- 5) права на трансплантацію;
- 6) права на евтаназію;
- 7) права на гендерну ідентичність;
- 8) права на сексуальну орієнтацію [28, с. 46-47].

До переліку суб'єктів механізму адміністративно-правового регулювання у сфері забезпечення прав четвертого покоління щодо права людини на трансплантацію згідно зі статтею 6 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» від 17 травня 2018 року віднесено:

- Кабінет Міністрів України (далі – КМУ);
- центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я;
- центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією;
- заклади охорони здоров'я, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що передбачає право надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації та/або здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією, згідно з переліком, затвердженим центральним

органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я;

— бюро судово-медичної експертизи та інші суб'єкти господарювання, що здійснюють діяльність, пов'язану з трансплантацією;

— трансплант-координаторів [29].

Однак цей перелік буде неповним, якщо до нього не внести реципієнта (живі особи, яким трансплантуються клітини, тканини, органи або частини органів) та донора (особи, які добровільно віддають реципієнту свої клітини, тканини, органи або частини органів), оскільки саме на забезпечення їхнього права на життя та права на здоров'я і спрямований увесь механізм адміністративно-правового регулювання у сфері прав четвертого покоління [28, с. 48].

Моніторингові дослідження стану обізнаності населення з правами людини засвідчують низький рівень правової культури, а також незадовільне впровадження правового захисту прав людини в Україні, навіть незважаючи на те, що Україна належить до держав з достатньо великою кількістю ратифікованих міжнародно-правових актів щодо прав людини і з достатньою національною законодавчою базою у цій сфері. Переважна більшість громадян України не обізнані ані з міжнародними актами, ані з національним законодавством у сфері прав людини, толерують цю дихотомію між теорією та практикою держави щодо захисту прав людини і не взяли на себе ініціативу щодо захисту своїх прав. Права людини ще не стали засобом обмеження державної влади в Україні [30, с. 77].

Отже, поняття «четверте покоління прав людини у сфері охорони здоров'я» можна визначити як новітні права людини у сфері охорони здоров'я, які закріплені внутрішньодержавним та/або міжнародним правом і мають на меті створення умов для практичного втілення в життя відповідної можливої міри поведінки, установлені нормами права, громадянами відповідної держави, іноземцями, особами без громадянства, особисто або через створені ними організації, та іншими уповноваженими суб'єктами, з метою забезпечення охорони здоров'я, безпечного для життя і здоров'я довкілля, санітарно-епідеміологічного благополуччя, а також задоволення їхніх потреб та інтересів у вказаній сфері.



На основі вищенаведеного визначення поняття «четверте покоління прав людини у сфері охорони здоров'я» можна виокремити такі ознаки цього поняття:

— це новітні права людини у сфері охорони здоров'я, які закріплені за внутрішньодержавним та/або міжнародним правом;

— така міра можливої поведінки може бути реалізована певним визначеним колом суб'єктів — громадянами відповідної держави, іноземцями, особами без громадянства, особисто або через створені ними організації, та іншими уповноваженими суб'єктами, на яких поширюється дія норми права, що встановлює міру можливої поведінки;

— необхідною передумовою для реалізації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я, тобто для практичного втілення в життя можливості, є наявність чинних норм права, що регламентують межі здійснення відповідних прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я;

— реалізація тих можливостей, які визначаються нормами права, здійснюється уповноваженими суб'єктами з метою забезпечення охорони здоров'я, безпечного для життя і здоров'я довкілля, санітарно-епідеміологічного благополуччя, а також задоволення їх власних потреб та інтересів.

У контексті дослідження поняття «четверте покоління прав людини у сфері охорони здоров'я» важливо охарактеризувати визначення поняття «реалізація права». В юридичній науці існує плюралізм щодо розуміння цього поняття. Зокрема, під реалізацією права російський науковець В. М. Сирих, розуміє втілення в діях громадян, юридичних осіб, державних органів, посадових осіб та інших суб'єктів права приписів діючих норм права [31, с. 254].

На думку А. Б. Венгерова, реалізація права — це така соціальна поведінка суб'єктів права, в якій втілюються приписи правових норм як форма практичної діяльності із здійснення прав, виконання обов'язків [20, с. 428].

М. Н. Марченко розглядає реалізацію права в об'єктивному та суб'єктивному відношеннях. В об'єктивному відношенні реалізація права — це здійснення певними засобами у визначеній послідовності, в установлені строки і у визначеному місці правомірних дій, передбачених нормами права. А в

суб'єктивному відношенні реалізація права характеризується особистим відношенням суб'єкта до правових вимог, які реалізуються, його мотивами та волею на момент вчинення визначених дій. При цьому особисте відношення може виражатися у різних формах, включаючи особисту зацікавленість фізичної особи в реалізації права, прагнення до реалізації права внаслідок виконання службових обов'язків чи внаслідок моральних стимулів, під страхом покарання чи інші мотиви [32, с. 682].

А. М. Колодій та А. Ю. Олійник зазначають, що реалізація прав і свобод — це форма їх буття, яка зводиться до переведення соціальних благ, що закріплені нормами права, у стан їх можливого і дійсного використання конкретною особою (особами) з метою задоволення своїх різноманітних потреб і інтересів [33, с. 218].

Права людини, в тому числі у сфері охорони здоров'я, як їх невід'ємна складова, найкращим чином знаходять своє вираження в суб'єктивних правах людини. Суб'єктивне право — це забезпечена законом міра можливої поведінки особи (громадянина або організації), спрямована на досягнення цілей, пов'язаних із задоволенням її інтересів [34, с. 197].

Реалізація прав людини передбачає втілення в життя тих можливостей, які визначаються нормами права з метою задоволення власних потреб та інтересів відповідних осіб.

До поняття «реалізація прав людини в Україні» нам необхідно підходити як до практичного аспекту реалізації тих можливостей, які визначаються нормами права.

Нинішню екологічну ситуацію в Україні можна охарактеризувати як кризову, що формувалася протягом тривалого періоду через нехтування об'єктивними потребами розвитку і відтворення природно-ресурсного комплексу України. Винятковою особливістю екологічного стану України є те, що Чорнобильська катастрофа з її довготривалими медико-біологічними, економічними та соціальними наслідками спричинила в Україні ситуацію, яка наближається до рівня глобальної екологічної катастрофи. Перевага надавалася розвитку в Україні сировинно-видобувних, найбільш екологічно небезпечних галузей промисловості.

Ці та інші чинники, зокрема низький рівень екологічної свідомості суспільства, призвели до значної деградації довкілля України, надмірного забруднення поверхневих і підземних вод, атмосферного повітря і земель, нагромадження у дуже великих кількостях шкідливих, у тому числі високотоксичних, відходів виробництва. Такі процеси тривали десятиріччями і призвели до різкого погіршення стану здоров'я людей, зменшення народжуваності та збільшення смертності, що негативно позначається на демографічній ситуації в Україні [35, с. 12-13].

У цьому контексті доречною є думка М. Бринчука про те, що життя людини не може скорочуватися внаслідок ігнорування екологічних вимог. Стан здоров'я людини на 20% визначається умовами середовища його проживання. Право на життя об'єктивно забезпечується також шляхом забезпечення і захисту права на безпечне довкілля [36, с. 76-77]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, на 40% здоров'я людини залежить від того, яким повітрям вона дихає і яку воду п'є [37, с. 5].

Нині в Україні залишається чимало екологічних проблем, зокрема високим є рівень забрудненості атмосферного повітря, причому в різних регіонах України. Так, вже у 2012 році у лідери міст з найбільш забрудненим повітрям виступав Ужгород — це західноукраїнське місто опинилось на другому місці за індексом забруднення атмосфери. Вищий, ніж у Ужгорода, цей показник лише в Маріуполі. На третьому місці — Горлівка з Донецької області. Про це свідчать дані, які надала Центральна геофізична обсерваторія Державної служби з надзвичайних ситуацій. Ця державна установа відстежує стан повітря у 53 українських містах. Рейтинг найбільш забруднених вираховується за індексом забруднення атмосфери, який розраховують як суму поділених на середньодобову гранично допустиму концентрацію середніх концентрацій п'яти пріоритетних домішок (осереднених за часом — місяць, півріччя, рік). Розрахунок цього індексу засновано на припущенні, що на рівні гранично допустимих концентрацій усі шкідливі домішки характеризуються однаковим впливом на людину, а при подальшому підвищенні концентрації ступінь їх шкідливості зростає з різною швидкістю, яка залежить від

класу небезпеки цієї домішки. При розрахунку індексу забруднення атмосфери враховується клас небезпеки кожної домішки [38].

У 2015 році Національною гідрометеорологічною службою України була здійснена оцінка стану забруднення атмосферного повітря в містах України, що проводилась за даними спостережень у 39 містах на 129 стаціонарних постах державної системи моніторингу гідрометслужби. В атмосферному повітрі визначався вміст 27-ми забруднювальних речовин, включаючи вісім важких металів. Середня за рік концентрація формальдегіду у містах України, де проводились спостереження, була на рівні 2,7 гранично допустимих концентрацій (ГДК с. д.), діоксиду азоту — 1,5 ГДК с. д. Середньорічні концентрації завислих речовин та фенолу становили 1,0 ГДК с. д. Перевищення відповідних ГДК с. д. за середньорічними концентраціями спостерігалось з формальдегіду та діоксиду азоту у 23 містах, завислих речовин — у 11, фенолу — у 6, оксиду вуглецю, аміаку і фтористого водню — у 2, оксиду азоту і сажі — в одному місті. За даними спостережень у 2015 році у список міст з найбільшим рівнем забруднення атмосферного повітря увійшли 15 міст країни — це Кривий Ріг, Херсон, Дніпродзержинськ, Дніпропетровськ, Одеса, Краматорськ, Лисичанськ, Слов'янськ, Миколаїв, Маріуполь, Київ, Запоріжжя, Ужгород, Луцьк, Рубіжне [39].

Як зазначає Л. Б. Васильчук: «Важливим в Україні є також моніторинг радіоактивного забруднення атмосферного повітря, враховуючи подолання негативних наслідків аварії на Чорнобильській АЕС. Так, протягом 2015 року радіаційний стан на території України залишався стабільним. За даними мережі спостережень Національної гідрометеорологічної служби України ПЕД гамма-випромінення на більшій частині території країни знаходилась в межах рівнів, обумовлених випромінюванням природних радіонуклідів та космічним випроміненням і складала 6-21 мкР/год. На пунктах контролю, що розташовані на території України, яка зазнала радіоактивного забруднення внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС, гамма-фон складав 7-26 мкР/год, максимальні рівні фіксувались на метеостанції Чорнобиль. В районах розташування діючих атомних електростанцій ПЕД гамма-випромінення знаходилась в межах: Запорізька АЕС —

6-21 мкР/год, Південно-Українська АЕС — 6-21 мкР/год, Рівненська АЕС — 7-16 мкР/год, Хмельницька АЕС — 7-17 мкР/год. У Києві протягом 2015 року гамма-фон коливався в межах 8-16 мкР/год, за середнього показника 11 мкР/год. Сумарна бета-активність приземного шару атмосфери натеper визначається переважно радіонуклідами природного походження (ізотопами урану, торію та продуктами їх поділу) і в останні 20 років відповідає рівням, близьким до передаварійних значень. За даними спостережень, у 2015 році сумарна бета-активність приземного шару повітря становила в середньому по країні  $17,6 \times 10^{-5}$  Бк/м<sup>3</sup>, що практично відповідає рівню попереднього року ( $17,8 \times 10^{-5}$  Бк/м<sup>3</sup>). Середня за рік щільність випадів бета-активних елементів склала, як і у 2014 році, 1,6 Бк/м<sup>2</sup> за добу» [40, с. 20-21].

Основним джерелом надходження до атмосфери техногенних радіоактивних елементів (насамперед, це реакторні та вибухові цезій-137 і стронцій-90) на території України залишається вітровий підйом радіоактивних ізотопів з поверхні ґрунту, забрудненого внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС та в результаті випробування ядерної зброї у другій половині минулого сторіччя [38].

За результатами дослідження ступеня задоволеності якістю повітря в світі, проведеного міжнародною дослідницькою компанією «Галлап» (англ. — Gallup), 46% жителів України не задоволені якістю повітря в тій місцевості, де вони проживають. За цим показником Україна розташувалася на 128 місці серед 135 держав світу [41].

Таким чином, реалізація прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я виступає у ролі практичного втілення можливостей, установлених нормами права з метою забезпечити охорону здоров'я та задоволення власних потреб та інтересів у цій сфері.

Реалізації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я є невід'ємною складовою цілісної системи реалізації прав людини в Україні.

У контексті дослідження важливе значення має визначеність із формами реалізації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я.

На нашу думку, форма реалізації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я — це зовнішній вираз практичного втілення в життя новітніх прав людини у сфері охорони здоров'я, які закріплені за внутрішньодержавним та/або міжнародним правом і мають на меті створення умов для практичного втілення в життя відповідної можливої міри поведінки, установлені нормами права з метою забезпечення охорони здоров'я, безпечного для життя і здоров'я довкілля, санітарно-епідеміологічного благополуччя, а також задоволення їх власних потреб та інтересів у цій сфері.

Можна виокремити форми реалізації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні за такими критеріями:

- 1) за суб'єктом складом — індивідуальна та колективна;
- 2) за зовнішнім проявом — активна та пасивна;
- 3) за методом впливу — добровільна і примусова;
- 4) за територіальною ознакою — локальна, регіональна, міжрегіональна

та загальнодержавна.

Основне практичне значення з-поміж вищезазначених форм реалізації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні має їх класифікація за суб'єктом складом.

Права четвертого покоління у сфері охорони здоров'я можуть бути реалізовані громадянами України у різних формах за суб'єктом складом:

- 1) в індивідуальній формі (право на зміну статі);
- 2) у колективній формі (право на штучне запліднення);
- 3) як в індивідуальній, так і в колективній формі (право на вільний вибір сексуальної орієнтації).

У контексті дослідження вищезгаданої проблематики також доцільно охарактеризувати систему реалізації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні як невід'ємну складову цілісної системи реалізації прав людини в Україні.

На нашу думку, система реалізації прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я в Україні як невід'ємна складову цілісної системи реалізації прав

людини в Україні — це внутрішньоорганізована сукупність нормативних та інституційних елементів, які спрямовуються на ефективне забезпечення втілення в життя можливостей, визначених нормами права з метою забезпечення охорони здоров'я, безпечного для життя і здоров'я довкілля. На основі вищезгаданого визначення поняття «система реалізації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні» можна виокремити такі складові елементи системи реалізації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні:

— Нормативна система реалізації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні.

— Інституційна система реалізації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні.

Нижче проаналізуємо основні положення кожного із цих складових елементів системи реалізації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні.

Нормативна система реалізації прав людини четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні у свою чергу містить такі елементи:

— нормативна система реалізації прав людини четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні за внутрішньодержавним правом;

— нормативна система реалізації прав людини четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні за міжнародним правом.

Нормативна система реалізації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні за внутрішньодержавним правом включає в себе такі елементи:

- 1) КУ від 28 червня 1996 року;
- 2) кодекси України, зокрема: Цивільний кодекс України від 16 січня 2003 року, Кримінальний кодекс України від 5 квітня 2001 року та інші;
- 3) закони України у сфері реалізації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я, зокрема: ЗУ «Про Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини» від 23 грудня 1997 року, ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» від 17 травня 2018 року;

4) підзаконні нормативно-правові акти у сфері реалізації прав людини четвертого покоління у сфері охорони здоров'я, зокрема: Постанова ВРУ «Про Засади державної політики України в галузі прав людини» від 17 червня 1999 року, Постанову КМУ «Про реалізацію статті 281 Цивільного кодексу України» від 15 лютого 2006 року № 144.

Нормативна система реалізації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні за міжнародним правом включає в себе такі елементи:

1) Міжнародні договори Організації об'єднаних націй, учасником яких є Україна, з питань реалізації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я, зокрема: Загальна декларація прав людини Організації об'єднаних націй від 10 грудня 1948 року, Міжнародний пакт про громадянські та політичні права від 16 грудня 1966 року, Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права від 16 грудня 1966 року, Конвенція про доступ до інформації, участь громадськості в процесі прийняття рішень та доступ до правосуддя з питань, що стосуються довкілля (Орхуська конвенція) від 25 червня 1998 року.

2) Міжнародні договори Ради Європи, учасником яких є Україна, з питань реалізації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я, зокрема: Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод Ради Європи (далі – ЄКПЛ) від 4 листопада 1950 року, Європейська соціальна хартія (переглянута) від 3 травня 1996 року, Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину від 4 квітня 1997 року

3) Міжнародні договори Організації з безпеки та співробітництва в Європі, учасником яких є Україна, з питань реалізації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я, зокрема: Прикінцевий акт Наради з питань безпеки та співробітництва в Європі від 1 серпня 1975 року, Паризька хартія для нової Європи від 21 листопада 1990 року, Декларація Будапештської зустрічі на найвищому рівні від 6 грудня 1994 року.

4) Двосторонні міжнародні договори, учасником яких є Україна, з питань реалізації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я, зокрема: Угода між Міністерством охорони здоров'я України (далі – МОЗ) та Міністерством охорони



здоров'я Азербайджанської Республіки про співробітництво в галузі медицини та охорони здоров'я від 24 березня 1997 року, Угода про співробітництво в галузі охорони здоров'я та медичної науки між МОЗ та Міністерством праці, охорони здоров'я та соціального захисту Грузії від 25 червня 2013 року.

5) Міжнародні договори у рамках СНД, учасником яких є Україна, у сфері реалізації права на безпечне для життя і здоров'я довкілля, зокрема: Угода про співробітництво в галузі охорони здоров'я населення від 26 червня 1992 року, Угода про взаємодію в галузі екології та охорони навколишнього природного середовища від 8 лютого 1992 року. Однак у зв'язку із погіршенням російсько-українських відносин із 2014 року внаслідок анексії Криму та конфлікту на Донбасі, Україна вже не бере активної участі у міжнародному співробітництві в рамках СНД і їх реалізація не є пріоритетом в Україні, особливо в умовах євроінтеграції. Ймовірним також є вихід України із складу СНД найближчим часом.

6) Рішення Європейського суду з прав людини (далі – ЄСПЛ). Зокрема, у справах «Гримковська проти України», «Грей проти Німеччини», «Петрова проти Латвії», «Організація «Women on Waves» та інші проти Португалії».

Отже, нормативна система реалізації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні — це взаємоузгоджена цілісна сукупність норм та принципів права, які відображені у відповідних актах внутрішньодержавного та міжнародного права, що має на меті ефективне забезпечення належного практичного втілення в життя можливостей, установлених нормами права з метою забезпечення охорони здоров'я, безпечного для життя і здоров'я довкілля, санітарно-епідеміологічного благополуччя, а також задоволення їх власних потреб та інтересів у цій сфері.

Інституційна система реалізації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні у свою чергу містить такі елементи:

— Національна інституційна система реалізації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні.

— Міжнародна інституційна система реалізації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні.

— Інституційна система реалізації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні включає уповноважених суб'єктів, які здійснюють діяльність, що має на меті ефективне забезпечення належного практичного втілення в життя можливостей, установлених нормами права з метою забезпечення охорони здоров'я, безпечного для життя і здоров'я довкілля, санітарно-епідеміологічного благополуччя, а також задоволення їх власних потреб та інтересів у цій сфері.

Національна інституційна система реалізації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні включає таких уповноважених суб'єктів:

- ВРУ, Президент України, КМУ;
- суди України;
- Уповноважений Верховної Ради України з прав людини (далі – Уповноважений);
- Прокуратура України;
- центральні органи виконавчої влади;
- місцеві органи виконавчої влади;
- органи місцевого самоврядування;
- адвокатура України;
- засоби масової інформації, в тому числі й електронні;
- неурядові організації: громадські об'єднання, політичні партії, благодійні фонди, релігійні об'єднання, зокрема: Громадське об'єднання «Бюро екологічних розслідувань», Громадське об'єднання «ЕкоПраво-Харків», Всеукраїнський благодійний фонд «Екологічна Україна», Партія зелених України, Українська партія «Зелена планета»;
- суб'єкти господарювання, зокрема і приватний бізнес;
- громадяни України, іноземці, особи без громадянства.

— Міжнародна інституційна система реалізації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні включає наступних уповноважених суб'єктів:

— Організація об'єднаних націй та її відповідні структурні підрозділи і посадові особи, зокрема: Всесвітня організація охорони здоров'я.

— Рада Європи та її відповідні структурні підрозділи і посадові особи.

— Організація з безпеки та співробітництва в Європі та її відповідні структурні підрозділи і посадові особи.

— Європейський суд з прав людини та інші міжнародні суди.

— Міжнародні неурядові організації, зокрема: Всесвітня медична асоціація.

Сучасні тенденції розбудови України у світлі демократії та верховенства права визначають необхідність якісних змін в механізмі забезпечення реалізації прав людини, в тому числі і щодо реалізації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я. На нашу думку, забезпечення належної реалізації четвертого покоління прав людини у сфері охорони здоров'я є невід'ємною частиною механізму ефективного функціонування системи природних прав людини в Україні.

Державна та міжнародна політика у сфері забезпечення належної реалізації четвертого покоління прав людини у сфері охорони здоров'я є запорукою не тільки комфортного проживання людей, розвитку громадянського суспільства, забезпечення толерантності та поваги до прав людини, але й запорукою подальшого розвитку людства у складних сучасних умовах глобалізації та діджиталізації, розвитку науково-технічного прогресу, загроз втрати контролю людства над штучним інтелектом, але й збереження сприятливого життєвого середовища в окремих регіонах, країнах та загалом на нашій планеті Земля — в контексті наявних спільних екологічних та біологічних проблем людства — зокрема глобального потепління та пандемії коронавірусу.

Четверте покоління прав людини у сфері охорони здоров'я — це новітні права людини у сфері охорони здоров'я, які закріплені за внутрішньодержавним та/або міжнародним правом і мають на меті створення умов для практичного

втілення в життя відповідної можливої міри поведінки, установлені нормами права, задля забезпечення благополуччя, а також задоволення власних потреб та інтересів осіб у цій сфері.

Форма реалізації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я — це зовнішній вираз практичного втілення в життя новітніх прав людини у сфері охорони здоров'я.

Права четвертого покоління прав людини у сфері охорони здоров'я можуть бути реалізовані громадянами України у різних формах за суб'єктним складом:

- в індивідуальній формі (право на зміну статі);
- у колективній формі (право на штучне запліднення);
- як в індивідуальній, так і в колективній формі (право на вільний вибір сексуальної орієнтації).

## 1.2. Еволюція прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я

У контексті вивчення проблематики монографічного дослідження важливе значення також має характеристика еволюції четвертого покоління прав людини у сфері охорони здоров'я.

Проблематика еволюції четвертого покоління прав людини у сфері охорони здоров'я набуває важливого значення враховуючи сучасні потреби подальшого розвитку людства у складних сучасних умовах глобалізації та діджиталізації, розвитку науково-технічного прогресу, загроз втрати контролю людства над штучним інтелектом, глобальної пандемії коронавірусу.

Теорія поділу прав людини була заснована французьким юристом Карелом Васеком. В основі цієї концепції лежить генераційний підхід, а саме поділ прав людини на три покоління відповідно до їх історичного формування та розвитку.

Перше покоління прав людини — громадянські і політичні права. Вважається, що права першого покоління — це основа інституту прав людини, до них відносять: право на життя, право на свободу та особисту недоторканність, право на гідність особи, право на недоторканність приватного життя, свобода совісті і свобода думки тощо. Вони інтерпретуються міжнародними документами як невідчужувані й не підлягають обмеженню. Приклади документів, де закріплювались ці права: Велика хартія вільностей 1215 року; Петиція про права (1628); Habeas Corpus Act (Закон про недоторканність особи) (1679); Білль про права (1689). До першого покоління прав людини належать також американські декларації, а саме: Декларація прав Вірджинії (1776), Декларація незалежності Сполучених Штатів Америки (1776), Конституція Сполучених Штатів Америки (1787), Білль про права (Сполучені Штати Америки, 1791), а також французька Декларація прав людини і громадянина (1789) та інші.

Друге покоління прав людини — соціальні, економічні і культурні права (право на працю, відпочинок, соціальне забезпечення, медичну допомогу, захист материнства і дитинства та ін.) сформувалося в процесі боротьби народів за покращення свого економічного становища та підвищення культурного статусу. Бернська конвенція 1906 року проти праці жінок у нічну зміну є першою

багатосторонньою конвенцією щодо захисту соціальних прав людини. Згодом у 1919 році було засновано Міжнародну організацію праці, яка прийняла багато конвенцій, які регулюють права людини в галузі праці.

На рівні Організації об'єднаних націй ці права отримали міжнародне визнання в Загальній декларації прав людини. Визнання прав другого покоління означало суттєві зміни в концепції прав людини. В основі цих змін лежало позитивне розуміння свободи як реальної можливості здійснення своєї волі нарівні з іншими людьми. Володіння свободою, що розуміється таким чином, передбачає не просто відсутність примусу з боку інших людей, але наявність певних можливостей, зокрема, матеріальних ресурсів — в іншому разі людина часто не може скористатися своїм правом. Приклади: конституції початку XX століття (Італія, 1917 рік, Українська Народна Республіка, 1918 рік, Німеччина, 1919 рік), внесення змін і доповнень до чинних конституцій у період після Другої світової війни, Загальна декларація прав людини, Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права 1966 року.

Третє покоління прав людини можна назвати колективними правами, до яких відносять право на мир, безпеку, право на самовизначення народів, на безпечне для життя і здоров'я навколишнє природне середовище, права національних меншин, права корінних народів, право на гуманітарну допомогу, право на економічний та соціальний розвиток. Процес формування третього покоління прав людини почався після Другої світової війни.

Природа прав третього покоління складає предмет дискусій. Так, наприклад, Р. А. Мюллерсон вважає, що третє покоління прав людини можна назвати правами людини й правами народів: право на мир, на здорове навколишнє природне середовище або на соціальний і економічний розвиток належать кожній людині окремо, але й кожному народу й навіть, можна сказати, людству в цілому. Безсумнівно, можливість користування указаними правами належить конкретній людині. Однак варто підтримати позицію, що особливість цих прав у тому, що вони насамперед є колективними правами й можуть здійснюватися не тільки й не стільки окремою людиною, скільки колективом, спільнотою, асоціацією. Нові гучні

відкриття у науці стали поштовхом для зародження четвертого покоління прав людини [42].

Четверте покоління прав людини — це правова відповідь викликам ХХІ століття, коли йдеться вже про виживання людства як біологічного виду, про збереження цивілізації, про подальшу, космічну соціалізацію людства. Народжується нове, четверте покоління прав, і відповідно, виникають міжнародно-правові процесуальні інститути, що забезпечують ці права.

Між поколіннями прав людини існує взаємозалежність, що виявляється у їх взаємній пов'язаності і наявності відповідного механізму їх забезпечення, реалізації та захисту як на національному, так і на міжнародному рівнях.

Інститут прав людини є динамічним і реагує на економічні, суспільні та науково-технологічні зміни. Каталог прав людини не є статичним і неминуче буде розширюватися і надалі як за законодавством окремих держав, так і за міжнародним правом.

До четвертого покоління прав людини, як зазначалося вище у попередньому підрозділі, можна віднести право на:

- зміну статі;
- штучне запліднення;
- трансплантацію;
- клонування;
- вільне статеве життя;
- вільний вибір сексуального партнера;
- вільну від дитини сім'ю;
- одностатеві шлюби;
- аборт;
- бодімодифікацію;
- донорство органів та клітин;
- посмертне донорство;
- сурогатне материнство та батьківство;

- евтаназію;
- генну інженерію;
- використання віртуальної реальності;
- доступ до мережі Інтернет;
- використання штучного інтелекту;
- користування соціальними мережами;
- доступ до електронного урядування;
- комерційні польоти в космос;
- дослідження в космосі;
- вільний доступ до екологічної інформації;
- вільний доступ до інформації про санітарно-епідеміологічну ситуацію.

На думку О. Гончаренко, розвиток прав людини і громадянина в Україні — це певний поступовий процес, унаслідок якого відбувається зміна змісту та обсягу прав відповідно до рівня суспільного життя на певному етапі історичного розвитку держави [43, с. 18].

У рамках еволюції четвертого покоління прав людини у сфері охорони здоров'я в Україні можна виокремити наступні етапи:

- 1) етап становлення системи прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні — від 24 серпня 1991 року до 28 червня 1996 року;
- 2) етап конституційного визнання та подальшого закріплення прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні — від 28 червня 1996 року до 22 лютого 2014 року;
- 3) новітній етап еволюції прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні, пов'язаний з процесом євроінтеграції України, розпочався з 22 лютого 2014 року і триває до наших днів. Нижче розглянемо кожен із вищезгаданих етапів еволюції прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні більш детально.

Етап становлення системи прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні — від 24 серпня 1991 року до 28 червня 1996 року — він



пов'язаний зі здобуттям незалежності України та потребою у нормативному регулюванні правових заходів щодо вирішення тогочасних суспільних та екологічних проблем, формування законодавства з прав людини, боротьби з дискримінацією, закріпленням та розширенням меж прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні.

Після проголошення незалежності Україна позбулася деяких законодавчих норм, які асоціювали її з СРСР та порушенням прав людини. Однією з них була кримінальна відповідальність за добровільні статеві стосунки між чоловіками (гомосексуалізм).

Криміналізація гей-сексу в СРСР відбулася 11 січня 1934 року, коли у Харкові голова Всеукраїнського центрального виконавчого комітету Григорій Петровський підписав Постанову про кримінальну відповідальність за мужолозтво. Цим актом передбачалось повернення статті за мужолозтво у Кримінальний кодекс УСРР. До Кримінального кодексу УСРР була додана стаття 165 (1), яка передбачала покарання за добровільний статевий акт двох чоловіків — позбавлення волі на термін до 5 років. За мужолозтво, яке було скоєне «з використанням залежного стану потерпілого, з насиллям, за плату, по професії чи публічно — позбавлення волі на термін до 8 років» [44].

01 квітня 1961 року набула чинності нова редакція статті за мужолозтво у Кримінальному кодексі УРСР. Стаття про мужолозтво мала номер 122 і передбачала покарання за гомосексуальні зв'язки у вигляді позбавлення волі до 1 року або заслання на термін до 3 років [45]. Саме цю статтю пом'якшила ВРУ 12 грудня 1991 року.

Понад 27 років тому Україна стала першою з республік колишнього СРСР, хто скасував кримінальну відповідальність за добровільні гомосексуальні стосунки. Тавро злочинців з геїв та бісексуалів було зняте у контексті боротьби зі СНІДом, який у ті часи вважали смертельним недугом.

У жовтні 1991 року перший міністр охорони здоров'я України Юрій Спіженко під час представлення депутатам законопроекту про боротьбу зі СНІДом, заявляв, що на території нашої держави не обстежені на ВІЛ «групи високого

ризик», серед них — гомосексуали, бо «чинне законодавство не забезпечило такої можливості». Тодішній глава МОЗ бідкався перед депутатами, що Одеса «дала нам чи не половину всіх вірусоносіїв України», а «виробництво презервативів було сконцентровано на одному заводі» у сусідній Росії [44].

Інший доповідач, голова Комісії ВРУ з питань здоров'я людини Павло Віцяк, перед голосуванням у першому читанні законопроекту про боротьбу зі СНІДом виголосив: «Необхідно скасувати статті законодавчих актів, які передбачають кримінальну відповідальність за гомосексуалізм, за винятком гомосексуальних зв'язків із застосуванням насильства або у відношенні до неповнолітніх, а також адміністративну відповідальність за проституцію». Цікаво, що ніхто з присутніх у залі депутатів не почав дискутувати на цю тему. Законопроект підтримали 276 голосами та відправили на друге читання [44].

Історичне рішення українського парламенту під головуванням спікера Івана Плюща про скасування кримінальної відповідальності за добровільний секс між чоловіками було прийняте 12 грудня 1991 року. Його підтримали 278 народних депутатів з 370 присутніх у залі. Українська ЛГБТ-спільнота має завдячувати прийняттю цього складного рішення насамперед тодішньому Голові парламенту І. Плющу. Засідання 12 грудня починалося дуже важко, депутати не хотіли переходити до порядку денного, проте І. Плющ був рішуче налаштований перейти до порядку денного, питаннями якого були проєкт ЗУ про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення (друге читання) і проєкт змін до Кримінального і Кримінально-процесуального кодексів Української РСР [44].

Зміни до Кримінального і Кримінально-процесуального кодексів України набули чинності 20 січня 1992 року. Проте стаття 122 під назвою «Мужолозтво» залишилась в Кримінальному кодексі України і тепер передбачала відповідальність лише за статеві зносини між чоловіками, «вчинені з застосуванням фізичного насильства, погрози або використанням безпорадного стану потерпілого» (від 2 до 5 років) і «вчинені групою осіб, або до неповнолітнього, або особою, яка раніше вчинила такий злочин» (до 8 років) [44].

В Україні вже у 1991 році важливе значення приділяли розбудові системи реалізації права на вільний доступ до екологічної інформації та права на вільний доступ до інформації про санітарно-епідеміологічну ситуацію. Зокрема, було прийнято ЗУ «Про правовий режим території, що зазнала радіоактивного забруднення внаслідок Чорнобильської катастрофи» від 27 лютого 1991 року, який закріплює і гарантує забезпечення режиму використання та охорони відповідних територій з метою зменшення дії радіоактивного опромінення на здоров'я людини та на екологічні системи. Відповідно до статті 1 цього Закону до територій, що зазнали радіоактивного забруднення внаслідок Чорнобильської катастрофи, в межах України належать території, на яких виникло стійке забруднення навколишнього середовища радіоактивними речовинами понад доаварійний рівень, що з урахуванням природно-кліматичної та комплексної екологічної характеристики конкретних територій може призвести до опромінення населення понад 1,0 мЗв (0,1 бер) за рік, і яке потребує вжиття заходів щодо радіаційного захисту населення та інших спеціальних втручань, спрямованих на необхідність обмеження додаткового опромінення населення, зумовленого Чорнобильською катастрофою, та забезпечення його нормальної господарської діяльності [46].

Важливе значення для належної реалізації права на вільний доступ до екологічної інформації та права на вільний доступ до інформації про санітарно-епідеміологічну ситуацію мав також ЗУ «Про охорону атмосферного повітря» від 16 жовтня 1992 року. Цей Закон спрямований на збереження та відновлення природного стану атмосферного повітря, створення сприятливих умов для життєдіяльності, забезпечення екологічної безпеки та запобігання шкідливому впливу атмосферного повітря на здоров'я людей та навколишнє природне середовище; він визначає правові і організаційні основи та екологічні вимоги в галузі охорони атмосферного повітря. Відповідно до статті 5 цього Закону у галузі охорони атмосферного повітря встановлюються такі нормативи: нормативи екологічної безпеки атмосферного повітря; нормативи гранично допустимих викидів забруднюючих речовин стаціонарних джерел; нормативи гранично допустимого впливу фізичних та біологічних факторів стаціонарних джерел;

нормативи вмісту забруднюючих речовин у відпрацьованих газах та впливу фізичних факторів пересувних джерел; технологічні нормативи допустимого викиду забруднюючих речовин [47].

Проблема забезпечення права на вільний доступ до екологічної інформації та права на вільний доступ до інформації про санітарно-епідеміологічну ситуацію є актуальною у всіх без винятку країнах світу, адже чимало екологічних та санітарно-епідемічних проблем набули планетарного масштабу і стали спільними проблемами людства, зокрема: руйнування озонового шару, зміна клімату, глобальне потепління, забезпечення доступу до якісної питної води, боротьба з епідеміями СНІДу, еболи, туберкульозу, кору, холери, дифтерії, малярії, а тепер і коронавірусу відповідно на локальному, національному, регіональному і глобальному рівнях. Саме тому право на вільний доступ до екологічної інформації та право на вільний доступ до інформації про санітарно-епідеміологічну ситуацію здобуло своє нормативне закріплення та визнання як на національному рівні в Україні, так і за міжнародним правом, а питання забезпечення їх належної реалізації є важливими у суспільстві та державі і нині.

На думку А. Дутко та М. Заболотної, з розвитком правовідносин у сфері репродуктивної діяльності людини, зокрема, після появи нових методів подолання безпліддя, виникла перспектива формування четвертого покоління прав людини, пов'язаного зі збереженням репродуктивного здоров'я нації. Правовідносини, що складаються у сфері охорони репродуктивного здоров'я фізичної особи, зумовлені винятковою соціальною значущістю і необхідністю створення системи спеціальних правових засобів, за допомогою яких реалізуються, охороняються і захищаються репродуктивні права [48, с. 82].

Відповідно до Декларації стосовно трансплантації людських органів, прийнятої у 1987 році Всесвітньою медичною асамблеєю, проведення будь-якої операції з трансплантації вимагає отримання «інформованої, добровільної та усвідомленої згоди донора і реципієнта, а у випадках, коли це неможливо, то членів їх сімей або законних представників» [49]. Резолюція з питань поведінки лікарів при здійсненні трансплантації людських органів, прийнята Всесвітньою медичною

асоціацією у 1994 році, стала відповіддю на поширення випадків участі лікарів в операціях з пересадки органів і тканин, отриманих від осіб, засуджених до смертної кари, осіб з фізичними або психічними вадами, викрадених дітей та інших осіб, які не мають можливості відмовитися від такої операції, або взагалі без їх згоди [50, с. 103].

Частково регламентує процес донації стаття 48 Основ законодавства України про охорону здоров'я (далі – Основи) від 19 листопада 1992 року, в якій ідеться про те, що застосування штучного запліднення та імплантації ембріона здійснюється згідно з умовами та порядком, встановленими центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, за медичними показаннями повнолітньої жінки, з якою проводиться така дія, за умови наявності письмової згоди подружжя, забезпечення анонімності донора та збереження лікарської таємниці [51]. Розкриття анонімності донора може бути здійснено в порядку, передбаченому законодавством. Проте норми, що регулюють підстави та умови розкриття анонімності донора, — відсутні, внаслідок цього право дитини на отримання інформації про своїх генетичних батьків залишається нормативно невизначеним і нині.

З-поміж прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я важливе значення має право на аборт (право на штучне переривання вагітності). Це право було закріплено ще і в законодавстві УРСР, згодом після здобуття незалежності України продовжився розвиток правового регулювання вказаного права. Так, на цьому етапі було прийнято Постанову КМУ «Про порядок штучного переривання вагітності від 12 до 28 тижнів» [52] від 12 листопада 1993 року № 926. Згідно з цією Постановою медичні показання для штучного переривання вагітності визначаються амбулаторно-поліклінічними чи стаціонарними закладами охорони здоров'я. За наявності медичних показань вагітність переривається на підставі відповідного висновку лікарсько-консультаційної комісії лікувально-профілактичного закладу за місцем диспансерного нагляду хворої жінки. Штучне переривання вагітності від 12 до 28 тижнів проводиться із додержанням вимог статті 43 Основ [51] щодо згоди об'єктивно поінформованого дієздатного пацієнта

на медичне втручання. У невідкладних випадках, коли реальна загроза життю хворої жінки є наявною, згода хворої або її законних представників на медичне втручання не потрібна. За наявності соціальних показань вагітність переривається на підставі заяви жінки, до якої повинен бути доданий відповідний документ, що підтверджує необхідність штучного переривання вагітності. Штучне переривання вагітності від 12 до 28 тижнів може проводитися за наявності у вагітної жінки захворювань, що не зазначені у затвердженому цією постановою переліку, але при яких продовження вагітності та пологи становлять загрозу для здоров'я або життя вагітної, а також інших соціальних показань, що не вказані у переліку, але визнані поважними для вагітної, на підставі дозволу постійно діючої комісії у складі, що затверджується відповідними органами охорони здоров'я [52].

Цей етап також характеризується становленням інституцій громадянського суспільства в Україні, зокрема, було зареєстровано численні громадські організації та інші неурядові організації, які мали на меті захист прав людини, зокрема і захист прав ЛГБТ-спільноти в Україні. Так, 13 травня 1994 року відбулася реєстрація Мін'юстом першого всеукраїнського об'єднання громадян, яка позиціонувала себе як ЛГБТ-організацію — «Ганімед». Вона фактично припинила свою діяльність у 1999 році [53].

Також на цьому етапі було прийнято ЗУ «Про екологічну експертизу» від 9 лютого 1995 року, ЗУ «Про поводження з радіоактивними відходами» від 30 червня 1995 року, що сприяло розвитку нормативної системи реалізації права на безпечне для життя і здоров'я довкілля в Україні за внутрішньодержавним правом [54].

Важливе значення має також ЗУ «Про використання ядерної енергії та радіаційну безпеку» від 8 лютого 1995 року. Цей Закон є основоположним у ядерному законодавстві України. Він встановлює пріоритет безпеки людини та навколишнього природного середовища, права і обов'язки громадян у сфері використання ядерної енергії, регулює діяльність, пов'язану з використанням ядерних установок та джерел іонізуючого випромінювання, встановлює також правові основи міжнародних зобов'язань України щодо використання ядерної

енергії. Згідно зі статтею 4 цього Закону, радіаційний захист під час використання ядерної енергії базується на таких основних принципах:

- не може бути дозволена жодна діяльність, пов'язана з іонізуючим випромінюванням, якщо кінцева вигода від такої діяльності не перевищує заподіяної нею шкоди;

- величина індивідуальних доз, кількість осіб, які опромінюються, та ймовірність опромінення від будь-якого з видів іонізуючого випромінювання повинні бути найнижчими з тих, що їх можна практично досягти, враховуючи економічні і соціальні фактори;

- опромінення окремих осіб від усіх джерел та видів діяльності у підсумку не повинно перевищувати встановлених дозових меж [55].

Отже, на цьому етапі були закладені основи для подальшого закріплення та розвитку системи реалізації та захисту прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні.

Етап конституційного визнання та подальшого закріплення прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні — від 28 червня 1996 року до 22 лютого 2014 року.

Із 28 червня 1996 року почався етап конституційного визнання та подальшого закріплення прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні.

КУ від 28 червня 1996 року є важливою віхою на шляху становлення та розвитку і нормативного закріплення на найвищому рівні прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні.

Відповідно до статті 49 КУ кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності [56].

Згідно з частиною 2 статті 50 КУ закріплено кожному право вільного доступу до інформації про стан довкілля: кожному гарантується право вільного доступу до інформації про стан довкілля, про якість харчових продуктів і предметів побуту, а також право на її поширення. Така інформація ніким не може бути засекречена [56].

На думку Н. Г. Шукліної, право кожного на вільний доступ до інформації про стан довкілля, про якість харчових продуктів і предметів побуту, а також право на її поширення є, безумовно, конституційно-правовою гарантією забезпечення права на безпечне для життя і здоров'я довкілля [57].

Після цього до 22 лютого 2014 року було прийнято чимало нормативно-правових актів, які сприяли розбудові новітньої системи реалізації права на безпечне для життя і здоров'я довкілля в Україні, а також ратифіковані відповідні міжнародні договори. Зокрема, було прийнято ЗУ «Про захист людини від впливу іонізуючого випромінювання» від 14 січня 1998 року, який спрямований на забезпечення захисту життя, здоров'я та майна людей від негативного впливу іонізуючого випромінювання, спричиненого практичною діяльністю, а також у випадках радіаційних аварій, шляхом виконання запобіжних та рятувальних заходів і відшкодування шкоди [58].

ЗУ «Про доступ до публічної інформації» від 13 січня 2011 року — згідно зі статтею 20 у разі, якщо запит на інформацію стосується інформації, необхідної для захисту життя чи свободи особи, щодо стану довкілля, якості харчових продуктів і предметів побуту, аварій, катастроф, небезпечних природних явищ та інших надзвичайних подій, що сталися або можуть статись і загрожують безпеці громадян, відповідь має бути надана не пізніше 48 годин з дня отримання запиту [59].

Враховуючи наявність проблеми переробки та утилізації відходів в Україні, важливе значення у цій сфері мало прийняття ЗУ

«Про відходи» від 5 березня 1998 року. Цей Закон визначає правові, організаційні та економічні засади діяльності, пов'язаної із запобіганням або зменшенням обсягів утворення відходів, їх збиранням, перевезенням, зберіганням, сортуванням, обробленням, утилізацією та видаленням, знешкодженням та



захороненням, а також з відверненням негативного впливу відходів на навколишнє природне середовище та здоров'я людини на території України. Відповідно до статті 5 ЗУ «Про відходи» основними принципами державної політики у сфері поводження з відходами є пріоритетний захист навколишнього природного середовища та здоров'я людини від негативного впливу відходів, забезпечення ощадливого використання матеріально-сировинних та енергетичних ресурсів, науково обґрунтоване узгодження екологічних, економічних та соціальних інтересів суспільства щодо утворення та використання відходів з метою забезпечення його сталого розвитку [60].

Сміттєзвалища в першу чергу становлять загрозу для довкілля, бо на несанкціоновані звалища привозиться будь-що, в тому числі і промислові відходи, утворюється високотоксична речовина, яка потрапляє на ґрунт, в ґрунтові води, а подекуди і в підземні води. Крім того, ці сміттєзвалища забруднюють величезну територію, забираючи сільськогосподарські родючі землі. І викиди в атмосферу є такими, що значно перевищують гранично допустимі концентрації, і це суттєво впливає на здоров'я людей. Поверхневі води, водні об'єкти дуже страждають. Дуже часто власники або люди, які живуть поряд, зменшують їх об'єм шляхом підпалу. І ці пожежі спричиняють не просто забруднення, а отруєння навколишнього середовища [61].

Важливе значення на цьому етапі мала також еволюція права на трансплантацію, зокрема було прийнято ЗУ «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини» 16 липня 1999 року. Згідно зі статтею 1 цього Закону трансплантація — спеціальний метод лікування, що полягає в пересадці реципієнту органа або іншого анатомічного матеріалу, взятих у людини чи у тварини. Трансплантація як метод лікування застосовується виключно за наявності медичних показань та згоди об'єктивно поінформованого дієздатного реципієнта лише у випадках, коли усунення небезпеки для життя або відновлення здоров'я реципієнта іншими методами лікування неможливе. Наявність у реципієнта медичних показань для застосування трансплантації встановлює консиліум лікарів відповідного закладу охорони здоров'я чи наукової установи [62].

Важливим в еволюції права на аборт було прийняття Цивільного кодексу України. Відповідно до пункту 6 статті 281 Цивільного кодексу України штучне переривання вагітності, якщо вона не перевищує дванадцяти тижнів, може здійснюватися за бажанням жінки. У випадках, встановлених законодавством, штучне переривання вагітності може бути проведене при вагітності від дванадцяти до двадцяти двох тижнів. Перелік обставин, що дозволяють переривання вагітності після дванадцяти тижнів вагітності, встановлюється законодавством [63].

Згодом було прийнято і Постанову КМУ «Про реалізацію статті 281 Цивільного кодексу України» від 15 лютого 2006 року № 144, відповідно до якої штучне переривання вагітності, строк якої становить від 12 до 22 тижнів, здійснюється в акредитованих закладах охорони здоров'я на підставах, зазначених у додатку, за висновком комісії, утвореної відповідно Міністерством охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управлінням охорони здоров'я обласної та Севастопольської міської державних адміністрацій і Головним управлінням охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації. Висновок готується згідно із заявою вагітної жінки та відповідними документами [64].

Важливе значення в еволюції реалізації права на вільний доступ до екологічної інформації в Україні мало Положення про порядок надання екологічної інформації, затверджене наказом Міністерства охорони навколишнього природного середовища України від 18 грудня 2003 року № 169 «Про затвердження Положення про порядок надання екологічної інформації» [65], що стало логічним кроком після розроблення Основних напрямів державної політики України у галузі охорони довкілля, використання природних ресурсів та забезпечення екологічної безпеки [66]. Це Положення визначало правові та організаційні засади забезпечення порядку надання та оприлюднення екологічної інформації. Згодом вищезгадане Положення втратило чинність відповідно до наказу Міністерства екології та природних ресурсів України «Про визнання таким, що втратив чинність, наказу Міністерства охорони навколишнього природного середовища» від 2 квітня 2012 року № 217.

Водночас декриміналізація гомосексуальності не означала її повну реабілітацію в очах громадян України. Неодноразові соціологічні опитування показують, що українці не готові забезпечити рівність ЛГБТ-спільноти [44].

01 жовтня 2012 року відбулась публічна акція проти прийняття проєкту закону № 8711, який передбачав кримінальну відповідальність за «пропаганду гомосексуалізму». На жаль, в той же день законопроект був прийнятий ВРУ в першому читанні. За законопроект № 8711 проголосувало 289 народних депутатів, в тому числі тодішній голова ВРУ Володимир Литвин. До прийняття закону в цілому у другому читанні справа не дійшла через різку критику гомофобної ініціативи з боку міжнародної спільноти і правозахисних організацій [53].

Нижче проаналізуємо Порядок обстеження осіб, які потребують зміни (корекції) статевої належності, затверджений наказом МОЗ від 3 лютого 2011 року № 60, який став важливою віхою у розвитку правового регулювання права на зміну статі за законодавством України [67].

Відповідно до цього Порядку особи, які потребують зміни (корекції) статевої належності, звертаються до лікаря-сексопатолога для проходження необхідного обстеження. Перелік необхідних обстежень для осіб, які потребують зміни (корекції) статевої належності:

Амбулаторне сексологічне обстеження з підтвердженням даних про наявність діагнозу «Трансесексуалізм».

Стаціонарне психіатричне обстеження в умовах психіатричної лікарні протягом не менше 30 днів, але не більше 45 днів, з повним психологічним та патопсихологічним обстеженням для підтвердження або виключення діагнозу «Трансесексуалізм». Обстеження пацієнта в умовах денних психіатричних, психосоматичних та кризових стаціонарів або амбулаторно не допускається.

Ендокринологічне та соматичне обстеження, необхідні для з'ясування протипоказань для ендокринної та/або хірургічної зміни (корекції) статі, що включають:

- 1) результати загальноклінічних аналізів крові,
- 2) сечі (за останній місяць);

- 3) результати біохімії крові, печінкових проб, білкових фракцій, а також цукру крові з цукровим навантаженням (за останній місяць);
- 4) результат реакції Вассермана (за останній місяць);
- 5) результати досліджень статевих гормонів: естрогенів, тестостерону (або вільного тестостерону), пролактину, лютеїнізуючого та фолікулостимулюючого гормонів (ЛГ і ФСГ) за останній місяць;
- 6) розшифровані електроенцефалограма, електрокардіограма;
- 7) результати медико-генетичних та цитогенетичних обстежень;
- 8) дані рентгенографії черепа у двох проекціях та флюорографії (рентгенографія грудної клітки).

Динамічне спостереження лікарем-сексопатологом за особою, яка потребує зміни (корекції) статевої належності, для визначення рівня її соціальної адаптації не менше одного року (один раз на три місяці проводиться оцінка стану соціальної адаптації з об'єктивним описом поведінки на роботі та за місцем проживання для виключення асоціальної та делінквентної поведінки).

Особи, що потребують зміни (корекції) статевої належності, повинні бути попереджені про можливі соціально-психологічні, медичні ускладнення як наслідок хірургічної та/або ендокринної корекції, про неможливість після зміни (корекції) статевої належності мати власних дітей. З ними повинна проводитися інтенсивна психотерапевтична робота, спрямована на відмову пацієнта від зміни (корекції) статевої належності.

Якщо пацієнт з наявністю протипоказань наполягає на проведенні зміни (корекції) статевої належності, лікар-сексопатолог надає пацієнту свій висновок у довільній формі із зазначенням протипоказань.

Після проходження пацієнтом Комісії та вирішення питання про зміну (корекцію) його статевої належності лікар-сексопатолог зобов'язаний: надавати постійну допомогу в соціально-психологічній адаптації після зміни (корекції) статевої належності; проводити підготовчу ендокринологічну корекцію протягом не менше трьох місяців до хірургічного втручання з метою профілактики післякастраційного синдрому.

У разі якщо Комісія приймає рішення відмовити особі у зміні (корекції) статевої належності, лікар-сексопатолог повинен здійснювати психотерапевтичну корекцію масштабів переживання (за необхідності — медикаментозну корекцію) з метою запобігання суїцидальним випадкам.

У разі ускладнення ендокринологічної корекції або соціально-психологічної адаптації лікар-сексопатолог може звернутися до Комісії. Якщо існує обґрунтована необхідність, особа, що потребує зміни (корекції) статевої належності, може бути направлена на повторну консультацію.

Психолог за місцем проживання проводить повне психологічне обстеження особи, яка потребує зміни (корекції) статевої належності, з обов'язковим відображенням таких пунктів:

- рівень соціально-психологічної адаптації на сьогодні;
- здатність особи до соціально-психологічної адаптації, у тому числі:
- наявність рис характеру, які ускладнюють або роблять неможливою соціально-психологічну адаптацію після зміни статі;
- диференціація особистісної та ситуативної тривожності;
- тенденції до асоціальної поведінки та асоціальних вчинків.
- ступінь ідентифікації особи з бажаною статтю відповідно до патопсихологічного обстеження;
- наявність або відсутність порушень мислення та емоційно-вольової сфери;
- наявність навичок поведінки бажаної статі;
- ступінь реалістичності самооцінки зараз та у бажаній статі;
- соціально-побутові умови особи.

Результати обстеження, оформлені як висновок психолога у довільній формі, направляють Комісії.

Після прийняття рішення Комісії про зміну статевої належності психологом здійснюється допомога в соціально-психологічній адаптації особи в бажаній статі з урахуванням особливостей особи та соціальної сфери.

Перед кожним наступним етапом корекції психолог здійснює повторне психологічне обстеження з урахуванням рівня адаптації та прогнозування подальшої адаптації.

Хірургічна корекція може бути проведена за направленням Комісії в обсязі, який бажає пацієнт, за умови, що її можна здійснити із врахуванням фізичного стану пацієнта, але не раніше ніж через три місяці після підготовчої ендокринологічної корекції.

У періодах між етапами корекції пацієнт перебуває під постійним наглядом лікаря-сексопатолога та лікаря-ендокринолога.

Після проведення хірургічної корекції Комісія видає пацієнту медичне свідоцтво про зміну (корекцію) статевої належності згідно з додатком, яке є підставою для внесення змін в актовий запис про народження цієї особи і видачі нового свідоцтва про народження з подальшою зміною відповідних документів про особу.

Ще у 2009 році в рекомендаціях державам-членам Ради Європи з тематичної доповіді «Права людини та гендерна ідентичність», комісар Ради Європи з прав людини Томас Хаммарберг закликав викорінити стерилізацію та інші форми обов'язкового медичного лікування як необхідну вимогу для юридичного визнання гендерної ідентичності особи у законах, що регулюють процес зміни імені та статі [68].

У XXI столітті людину, шантажуючи можливістю отримати необхідні документи, змушують піти на операцію, яка залишає її органів, що більшості з нас не потрібні. Більше того, є навіть заборона на зберігання замороженого матеріалу (сперматозоїдів і яйцеклітин) для транссексуалів. Держава, таким чином, порушує право людини на недоторканність її тіла, а також права на сім'ю, на дітей. В таких умовах стерилізація не є вибором самої людини, а є примусом через шантаж. Якщо головна мета — лікування дисфорії і зміна документів — один з етапів лікування (інакше людина не може остаточно соціалізуватися у бажаному гендері, маючи зовнішність одну, а документи — зовсім інші, і гендерна дисфорія не проходить),

то примус людини до вибору «стерилізація або ніяких тобі документів» — це злочин [69].

Для усунення зазначених недоліків та приведення процедури надання медичної допомоги у відповідність зі світовими стандартами МОЗ почав міняти свою нормативно-правову базу [69].

ВРУ було прийнято ЗУ «Про ратифікацію Європейської конвенції про усиновлення дітей (переглянутої)» від 15 лютого 2011 року [70]. Європейська конвенція про усиновлення дітей (переглянута) згідно зі статтею 7 дозволяє всиновлювати дитину:

- 1) двом особам різної статі:
- 2) які перебувають у шлюбі між собою або
- 3) які перебувають у зареєстрованому партнерстві, якщо такий інститут існує;
- 4) одній особі [71].

Держави можуть поширювати дію цієї Конвенції на одностатеві пари, які одружені або перебувають у зареєстрованому партнерстві. Вони також можуть поширювати дію цієї Конвенції на різностатеві й одностатеві пари, які разом проживають у постійних стосунках.

Мін'юст у квітні 2011 року видав роз'яснення, вказавши, що Конвенція «дає право (а не встановлює обов'язок) державам, враховуючи їх національне законодавство, поширювати дію цієї Конвенції на одностатеві пари» [72].

Репродуктивні права людини є природними правами людини. Однак іноді реалізація права на продовження роду як одного з репродуктивних прав людини є неможливою з медичних причин — у зв'язку з безпліддям одного або обох із подружжя.

Лікування безпліддя є важливою демографічною та соціально-економічною проблемою в усьому світі, для вирішення якої використовуються допоміжні репродуктивні технології [73, с. 35].

В Україні порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій визначений в наказі МОЗ від 9 вересня 2013 року № 787 «Про затвердження

Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні». У Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні міститься дефініція допоміжних репродуктивних технологій, які визначаються як методики лікування безпліддя, за яких маніпуляції з репродуктивними клітинами, окремі або всі етапи підготовки репродуктивних клітин, процеси запліднення і розвитку ембріонів до перенесення їх у матку пацієнтки здійснюються в умовах *in vitro* (техніка виконання експерименту чи інших маніпуляцій у спеціальному лабораторному посуді або у контрольованому середовищі поза живим організмом) [74].

Нині існує чимало різновидів допоміжних репродуктивних технологій, зокрема, в Україні наказом МОЗ № 787 визначено такий різновид, як донатія гамет та ембріонів (процедура, за якою донори за письмово оформленою добровільною згодою надають свої статеві клітини-гамети (сперму, ооцити) або ембріони для використання в інших осіб при лікуванні безпліддя). Застосування донатії ембріонів здійснюється за медичними показаннями за умови наявності письмової інформованої добровільної згоди пацієнтів, забезпечення анонімності донора та збереження лікарської таємниці [74].

Юридичний аспект дослідження процесу донорства репродуктивних клітин та ембріонів полягає в детальному аналізі питання договірних відносин у цій сфері. Порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій, затверджений наказом МОЗ № 787, не охоплює всі аспекти правовідносин у сфері донорства, зокрема недостатньо чітко визначає правовий статус учасників цих правовідносин. У Порядку розширено перелік необхідної документації, за наявності якої здійснюється донорство гамет чи ембріонів. До такої документації належать:

- 1) інформована добровільна згода на донорство сперми;
- 2) заява пацієнтки/пацієнтів про використання донорських ооцитів;
- 3) інформована добровільна згода на донорство ооцитів;
- 4) інформована добровільна згода на донорство ембріонів [74].

З вищевикладеного випливає, що цим Порядком затверджено форми заяв донорів на інформовану добровільну згоду; крім того, з'являється необхідність у



наявності заяви пацієнтки/пацієнтів про використання донорських ооцитів (яйцеклітин).

Характерною особливістю наказу МОЗ № 787 є те, що для здійснення донорства репродуктивного матеріалу не потрібна наявність низки документів, у тому числі й договору, які були передбачені пунктом 10 глави 5 Інструкції про порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій, затвердженої наказом МОЗ від 23 грудня 2008 року № 771 «Про затвердження Інструкції про порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій», який втратив чинність у зв'язку з набранням чинності наказу МОЗ № 787, в якому договір трансформувався в односторонній правочин — поінформовану добровільну згоду на донорство ооцитів [74].

Вважаємо, що саме договір повинен стати основним правовим документом, який визначить юридичні аспекти донорства репродуктивних клітин та ембріонів, закріпить права та обов'язки донорів і реципієнтів, вимоги до сторін та відповідальність за недотримання умов договору тощо.

Умови правомірності проведення донорства в Україні закріплюються у статті 290 Цивільного кодексу України, відповідно до якої:

— повнолітня дієздатна фізична особа має право бути донором крові, її компонентів, а також органів та інших анатомічних матеріалів та репродуктивних клітин. Донорство крові, її компонентів, органів та інших анатомічних матеріалів, репродуктивних клітин здійснюється відповідно до закону;

— взяття органів та інших анатомічних матеріалів з тіла фізичної особи, яка померла, не допускається, крім випадків і в порядку, встановлених законом;

— фізична особа може дати письмову згоду на донорство її органів та інших анатомічних матеріалів на випадок своєї смерті або заборонити його. Особа донора не повинна бути відомою реципієнту, а особа реципієнта — родині донора, крім випадків, коли реципієнт і донор перебувають у шлюбі або є близькими родичами [63].

На думку М. М. Малєїної, сперма, яйцеклітини та ембріони, як особливі об'єкти донорства, несуть у собі спадковий матеріал, беруть участь у генетичному

формуванні людини, визначають її фізичні й психічні якості та встановлюють біологічне споріднення між донором і реципієнтом [75, с. 5].

Важливе значення у цьому аспекті має Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину Ради Європи від 04 квітня 1997, яка була підписана Україною 22 березня 2002 року. Ця Конвенція прямо забороняє втручання в геном людини та вибір статі дитини: стаття 13 «Втручання в геном людини» (втручання з метою видозміни геному людини може здійснюватися лише у профілактичних, діагностичних або лікувальних цілях, і тільки якщо воно не має на меті внести будь-яку видозміну у геном нащадків); стаття 14 «Заборона селекції статі» (використання медичних репродуктивних технологій з метою селекції статі майбутньої дитини не дозволяється, за винятком випадків, коли необхідно уникнути серйозного спадкового захворювання, пов'язаного зі статтю). Згідно з пунктом 2 статті 18 цієї Конвенції прямо заборонено вирощування ембріонів людини для дослідних цілей [15].

Отже, протягом цього етапу відбулася суттєва еволюція прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні.

Новітній етап еволюції прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні, пов'язаний з процесом євроінтеграції України, розпочався з 22 лютого 2014 року і триває до наших днів.

Події Революції Гідності (листопад 2013 року — лютий 2014 року) засвідчили відданість народу України основним демократичним цінностям, нетерпимість до грубих порушень прав людини з боку вищих органів державної влади та їх посадових осіб, потребу розбудови України як правової і демократичної держави, в якій гарантуються та забезпечуються права і свободи людини. Після перемоги Революції Гідності Україна розпочала активний шлях євроінтеграції, що зумовило відповідні законодавчі зміни та новели, які створили більш сприятливі умови для реалізації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні.

Важливою віхою сучасного розвитку України є підписання Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом,

Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з другої сторони, від 27 червня 2014 року [76]. Згідно зі статтею 2 цієї Угоди поважає демократичних принципів, прав людини та основоположних свобод, як визначено, зокрема, в Гельсінському заключному акті Ради з безпеки та співробітництва в Європі 1975 року та Паризькій хартії для нової Європи 1990 року, а також в інших відповідних документах щодо захисту прав людини, серед яких Загальна декларація прав людини Організації об'єднаних націй 1948 року і ЄКПЛ, а також поважає до принципу верховенства права повинні формувати основу внутрішньої та зовнішньої політики сторін і є основними елементами цієї Угоди. Забезпечення поваги до принципів суверенітету й територіальної цілісності, непорушності кордонів і незалежності, а також протидія розповсюдженню зброї масового знищення, пов'язаних з нею матеріалів та засобів їхньої доставки також є основними елементами цієї Угоди.

У вересні 2015 року світові лідери на саміті Організації об'єднаних націй прийняли глобальні Цілі сталого розвитку на період до 2030 року. 17 глобальних цілей сталого розвитку офіційно вступили в силу 1 січня 2016 року [77]. Цілі сталого розвитку, яких на сьогодні дотримуються всі країни світу, встановлюють власні показники розвитку і включають 17 цілей і 169 конкретних завдань. Перелік цілей сталого розвитку був офіційно затверджений на засіданнях Генеральної Асамблеї Організації об'єднаних націй наприкінці вересня 2015 року.

Протягом цих п'ятнадцяти років країни мають спрямовувати свої зусилля на подолання всіх форм бідності, на боротьбу з нерівністю та на усунення негативних проявів кліматичних змін. Попри те що глобальні цілі сталого розвитку не є юридично обов'язковими, очікується, що уряди візьмуть на себе відповідальність і створять належні умови на національних рівнях для їх досягнення. Водночас країни несуть відповідальність за подальшу діяльність та аналіз досягнутого в реалізації цих цілей. Україна, як і інші країни-члени Організації об'єднаних націй, приєдналася до глобального процесу забезпечення сталого розвитку. Однією з 17 цілей сталого розвитку є забезпечення рівних можливостей і зменшення нерівності результатів, зокрема шляхом скасування дискримінаційних законів, політики і

практики та сприяння прийняттю відповідного законодавства, політики та заходів у цьому напрямі. Національним завданням в цьому випадку є «Запобігання проявам дискримінації в суспільстві» [44].

В Україні протягом останніх років після Революції Гідності проводяться також численні Марші рівності, які є своєрідним аналогом гей-парадів (прайдів) в окремих західних країнах. Так, 23 червня 2019 року у Києві відбувся шостий Марш рівності — акція на підтримку рівних прав ЛГБТ в Україні. Марш розпочався з протистояння між учасниками акції і противниками ЛГБТ «КиївПрайд», поліція затримала 9 осіб віком від 18 до 48 років, які готували провокації. Марш рівності у Києві завершився спокійно. Поліція не зафіксувала серйозних порушень. Організатори повідомили, що в акції взяли участь понад 8000 людей. Водночас у МВС заявили, що на Марші було 3000 осіб. Однак після проведення «КиївПрайду» в столиці невідомі відстежили і побили маріупольського активіста та волонтера Сергія Моржова [78].

Важливе значення протягом вказаного етапу є вдосконалення законодавства України, що регламентує реалізацію права на зміну статі, що детальніше розглянемо нижче.

Зазвичай транс-люди, які вже почали змінювати зовнішність, але ще не змінили документів, узагалі уникають поїздок у потягах та літаках і користуються лише автобусами. Вони також змушені відвідувати приватних лікарів та обирати роботу без офіційного працевлаштування.

Проходити повну процедуру зміни статі з оформленням (зміною) відповідних документів наважуються не всі, адже донедавна вона охоплювала кілька досить виснажливих етапів. Найтравматичнішим було проходження спеціальної комісії з питань зміни статевої належності, яка мала давати дозвіл на корекцію статі, зокрема гормональну терапію та хірургічне втручання. Дозвіл на зміну документів після успішного проходження медичного етапу також давала комісія. Аби вона лише взялася розглядати питання, трансгендерна людина повинна була щонайменше рік офіційно спостерігатись у лікаря-сексопатолога й не менше 30 днів проходити повноцінне обстеження в стаціонарі психіатричної лікарні. Однак

після цього людині все одно могли відмовити. За свідченнями транс-людей, члени комісії поводитись із ними в принизливій та негуманній манері, починаючи від недотримання етики і закінчуючи приниженням людської гідності.

Але 30 грудня 2016 року МОЗ скасувало комісію зі зміни статі, оголосивши нечинним наказ МОЗ від 3 лютого 2011 року «Про удосконалення надання медичної допомоги особам, які потребують зміни (корекції) статевої належності». Це було зроблено в межах реалізації заходів Плану дій Національної стратегії з прав людини до 2020 року [79].

Планом заходів з реалізації Національної стратегії у сфері прав людини на період до 2020 року передбачено розробку та затвердження Порядку надання медичної допомоги особам, які потребують зміни (корекції) статевої належності. Нижче проаналізуємо, які є діючі правові механізми в Україні та які є проблеми у цих питаннях [79].

Гендерну ідентичність розглядають у двох аспектах: як зміну біологічної статі та як зміну соціальної статі. Сучасний розвиток медицини зробив технічно можливою зміну біологічної статі. Першу операцію зі зміни статі в СРСР було зроблено у Ризі в НДІ травматології та ортопедії [80].

Виходячи з аналізу статті 24 КУ, не може бути привілеїв чи обмежень за ознаками раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, за мовними або іншими ознаками. Зазначена стаття Основного Закону не тільки виокремлює статеву ознаку, але й встановлює вичерпний перелік ознак, за якими забороняється дискримінація [56].

31 березня 2010 року Комітетом Міністрів Ради Європи були прийняті рекомендації CM/Res (2010) 5, в яких відображені заклики до держав-членів вжити «відповідних заходів, щоб гарантувати повне визнання зміни будь-якою особою гендеру в усіх сферах життя, в тому числі шляхом забезпечення можливості оперативним, прозорим і доступним шляхом змінювати ім'я і гендер в офіційних документах» [81].

Україна закріпила правову можливість зміни статі на рівні закону. У 1992 році було прийнято Основи. Згідно зі статтею 51 Закону №2801-ХІІ, на прохання пацієнта, відповідно до медико-біологічних і соціально-психологічних показань, які встановлюються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, йому може бути проведено шляхом медичного втручання в закладах охорони здоров'я зміну (корекцію) його статевої належності. Особі, якій було здійснено зміну статевої належності, видається медичне свідоцтво, на підставі якого надалі вирішується питання про відповідні зміни в її правовому статусі [51].

Розпорядженням КМУ від 23 листопада 2015 року № 1393-р було затверджено План дій з реалізації Національної стратегії у сфері прав людини на період до 2020 року. На сьогодні Україна частину завдань, закріплених у цій стратегії, виконала, однак досі є прогалини у законодавстві, що стосуються проходження повного циклу зміни (корекції) статевої належності як на етапі медичних аспектів, так і на етапі зміни документів [82].

Наказом МОЗ від 15 вересня 2016 року № 972 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гендерній дисфорії» було прийнято Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гендерна дисфорія». Згодом було прийнято наказ МОЗ від 5 жовтня 2016 року № 1041 «Про встановлення медико-біологічних та соціально-психологічних показань для зміни (корекції) статевої належності та затвердження форми первинної облікової документації й інструкції щодо її заповнення» [83] та наказ МОЗ від 25 вересня 2017 року № 3007/5 «Про затвердження Змін до деяких нормативно-правових актів Міністерства юстиції України з питань діяльності у сфері державної реєстрації актів цивільного стану» [84].

Метою Уніфікованого клінічного протоколу визначено організацію надання медичної допомоги пацієнтам з гендерною дисфорією, зменшення рівня дистресу, покращення якості життя пацієнтів [83].

Первинна медична допомога надається сімейними лікарями, які проводять скринінг пацієнта; скеровують його до лікарів-спеціалістів (лікар-психіатр, лікар-ендокринолог, хірург та інші); здійснюють моніторинг побічних ефектів медикаментозного лікування, насамперед гормональної замісної терапії; спостерігають пацієнта з урахуванням хірургічної та гормональної трансформації; за бажанням пацієнта видають медичне свідоцтво про зміну (корекцію) статевої належності відповідно до затвердженої форми № 066-3/о; діагностують та лікують соматичні захворювання згідно з положеннями медико-технологічних документів [83].

На практиці у пацієнта можуть виникати проблеми саме у питаннях щодо того, чи може він/вона, наприклад, звернувшись до приватного сімейного лікаря, отримати медичне свідоцтво про зміну (корекцію) статевої належності. Виходячи з положень наказу МОЗ № 1041, сімейний лікар, який не перебуває у складі центру первинної медико-санітарної допомоги, видати медичне свідоцтво не може, однак такий лікар може спрямувати особу до такого центру для отримання медичного свідоцтва, надавши необхідні виписки та копії медичних документів [83].

Вторинна медична допомога може включати: психіатричну, ендокринологічну, психотерапевтичну та хірургічну допомогу.

Психіатрична допомога надається лікарем-психіатром особам у віці після 18 років. Особам віком до 18 років допомога надається дитячим лікарем-психіатром. Клінічним протоколом передбачена необхідність нагляду лікарем-психіатром за пацієнтом в амбулаторних умовах не менше двох років. Однак такий строк не узгоджується з МКХ-10 (міжнародний класифікатор хвороб), де зазначено, що протягом принаймні двох років має бути стійке транссексуальне самоусвідомлення [83].

На сьогодні лікарі-психіатри підтримують позицію, що пацієнту, якому необхідно встановити діагноз за МКХ-10 F64.0 «транссексуалізм», необхідно перебувати під наглядом в амбулаторних умовах у лікаря-психіатра не менше двох років.

Такий підхід з боку лікарів-психіатрів найчастіше стає вагомою перепорою для трансгендерної людини почати перехід, що може тягнути за собою корупційну складову, спрямовану на вирішення питання щодо зменшення строку перебування під наглядом у лікаря-психіатра.

Діагноз «транссексуалізм» може бути виставлений лише особі після 18 років. Дітям за наявності у них гендерної дисфорії встановлюється діагноз «розлад статевої ідентифікації у дитячому віці», який після досягнення повноліття може бути переглянутий відповідно до діагностичних категорій у дорослих.

Хірургічна допомога не є обов'язковою для осіб, які змінюють статеву належність. Лікар, який здійснює хірургічне втручання, за бажанням пацієнта надає форму № 027/о [83].

На третинному рівні надання медичної допомоги заклади охорони здоров'я здійснюють консультування для уточнення діагнозів. Діагностика проводиться за зверненням пацієнта або його законного представника, або за направленням лікаря.

На жаль, на практиці є труднощі, пов'язані у першу чергу з тим, що сімейні лікарі не мають відповідних знань щодо особливостей надання медичної допомоги трансгендерним людям, не знають про затверджені форми медичної документації, що найчастіше породжує відмови або безпідставне перенаправлення пацієнтів до інших медичних закладів. Крім того, в Україні дуже мало лікарів-спеціалістів, які мають знання саме щодо питань практичного застосування Уніфікованого клінічного протоколу «Гендерна дисфорія». У більшості випадків трансгендерні люди, особливо під час отримання саме психіатричної допомоги, стикаються з повним нерозумінням лікарів-психіатрів і тим самим не можуть отримати консультативний висновок зі встановленим діагнозом F64.0 «транссексуалізм», що є підставою для відмови у видачі медичного свідоцтва про зміну (корекцію) статевої належності [80].

На практиці трансгендерні люди звертались за юридичною допомогою з питань обмеження їхніх прав в обранні лікувального закладу та лікаря, який може надати психіатричну допомогу та встановити правильний діагноз. Відповідно до роз'яснень від 23 листопада 2018 року № 13/04/1115-1 ДУ «Центр психічного



здоров'я і моніторингу наркотиків та алкоголю Міністерства охорони здоров'я», механізм державного регулювання в частині надання права провадження господарської діяльності з медичної практики не повинен призводити до неправомірного обмеження суб'єктів господарювання, створювати передумови для усунення конкуренції та дискримінації. Тобто діагноз психічного розладу можуть встановлювати спеціалісти, які працюють у закладах охорони здоров'я незалежно від їх організаційно-правової форми, та фізичні особи-підприємці, які проводять господарську діяльність з медичної практики на підставі ліцензії. Таким чином, з метою отримання психіатричної допомоги, у тому числі отримання діагнозу F64.0 «транссексуалізм», трансгендерній людині не обов'язково звертатися лише до лікаря-психіатра за місцем своєї реєстрації чи до закладу охорони здоров'я комунальної або державної форми власності [80].

У разі зміни (корекції) статевої належності особа для обміну паспорта громадянина України повинна звернутися до територіального підрозділу Державної міграційної служби України за зареєстрованим місцем проживання та подати необхідні документи для отримання (обміну) паспорта громадянина України. Відповідний порядок, затверджений постановою КМУ від 25 березня 2015 року № 302, є загальним для всіх громадян [85].

На сьогодні не вирішеними на законодавчому рівні залишаються питання внесення змін до актового запису про шлюб у зв'язку зі зміною статі одним із подружжя, враховуючи те, що наказ МОЗ від 5 травня 2016 року № 1041 не містить протипоказань для зміни (корекції) статевої належності, зокрема таких, як перебування пацієнта у шлюбі. Ніхто не має права до моменту анулювання актового запису про шлюб органами реєстрації актів цивільного стану або до винесення рішення судом про недійсність шлюбу оголошувати зареєстрований шлюб недійсним (незаконним). Крім того, поза увагою законодавчого регулювання залишається питання щодо внесення змін до актового запису про народження дитини у графі «батьки», законодавством не встановлений порядок вирішення питань, пов'язаних з правовим статусом батьків дитини у тому випадку, якщо один із батьків (подружжя) змінив свою статеву належність [80].

На 72-й сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я, яка проходила у Женеві 20–28 травня 2019 року, Всесвітня організація охорони здоров'я офіційно прийняла Міжнародну класифікацію хвороб — 11-й перегляд (далі – МКХ-11). Згідно з прийнятим документом, з глави про психічні розлади МКХ-11 виключені трансгендерні ідентичності. Це означає, що трансгендерність більше не може бути психіатричним діагнозом. Наступним кроком для України є прийняття відповідного наказу МОЗ про впровадження МКХ-11 в лікувально-профілактичних закладах [80].

Важливе значення щодо вдосконалення гарантій реалізації та захисту права на трансплантацію в Україні мало прийняття ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» від 17 травня 2018 року. Відповідно до статті 3 цього Закону його дія поширюється на трансплантацію анатомічних матеріалів людині, здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією, отримання анатомічних матеріалів людини для виготовлення біоімплантатів, визначення умов застосування ксеноімплантатів. Дія цього Закону не поширюється на:

- донорство крові та її компонентів і діяльність, пов'язану з їх використанням;
- трансплантацію статевих залоз, репродуктивних клітин та живих ембріонів;
- ауто трансплантацію;
- імплантацію;
- вилучення анатомічних матеріалів для діагностичних та наукових досліджень;
- діяльність банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини згідно з переліком, затвердженим центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я;
- виготовлення біоімплантатів та ксеноімплантатів. Відповідно до статті 4 цього Закону трансплантація здійсню-
- ється на таких принципах:

- добровільності;
- гуманності;
- анонімності;
- надання донорських органів потенційним реципієнтам за медичними показаннями;
- безоплатності трансплантації для донора та реципієнта;
- дотримання черговості (крім родинного та перехресного донорства);
- достойного ставлення до тіла людини у разі посмертного донорства;
- безперервності отримання медичної допомоги особами, яким трансплантовано анатомічні матеріали [29].

Відповідно до статті 5 цього Закону державна політика у сфері застосування трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією, спрямовується на:

- 1) надання доступної та якісної медичної допомоги із застосуванням трансплантації відповідно до цього Закону;
- 2) забезпечення безоплатності надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації;
- 3) забезпечення безоплатності всіх видів медичної допомоги, спрямованої на збереження та/або відновлення здоров'я, для живого донора та особи, якій трансплантовано анатомічні матеріали;
- 4) додержання прав людини та захист людської гідності при застосуванні трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією, у порядку, встановленому законами України;
- 5) забезпечення належної якості і безпеки анатомічних матеріалів на усіх етапах трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією;
- 6) забезпечення дотримання основних принципів застосування трансплантації;
- 7) запобігання незаконному використанню анатомічних матеріалів людини;

- 8) координацію діяльності органів виконавчої влади у сфері застосування трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією;
- 9) створення умов для проведення наукових досліджень,
- 10) впровадження нових технологій щодо застосування трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією;
- 11) розвиток міжнародного співробітництва у цій сфері [29].

Держава забезпечує реалізацію активної інформаційної політики у сфері застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині, спрямованої на формування позитивного ставлення до прижиттєвого та посмертного донорства анатомічних матеріалів шляхом інформування населення про трансплантацію як безальтернативний метод надання медичної допомоги, що використовується для порятунку життя і відновлення здоров'я людини, у тому числі через соціальну рекламу, та підвищення обізнаності громадян щодо правового регулювання відносин у сфері застосування трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією. Формування та реалізацію державної політики у сфері застосування трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією, у межах своїх повноважень забезпечують КМУ, центральні та місцеві органи виконавчої влади. Держава сприяє здійсненню громадського контролю за застосуванням трансплантації та/або здійсненням діяльності, пов'язаної з трансплантацією, об'єднаннями громадян відповідно до закону [29].

Зросла роль інституцій громадянського суспільства в забезпеченні реалізації цього права, а також суттєво покращилося практичне міжнародне співробітництво України з окремими державами у цій сфері.

Непоодинокими нині також є випадки незаконної трансплантації органів або тканин людини. Їх виконавцями є так звані «чорні трансплантологи», які обслуговують глобальний чорний ринок пересадки органів. На жаль, є такі випадки і в Україні. Так, за фактом порушення вимог чинного законодавства про охорону праці в одному з приватних медичних центрів у 2019 році працівники Бориспільського відділу поліції відкрили кримінальне провадження за статтею 271 Кримінального кодексу України. У ході розслідування поліцейські дізнались, що

там можуть відбуватися незаконні медичні операції. За новоявленим фактом поліцейські відкрили кримінальне провадження за статтею 143 (Порушення встановленого законом порядку трансплантації органів або тканин людини) Кримінального кодексу України та провели санкціонований обшук у медичному закладі. Під час обшуку працівники Бориспільського відділу поліції спільно з оперативниками Управління боротьби зі злочинами, пов'язаними з торгівлею людьми, поліції Київщини вилучили документацію, технологічне обладнання, зокрема кріохолодильні камери з різними біологічними зразками. По вилученим речовим доказам призначені відповідні експертизи. Наразі поліцейські встановлюють походження біологічних зразків та з якою метою вони там зберігались [86].

Органам публічної влади України в умовах проведення операції об'єднаних сил (раніше — антитерористична операція) на Донбасі об'єктивно важко здійснювати свої функції щодо забезпечення належної реалізації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я. Організація об'єднаних націй та Організація з безпеки та співробітництва в Європі намагаються сприяти врегулюванню конфлікту на Донбасі мирним шляхом, а також виступають проти мінування території конфлікту. Ніхто нині не знає достовірно, скільки мін і де розміщено на Донбасі. А все це спричиняє негативні наслідки і підриви мирного населення і після завершення конфлікту протягом багатьох наступних років, як показує досвід інших конфліктів.

Жертвами конфлікту на Донбасі, на жаль, також є і діти, чимало з яких загинули і травмовані під час обстрілів, підірвалися на мінах чи постраждали від вибухів вибухонебезпечних предметів у зоні конфлікту. Так, за офіційними даними станом на 1 червня 2016 року, з початку проведення антитерористичної операції на Донбасі там загинуло 68 і було поранено 186 дітей [87]. Часто основною жертвою у збройних конфліктах є цивільне населення. Під час Другої світової війни співвідношення жертв серед цивільного населення та військових складало 50 на 50, а в окремих сучасних конфліктах, за деякими даними, 90 на 10 [88, с. 15]. Саме тому

припинення збройного протистояння та врегулювання конфлікту на Донбасі має бути важливим напрямом діяльності органів публічної влади України.

Сутність громадянського суспільства, на думку А. Ю. Олійника, можна охарактеризувати як організаційну єдність індивідів в їх свободі поведінки щодо політичного, економічного, соціального, культурного, особистого життя кожного в межах правової держави та демократичної країни [89, с. 350].

Також було прийнято ЗУ «Про метрологію та метрологічну діяльність» від 5 червня 2014 року, який регулює відносини, що виникають в процесі провадження метрологічної діяльності. Згідно зі статтею 3 цього Закону до сфери законодавчо регульованої метрології, зокрема, належать такі види діяльності:

- забезпечення захисту життя та охорони здоров'я громадян;
- контроль якості та безпечності харчових продуктів і лікарських засобів;
- контроль стану навколишнього природного середовища [90].

Одним із останніх міжнародних договорів, ратифікованих Україною, на цьому новітньому етапі з питань забезпечення належної реалізації права на вільний доступ до екологічної інформації є Протокол про стратегічну екологічну оцінку до Конвенції про оцінку впливу на навколишнє середовище у транскордонному контексті від 21 травня 2003 року [91].

Сучасною тенденцією взаємовідносин громадян і держави в Україні є те, що нині налагоджується електронна форма взаємовідносин (спілкування) громадян з органами публічної адміністрації, в тому числі й щодо роботи зі зверненнями громадян [92, с. 367]. Поширення електронного урядування є важливою специфічною рисою в Україні. Новітні технології потрібно використовувати з метою покращення умов для реалізації та захисту прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я.

Отже, Україна нині не має спеціального законодавства щодо закріплення більшості спеціальних прав ЛГБТ-спільноти в приватній сфері, але при цьому не дискримінує їх в публічному житті. Загальне становище з правами ЛГБТ-людей гірше, ніж у державах Європейського Союзу, Сполучені Штати Америки, Канаді, але набагато краще, ніж у близькосхідних державах. На цьому етапі покращено

взаємодію інституцій громадянського суспільства та органів публічної влади у сфері реалізації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я.

Отже, у рамках еволюції четвертого покоління прав людини у сфері охорони здоров'я в Україні можна виокремити такі етапи:

— етап становлення системи прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні — від 24 серпня 1991 року до 28 червня 1996 року;

— етап конституційного визнання та подальшого закріплення прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні — від 28 червня 1996 року до 22 лютого 2014 року;

— новітній етап еволюції прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні, пов'язаний з процесом євроінтеграції України, розпочався з 22 лютого 2014 року і триває до наших днів.

Новітній етап еволюції прав людини четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні, пов'язаний з процесом євроінтеграції України, має багато складнощів і викликів, але свідчить про поступове вдосконалення системи реалізації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я.

Між поколіннями прав людини існує взаємозалежність, що виявляється у їх взаємній пов'язаності і наявності відповідного механізму їх забезпечення, реалізації та захисту як на національному, так і на міжнародному рівнях.

Інститут прав людини є динамічним і реагує на економічні, суспільні та науково-технологічні зміни. Каталог прав людини не є статичним і неминуче буде розширюватися і надалі як за законодавством окремих держав, так і за міжнародним правом.

З-поміж позитивних аспектів новітнього етапу еволюції прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні доцільно виокремити: вдосконалення правового регулювання права на донорство та права на трансплантацію, захист прав ЛГБТ-спільноти в Україні, покращення стану реалізації права на вільний доступ до екологічної інформації, реформу системи охорони здоров'я та покращення матеріально-технічної бази органів системи охорони здоров'я, в тому числі і з метою боротьби з пандемією коронавірусу та мінімізацією відповідних

негативних наслідків для громадян України; удосконалено взаємодію інституцій громадянського суспільства та органів публічної влади щодо забезпечення сприятливих умов для реалізації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я.

Отже, у цьому підрозділі проаналізовано еволюцію прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я.

### **1.3. Класифікація прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я**

З точки зору трансформації України на шляху до розвитку правової і демократичної держави та утвердження прав людини необхідно звернути увагу на проблематику класифікації прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я.

Дослідження класифікації має і практичне значення для подальшого вдосконалення законодавства України у сфері прав четвертого покоління. Унаслідок цього дослідження класифікації прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я є важливим для розвитку науки адміністративного права, конституційного права та медичного права. Саме тому у цьому підрозділі буде охарактеризовано класифікацію прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я, зокрема: сформульовано авторське визначення поняття «класифікація прав людини четвертого покоління у сфері охорони здоров'я»; визначено елементи системи реалізації права на безпечне для життя і здоров'я довкілля в Україні; проаналізовано систему реалізації права на безпечне для життя і здоров'я довкілля в Україні.

Проблематика класифікації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я є актуальною, а окремі її аспекти були предметом дослідження багатьох сучасних науковців, зокрема: О. Белова, О. Богомолець, О. Лукашової, В. Погорілка, О. Расулової. Чинним законодавством України, зокрема КУ, закріплено перелік прав людини та гарантії їх реалізації. Водночас важливе значення має створення належних умов для реалізації природних прав людини як базису цілісної системи прав людини, без яких неможливо забезпечити належне існування людини в правовій і демократичній державі. Вимога реалізації прав людини впливає із



самої природи взаємовідносин людини і держави та є невід'ємною умовою для політичного, правового і соціального прогресу [93, с. 6].

Відповідно до статті 16 КУ забезпечення екологічної безпеки і підтримання екологічної рівноваги на території України, подолання наслідків Чорнобильської катастрофи — катастрофи планетарного масштабу, збереження генофонду Українського народу є обов'язком держави [56].

Системність будь-якого впливу на суспільні відносини, у тому числі і пов'язані із правовим забезпеченням прав і свобод людини у сфері прав четвертого покоління, потребує визначення тих елементів системи, вплив на які може привести до її приведення у бажаний стан. Тому вважаємо за доцільне визначитися з видами прав та свобод громадян в управлінні у досліджуваній сфері і скласти їх класифікацію. Класифікація чого-небудь вимагає проведення розмежування і впорядкування окремих елементів, які можуть бути об'єднані між собою, що дозволяє більш детально дослідити останні. Як і поняття прав та свобод людини, класифікація останніх здійснюється на основі найрізноманітніших підстав.

Найбільш популярною є генераційна, яка передбачає існування покоління прав людини, під якими розуміють основні етапи їх розвитку, пов'язані з формуванням уявлень щодо змісту цих прав і свобод.

Наступною підставою класифікації прав і свобод людини є їх зміст. Аналіз статей другого розділу КУ дає змогу класифікувати права та свободи людини і громадянина, виходячи з характеру суспільних відносин, які вони відображають, на такі групи: а) громадянські права та свободи; б) політичні права та свободи; в) соціальні права та свободи; г) економічні права та свободи; д) культурні права та свободи [94, с. 67].

Класифікація прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я — це їх поділ на певні групи та категорії за певними класифікуючими критеріями, підставами чи ознаками. У юридичній науці немає усталеної точки зору щодо класифікації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я.

Нижче здійснимо класифікацію прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я за різними підставами:

1. За суб'єктним складом права четвертого покоління у сфері охорони здоров'я поділяються на:

- індивідуальні права — це права, які можуть бути реалізовані в індивідуальній формі (право на гендерну ідентичність);
- колективні права — це права, які можуть бути реалізовані в колективній формі (право на трансплантацію органів);
- права, які можуть бути реалізовані як в індивідуальній, так і в колективній формах (право на вільний доступ до інформації про санітарно-епідеміологічну ситуацію).

2. За зовнішнім проявом поведінки суб'єктів права четвертого покоління прав людини у сфері охорони здоров'я поділяються на:

- активні права (право на зміну статі);
- пасивна форми реалізації четвертого покоління прав людини у сфері охорони здоров'я (право на посмертне донорство).

3. За наявності участі органів публічної влади у процесі їх реалізації:

- права, які реалізують за участі органів публічної влади (право на зміну статі);
- права, які реалізують без участі органів публічної влади (право на вільний вибір сексуального партнера).

4. За територією поширення права четвертого покоління у сфері охорони здоров'я поділяються на:

- місцеві — поширені в рамках окремих адміністративно-територіальних одиниць найнижчого рівня;
- регіональні — поширені в рамках окремих адміністративно-територіальних одиниць регіонального рівня;
- загальнодержавні — поширені в рамках окремих держав;
- міжнародні — поширені на міжнародному рівні.

5. За змістом права всі права четвертого покоління у сфері охорони здоров'я поділяються на право на:

- аборт;

- штучне запліднення;
- трансплантацію;
- клонування;
- вільний вибір гендерної ідентичності;
- вільне статеве життя;
- вільний вибір сексуального партнера;
- зміну статі; бодімодифікацію;
- донорство органів та клітин;
- посмертне донорство;
- сурогатне материнство та батьківство;
- евтаназію;
- генну інженерію; використання штучного інтелекту;
- вільний доступ до екологічної інформації;
- вільний доступ до інформації про санітарно-епідеміологічну ситуацію.

Можуть бути й інші критерії для здійснення класифікації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я.

Також окремі з вищезгаданих прав можна умовно поділити на їх окремі складові, які поступово еволюціонують в самостійні права. Наприклад, право на трансплантацію включає в себе: право на трансплантацію органів, право на трансплантацію тканин, право на ауто трансплантацію, право на трансплантацію гемопоетичних стовбурових клітин.

Розглянемо нижче детальніше права четвертого покоління, що є нині найбільш дискусійними. Такими правами, зокрема, є право на евтаназію та право на клонування, право на зміну статі, право на посмертне донорство.

Що є найголовнішим у людини, окрім її життя? Людське життя є неповторним та одночасно звичайним, радісним та сумним, сповненим глибоких переживань. У зв'язку із цим виникають такі питання: чи потрібно визнавати на законодавчому рівні право людини на евтаназію та чи можемо ми надати їй «путівку в життя».

Евтаназія — це практика припинення або скорочення лікарем життя людини,

яка страждає невиліковним захворюванням, відчуває нестерпні страждання, з метою їх припинення [95].

На думку М. Чорнобрового, Р. Стефанчук та С. Лозінської, евтаназією слід вважати свідомо та умисно вчинювані діяння медичного працівника, які спрямовані на припинення нестерпних фізичних чи психічних страждань пацієнта та здійснюються за неодноразовим та однозначним проханням пацієнта чи його законного представника, які є повністю, об'єктивно та своєчасно поінформовані про наслідки такого втручання, з метою припинення цих страждань, що має результатом смерть пацієнта [96].

У сучасній науковій літературі виділяють різні види евтаназії. Залежно від характеру дій, спрямованих на здійснення евтаназії, розрізняють дві форми: активну і пасивну. При цьому активна евтаназія — це проведення певних дій із прискорення смерті невиліковно хворої людини, згідно з її проханням, з метою позбавлення тяжких страждань. Активна евтаназія може бути здійснена також спільними діями лікаря і пацієнта (наприклад, хвора людина вживає певні лікарські засоби, призначені лікарем, які є необхідними для настання смерті). Пасивна (негативна) евтаназія — це незастосування засобів і невиконання лікарських маніпуляцій, які б підтримували певний час життя важко хворого пацієнта, за умови, що пацієнт висловив прохання не здійснювати медичне втручання [97, с. 199].

На сьогодні основним предметом дискусії стала саме евтаназія активна. Активна евтаназія може виражатися у таких формах як:

- 1) «вбивство з милосердя» — має місце, коли лікар при усвідомленні страждань невиліковно хворого пацієнта вводить йому надмірну дозу знеболювального препарату, внаслідок чого настає смерть хворого;
- 2) «самовбивство, якому надає допомогу лікар» відбувається, коли лікар асистує безнадійно хворій людині покінчити життя самогубством [98, с. 98-104].

У Нідерландах було прийнято Закон «Критерії застосування евтаназії та надання допомоги в разі добровільного позбавлення життя». Цими критеріями є такі:

- лікар повинен бути переконаним (тобто в разі юридичного переслідування зуміти довести), що його пацієнт прийняв рішення про свою евтаназію добровільно й обдуманно;

- лікар повинен бути переконаним, що це той випадок, коли хвороба пацієнта невиліковна, а фізичні страждання від неї стали нестерпними, і вже вичерпані всі засоби для позбавлення пацієнта від таких страждань;

- пацієнт повинен бути поінформованим про свій стан на цей момент і про прогнози щодо тривалості його життя;

- з таким висновком повинен погодитися ще один лікар, який працює незалежно від лікуючого лікаря і теж знає цього пацієнта;

- евтаназія може бути проведена тільки лікарем і лише медичними засобами [99].

Таким чином, ми бачимо, що акцент зміщується від пацієнта до лікаря, який є ключовою фігурою у цій процедурі.

Нідерланди стали першою європейською країною, яка на законодавчому рівні дозволила проведення евтаназії. Проте в останні роки науковці занепокоїлись, оскільки статистичні дані доводять, що з наданням дозволу на евтаназію поширилась тенденція до зростання кількості бажаючих на її проведення. Так, зокрема з 2001 до 2010 року, тобто протягом перших 9 років чинності закону, зростання кількості випадків евтаназії було відносно помірним: з 1882 випадків у 2002 році до 3136 випадків у 2010 році. Однак у 2016 році ця цифра досягла 6091 випадку [100].

Окрім того, в лютому 2018 року 29-річна мешканка Нідерландів, яка мала психічні розлади, однак була цілком здоровою фізично, на її прохання, піддалась евтаназії [101].

На сьогодні в Нідерландах триває кримінальне розслідування відразу декількох випадків евтаназії. Під проведенням медичної процедури прокуратура підозрює навмисні вбивства важко хворих пацієнтів. Наразі ведеться слідство по справі щодо смерті чотирьох жінок і одного чоловіка. У прокуратурі підозрюють, що всі вони загинули від ін'єкцій, які можна назвати «злочинними», оскільки в

документах не було задокументовано про «нестерпні страждання пацієнта» та була відсутня їхня письмова згода [102].

М. В. Громовчук наголошує, що досвід Нідерландів дає нам підстави зробити висновок, що з наданням дозволу на проведення еутаназії кількість бажаючих в геометричній прогресії зростає настільки, що втрачається цінність людського життя. Аналіз законодавчого закріплення дозволу на проведення еутаназії доводить, що спочатку в Нідерландах це право застосовувалось до дієздатних осіб, які перебували у термінальній стадії хвороби. Потім це право було надано дітям (з 12 років), людям похилого віку з деменцією, а нині — і психічно хворим особам. Така прогресивність цього питання може у найближчому майбутньому призвести до того, що право на смерть надаватиметься всім без виключення особам, а справи, які наразі розслідуються, пов'язані з вбивством, що прикривалось проведенням еутаназії, свідчать про те, що легалізація еутаназії не дала того результату, на який очікували законодавці, приймаючи відповідні зміни в законах [103, с. 62].

Відповідно до пункту 4 статті 281 Цивільного кодексу України забороняється задоволення прохання фізичної особи про припинення її життя [63]. Тобто еутаназія в Україні законодавчо заборонена.

Отже, на нашу думку, еутаназія з точки зору сучасного неспинного науково-технічного розвитку людства, зокрема і розвитку медицини, постійного вдосконалення системи охорони здоров'я, методик лікування, у контексті численних наукових досліджень щодо нових ліків від невиліковних на сьогодні хвороб та нових методик їх лікування, вважається неправильною і аморальною, є посяганням на життя людини і фактично є умисним вбивством або сприянням у доведенні до самогубства, що фактично вважається кримінально караним діянням згідно із законодавством України. Також чимало невиліковних хвороб, які вважалися такими 20 років тому, наприклад ВІЛ/СНІД, є виліковними нині. Саме тому еутаназія, на думку автора, є недоцільною.

Право на клонування також породжує низку дискусійних аспектів. По-перше, проблема релігії та моралі. Релігійними канонами встановлено, що людина — це результат Божого промислу. Шляхом клонування людство посягає на

повноваження Бога. Кожна людина у своєму вияві є індивідуальною, не схожою на інших людей. Вона має власний генетичний код та має право вільно ним розпоряджатись та контролювати його [18, с. 105].

По-друге, проблема визнання такого права та закріплення його в міжнародних актах всесвітніх міжнародних організацій та у внутрішніх актах законодавства окремих держав. Слід наголосити, що більшість європейських держав не тільки не закріпили в законах, постановах, статутних документах міжнародних організацій право на клонування, а навіть на законодавчому рівні заборонили поширення такого права [18, с. 105].

Найбільшим противником процесу клонування людини є церква. Наприклад, Ватикан не раз наголошував на цілковитій неможливості втручання в акт божественного творіння. Папа Римський визнав 7 нових смертних гріхів, серед яких є «маніпуляції на генному рівні». У розвинених країнах, зокрема у Сполучених Штатах Америки, Німеччині, Франції, Іспанії, Данії, діє заборона на державне фінансування досліджень у цій сфері [13, с. 216].

Розрізняють два види клонування: репродуктивне та терапевтичне. Потрібно розуміти, що репродуктивне клонування людини передбачає, що індивід, який народився у результаті клонування, повинен отримати ім'я, громадянські права, освіту, виховання, тобто все те, що отримують інші повноправні громадяни держави. У більшості країн світу репродуктивне клонування заборонено законом. Що ж стосується терапевтичного клонування людини, то воно передбачає, що розвиток ембріона закінчується через 14 днів, а потім використовується для отримання стовбурових клітин з ембріона [104, с. 26].

Законодавець багатьох держав боїться, що легалізація терапевтичного клонування може з часом перерости у репродуктивне.

Відносини, що виникають в процесі проведення репродуктивного клонування людини, є значущими з точки зору прав та інтересів, що охороняються законодавством, зокрема України, оскільки при проведенні репродуктивного клонування людини порушуються такі важливі конституційні права і свободи громадян як правона життя, здоров'я, особисту недоторканність та цілісність особи

[105, с. 47]. Аргументами щодо доцільності клонування людини, які найчастіше висловлюються в літературі, є:

- 1) реалізація «права батьків на потомство», тобто у випадку клонування йдеться про можливість таким шляхом мати дитину саме з певним набором характерних рис, обраних батьками;
- 2) створення «армії клонів», придатних для певних воєнних дій;
- 3) можливість створення «банку органів» для трансплантації [106, с. 117].

Резолюція Європейського парламенту від 1989 року визнає клонування серйозним порушенням фундаментальних прав людини, що суперечить принципові рівності людських істот, оскільки допускає расову та євгенічну селекцію людського роду, принижує гідність людини й веде до експериментування на людських ембріонах. Отже, клонування є забороненим на міжнародно-правовому рівні. Варто навести аргументи, що засвідчують необхідність заборонити клонування:

- клонування порушує людську гідність, зводить людське життя до рівня «біологічного матеріалу»;
- воно відділяє сферу дітородження від правдивого людського контексту подружнього акту;
- засвідчує брак поваги до людських ембріонів, які будуть знищені, щоб успішно могла відбутися репродукція цього типу (так, при клонуванні вівці Доллі було здійснено 277 спроб, 8 з них доведено до ембріональної стадії, в результаті чого народилася тільки одна вівця);
- клонування — це радикальна маніпуляція розмноженням людини, при якій порушуються особові відносини між батьками та дітьми, що може призвести до зникнення поняття сім'ї та сімейних стосунків;
- клонування є недопустимим з огляду на гідність клонованої особи. Кожна людина має право на свою унікальність та неповторність. Її тіло та генотип також є інтегральним елементом гідності й унікальності, тоді як клонована істота — це завжди «копія» когось іншого, що може призвести до втрати власної ідентичності, до відчуття меншовартості;
- клонування породжує небезпеку суспільної маніпуляції в євгенічному



напрямку, вибору «генетично кращих» людей;

— створення «клонів» живих осіб виключно як джерела для трансплантації органів є зведенням людини до рівня предмета вжитку, що цілковито недопустимо з точки зору християнського персоналізму [107, с. 7-8].

У рамках третього, прагматичного підходу відбувається намагання поєднати основні положення двох попередніх підходів, висловлюються обережні, некатегоричні погляди, пропонується знаходити компроміс між вимогами моральних, етичних норм та прагненнями наукового прогресу, не забороняти дослідження з клонування, а здійснювати контроль у цій галузі, встановлювати законодавчі межі тощо. Прихильники цієї позиції, а серед них в основному представники юридичної та медичної науки, виходять із того, що науковий пошук неможливо спинити, він триватиме, отже, необхідно проаналізувати всі можливі наслідки відповідних процесів та виробити оптимальну модель правової регламентації [108, с. 52].

Нині 27 країн Європи підписали Додатковий протокол про заборону клонування людини до Конвенції Ради Європи «Про права людини та біомедицину» 1997 року, відповідно до статті 1 якого будь-яке втручання, спрямоване на створення людини, генетично ідентичної до іншої людини — живої чи мертвої, заборонено. Для цілей цієї статті поняття «людина, «генетично ідентична» іншій людині», означає людину, яка має з іншою людиною такий самий набір генів ядра [15]. У 2006 році Україна приєдналася до цього протоколу. У преамбулі Додаткового протоколу зазначено, що «інструменталізація людських істот шляхом навмисного створення генетично ідентичних людських істот несумісна з гідністю людини і, таким чином, являє собою зловживання біологією та медициною». У той же час недоліком Додаткового протоколу є те, що він не розрізняє репродуктивне та терапевтичне клонування. Вже в підписаній у 2000 році у Ніцці Хартії Європейського Союзу про основні права встановлюється заборона лише на репродуктивне клонування, а терапевтичне клонування не забороняється [109, с. 24].

Згідно зі статтею 2 Конвенції про захист прав і гідності людини щодо

застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину, інтереси та благополуччя окремої людини превалюють над виключними інтересами усього суспільства або науки [15].

Відповідно до статті 1 Загальної декларації про геном людини та права людини Організації об'єднаних націй від 11 листопада 1997 року геном людини лежить в основі початкової спільності всіх представників людського роду, а також визнання їх гідності і різноманітності. Геном людини знаменує собою надбання людства [110].

Кожна людина має право на повагу до її гідності та її прав, незалежно від генетичних характеристик. Така гідність незаперечно означає, що особистість людини не може зводитися до її генетичних характеристик і вимагає поваги до її унікальності та неповторності. Геном людини в силу його еволюційного характеру схильний до мутацій. Він містить в собі можливості, які проявляються по-різному залежно від природного і соціального середовища кожної людини, зокрема стану здоров'я, умов життя, харчування і освіти. Геном людини в його природному стані не повинен служити джерелом отримання доходів [110].

Права вказаних осіб відповідно до статті 5 Загальної декларації про геном людини та права людини:

1) дослідження, лікування або діагностика, пов'язані з геномом будь-якої людини, можуть проводитися лише після ретельної попередньої оцінки пов'язаних з ними потенційних небезпек і переваг та з урахуванням всіх інших приписів, встановлених національним законодавством;

2) у всіх випадках слід заручатися попередньою, вільною і ясно вираженою згодою зацікавленої особи. Якщо вона не в змозі її висловити, то згода або дозвіл повинні бути отримані відповідно до закону, виходячи з вищих інтересів цієї особи;

3) повинно дотримуватися право кожної людини вирішувати, бути чи не бути поінформованою про результати генетичного аналізу і його наслідки;

4) у випадку досліджень їх документальні результати слід представляти на попередню оцінку згідно з відповідними національними і міжнародними нормами

або керівними принципами;

5) якщо будь-яка особа не в змозі висловити відповідно до закону свою згоду, дослідження, що стосуються її геному, можуть бути проведені лише за умови, що вони безпосереднім чином позначаться на поліпшенні її здоров'я і що будуть отримані дозволи та дотримані заходи захисту, передбачені законом [110].

Дослідження, що не дозволяють очікувати будь-якого безпосереднього поліпшення здоров'я, можуть проводитися лише як виняток, з максимальною обережністю, таким чином, щоб зацікавлена особа піддавалася лише мінімальному ризику і зазнавала мінімального навантаження, за умови, що ці дослідження проводяться в інтересах здоров'я інших осіб, що належать до тієї ж вікової групи або що володіють такими ж генетичними ознаками, з дотриманням вимог, передбачених законом, а також із забезпеченням сумісності цих досліджень із захистом прав конкретної особи. Конфіденційність генетичних даних, які стосуються людини, чия особа може бути встановлена, і які зберігаються або піддаються обробці в наукових або будь-яких інших цілях, повинна охоронятися відповідно до закону [110]. Держави повинні практикувати і розвивати солідарність з окремими людьми, родинами і групами населення, які особливо уразливі відносно захворювань або недоліків генетичного характеру або страждають на них. Держави повинні, зокрема, сприяти проведенню наукових досліджень, спрямованих на виявлення, запобігання і лікування генетичних захворювань або захворювань, викликаних впливом генетичних факторів, в особливості рідкісних захворювань, а також захворювань ендемічного характеру, від яких страждає значна частина населення світу [110].

Відповідно до статті 1 Хартії основних прав Європейського Союзу гідність людини недоторканна. Її необхідно поважати і захищати. Кожна людина має право на життя. Ніхто не може бути засуджений до смертної кари або страчений (стаття 2 Хартії основних прав Європейського Союзу). Кожна людина має право на фізичну недоторканність і недоторканність психіки. В області медицини і біології необхідно перш за все забезпечити:

- 1) добровільну і вільну згоду зацікавленої особи відповідно до встановленого законом порядку;
- 2) заборону євгенічної практики, перш за все тієї, яка спрямована на селекцію людини;
- 3) заборону використання тіла людини і його частин як джерела наживи;
- 4) заборону репродуктивного клонування людських істот (стаття 3 Хартії основних прав Європейського Союзу) [14].

Відповідно до Декларації Організації об'єднаних націй про клонування людини Генеральна Асамблея Організації об'єднаних націй, керуючись цілями і принципами Статуту Організації об'єднаних націй, встановила таке:

- до держав-членів звертається заклик вжити всіх заходів, необхідних для відповідного захисту людського життя в процесі застосування біологічних наук;
- до держав-членів звертається заклик заборонити всі форми клонування людей в такій мірі, в якій вони несумісні з людською гідністю і захистом людського життя;
- до держав-членів далі звертається заклик вжити заходи, необхідні для заборони використання методів генної інженерії, які можуть суперечити людській гідності;
- до держав-членів звертається заклик вжити заходів для запобігання експлуатації жінок в процесі застосування біологічних наук;
- до держав-членів звертається також заклик невідкладно прийняти і здійснити національні закони для забезпечення виконання пунктів (а) — (г);
- до держав-членів далі звертається заклик при фінансуванні медичних досліджень, включаючи біологічні науки, враховувати нагальні глобальні проблеми, які особливо зачіпають країни, що розвиваються [111].

Таким чином, заборона клонування набуває все більшого поширення у різних країнах світу і на міжнародному рівні. Ті або інші форми заборони клонування застосовують Німеччина, Іспанія, Данія, Великобританія, Італія, Франція, Швеція, Нідерланди, Бельгія, Словаччина, Швейцарія, а також Японія, Австралія та інші

країни. У Сполучених Штатах Америки діє заборона на державне фінансування досліджень у цій сфері [107, с. 9]. Найбільш поширена заборона на клонування в Європі. Подією, що більше ускладнила ситуацію, стала реєстрація Європейським патентним бюро у 1999 році заявки Единбурзького університету (Шотландія, Велика Британія) на дослідження в галузі стовбурових клітин шляхом клонування. Після скандалу, що вибухнув, чиновники бюро вказали на прикру помилку щодо патентування подібних досліджень. Однак сама можливість такої реєстрації ідентифікує позицію Європейського Союзу щодо клонування як вичікувальну, а не як схвалення терапевтичного клонування [112, с. 74].

ВРУ у вищезгаданій сфері прийняла ЗУ «Про заборону репродуктивного клонування людини» від 14 грудня 2004 року. Метаприйнятого Закону полягала в тому, щоб заборонити репродуктивне клонування людини, виходячи з принципів поваги до людини, визнання цінності особистості, необхідності захисту прав і свобод людини та враховуючи недостатню кількість досліджень біологічних та соціальних наслідків клонування людини. Згідно зі статтею 1 цього Закону в Україні забороняється репродуктивне клонування людини. Дія цього Закону не поширюється на клонування інших організмів [113].

Клонування людини — створення людини, яка генетично ідентична іншій живій або померлій людині, шляхом перенесення у залишену без ядра жіночу статеву клітину ядра соматичної клітини людини. А ембріон людини — зародок людини на стадії розвитку до восьми тижнів. Ввезення на територію України та вивезення з території України клонованих ембріонів людини забороняється [113].

Разом з тим терапевтичне клонування, зокрема: вирощування стовбурових клітин, клонування внутрішніх органів та тканин, є перспективним в сучасному світі і дає нагоду спасти численні життя та покращити стан здоров'я мільйонів пацієнтів у різних державах світу, а тому розвиток медичної науки та генної інженерії у цій сфері є своєчасним, доречним і актуальним.

У правовому аспекті клонування людини поки що залишається під заборонаю. Якщо все ж суспільство «прийме» клонування, то це потребуватиме прийняття нових нормативно-правових актів, створення нового законодавчого

регулювання для запобігання зловживанням [114].

Таким чином, сьогодні на шальках терезів опинились два доводи: з одного боку — можливість створення банку генетично ідентичних донорських органів і продовження життя конкретної людини, з іншого — небезпека зміни природи людини, яка призведе до повної загибелі або, щонайменше, до виродження сучасного *Homo sapiens*. Який з цих доводів «переважає» в тій чи іншій країні — відповідно і визначається напрям правового регулювання клонування в цій країні [115, с. 506].

Питання зміни статі й досі з обережністю сприймається не тільки на вітчизняному просторі, але й в інших сучасних державах. З одного боку, право особи на зміну статі є приватним правом і забезпечується невтручанням держави в особисте життя людини. Проте в законодавстві, зокрема й в конституційних актах більшості країн, це питання прямо не вирішене. У цьому разі діє принцип непрямого дозволу. Відповідного однозначного законодавства також ще немає на теренах Європейського Союзу [116, с. 83-87]. Найбільш лояльним у цьому плані виявилось законодавство Пакистану, у якому прямо вказано на те, що транссексуали (трансгендери) є особами третьої статі й також наділені відповідними правами, які захищаються державою.

Слід зауважити, що зміна статі насправді є дуже складним процесом, який обумовлюється сукупністю низки психологічних та фізіологічних факторів, та аж ніяк не примхою конкретної особи. Хірургічне втручання у таких випадках неодмінно здійснюється лише за підтвердженням медичного висновку і є просто необхідним для повноцінного функціонування й життя людини.

З іншого боку, транссексуали навіть у найбільш сучасному та прогресивному суспільстві часто зазнають морального осуду та відчують на собі різноманітні прояви дискримінації. Через відсутність чіткого закріплення прав осіб, що змінили стать, постає багато спірних питань стосовно ідентифікації особи, її соціального забезпечення та соціального статусу загалом. Трапляється чимало випадків недопущення транссексуалів до обіймання окремих посад й проблеми на шляху кар'єрного росту, не кажучи вже про цькування з боку оточення. Відповідне

відношення до прав людини-транссексуала водночас порушує її право на приватне життя, на самовизначення, право на повагу до її честі та гідності, про які, зокрема, зазначено в Розділі II КУ, і зазіхає на свободу волевиявлення людини [9, с. 187].

Право на посмертне донорство. Феноменом ХХІ століття стала можливість порятунку життя за допомогою анатомічних матеріалів від іншої особи, зокрема завдяки посмертному донорству.

Історія пересадки органів та тканин людини та виникнення понять «донорство» та «трансплантація» починається з початку ХХ століття. Від 1902 року проводились перші експерименти з пересадки органів від тварин. Формувалось загальне уявлення про практичне значення донорства, науковці розробляли нові методи проведення трансплантації. Після Другої світової війни почаларозвиватися хірургічна пересадка людських органів від померлих, атакж від живих донорів хворим і вмираючим пацієнтам. 23 березня 1930 року у хірургічному відділенні Інституту імені М. В. Скліфосовського російські хірурги С. С. Юдін та Р. Г. Сакаян здійснили вперше у світі переливання крові від померлого чоловіка до живої людини і останній залишився живим [117, с. 60].

У 1931 році В. П. Філатов на базі Одеського медичного інституту вперше виконав трансплантацію роговиці ока від померлої людини, що стало початком зародження посмертного донорства. Пересадка органів від померлої людини до живої — головна подія того часу, в результаті чого виникли нові відносини та почався розвиток нормативно-правової бази [118].

Протягом останніх років трансплантація анатомічних матеріалів від померлого донора є предметом дискусій науковців та медиків, результатом чого стало прийняття ряду нових нормативно-правових актів, що спрямовані на розвиток посмертного донорства.

У нашій державі проблеми посмертного донорства почали обговорювати порівняно нещодавно, на відміну від європейських країн, де воно активно розвивається на високому рівні.

В Україні проводиться лише 3,1 трансплантацій на 1 млн населення на рік. Враховуючи той факт, що щорічно у Сполучених Штатах Америки виконується

близько 26–28 тисяч трансплантацій, в Іспанії — понад 4 тисячі, у Польщі — понад 1,5 тисячі, наша держава має найгірші результати. Лідируючі позиції в пострадянських країнах утримує Білорусь, у якій щорічно проводиться 50 трансплантацій на 1 млн населення [119].

Основною проблемою зазначених показників є нестача анатомічних матеріалів та складна процедура реалізації особою свого права на посмертне донорство. Потреба у донорських матеріалах постійно збільшується, незважаючи на те, що в середньому кількість померлих донорів у світі коливається від десяти до тридцяти на мільйон населення. Такі показники виникли в результаті ряду факторів: кількості автомобільних травм, віку донорів, рівня розвитку трансплантації та медицини в цілому, механізму правового регулювання.

На думку М. С. Брюховецької, посмертне донорство слід визначити як самостійне добровільне діяння фізичної особи за життя або членів сім'ї після її смерті, спрямоване на передачу органів та інших анатомічних матеріалів для трансплантації та/або для виготовлення біоімплантатів з метою лікування хворого реципієнта, що ґрунтується на спеціальних принципах [12, с. 49].

Л. О. Красавчикова право на донорство та трансплантацію відносить до частини права на охорону здоров'я. Таке право вона характеризує як систему визначених державою регулятивних та охоронних правових норм, що регулюють відносини з приводу особистого блага — здоров'я громадянина [120, с. 34].

Права особи на розпорядження своїм тілом є складним правовим явищем, адже їх фактичне застосування не завжди відповідає положенням законодавства. Цивільного кодексу України в частині 1 статті 290 закріплює право повнолітньої дієздатної фізичної особи бути донором крові, її компонентів, а також органів та інших анатомічних матеріалів та репродуктивних клітин. Відповідно до частини 1 статті 16 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» кожна повнолітня дієздатна особа має право надати письмову згоду або незгоду на вилучення анатомічних матеріалів з її тіла для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів після визначення її стану як незворотна смерть (смерть мозку або біологічна смерть) відповідно до закону [29].



Інші права четвертого покоління прав людини у сфері охорони здоров'я будуть більш детально проаналізовані у наступних розділах цього дослідження.

Отже, сучасні тенденції розбудови України як демократичної та правової держави зумовили необхідність якісних змін в механізмі забезпечення реалізації прав людини, в тому числі і щодо прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні.

За суб'єктним складом права четвертого покоління у сфері охорони здоров'я поділяються на:

- індивідуальні права — це права, які можуть бути реалізовані в індивідуальній формі (право на гендерну ідентичність);
- колективні права — це права, які можуть бути реалізовані в колективній формі (право на трансплантацію органів);
- права, які можуть бути реалізовані як в індивідуальній, так і в колективній формах (право на вільний доступ до інформації про санітарно-епідеміологічну ситуацію).

За змістом права всі права четвертого покоління прав людини у сфері охорони здоров'я поділяються на право на: аборт; штучне запліднення; трансплантацію; клонування; вільний вибір гендерної ідентичності; вільне статеве життя; вільний вибір сексуального партнера; зміну статі; бодімодифікацію; донорство органів та клітин; посмертне донорство; сурогатне материнство та батьківство; евтаназію; генну інженерію; використання штучного інтелекту; вільний доступ до екологічної інформації; вільний доступ до інформації про санітарно-епідеміологічну ситуацію.

Отже, у цьому підрозділі охарактеризовано проблематику класифікації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я.

## Висновки до розділу 1

1. Розроблені автором наукові положення та сформульовані висновки дозволили комплексно та системно дослідити механізм адміністративно-правового регулювання прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я крізь призму правовідносин, нормативно-правової складової та гарантій механізму адміністративно-правового регулювання прав четвертого покоління, що дозволило запропонувати науково обґрунтовані шляхи розв'язання проблем у науці, чинному законодавстві та практиці правозастосування.

2. Актуальною проблемою в сучасних умовах еволюції концепції прав людини, сучасного розвитку правового статусу людини, розвитку громадянського суспільства, розвитку електронного урядування, екологічних проблем, наявності численних загроз життю і здоров'ю людини, глобалізації, діджиталізації, розвитку медицини, науково-технічного процесу, глобальної пандемії коронавірусу є проблема можливості людини реалізовувати ті права, які гарантовані їй Конституцією та законами відповідної держави, міжнародними договорами, зокрема права у системі охорони здоров'я.

3. Сформульовано авторське визначення поняття «прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я» — це новітні права людини у сфері охорони здоров'я, які закріплені за внутрішньодержавним та/або міжнародним правом і мають на меті створення умов для практичного втілення в життя відповідної можливої міри поведінки, установлені нормами права, громадянами або підданими відповідної держави, іноземними громадянами або підданими, особами без громадянства, особисто або через створені ними організації, та іншими уповноваженими суб'єктами, з метою забезпечення охорони здоров'я, безпечного для життя і здоров'я довкілля, санітарно-епідеміологічного благополуччя, а також задоволення їх власних потреб та інтересів у цій сфері.

4. Виокремлені наступні ознаки поняття «прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я»: а) це новітні права людини у сфері охорони здоров'я, які закріплені за внутрішньодержавним та/або міжнародним правом; б) така міра можливої поведінки може бути реалізована певним визначеним колом суб'єктів —

громадянами відповідної держави, іноземними громадянами, особами без громадянства, особисто або через створені ними організації, та іншими уповноваженими суб'єктами, на яких поширюється дія норми права, що встановлює міру можливої поведінки; в) необхідною передумовою для реалізації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я, тобто для практичного втілення в життя можливості, є наявність чинних норм права, що регламентують межі здійснення відповідних прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я; г) втілення в життя можливості, що встановлена нормами права, здійснюється уповноваженими суб'єктами з метою забезпечення охорони здоров'я, безпечного для життя і здоров'я довкілля, санітарно-епідеміологічного благополуччя, а також задоволення їх власних потреб та інтересів у цій сфері.

5. Реалізація прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я — це практичне втілення в життя можливостей, установлених нормами права, з метою забезпечення охорони здоров'я, безпечного для життя і здоров'я довкілля, а також задоволення їх власних потреб та інтересів у цій сфері. Реалізація прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні є невід'ємною складовою цілісної системи реалізації прав людини в Україні.

6. Права четвертого покоління у сфері охорони здоров'я можуть бути реалізовані у різних формах за суб'єктним складом: 1) в індивідуальній формі (право на зміну статі); 2) у колективній формі (право на штучне запліднення); 3) як в індивідуальній, так і в колективній формі (право на вільний вибір сексуальної орієнтації).

7. Між поколіннями прав людини існує взаємозалежність, що виявляється у їх взаємній пов'язаності і наявності відповідного механізму їх забезпечення, реалізації та захисту як на національному, так і на міжнародному рівнях.

8. Інститут прав людини є динамічним і реагує на економічні, суспільні та науково-технологічні зміни. Перелік прав людини не є статичним і неминуче буде розширюватися і надалі — як за законодавством окремих держав, так і за міжнародним правом.

9. У рамках еволюції прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я

в Україні можна виокремити наступні етапи: а) етап становлення системи прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні — від 24 серпня 1991 року до 28 червня 1996 року; б) етап конституційного визнання та подальшого закріплення прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні — від 28 червня 1996 року до 22 лютого 2014 року; в) новітній етап еволюції прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні, пов'язаний з процесом євроінтеграції України, розпочався з 22 лютого 2014 року і триває до наших днів.

10. З-поміж позитивів новітнього етапу еволюції прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні доцільно виокремити: вдосконалення правового регулювання права на донорство та права на трансплантацію, захист прав ЛГБТ-спільноти в Україні, покращення стану довкілля в останні роки в Україні, реформу системи охорони здоров'я та покращення матеріально-технічної бази органів системи охорони здоров'я, в тому числі і з метою боротьби з пандемією коронавірусу та мінімізацією відповідних негативних наслідків для громадян України; удосконалення взаємодії інституцій громадянського суспільства та органів публічної влади у сфері реалізації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я.

11. Сучасні тенденції розбудови України як демократичної та правової держави зумовили необхідність якісних змін в механізмі забезпечення реалізації прав людини, в тому числі і щодо прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я в Україні. Належне функціонування адміністративно-правового механізму забезпечення реалізації прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я є необхідним елементом для ефективного функціонування адміністративно-правового механізму забезпечення прав людини загалом.

12. За суб'єктним складом права четвертого покоління прав людини у сфері охорони здоров'я поділяються на: а) індивідуальні— це права, які можуть бути реалізовані в індивідуальній формі (право на гендерну ідентичність); б) колективні— це права, які можуть бути реалізовані в колективній формі (право на трансплантацію органів); в) права, які можуть бути реалізовані як в індивідуальній, так і в колективній формах (право на вільний доступ до інформації про санітарно-

епідеміологічну ситуацію).

## **Розділ 2. МЕХАНІЗМ АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПРАВ ЧЕТВЕРТОГО ПОКОЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

### **2.1. Поняття та структура механізму адміністративно-правового регулювання**

У рамках висвітлення питання про адміністративно-правове регулювання прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я необхідно зупинити свою увагу на дослідженні поняття та структури механізму адміністративно-правового регулювання.

Відповідно до «Словника української мови» слово «механізм» має такі значення:

- 1) пристрій, що передає або перетворює рух;
- 2) внутрішня будова, система чого-небудь;
- 3) сукупність станів і процесів, з яких складається певне явище [121, с. 695].

У правовій доктрині поняття «механізм», зрозуміло, дещо звужується.

Ю. М. Тодика вважає, що використання категорії «механізм» в юридичній літературі пов'язане з усвідомленням того, що недостатньо мати матеріальні норми, розвинену систему законодавства, потрібно також мати чіткі механізми їх впровадження в життя, що повною мірою стосується і адміністративно-правової сфери [122, с. 337].

Уже класичною у правовій літературі є визначення С. С. Алексєєва, на думку якого, механізм правового регулювання можна дефініціювати як узяту в єдності систему правових засобів, за допомогою якої забезпечується результативний правовий вплив на суспільні відносини [123, с. 215]. Саме від цієї думки відштовхуються інші науковці при дослідженні категорії механізму правового регулювання.

О. Ф. Скакун вважає, що «Механізм правового регулювання — це узяті в єдності система правових засобів, способів і форм, за допомогою яких

нормативність права переводиться в упорядкованість суспільних відносин, задовольняються інтереси суб'єктів права, встановлюється і забезпечується правопорядок («належне» у праві стає «сущим»))» [124, с. 506].

М. С. Кельман акцентує увагу на тому, що: «Механізм правового регулювання — єдина система правових засобів, за допомогою яких здійснюється результативне правове впорядкування суспільних відносин та подолання перепон, які стоять на шляху задоволення інтересів суб'єктів права» [125, с. 515].

Зрештою, В. Н. Хропанюк вважає, що механізм правового регулювання — це система правових засобів, за допомогою яких здійснюється упорядкування суспільних відносин відповідно до мети та завдань правової держави [126, с. 339].

Також деякі автори під механізмом правового регулювання розуміють сукупність правових засобів, які узяті в єдності та за допомогою яких держава здійснює правовий вплив на конкретні суспільні відносини з метою їх упорядкування та розвитку [127, с. 261].

Цікавою є думка, відповідно до якої механізм правового регулювання — це спосіб функціонування єдиної системи правого регулювання, який розкривається через взаємозв'язки між її складовими елементами [128, с. 108].

Підводячи підсумок до думок попередніх авторів, необхідно звернути увагу на позицію В. С. Нерсисянца. Він підкреслює, що механізм правового регулювання — це механізм абстрактно-загальної правової регуляції, який конкретизується та індивідуалізується відповідно до конкретно-визначеного випадку (і форми) прояву юридичної сили діючого права [129, с. 476].

М. В. Макарейко, характеризуючи механізм правового регулювання, зазначає, що він:

- 1) є сукупністю юридичних засобів, що мають адміністративно-правовий характер;
- 2) об'єктом впливу є управлінські відносини;
- 3) спрямований на вирішення завдань суспільства і держави;
- 4) активізує суб'єкти управлінських відносин;
- 5) підвищує рівень їх правосвідомості, правової культури;

забезпечується примусовою силою держави [130, с. 23].

У свою чергу Р. Б. Шишка до ознак механізму правового регулювання відносить такі:

- 1) він є складовою механізму соціального регулювання взагалі і супроводжується політичним, економічним, етичним та іншими його видами;
- 2) охоплює явища правової дійсності: засоби (норми права, суб'єктивні права і юридичні обов'язки, рішення судів тощо, об'єктивовані в правових актах); способи (дозволення, зобов'язування, заборони);
- 3) передбачає форми (використання, виконання, додержання, застосування);
- 4) у своїй єдності є системою загальних та інституційних правових засобів, способів, форм, що перебувають у взаємозв'язку і взаємодії, де кожна з них виконує специфічні функції і впливає на зміст інших частин і зумовлює результат функціонування механізму в цілому;
- 5) є динамічною частиною правової системи суспільства згідно з напрямками правового впливу та його стадій;
- 6) забезпечує правопорядок у суспільстві взагалі та у регулюванні окремих відносин зокрема [131].

Доволі цікавими є характеристики правового регулювання, наведені С. В. Шарабановим. Зокрема, він вважає, що правове регулювання слід розглядати крізь призму таких ознак як: динамічність; системний характер; конкретність предмета правового регулювання; цільовий характер; владність [132, с. 8-9].

Також до основних ознак механізму правового регулювання слід віднести такі:

- правове регулювання та його механізм є складовою соціального регулювання;
- є певною системою взаємодіючих між собою елементів, серед яких виокремлюють правові засоби (норми, суб'єктивні права та юридичні обов'язки тощо), способи (дозволи, заборони і зобов'язання) та форми (дотримання, виконання і використання);



– забезпечує регулювання суспільних відносин, тобто є динамічною частиною правової системи;

– має цілеспрямований і результативний характер [133, с. 343].

О. І. Безпалова справедливо зауважує, що: «Однією з основних форм, за допомогою яких держава здійснює вплив на суспільні відносини, є адміністративно-правова форма. Саме завдяки адміністративно-правовій складовій механізму правового регулювання здійснюється правовий вплив на відносини, що виникають у процесі реалізації виконавчої влади в державі у певній сфері. Результатом застосування адміністративно-правового механізму повинно бути, в першу чергу, упорядкування діяльності відповідних суб'єктів, які вступили між собою у правові відносини; удосконалення форм і методів управлінської діяльності; реальне дотримання прав і свобод людини і громадянина, а також ефективний захист у разі їх порушення» [134, с. 39].

Перед тим як безпосередньо перейти до питання про поняття та структуру механізму адміністративно-правового регулювання, необхідно коротко резюмувати, що механізм правового регулювання є складною системою юридичних засобів, які впорядковані у конкретній послідовності з метою забезпечення правового впливу на суспільні відносини та на їх учасників.

Серед ключових ознак механізму правового регулювання слід виділити те, що він забезпечує комплексний вплив правових засобів на суспільні відносини; показує динамічність права; виявляє специфічні функції та регулятивні можливості кожного з явищ правової дійсності.

Слід розуміти, що за своєю природою поняття механізму адміністративно-правового регулювання *a priori* є вужчим, ніж поняття механізму правового регулювання. Позаяк достатньо зупинитися хоча б на предметі адміністративного права, під яким розуміють суспільні відносини управлінського характеру, що складаються, переважно, у сфері державного управління в процесі організації практичного здійснення, перш за все, виконавчої та розпорядчої діяльності органів виконавчої влади держави [135, с. 13].

Також варто звернути увагу на такі особливості адміністративно-правового

регулювання:

- 1) воно нерівність волі сторін: волевиявлення суб'єкта домінує над волевиявленням об'єкта управління;
- 2) суб'єкт управління, як правило, наділений державно-владними повноваженнями щодо об'єкта управління;
- 3) суб'єкт управління, як правило, має право видавати юридично-владні приписи, які зобов'язаний виконувати об'єкт управління;
- 4) адміністративно-правові відносини — це односторонні відносини, тобто коли право на стороні суб'єкта, а обов'язок — на стороні об'єкта управління. Проте це не звільняє суб'єкта управління від обов'язку діяти згідно з приписами чинного законодавства [135, с. 14].

Наведені особливості адміністративно-правового регулювання безумовно свідчать про необхідність дослідження підходів до дефініції механізму адміністративно-правового регулювання.

Перш за все необхідно звернути увагу на зауваження С. Г. Стеценка, який вважає, що існує низка дискусійних питань, пов'язаних з досліджуваною темою. По-перше, більшість навчальної літератури з адміністративного права не містить самостійних розділів, які були б присвячені механізму адміністративно-правового регулювання, оскільки автори лише обмежуються викладенням складових частин зазначеного механізму без показу взаємозв'язків між ними та аналізом їх сукупної дії. По-друге, коли йдеться про механізм адміністративно-правового регулювання, то ми стикаємося з ігноруванням ролі правової свідомості та правової культури як важливих складових механізму адміністративно-правового регулювання. По-третє, немаловажливим є те, що час від часу механізм адміністративно-правового регулювання безпідставно змішують з такими поняттями як «система права», «система правових засобів», «система правового регулювання». Слід зазначити, що кожне із вказаних понять має свій зміст, який є відмінним від змісту механізму адміністративно-правового регулювання [136, с. 31].

А. П. Коренєв зазначає, що механізм адміністративно-правового регулювання є певною системою адміністративно-правових засобів, які впливають

на суспільні відносини, організовуючи їх відповідно до завдань держави та суспільства [137, с. 44].

Ю. О. Тихомиров пропонує розуміти адміністративно-правове регулювання як різновид державного регулювання, а відтак адміністративно-правове регулювання — це механізм імперативного нормативного упорядкування організації та діяльності суб'єктів та об'єктів управління та формування стійкого правового порядку їхнього функціонування [138, с. 360].

На думку С. Т. Гончарука, механізм адміністративно-правового регулювання — це система адміністративно-правових засобів, за допомогою яких здійснюється упорядкування суспільних відносин у сфері державного управління [139, с. 23].

Натомість І. П. Голосніченко у своєму визначенні механізму адміністративно-правового регулювання робить акцент уже не на державному управлінні, а на здійсненні виконавчої влади: «Механізм адміністративно-правового регулювання — це сукупність адміністративно-правових засобів, за допомогою яких справляється вплив на відносини, що виникають у процесі здійснення виконавчої влади» [140, с. 20-21]. М. І. Матузов вважає, що механізм адміністративно-правового регулювання — це система юридичних засобів, які організовані послідовним чином, з метою упорядкування суспільних відносин та сприяння задоволенню інтересів суб'єктів права [141, с. 470].

Зрозумівши, що механізм адміністративно-правового регулювання є системою, що включає певні правові засоби, необхідно перейти до розгляду питання про структуру цього механізму.

О. І. Остапенко звертає увагу на те, що: «Завдяки механізму адміністративно-правового регулювання законні інтереси суб'єктів правових відносин при проведенні наукових досліджень можуть бути обумовлені:

- 1) цілями адміністративно-правового регулювання та завданнями, які розв'язує дослідник;
- 2) науково-технічним прогресом, що об'єктивно диктує дослідникам необхідність розробки пропозицій і рекомендацій стосовно невідомих раніше, а також нових об'єктів і суб'єктів суспільних відносин;

3) необхідністю обґрунтувати і закріпити об'єктивно існуючі відносини з метою подальшого їх адміністративно-правового регулювання;

4) розвитком законодавчої техніки, удосконаленням адміністративно-правових засобів стимулювання та обмеження певних варіантів поведінки особи у суспільстві, колективі;

5) сукупністю факторів і обставин, які є визначальними (головними) при поясненні та обґрунтуванні теоретичних і практичних положень, запропонованих науковцями під час проведення дослідження;

6) наявністю оптимального співвідношення між потребами суспільства, окремих категорій громадян, інтересами держави у проведенні досліджень, пов'язаних із застосуванням механізму адміністративно-правового регулювання» [142, с. 145-146].

Підходи до розуміння структури механізму адміністративно-правового регулювання також відрізняються своєю варіативністю.

І. П. Голосніченко до структурних елементів механізму адміністративно-правового регулювання відносить:

- норми адміністративного права;
- адміністративно-правові відносини;
- акти тлумачення норм адміністративного права;
- акти реалізації адміністративно-правових норм та відносин [140, с. 20-21].

Такої ж думки щодо структури механізму адміністративно-правового регулювання дотримуються С. Т. Гончарук [139, с. 23], Х. П. Ярмачі [143].

Натомість Л. М. Шестопалова до структури механізму адміністративно-правового регулювання відносить:

- норми права;
- правові відносини;
- акти реалізації прав та обов'язків;
- акти застосування права;
- законність;
- правосвідомість;

– правову культуру [144, с. 157-158].

Т. О. Коломєць вказані елементи поділяє на органічні та функціональні.

До органічних складових вона відносить:

- норми права;
- акти реалізації норм права;
- правові відносини [145].

До функціональних складових, у свою чергу, належать:

- юридичні факти;
- правова свідомість;
- законність;
- акти тлумачення норм права;
- акти застосування норм права [145].

Ми погоджуємось з думкою Т. О. Коломєць щодо поділу елементів структури адміністративно-правового регулювання на органічні та функціональні, та вважаємо за доцільне дещо детальніше їх проаналізувати.

Первинним елементом механізму адміністративно-правового регулювання є норма права. Під нормою права слід розуміти загальнообов'язкове правило поведінки, метою встановлення якого є врегулювання конкретно визначених суспільних відносин.

Особливістю адміністративно-правових норм є те, що вони забезпечують належну поведінку суб'єктів у сфері державного регулювання. Сторони цих відносин повинні діяти відповідно до обов'язкових приписів норм права. Порушення цих вимог тягне за собою відповідальність винної сторони безпосередньо перед державою. Конкретний вид і межі такої відповідальності передбачені адміністративно-правовою нормою. Виконання вимог такої норми, у необхідних випадках, може забезпечуватися засобами юридичного примусу [135, с. 25].

Структура норми адміністративного права — її внутрішня будова — традиційно включає три елементи:

- 1) гіпотезу;

- 2) диспозицію;
- 3) санкцію.

Гіпотеза — це складова частина норми права, яка характеризує умови, за настання яких необхідно керуватися вимогами цієї норми. Вона частіше за все повністю не формулюється. Це пояснюється тим, що більшість адміністративно-правових норм регламентують діяльність органів виконавчої влади і їх вимоги реалізуються в діяльності цих органів. Стосовно інших сторін управлінських відносин гіпотеза може бути сформульована [146].

Диспозиція, у свою чергу, є конкретним правилом поведінки, яке передбачається нормою. Диспозиція в адміністративно-правових нормах формулюється, переважно, як права, повноваження, дозволи, або у вигляді приписів, обов'язків, а також заборон і обмежень. Диспозиції, в яких формулюються одночасно і права, і обов'язки, в нормах адміністративного права зустрічаються досить рідко [135, с. 27].

Зрештою, санкція — це складова частина норми права, яка у разі невиконання норми визначає заходи державного впливу щодо порушника, головним чином у формі примусу [135, с. 27].

Реалізація норм права полягає у застосуванні норм права під час безпосередньої діяльності суб'єктів права.

П. М. Рабінович дотримується схожої думки щодо цього, вважаючи, що реалізація норм права — це здійснення їхніх приписів у практичних діях або бездіяльності суб'єктів [147, с. 129].

Власне, значення реалізації норм права полягає, як зазначає О. В. Легка, у тому що:

- соціальна цінність права виражається в його реалізації;
- в процесі реалізації норм права складаються реальні суспільні відносини;
- реалізація норм права шляхом правомірної поведінки є передумовою правопорядку в суспільстві;
- у процесі реалізації правових норм виявляються недоліки у чинному законодавстві, що є показником ефективності правових норм [148, с. 32].

Станом на сьогодні, традиційним є поділ реалізації норм права на три форми:

- 1) дотримання — це реалізація забороняючих норм права, що полягає в пасивній поведінці суб'єктів права, відмові від вчинення дій, які визначаються як правопорушення;
- 2) виконання — це реалізація зобов'язальних норм права, що полягає в активній поведінці суб'єктів права щодо здійснення покладених на них юридичних обов'язків;
- 3) використання — це реалізація дозвоільних норм права, яка полягає у здійсненні наданих суб'єкту прав [149].

Важливо також розуміти, що родовим поняттям до акта реалізації норм права є загальнотеоретична категорія «правовий акт» [150, с. 24]. У свою чергу, правові акти за формою вираження поділяються на:

- 1) письмові (акти-документи);
- 2) усні (заяви, накази, розпорядження);
- 3) конклюдентні (акти-дії) [124, с. 312].

На думку І. А. Сердюка, такий підхід до поділу поняття «правовий акт» є цілком прийнятним для класифікації актів реалізації норм права, оскільки волевиявлення праводієздатних суб'єктів права зовні може бути об'єктивоване у вербальній (усній), конклюдентній або документальній формі [150, с. 26].

Варто також звернути увагу і на особливості актів реалізації норм, у яких:

- 1) значно ширше коло суб'єктів безпосереднього волевиявлення;
- 2) неофіційний характер;
- 3) втілюються у життя лише диспозиції правових норм, розраховані на правомірну поведінку суб'єктів права;
- 4) не здійснюються регулятивний чи охоронний вплив на суспільні відносини, а є елементом механізму правового регулювання — юридичним засобом, який задіяний у завершальній стадії правового регулювання — реалізації суб'єктивних прав і юридичних обов'язків [150, с. 27].

Отже, акти реалізації норм права — це волевиявлення суб'єкта права у письмовій, усній або конклюдентній формі, яке полягає в утриманні від вчинення

протиправних дій, виконанні юридичних обов'язків чи у реалізації дозвільних норм права.

Адміністративно-правові відносини — це відносини, які виникають у сфері державного регулювання та врегульовані нормами адміністративного права.

Адміністративно-правові відносини відображають вплив адміністративно-правових норм на поведінку суб'єктів та об'єктів публічного управління, через що між ними виникають сталі правові зв'язки публічного владного характеру [151, с. 29].

Серед особливостей адміністративно-правових відносин необхідно виділити такі:

1) обов'язки і права сторін в адміністративно-правових відносинах завжди пов'язані з практичним вчиненням певних дій саме у сфері державного управління;

2) умовою виникнення адміністративно-правових відносин є участь у них обов'язкової сторони, наділеної юридично-владними повноваженнями (обов'язкового суб'єкта). У цих правовідносинах виражаються і реалізуються інтереси держави;

3) адміністративно-правові відносини можуть виникати за ініціативою будь-якої із сторін (органу виконавчої влади, громадянина і так далі). Ці відносини можуть виникати всупереч волі або бажанню іншої сторони. Для органів виконавчої влади держави право вступати в такого роду відносини одночасно є і їх обов'язком;

4) можливі спори між сторонами адміністративно-правових відносин вирішуються, як правило, в адміністративному порядку, тобто шляхом безпосереднього юридично-владного розпорядження уповноваженого органу виконавчої влади або посадової особи [135, с. 31].

Інші автори до характерних особливостей адміністративно-правових відносин відносять такі:

1) вони виникають у сфері виконавчої, тобто владно-організаційної діяльності;



- 2) ці відносини виникають у зв'язку з діяльністю органів виконавчої влади;
- 3) для них характерною є наявність обов'язкового суб'єкта — органу виконавчої влади;
- 4) цей обов'язковий суб'єкт діє завжди владно, отже відносини є публічно-владними;
- 5) відносини можуть виникати з ініціативи будь-якої із сторін, при цьому згода іншої сторони не є обов'язковою;
- 6) відносини між учасниками відносин розглядаються, як правило, у позасудовому порядку;
- 7) у разі порушення однією із сторін вимог адміністративно-правових норм вона відповідає перед державою в особі її органів (як правило, органів виконавчої влади) [145, с. 18].

Зрештою, адміністративно-правові відносини є складовою частиною суспільних відносин та мають свої відмінності у порівнянні з іншими видами правовідносин. До числа цих відмінностей необхідно віднести специфіку адміністративно-правового регулювання, яка передбачає використання імперативного методу з боку суб'єктів державного регулювання; сферу їхнього виникнення; зміст адміністративно-правових норм. Також не слід забувати про предмет та метод адміністративно-правових відносин, які в першу чергу дають нам можливість стверджувати про їхню відмінність від інших видів правовідносин.

Адміністративно-правові відносини виникають, змінюються та припиняються у зв'язку з настанням юридичних фактів. У свою чергу, юридичні факти поділяються на дії та події.

Під діями необхідно розуміти факти, що виникають залежно від волі людини. Дії можуть бути як правомірними, так і неправомірними.

Прикладом неправомірних дій можуть слугувати: «... юридичні акти та інші правочини, тобто такі дії, що відрізняються певним рівнем формалізації та є продуктом вольової діяльності одного з контрагентів перспективного правовідношення, основною метою котрих є спричинення певних юридичних

наслідків, зокрема правовідносин» [135, с. 32].

Врешті-решт, неправомірні дії порушують вимоги адміністративно-правових норм та призводять до дисциплінарних чи адміністративних проступків.

Події — це факти, що виникають незалежно від волі людини. Норми адміністративного права передбачають, що адміністративно-правові відносини можуть виникати, змінюватися або припинятися у зв'язку з такими обставинами, які не пов'язані з волею суб'єктів адміністративно-правових відносин. До числа таких необхідно віднести смерть громадянина, яка тягне за собою припинення всіх правовідносин, суб'єктом яких він виступав.

Правова свідомість є ще одним елементом структури механізму адміністративно-правового регулювання. Як зазначає М. М. Марченко, правосвідомість відображає правову дійсність у формі юридичних знань і оціночних суджень щодо права та практики його безпосередньої реалізації, правових настанов і ціннісних орієнтацій, які регулюють поведінку особи в юридично значимих ситуаціях [152, с. 379].

До того ж слід розуміти, що: «Правосвідомість — важливий фактор, який впливає на функціонування механізму адміністративно-правового регулювання державного управління... Вона є внутрішнім, інтелектуальним складником суб'єкта, тому не має якості регулятора суспільних відносин» [153, с. 67].

Правова свідомість — це сукупність певних поглядів, переконань, ідей, що відбивають правові потреби, інтереси особистісного і суспільного розвитку. Правова свідомість охоплює знання про нормативно-правові системи минулих епох, оцінку чинного законодавства, уявлення про його можливі або необхідні удосконалення, різні правові установки, пов'язані з тими чи іншими правовими звичаями і традиціями [154, с. 75].

Правова свідомість відіграє регулятивну роль у процесі правової реалізації, в тому числі при прийнятті нормативних актів, а також всіх видів конкретних юридичних рішень. Про регулятивну роль правової свідомості переконливо свідчить той факт, що виконання правових норм значною частиною людей здійснюється свідомо, в силу внутрішнього переконання.

Необхідно зауважити, що чим вищий рівень правової свідомості, тим більш важливу роль вона відіграє у питанні щодо приведення поведінки у відповідність з цілями і волею, вираженими в правових нормах [155, с. 77].

Немаловажливим при розгляді структури механізму адміністративно-правового регулювання є визначення законності як однієї з його функціональних складових.

Стаття 8 КУ проголошує, що закони та інші нормативно-правові акти приймаються на основі КУ і повинні відповідати їй [56].

У статті 6 КУ зазначено, що органи законодавчої, виконавчої та судової влади здійснюють свої повноваження у встановлених Конституцією межах і відповідно до законів України [56].

Зрештою, стаття 68 КУ визначає, що кожен зобов'язаний неухильно дотримуватися КУ та законів України, не посягати на права і свободи, честь і гідність інших людей [56].

Г. М. Бистрик вказує на те, що: «Принцип законності у функціонуванні механізму держави має цілісний характер і пов'язаний з усією системою національного законодавства, у тому числі і таким її основоположним рівнем, як конституція. Таким чином, неухильне дотримання законів органами державної влади, їх службовими і посадовими особами включає в себе передусім чітке дотримання норм конституції, що дає підстави говорити про органічну єдність принципу законності та вимоги конституційності у функціонуванні механізму сучасної держави» [156, с. 89].

Л. М. Горбунова пропонує розглядати законність як матеріально зумовлений, тобто такий, що характеризується правовою єдністю, режим діяльності суб'єктів права, що полягає в належній реалізації суб'єктами права положень правових законів у всіх без виключення сферах суспільних відносин [157, с. 16].

Ю. С. Шемшученко вважає, що законність — це, по-перше, фундаментальна категорія, по-друге, комплексне юридично-правове явище, що відображає правовий характер організації суспільного життя, органічний зв'язок права і влади, права і держави [158, с. 498].

Варто звернути увагу і на те, що деякі автори тлумачать законність у двох вимірах: широкому та вузькому. У широкому сенсі під законністю розуміють дотримання всіма громадянами й організаціями законів та нормативно-правових актів, тобто необхідний державі спосіб поведінки населення, а у вузькому сенсі законність виступає як принцип діяльності державного апарату щодо здійснення своїх владних функцій у чітких межах закону, пов'язаних із забезпеченням прав громадян та громадських організацій [159, с. 220-223].

Виходячи з сутнісного змісту принципу законності, варто наголосити на тому, що він не лише впливає на формування системи вертикального впливу на суспільні відносини з боку органів державної влади, а також має безпосередній вплив на формування мережі реординаційних зв'язків, оскільки принцип законності поширюється не тільки на тих, для кого приймаються різноманітні нормативно-правові акти, а й на тих, хто їх приймає [160, с. 118].

До характерних рис законності у сфері державного управління відносять:

- загальнообов'язковість законів для всіх органів державного управління та інших суб'єктів, які вступають у відносини державного управління;
- єдність у тлумаченні законів усіма суб'єктами відносин державного управління;
- неприпустимість протиставлення міркувань законності та доцільності при налагоджуванні відносин державного управління [161, с. 659-660].

Як ми бачимо, наведені вище тези лише підтверджують той факт, що принцип законності, який є частиною верховенства права, є надзвичайно гнучким правовим пристроєм. Принцип законності перш за все охоплює основні норми адміністративного права, які регламентують здійснення державного регулювання.

Цей принцип безпосередньо впливає на суб'єктів державного регулювання, оскільки визначає повноваження, в межах яких вони повинні діяти добросовісно та не виходити за визначені державою рамки.

Ще одним елементом структури механізму адміністративно-правового регулювання є акти тлумачення норм права. В загальному розумінні під актами тлумачення норм права розуміють офіційні акти органу державної влади, які

спрямовані на роз'яснення правових приписів, що містяться в одному чи декількох нормативно-правових актах.

М. М. Воппенко вважає, що акт тлумачення права — це продукт певного виду інтерпретаційної діяльності, яку здійснюють суб'єкти, що можуть володіти різним обсягом і змістом компетенції. Процес його формування та значення в механізмі правового регулювання визначається юридичними властивостями суб'єктів. Вони можуть бути владними, причому досить сильно відрізнятися обсягом владних повноважень [162, с. 1-2].

Є. М. Шайхутдінов наводить перелік характерних ознак, що притаманні інтерпретаційним актам:

- 1) інтерпретаційні правила, які містяться в акті тлумачення, є результатом роз'яснення сенсу (змісту) норми права, що адресоване або невизначеному колу осіб, або конкретним, зазначеним в акті особам;
- 2) інтерпретаційні акти за своєю природою є формою первинного тлумачення, їхнє вторинне тлумачення інтерпретаційних актів не утворює;
- 3) інтерпретаційні акти не є самостійними джерелами права (у формально-юридичному сенсі);
- 4) інтерпретаційні акти здійснюють гносеологічну, регулятивну, аксіологічну, інформаційну та колізійну функції;
- 5) інтерпретаційні акти можна поділити на письмові та усні; акти нормативного тлумачення, в свою чергу — на акти загальної та обмеженої дії, делегованого тлумачення — на акти, які видаються на підставі Конституції, міжнародних договорів, законів, а також підзаконних нормативно-правових актів;
- 6) інтерпретаційні акти мають свою техніку і спеціальну процедуру усунення помилок [163, с. 7-8].

Необхідно зазначити, що акти тлумачення норм права не мають самостійного значення в процесі інтерпретації правових норм, однак саме акти тлумачення норм права вносять значний вклад в однаковість практики реалізації правових норм.

Л. М. Кривецька виділяє два різновиди актів тлумачення: акти-дії та акти-документи. При цьому під актом-дією розуміється з'ясування і роз'яснення права,

а під актом-документом розуміються джерела, що містять результати інтелектуально-вольової діяльності щодо роз'яснення і з'ясування змісту правових норм [164, с. 26].

Також слід звернути увагу на їхню диференціацію. Залежно від того, які головні елементи системи права виражають правові акти, можна виділити декілька їх видів:

- нормативні юридичні акти (акти компетентних правотворчих органів);
- інтерпретаційні акти нормативного або загального характеру, до яких належать і акти офіційного тлумачення;
- акти застосування права (державно-владні акти, що виражають індивідуально-правову діяльність компетентних органів);
- акти реалізації прав і обов'язків (акти-документи, що виражають автономні рішення окремих осіб, правомірні дії, які завершують функціонування механізму правового регулювання)
- конкретизаційно-юридичні акти [164, с. 27].

Акт застосування норм права (або акт правозастосування, правозастосовний акт) — це спосіб зовнішнього вираження формально обов'язкового правила поведінки індивідуального характеру, яке підтверджує, встановлює, змінює або скасовує суб'єктивні юридичні права й обов'язки персоніфікованих суб'єктів у конкретній життєвій ситуації [165, с. 171].

Під час видання такого акта відповідний суб'єкт має визначити необхідний варіант поведінки, який максимально буде відповідати співвідношенню приписів закону та конкретних життєвих обставин.

Так само, як і акти тлумачення норм права, акти застосування норм права не визначають правила поведінки, а лише дозволяють визначити, яку норму права необхідно застосувати у конкретному випадку.

О. В. Буц виділяє загальні та специфічні ознаки актів тлумачення норм права. До першої групи науковець відносить такі ознаки:

- 1) ненормативний характер;
- 2) спрямованість на врегулювання конкретних ситуацій, що потребують

юридичного вирішення й адресовані персонально визначеним суб'єктам;

- 3) вольовий характер;
- 4) вони органічно доповнюють нормативно-правові акти;
- 5) у них отримують об'єктивне вираження правові приписи [166, с. 4].

До числа специфічних ознак віднесено такі:

- 1) акти тлумачення норм права є результатом застосування права;
- 2) спеціальний суб'єкт, який приймає акт тлумачення норм права;
- 3) владний характер;
- 4) відповідність нормам права;
- 5) визначена форма [166, с. 5-6].

За формою зовнішнього вираження акти застосування норм права можна розділити на усні та письмові.

Деякі науковці до вказаних видів зараховують також конклюдентні акти [167, с. 181] та знакові акти [168, с. 429].

Акти застосування норм права прийнято поділяти на види залежно від суб'єктів, які здійснюють застосування [168, с. 181], за часом дії [169, с. 359] та залежно від правових відносин [170, с. 322].

Отже, ми дослідили поняття та структури механізму адміністративно-правового регулювання. При дослідженні структури механізму адміністративно-правового регулювання ми виходили з позиції поділу елементів цієї структури на органічні та функціональні, що дозволило значно краще зрозуміти правову природу цього важливого явища в адміністративному праві. Зрештою, тепер ми можемо перейти безпосередньо до дослідження елементів механізму адміністративно-правового регулювання прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я.

## **2.2. Правовідносини у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління**

Першим з досліджуваних елементів структури механізму адміністративно-правового регулювання є правовідносини. Важливість правовідносин у структурі механізму адміністративно-правового регулювання добре підкреслює той факт, що правовідносини є такою ланкою правового механізму, в якій право взаємодіє з об'єктом свого регулювання — соціальною сферою. Власне тому правовідносини є достатньо складним правовим утворенням, що виступає у ролі елемента оптимального стану на основі використання існуючих норм та правил [171, с. 127].

Перш ніж перейти до характеристики цих правовідносин, необхідно окреслити, що під «медичним виміром» прав четвертого покоління в рамках цього підрозділу ми будемо розглядати відносини, що склалися з приводу реалізації:

- 1) права на клонування;
- 2) права на штучне запліднення;
- 3) права на трансплантацію;
- 4) права на евтаназію.

Правовідносини у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління мають свої ознаки: як загальні, що притаманні будь-яким правовідносинам, що виникають у суспільній сфері, так і специфічні, що пов'язано зі специфічними характеристиками, які притаманні правовідносинам у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління.

До загальних ознак правовідносин Н. М. Крестовська відносить наступні:

- 1) правовідносини є різновидом суспільних відносин, тобто можуть виникнути тільки в людському суспільстві, між конкретними суб'єктами
- 2) володарями певних юридичних якостей (правоздатність та дієздатність);
- 3) правовідносини виникають на основі норми права. Немає відповідної норми права — немає й правових відносин;
- 4) між учасниками правовідносин виникає специфічний юридичний зв'язок у вигляді суб'єктивного права однієї особи і відповідного йому обов'язку



іншої особи;

5) правовідносини мають вольовий характер, тобто для їхнього виникнення необхідна воля (бажання) як мінімум одного з учасників. Люди вступають у правовідносини з певною метою — наприклад, одержати спадок, взяти участь у виборах, придбати товар;

6) правовідносини виникають з приводу реального блага (матеріальних або нематеріальних цінностей), яке виступає як передумова та структурний елемент правовідносин;

7) правовідносини охороняються і забезпечуються силою державного примусу. Як правило, учасники правовідносин добровільно виконують покладені на них обов'язки. Інакше уповноважений учасник правовідносин має право звернутися до компетентних органів держави з метою примусити протилежну сторону до виконання [172].

Виходячи з наведених ознак правовідносин, коротко охарактеризуємо кожен з них крізь призму «медичного виміру» прав четвертого покоління.

Правовідносини у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління виникають між конкретними суб'єктами. До числа таких суб'єктів, зокрема, відносяться пацієнти та заклади охорони здоров'я, що надають відповідні медичні послуги.

Основи містять таке визначення вказаних суб'єктів:

1) пацієнт — фізична особа, яка звернулася за медичною допомогою та/або якій надається така допомога;

2) заклад охорони здоров'я — юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників [51].

Трохи згодом ми більш детально розглянемо питання щодо суб'єктів правовідносин у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління.

Досліджувані нами правовідносини також виникають на основі норм права,

які є загальнообов'язковими правилами поведінки, що призначаються для регулювання медичних правовідносин, включаючи можливість застосування державного впливу. Правовідносини у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління охоплюють норми декількох галузей права: конституційного, цивільного, кримінального, адміністративного, фінансового, господарського та інших.

Між учасниками правовідносин у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління виникає юридичний зв'язок у вигляді суб'єктивного права однієї особи і відповідного йому обов'язку іншої особи. Саме цей юридичний зв'язок і становить зміст відповідних правовідносин.

Слід звернути увагу на те, що: «... суб'єктивне право хворої людини у сфері медичних правовідносин полягає в праві погодитися або не погодитися на запропонований лікарем метод лікування, а юридичний обов'язок — виконувати медичні приписи, правила внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я. В той же час у медичного працівника через особливості професії яскраво виражений обов'язок надавати медичну допомогу громадянам, що мають у цьому потребу, а також суб'єктивне право — відмовитися від подальшого ведення пацієнта, якщо останній не виконує медичних приписів або правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я, за умови, що це не загрожуватиме життю хворого і здоров'ю населення» [173, с. 15].

Досліджувані правовідносини мають вольовий характер, тобто для їх виникнення необхідна воля (бажання) як мінімум одного з учасників. Такий стан справ проявляється, зокрема, у разі застосування трансплантації анатомічних матеріалів, коли донор та реципієнт надають свою згоду на проведення трансплантації.

Існують випадки, коли згода реципієнта на трансплантацію не запитується. Це пов'язано з настанням невідкладного стану: «У разі якщо реципієнт перебуває у невідкладному стані, що становить пряму та невідворотну загрозу його життю, медична допомога із застосуванням трансплантації надається без згоди реципієнта, його батьків або інших законних представників» [29].

Те ж саме стосується й особи донора, зокрема у разі донорства гемопоетичних стовбурових клітин: «У разі якщо донором гемопоетичних стовбурових клітин є особа, яка не досягла 14 років, згода на вилучення у неї гемопоетичних стовбурових клітин надається у письмовому вигляді її батьками або іншими законними представниками цієї особи» [29].

Щодо мети вступу у ці правовідносини, то діяльність медичних працівників безпосередньо спрямовується на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку, наприклад, із застосуванням трансплантації чи застосування методик допоміжних репродуктивних технологій.

Натомість мета вступу пацієнта у правовідносини у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління прямо протилежна — отримання профілактичної чи діагностичної допомоги, лікування чи реабілітації у зв'язку із застосуванням трансплантації чи застосування методик допоміжних репродуктивних технологій.

Досліджувані нами правовідносини виникають з приводу особистих немайнових благ, якими є життя та здоров'я людини. При цьому життя та здоров'я людини визнаються найвищою соціальною цінністю [56].

Відповідно до статті 27 КУ право людини на життя є невід'ємним, а відповідно до статті 21 КУ це право є невідчужуваним та непорушним [56]. А отже, медичні працівники у ході своєї діяльності не можуть вчиняти дії, спрямовані на позбавлення людини її найбільшої цінності — життя та здоров'я.

Правовідносини, що складаються з приводу штучного запліднення, фактично виникають в момент початку проведення обстеження осіб, відносно яких проводяться лікувальні програми допоміжних репродуктивних технологій. При цьому обсяг обстеження включає дві складові: обов'язкову та додаткову (за показаннями). Вказані обстеження безпосередньо спрямовані на вибір методики лікування із застосуванням допоміжних репродуктивних технологій, що надалі будуть застосовуватися медичними працівниками для досягнення першопочаткової мети — лікування безпліддя.

Щодо правовідносин у сфері клонування, то тут слід провести диференціацію

на терапевтичне та репродуктивне клонування. Терапевтичне клонування спрямовується на вирощування стовбурових клітин, а репродуктивне клонування є способом створення людини, внаслідок чого може бути створено особу, ідентичну живій або вже померлій людині.

Терапевтичне клонування має на меті профілактику захворювань. При терапевтичному клонуванні ядро клітини (як правило, клітини шкіри) вставляється в запліднену яйцеклітину, ядро з якої видалене. Ядерне яйце починає неодноразово ділитися, утворюючи бластоцисту. Потім вчені витягують стовбурові клітини з бластоцисти і використовують їх для вирощування клітин, які є ідеальним генетичним відповідником для пацієнта. Потім клітини, створені за допомогою терапевтичного клонування, можна пересадити пацієнтові для лікування захворювання, на яке він страждає. На відміну від терапевтичного клонування, метою репродуктивного клонування є створення нового індивіда [174].

Метою правовідносин у сфері трансплантації є відновлення здоров'я людини, чого можна досягнути завдяки пересадці анатомічного матеріалу від донора реципієнту. Причому трансплантація може здійснюватися як від живого донора, так і від донора-трупа. Дарування власного анатомічного матеріалу реципієнту є високоморальним вчинком, однак в сучасних реаліях непоодинокими є випадки, коли акт донорства має на меті отримання прибутку. Для боротьби з цим явищем у 2008 році було прийнято Стамбульську декларацію про трансплантаційний туризм та торгівлю органами [175]. Згідно з цією Декларацією було розроблено стратегію, спрямовану на подолання торгівлі органами. Ця стратегія передбачає, що:

1) представниками урядових організацій і громадськості донорство має розглядатися як героїчний та гідний поваги акт;

2) медична та психосоціальна придатність живих донорів повинна визначатися рекомендаціями Амстердамського [176, с. 491-492] і Ванкуверських [177, с. 1373-1385] форумів:

– механізми отримання інформованої згоди повинні включати оцінку розуміння донором майбутньої операції, так само як і оцінку психосоціального впливу операції на донора;

– у ході обстеження у донорів повинні бути виключені порушення в психоемоційній сфері за допомогою відповідних фахівців;

3) для всіх тих, хто дозволяє трансплантаційну практику і бере в ній участь, забезпечення медичної допомоги донорам анатомічних матеріалів, навіть якщо вони стали жертвами трансплантаційного туризму чи торгівлі органами, є невід’ємною частиною професійної відповідальності [175].

Звичайно ж, найбільш суперечливою є мета правовідносин, що виникають з приводу евтаназії. Р. О. Стефанчук вважає, що евтаназія — це свідомо та умисна поведінка (дія, бездіяльність чи рішення) медичного працівника, яка спрямовується на припинення нестерпних фізичних чи психічних страждань пацієнта та здійснюється за неодноразовим та однозначним проханням пацієнта чи його законного представника, які є повністю, об’єктивно та своєчасно поінформовані про наслідки такого втручання з метою припинення страждань, що має результатом смерть пацієнта [178, с. 305].

Уже з наведеного визначення стає зрозуміло, що мета евтаназії спрямована на припинення страждань, яких зазнає пацієнт. Однак припинення страждань пацієнта можливе лише внаслідок настання його смерті як у разі активної евтаназії, так і у разі пасивної евтаназії. Відтак досягнення мети правовідносин з приводу евтаназії прямо суперечить положенням КУ та низки міжнародних актів, що регламентують право на життя особи як непорушне з боку будь-якої іншої особи, у тому числі й медичного працівника.

Правовідносини у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління охороняються і забезпечуються силою державного примусу. Наприклад, як зазначає З. С. Гладун, такий примус застосовується в процесі здійснення господарської діяльності закладами охорони здоров’я [179, с. 45-48].

Відповідно до наказу МОЗ «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні» від 9 вересня 2013 року № 787 допоміжні репродуктивні технології повинні застосовуватись в закладах охорони здоров’я, що мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та відповідне оснащення і обладнання. Заклади охорони здоров’я, що

здійснюють діяльність з медичної практики понад двох років, зобов'язані мати акредитаційний сертифікат [74].

Відтак до закладу охорони здоров'я, який застосовує допоміжні репродуктивні технології, не маючи відповідної ліцензії чи акредитаційного сертифікату, буде застосовано державний примус. Так, стаття 20 ЗУ «Про ліцензування видів господарської діяльності» передбачає, що:

«1. За провадження виду господарської діяльності, що підлягає ліцензуванню, без ліцензії чи у період зупинення дії ліцензії повністю або частково, невиконання ліцензіатом розпорядження про усунення порушень ліцензійних умов, порушення ліцензіатом строку повідомлення про всі зміни даних, зазначених у заяві та документах, ... суб'єкти господарювання притягаються до адміністративної відповідальності, передбаченої Кодексом України про адміністративні правопорушення.

... 3. За порушення законодавства у сфері ліцензування посадові особи органу ліцензування несуть адміністративну, матеріальну або дисциплінарну відповідальність» [180].

Відповідно до статті 164 КУпАП провадження господарської діяльності без державної реєстрації як суб'єкта господарювання або без подання повідомлення про початок здійснення господарської діяльності, якщо обов'язковість подання такого повідомлення передбачена законом, або без отримання ліцензії на провадження виду господарської діяльності, що підлягає ліцензуванню відповідно до закону, або у період зупинення дії ліцензії, у разі якщо законодавством не передбачені умови провадження ліцензійної діяльності у період зупинення дії ліцензії, або без одержання документа дозвільного характеру, якщо його одержання передбачене законом (крім випадків застосування принципу мовчазної згоди), — тягне за собою накладення штрафу [181].

Ми охарактеризували загальні ознаки правовідносин у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління, що притаманні будь-яким правовідносинами у суспільній сфері. Відтак, тепер необхідно перейти до характеристики специфічних ознак, що притаманні саме досліджуваним

правовідносинам.

Першим специфічним аспектом правовідносин, що заслуговує на нашу увагу, є те, що на такі правовідносини має великий вплив розвиток сучасних медичних технологій.

У 1967 році південноафриканський лікар Крістіан Барнард здійснив першу трансплантацію серця від людини людині. Власне, першою людиною, якій пересадили серце став Луїс Вашканський, однак йому не вдалось довго прожити з трансплантованим серцем. А вжештупний пацієнт Крістіана Барнарда — Філіпп Блайберг — після трансплантації серця прожив півтора року [182, с. 251]. Така подія стала серйозним поштовхом для розвитку як медицини, так і законодавства про трансплантацію анатомічних матеріалів.

Станом на сьогодні прогрес у сфері медичних технологій дозволяє проводити експерименти з застосуванням анатомічних матеріалів свиней: «... використання органів свиней у людей стримувалося значною мірою через побоювання щодо ретровірусів, які зустрічаються у свиней і можуть виявитися фатальними для людини, якщо потраплять в її організм, що потенційно може спричинити епідемію... Ендогенні ретровіруси свиней, відомі як *Pervs*, є постійною частиною гена, і, таким чином, виявилися неможливими для усунення. Проте тепер дослідники успішно видалили *Pervs* з генома свині, використовуючи техніку редагування гена *CRISPRCas9*, яка дозволила їм вирощувати свиней, позбавлених вірусів» [183].

Стрімкий розвиток медицини у цьому питанні з часом має привести до перегляду існуючого законодавства у сфері трансплантації, оскільки сам характер досліджуваних правовідносин може зазнати змін у частині використання анатомічних матеріалів тварин.

Так, частина 1 статті 18 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» встановлює заборону на трансплантацію людині органів та інших анатомічних матеріалів тварини. Натомість дозволено використовувати лише ксеноімпланти, наприклад, зі шкіри свині, які проходять процес ліофілізації [29].

Безперечно, розвиток медичних технологій є не менш помітним і у сфері клонування [184]. З моменту першого успішного клонування тварини — вівці Доллі пройшло уже чверть століття і сьогодні суспільство активно дискутує з приводу клонування людини. На початку 2008 року американські вчені заявили, що їм вперше вдалося клонувати людину, а саме 5 людських ембріонів, які прожили 5 днів. Після цього вчені вбили ці ембріони, щоб детально їх дослідити [185].

Сучасні дослідження науковців сфокусовані на терапевтичному клонуванні. Терухіко Вакаяма виростив клоновані клітини у розчині трихостатину — органічної сполуки, яка виступає інгібітором ензимів, що вносять спадкові зміни у ДНК. Завдяки цьому вдалося підвищити ефективність клонування уп'ятеро. Команда Вакаями повторила клонування миші 25 разів. Іншими словами, вони клонували одну особину, згодом — її клона, далі — клона клона і так далі. Загалом вони отримали 581 здорову тварину, кожна з яких була здатна до розмноження та прожила звичні для мишей 2 роки життя. Якість генетичного матеріалу з кожним наступним поколінням як не погіршувалася, так і не покращувалася [186].

Українське законодавство у сфері клонування не є розвиненим і ґрунтується здебільшого на ЗУ «Про заборону репродуктивного клонування людини», в тексті якого існує багато недоліків, що стосуються, зокрема, питання термінології. З іншого боку, не врегульованими залишаються питання терапевтичного клонування. Такий стан справ є незадовільним, оскільки немає відповідей на питання, які розвиток медичних технологій у сфері клонування ставить зараз.

Другою специфічною ознакою правовідносин у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління є те, що розвиток медичних технологій виявив необхідність в існуванні морального регулятора — біоетики. Саме біоетика має значний вплив на формування правовідносин у вказаній сфері, оскільки визначає моральність поведінки людини, співвідносячи її з ціннісними орієнтирами суспільства.

О. Б. Фельдман акцентує на тому, що: «... основним методом моральної регуляції у сучасних практиках трансплантації (а відтакі в інших правах четвертого покоління — *прим. автора*) виступає не зовнішній примус, а внутрішня



особистісно-сміслова мотивація. Біотичний простір трансплантології базується на принципах пріоритету життя, здоров'я, блага людини, благоговіння перед життям і відповідальністю за нього» [187, с. 146].

Поняття «біоетика» було введено в першій половині XX століття Фріцом Ягром (*Paul Max Fritz Jahr*), який таким чином пояснював поняття про моральні засади використання лабораторних рослин та тварин [188].

Важливий внесок у розвиток біоетики належить американському онкологу Ван Рансселеру Поттеру (*Van Rensselaer Potter II*), якого вважають розробником сучасної концепції біоетики. Він вважав, що наука виживання повинна бути не просто наукою, а новою мудрістю, яка б об'єднала два найбільш необхідні та найбільш важливі елементи — біологічні знання та загальнолюдські цінності. Виходячи з цього, ним було запропоновано термін — «біоетика» [189, с. 13].

У загальноправовому розумінні під «біоетикою» прийнято вважати захист людської особистості у зв'язку із розвитком біомедичних наук.

Слід також розуміти, що нині існує декілька напрямів біоетики, кожен з яких так чи інакше впливає на правовідносини у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління.

М. О. Медведєва виділяє такі напрями біоетики:

1. Біоетика принципів (Т. Бічамп, Дж. Чілдресс): будь-які дослідження чи втручання в людську природу повинні підпорядковуватись чотирьом основним принципам, а саме принципу поваги автономії пацієнта, принципу «не нашкодь», принципу «роби благо» та принципу справедливості.

2. Утилітарна біоетика (Дж. Бентам, Дж. Мілль, Дж. Ролз): про етичну прийнятність чи неприйнятність будь-якої дії слід судити виключно з огляду на її наслідки; головним принципом є досягнення якнайбільшої користі для якнайбільшої кількості людей.

3. Деонтологічна біоетика (І. Кант, У. Росс, Т. Нагель): етичною є лише та поведінка, яка продиктована обов'язком; етична прийнятність будь-якої дії відносно до людини оцінюється максимою

«поводься з іншим так само, як би ти хотів, щоб інші поводитися з тобою».

4. Феміністична біоетика (С. Шервін, С. Вулф, С. Вендель): пригнічення жінки в суспільстві призвело до порушення її репродуктивних прав, зокрема права на аборт та використання репродуктивних технологій, тому слід подолати існуючі стереотипи та надати більше свободи жіночій частині людства.

5. Комуїтарна біоетика (Дж. Нельсон, Х. Хейв, А. Етзіоні): інтереси та цінності общини, спільноти людей превалюють при оцінці моральної прийнятності будь-яких медичних втручань [190].

Кожний з розглянутих вище напрямів біоетики справляє безпосередній ефект на досліджувані правовідносини, оскільки впливає на формування суспільних цінностей та моральних засад, які є беззаперечними орієнтирами для суб'єктів цих правовідносин.

Ще однією специфічною характеристикою правовідносин у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління є те, що вони можуть виникати як до народження особи, так і під час її життя та після смерті. Далі коротко розглянемо кожен із наведених випадків.

Ми вже згадували, що правовідносини у сфері штучного запліднення фактично виникають з моменту початку проведення обстеження осіб, відносно яких проводяться відповідні лікувальні програми допоміжних репродуктивних технологій. На цьому рівні учасниками правовідносин стають пацієнти та заклад охорони здоров'я. Однак, якщо звернути увагу на основну мету штучного запліднення — лікування безпліддя, то ще одним суб'єктом правовідносин у сфері штучного запліднення є ембріон людини.

Сьогодні не існує ані чітких консолідованих наукових позицій з приводу того, чи слід визнавати ембріон суб'єктом правовідносин, ані чітко визначених законодавчих норм, які б дозволили однозначно визначити правовий статус ембріона.

Це й не дивно, оскільки в науковій сфері нині існують чотири провідні позиції, які по-різному підходять до розуміння правового статусу ембріона:

1) людське життя починається, коли жіноча яйцеклітина запліднюється чоловічою спермою;

- 2) життя починається на 14-й день з моменту закріплення зиготи до стінки матки;
- 3) життя починається з моменту народження, оскільки плід не має належного морального статусу через перебування вутробі;
- 4) життя починається на 28-й день після народження [191, с. 70].

Не пристаючи до жодної з позицій, ми хочемо зацентувати увагу на тому, що правовідносини у сфері штучного запліднення виникають ще до моменту народження. Причому такі правовідносини виникають і при застосуванні внутрішньоматкової інсемінації, і при донації гамет та ембріонів.

Стаття 281 Цивільного кодексу України передбачає, що штучне переривання вагітності, якщо вона не перевищує дванадцяти тижнів, може здійснюватися за бажанням жінки. Штучне переривання вагітності може бути проведене при вагітності від дванадцяти до двадцяти двох тижнів за наявності відповідних підстав [63].

Наведені положення свідчать про існування так званого трирівневого обсягу прав ембріона людини, що залежать безпосередньо від його рівня розвитку:

- 1) від 0 до 12 тижнів — мінімальний (або ж відсутній) обсяг прав ембріона людини, який передбачає можливість проведення штучного переривання вагітності без наявності будь-яких підстав;
- 2) від 12 до 22 тижнів — середній обсяг прав ембріона людини, який передбачає, що проведення штучного переривання вагітності можливе лише у результаті настання відповідних підстав (наприклад, виникнення хромосомних аномалій);
- 3) після 22 тижнів — максимальний обсяг прав ембріона людини, який не передбачає можливості проведення штучного переривання вагітності.

Необхідно звернути увагу і на те, що проведення редукції ембріонів людини повинно проводитись з урахуванням даних ультразвукового обстеження, які характеризують їхній стан на строк вагітності до 12 тижнів [74].

Незважаючи на те, який з рівнів обсягу прав ембріона людиними оберемо, твердження про те, що правовідносини у сфері забезпечення «медичного виміру»

прав четвертого покоління можуть виникати до моменту народження людини, є правильним.

Це означає, що так чи інакше ми можемо розглядати ембріон людини у правовідносинах у сфері штучного запліднення як учасника цих правовідносин. Однак абсолютно необхідною є конкретизація правового статусу ембріона людини в окремому законі про репродуктивні технології. Саме це дозволить розставити основні акценти в правовому статусі ембріона людини, зокрема, як ми вже зрозуміли, критично важливим є момент, починаючи з якого ембріон людини стає учасником правовідносин.

Що стосується твердження про те, що правовідносини у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління виникають за життя особи, то тут можуть виникати деякі особливості.

Якщо ми звертаємо увагу на трансплантацію анатомічних матеріалів, то зазвичай учасниками правовідносин, окрім закладу охорони здоров'я, будуть донор та реципієнт (Але це правило не є максимою, оскільки у разі трансплантації із застосуванням ксеноімплантатів донор у розумінні ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів» буде відсутнім).

Відповідно до ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» реципієнтом може стати будь-яка особа незалежно від віку. При цьому, якщо особа не досягла 14-річного віку, необхідно отримати згоду об'єктивно поінформованих батьків або законних представників такої особи [29].

Що стосується особи донора, то тут існують вікові обмеження. Так, донором може стати лише повнолітня особа. Єдиний виняток із цього правила стосується донорства гемопоетичних стовбурових клітин, оскільки в такому разі донором може стати будь-яка особа за умови, якщо:

- відсутній повнолітній дієздатний сумісний донор за результатами медичних показань;
- реципієнт є повнорідним братом або повнорідною сестрою донора;
- трансплантація здійснюється для збереження життя реципієнта [29].

Такі ж вікові обмеження ми бачимо, наприклад, коли йдеться про донора ооцитів при штучному заплідненні. Щоправда, у цьому разі, на відміну від трансплантації анатомічних матеріалів, встановлюються не тільки мінімальні вікові обмеження, а й максимальні, що пов'язано з біологічними особливостями ооцитів: донором ооцитів може бути жінка у віці від 18 до 36 років [74].

Правовідносини у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління можуть також виникати після смерті особи, що найяскравіше проявляється у сфері трансплантації анатомічних матеріалів.

Після настання смерті особи вона може стати учасником правовідносин з приводу трансплантації, що виникають у зв'язку з експлантацією в неї відповідних анатомічних матеріалів. При цьому ще за життя така особа має надати згоду на вилучення анатомічних матеріалів [29].

Слід розуміти, що при вилученні анатомічних матеріалів необхідно дотримуватись принципу достойного ставлення до тіла людини у разі посмертного донорства, що означає, що до тіла померлого необхідно ставитись таким чином, щоб не завдати йому ушкоджень, які не виправдані проведенням трансплантації та у належному стані передати родичам померлого або особі, яка взяла на себе зобов'язання поховати померлу особу.

У зв'язку зі згадкою про повноважного представника як такого, що може брати активну участь у процесі трансплантації анатомічних матеріалів, ми хочемо виокремити ще одну специфічну характеристику правовідносин у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління — треті особи можуть приймати рішення про медичне втручання у разі, якщо таке рішення не можуть прийняти особи, щодо яких таке втручання може бути застосоване.

У разі якщо особа не надала згоду на вилучення у неї анатомічних матеріалів за життя, то після її смерті згоду на вилучення анатомічних матеріалів можуть надати:

- 1) повноважний представник;
- 2) другий з подружжя;
- 3) один з близьких родичів (діти, батьки, рідні брати та сестри) [29]. При

цьому кожна повнолітня дієздатна особа має право призначити свого повноважного представника, який після смерті цієї особи надасть згоду на вилучення з її тіла анатомічних матеріалів для трансплантації та/або виготовлення біоімплантів. Повноважним представником може бути лише повнолітня дієздатна особа, яка свідомо та добровільно надала згоду [29].

У разі якщо померла особа не висловила за життя своєї згоди або незгоди на посмертне донорство, не визначила свого повноважного представника, то згоду на вилучення у неї анатомічних матеріалів після її смерті можуть надати або один із подружжя, або один з близьких родичів [29].

При цьому ми вважаємо за потрібне виділити ці випадки в дві окремі категорії. Оскільки у випадку з повноважним представником особа повністю усвідомлює свої дії та бажає того, щоб повноважний представник після її смерті надав згоду на вилучення у неї анатомічних матеріалів.

Іншою є ситуація у випадку, якщо за життя особа не надала згоду на вилучення у неї анатомічних матеріалів та не визначила повноважного представника, який би міг надати таку згоду. У цьому разі може виникнути ситуація, коли один із подружжя або один із близьких родичів можуть не знати про бажання чи небажання померлої особи надати згоду на вилучення анатомічних матеріалів, що може бути пов'язано з рядом факторів. До того ж у такому разі незрозуміло, чи померла особа бажала, щоб один із подружжя чи один із близьких родичів вирішував таке важливе питання після її смерті.

У зв'язку з наведеним вище, важливою є окрема думка К. Войтишека, яку він висловив під час розгляду ЄСПЛ справи «Петрова проти Латвії»: «Основна увага ... приділяється праву заявниці заперечувати проти трансплантації органів, які вилучені у її померлого сина. Це право визнається внутрішньодержавним законодавством. Використані в мотивувальній частині Постанови формулювання змушують думати, що право заявниці заперечувати проти трансплантації органів померлого сина — це одне із її особистих прав, яке охороняється Конвенцією. Виходячи із цих формулювань, можна припустити, що це право може без перешкод здійснюватися родичами, у яких є можливість вирішувати, погодитись на

трансплантацію чи заперечувати проти цього.

Однак ситуація значно складніша. Право родича померлої особи заперечувати проти трансплантації — це не особисте право родича, і його неможливо здійснювати *ad libitum*. У таких випадках родичі виступають не як автономні суб'єкти права, а як особи, яким довірено реалізувати право померлої людини. Вони повинні здійснювати це право відповідно до бажання померлої особи. Права заявниці були порушені не тому, що вона не могла обстоювати можливість особисто приймати рішення з приводу трансплантації органів власного сина, а тому, що їй не дали можливості виразити бажання сина» [192].

Завершивши характеристику правовідносини у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління, необхідно перейти до їхньої безпосередньої класифікації. Станом на сьогодні в теорії права вже напрацьовано основні підходи до такої класифікації. Зокрема, прийнято поділяти правовідносини *залежно від спеціально-юридичних функцій*: на регулятивні та охоронні; *залежно від характеру обов'язків*: на активні та пасивні; *залежно від рівня індивідуалізації суб'єктів*: на абсолютні та відносні тощо [193, с. 196-198]. Отже, на підставі вже напрацьованої доктрини в теорії права ми хочемо виокремити види правовідносин у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління.

Виходячи з функцій, які виконуються, необхідно виділити регулятивні та правоохоронні правовідносини.

Регулятивні правовідносини виникають в результаті здійснення правомірних дій з боку суб'єктів (наприклад, застосування допоміжних репродуктивних технологій в закладах охорони здоров'я, що мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, відповідне оснащення та обладнання).

Правоохоронні відносини виникають у разі порушення суб'єктами цих правовідносин норм права (наприклад, ненадання допомоги хворому медичним працівником).

Ще одним класифікатором правовідносини у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління є характер обов'язків суб'єктів. З огляду на це

необхідно виокремити активні та пасивні правовідносини.

Активні правовідносини — це ті, з яких випливає обов'язок здійснити певні дії на користь іншої сторони. Наприклад, здійснення обов'язкового клінічного моніторингу та контролю загального стану пацієнтки у разі застосування допоміжних репродуктивних технологій [74].

Пасивні правовідносини покладають на суб'єкта обов'язок утриматись від учинення певних дій. Наприклад, забороняється вилучення анатомічних матеріалів для трансплантації у разі наявності в Єдиній державній інформаційній системі трансплантації органів та тканин відомостей про надану такою особою прижиттєво письмову незгоду на посмертне донорство [29].

Співвідношення прав та обов'язків суб'єктів виступає у ролі ще одного класифікатора правовідносин. Відтак необхідно говорити про існування вертикальних та горизонтальних правовідносини. У вертикальних правовідносинах один із суб'єктів перебуває в підлеглості щодо іншого. У горизонтальних — суб'єкти не перебувають у підпорядкованості один щодо одного.

Правовідносини у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління необхідно також класифікувати, виходячи з особливостей організації виконавчої влади в Україні. Відтак правовідносини виникають:

- 1) між вищим органом виконавчої влади та центральними органами виконавчої влади (відносини між КМУ та МОЗ);
- 2) між центральними органами виконавчої влади та місцевими органами виконавчої влади (відносини між МОЗ та обласними (районними) державними адміністраціями);
- 3) між центральними органами виконавчої влади та суб'єктами управління, що перебувають в їхньому віданні (відносини між МОЗ та Директоратом медичного забезпечення).

За сферою виникнення правовідносини поділяють на внутрішні та зовнішні.

Прикладом зовнішніх правовідносин можуть бути відносини між МОЗ та Міністерством закордонних справ України щодо організації міжнародного співробітництва у сфері застосування допоміжних репродуктивних технологій.



Прикладом внутрішніх правовідносин виступають відносини, які виникають безпосередньо між лікарями, що входять до складу консилиуму лікарів з приводу визначення потреби пацієнта у лікуванні методом трансплантації.

З. С. Гладун наголошує на тому, що правовідносини можуть також виникати між:

- пацієнтом та закладом охорони здоров'я;
- лікарем та адміністрацією закладу охорони здоров'я;
- закладом охорони здоров'я та органами державної влади та місцевого самоврядування [194, с. 109].

Деякі науковці також виділяють абсолютно визначені та відносно визначені правовідносини. При цьому критерієм розмежування є ступінь визначеності суб'єктного складу [173, с. 18].

Абсолютно визначені правовідносини — це такий варіант правовідносин, коли носієві права кореспондує невизначена кількість пасивно зобов'язаних суб'єктів права [173, с. 18]. Наприклад, у разі якщо реципієнт перебуває у невідкладному стані, що становить пряму та невідворотну загрозу його життю, медична допомога із застосуванням трансплантації надається без згоди реципієнта, його батьків або інших законних представників.

Відносно визначені правовідносини — це такий варіант правовідносин, коли носієві права кореспондують певні суб'єкти права [173, с. 18]. До таких правовідносин, наприклад, можна віднести заборону медичним працівникам здійснювати евтаназію.

Для повноцінного розуміння правовідносин у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління необхідно дослідити склад згаданих нами правовідносин. Відтак склад правовідносин у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління включає три класичні елементи: суб'єкти, об'єкт та зміст [195, с. 200-201]. Власне, решту цього підрозділу і буде присвячено дослідженню цих елементів.

Виходячи з характеру правовідносин у досліджуваній сфері та чинного законодавства України, необхідно виділити таких суб'єктів правовідносин у сфері

забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління:

- 1) суб'єкти, щодо яких здійснюється надання медичної допомоги із застосуванням спеціальних методів;
- 2) суб'єкти, які надають медичну допомогу із застосуванням спеціальних методів;
- 3) суб'єкти організації медичної допомоги із застосуванням спеціальних методів;
- 4) суб'єкти, щодо яких не здійснюється надання медичної допомоги із застосуванням спеціальних методів, але які можуть брати участь у правовідносинах у разі настання певних обставин.

Правосуб'єктність як здатність виступати учасником правовідносин є необхідною для будь-якого з вказаних суб'єктів. Поняття правосуб'єктності суб'єкта правовідносин у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління включає як дієздатність, так і правоздатність відповідного суб'єкта.

Суб'єкта, щодо якого здійснюється надання медичної допомоги із застосуванням спеціальних методів, ми можемо ототожнити з пацієнтом — фізичною особою, яка звернулася за медичною допомогою або якій надається така допомога.

Коли ми говоримо про особу пацієнта, то необхідно дотримуватись правил, визначених статтею 43 Основ, у якій йдеться про обов'язкове надання згоди на медичне втручання:

«Згода інформованого ... пацієнта необхідна для застосування методів діагностики, профілактики та лікування. Щодо пацієнта віком до 14 років (малолітнього пацієнта), а також пацієнта, визнаного в установленому законом порядку недієздатним, медичне втручання здійснюється за згодою їх законних представників.

Згода пацієнта чи його законного представника на медичне втручання не потрібна лише у разі наявності ознак прямої загрози життю пацієнта за умови неможливості отримання з об'єктивних причин згоди на таке втручання від самого пацієнта чи його законних представників.

...Пацієнт, який набув повної цивільної дієздатності і усвідомлює значення своїх дій та може керувати ними, має право відмовитися від лікування» [51].

Окрім питань, пов'язаних із правосуб'єктністю пацієнта, важливими є також медичні підстави, настання яких необхідне для участі у правовідносинах. Відповідні підстави наведено нами у таблиці 1.

*Таблиця 1. Підстави виникнення правовідносин у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління*

| <b>Вид правовідносин</b>              | <b>Підстави їхнього виникнення</b>   |
|---------------------------------------|--|
| Трансплантація анатомічних матеріалів | Потреба у здійсненні пересадки анатомічного матеріалу у зв'язку з погіршенням або припиненням функціонування відповідного анатомічного матеріалу |
| Штучне запліднення                    | Безпліддя людини, що тягне за собою необхідність у лікуванні із застосуванням методик допоміжних репродуктивних технологій                       |
| Клонування                            | Отримання стовбурових клітин з ембріона людини   |
| Евтаназія                             | Наявність невиліковного захворювання у пацієнта, який при цьому постійно відчуває нестерпні страждання   |

Суб'єкти, які надають медичну допомогу із застосуванням спеціальних методів, також беруть безпосередню участь у досліджуваних нами правовідносинах. До числа таких суб'єктів ми відносимо відповідні заклади охорони здоров'я, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та бюро судово-медичної експертизи (що безпосередньо впливає із ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині»). При цьому будь-який заклад охорони здоров'я має відповідати вимогам статей 16–19 Основ.

У статті 3 Основ під закладом охорони здоров'я розуміється юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений

підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників [51].

Відповідно до Постанови КМУ «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» від 2 березня 2016 року № 285, суб'єкт господарювання, який є закладом охорони здоров'я, повинен мати затверджені в установленому порядку:

- статут закладу охорони здоров'я або положення про заклад охорони здоров'я (залежно від організаційно-правової форми);
- штатний розпис;
- положення про його структурні підрозділи (зокрема, відокремлені);
- посадові інструкції працівників;
- правила внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я;
- клінічні маршрути пацієнта, розроблені відповідно до клінічних протоколів та стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), затверджених МОЗ [196].

Медичну допомогу із застосуванням спеціальних методів у закладах охорони здоров'я надають безпосередньо медичні працівники. На прикладі сфери трансплантації ми бачимо, що вилучення донорських органів у донора здійснюється бригадою вилучення донорських органів. До складу бригади вилучення донорських органів входять від одного до трьох лікарів-хірургів (залежно від виду та обсягу донорського матеріалу), лікар-анестезіолог, дві сестри медичні операційні та інші спеціалісти відповідного профілю (за потреби) [197].

Ще одним важливим учасником трансплантації анатомічних матеріалів є трансплант-координатор, який є працівником закладу охорони здоров'я, бюро судово-медичної експертизи, спеціалізованої державної установи у сфері трансплантації органів, тканин та клітин, іншого суб'єкта господарювання, що здійснює діяльність, пов'язану з трансплантацією, до посадових обов'язків якого належить здійснення трансплант-координації [29].

Важливо також розуміти, що лікар, який входив до складу консилиуму лікарів, що здійснив констатацію смерті мозку особи, не може виконувати функції трансплант-координатора стосовно потенційного донора та/або донора-трупа такої

особи. Трансплант-координатор не може брати участь у вилученні анатомічного матеріалу та проведенні трансплантації, у разі якщо він виконував функції трансплант-координатора, які передбачені цим Законом, стосовно цього донора-трупа [29].

Суб'єкти організації медичної допомоги із застосуванням спеціальних методів чітко визначені у статті 6 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині»:

- КМУ;
- центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я;
- центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення [29].

Найбільший вплив на формування правовідносини у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління безпосередньо має центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я — МОЗ.

У статті 8 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» визначено перелік повноважень МОЗ у сфері трансплантації. До числа цих повноважень належать:

- 1) забезпечення формування та реалізації державної політики у сфері надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією;
- 2) забезпечення нормативно-правового регулювання надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією;
- 3) утворення спеціалізованої державної установи у сфері трансплантації органів, тканин та клітин, що здійснює організаційно-методичне керівництво закладами охорони здоров'я, що надають медичну допомогу із застосуванням трансплантації та/або здійснюють діяльність, пов'язану з трансплантацією, трансплант-координацією, координує діяльність суб'єктів організації та надання

медичної допомоги із застосуванням трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією, визначення інших повноважень зазначеної установи та затвердження положення про неї;

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

5) забезпечення функціонування та адміністрування державних інформаційних систем трансплантації;

6) розробка та організація виконання державних комплексних та цільових програм, спрямованих на розвиток медичної допомоги із застосуванням трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією;

7) розробка та затвердження порядку розподілу анатомічних матеріалів та критеріїв встановлення пар донор-реципієнт;

8) розробка вичерпного переліку вимог для виконання суб'єктами господарювання, які надають медичну допомогу із застосуванням трансплантації та/або здійснюють діяльність, пов'язану з трансплантацією, у тому числі щодо їх матеріально-технічної бази; забезпечує формування та розміщення державного замовлення на підготовку, перепідготовку та підвищення кваліфікації медичних працівників для потреб надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації та здійснення трансплант-координації;

9) здійснення міжнародного співробітництва у сфері надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією;

10) забезпечення реалізації у межах компетенції державної інформаційної політики у сфері надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією;

11) затвердження вимог до:

- якості та безпечності анатомічних матеріалів людини;
- зберігання вилучених анатомічних матеріалів людини;
- підготовки вилучених анатомічних матеріалів людини до перевезення; перевезення вилучених анатомічних матеріалів людини;
- супровідних документів для перевезення вилучених анатомічних матеріалів людини;
- маркування ємності для перевезення анатомічних матеріалів та здійснення контролю за дотриманням таких вимог;

12) проведення інформаційно-роз'яснювальної роботи з питань законодавства щодо трансплантації анатомічних матеріалів людині, популяризації прижиттєвого та посмертного донорства анатомічних матеріалів, формування позитивної громадської думки про надання анатомічних матеріалів людини для трансплантації;

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

14) розпорядження Єдиною державною інформаційною системою трансплантації органів та тканин та Державною інформаційною системою трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин;

15) здійснення інших, визначених законодавством повноважень, пов'язаних з наданням медичної допомоги із застосуванням трансплантації та здійсненням діяльності, пов'язаної з трансплантацією [29]. Як бачимо, МОЗ наділене широким спектром організаційних повноважень у сфері трансплантації анатомічних матеріалів, що дає можливість стверджувати про наявність усіх необхідних інструментів, які дозволяють впливати та безпосередньо визначати вектор розвитку сфери трансплантації анатомічних матеріалів.

До суб'єктів, щодо яких не здійснюється надання медичної допомоги із застосуванням спеціальних методів лікування, але які можуть брати участь у

правовідносинах у разі настання певних обставин, ми відносимо:

- повноважного представника;
- батьків, опікунів чи піклувальників;
- одного з подружжя;
- одного з близьких родичів (дітей, батьків, рідних братів та сестер).

Участь кожного з перерахованих вище суб'єктів у правовідносинах у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління є можливою у разі настання певних обставин. До таких обставин належать, зокрема, недосягнення відповідного віку або визнання особи недієздатною.

Виходячи із загальнотеоретичних положень про те, що об'єктом правовідносин є матеріальні чи нематеріальні блага, задля одержання, передачі або використання яких виникають права та обов'язки учасників правовідносин [198, с. 343], ми можемо констатувати, що правовідносини у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління виникають з приводу таких особистих немайнових благ як життя та здоров'я людини, а також процес надання медичної допомоги із застосуванням спеціальних методів лікування, таких як трансплантація анатомічних матеріалів чи застосування допоміжних репродуктивних технологій. Також слід згадати про результат надання такої допомоги. Як справедливо зазначає С. Г. Стеценко, для суб'єктів, які надають таку допомогу, найважливішим є процес здійснення лікування, тоді як для пацієнта найважливішим результатом є одужання [173, с. 22].

Зміст правовідносин у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління складають суб'єктивні права та юридичні обов'язки учасників цих правовідносин, що отримують своє відображення у нормах права.

Суб'єктивне право, наприклад, полягає у можливості пацієнтки прийняти рішення про використання ооцитів/ембріонів для лікувальних програм інших пацієнтів після завершення циклу запліднення за наявності залишку невикористаних ооцитів/ембріонів [74].

Прикладом юридичного обов'язку є те, що лікар, який надає медичну допомогу із застосуванням допоміжних репродуктивних технологій, зобов'язаний



проводити клінічний моніторинг та контроль загального стану пацієнтки [74].

Говорячи про зміст правовідносин у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління, необхідно розуміти, що норми, які передбачені Основами, мають безпосередній вплив на зміст цих правовідносин. Йдеться, зокрема, про статті 6, 9-10 вказаного Закону, в яких йдеться про права та обов'язки громадян у сфері охорони здоров'я [51].

Щодо суб'єктивних прав, які притаманні виключно правовідносинам у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління, то на основі аналізу ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» ми можемо виділити такі:

- 1) право кожної повнолітньої дієздатної особи надати письмову згоду або незгоду на посмертне донорство;
- 2) право кожної повнолітньої дієздатної особи подати письмову заяву про відкликання своєї письмової згоди або незгоди на посмертне донорство;
- 3) право кожної повнолітньої дієздатної особи надати нову письмову згоду або незгоду на посмертне донорство;
- 4) право кожної повнолітньої дієздатної особи призначити свого повноважного представника, який після смерті цієї особи надасть згоду на вилучення з її тіла анатомічних матеріалів для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів;
- 5) право живого донора на безоплатне медичне обстеження, безпосередньо пов'язане з донорством анатомічних матеріалів;
- 6) право живого донора на безоплатну медичну допомогу у разі виникнення хвороб чи ускладнень здоров'я у зв'язку з донорством анатомічних матеріалів;
- 7) право живого донора на перевагу в отриманні анатомічних матеріалів у разі необхідності проведення йому трансплантації [29].

Разом з тим до юридичних обов'язків належать:

– обов'язок лікуючого лікаря пояснити реципієнту, що ненадання згоди на трансплантацію може призвести до тяжких для реципієнта наслідків;

- обов'язок лікуючого лікаря отримати від реципієнта письмову заяву про відмову від надання йому медичної допомоги із застосуванням трансплантації;
- обов'язок судово-медичного експерта протягом 24 годин повідомити про вилучення анатомічних матеріалів у донора-трупа керівника окружної прокуратури [29].

Наостанок варто зауважити, що: «... існують також юридичні презумпції, тобто припущення про існування юридичних фактів, щовикликали настання певних юридичних наслідків. Самі по собі не будучи юридичними фактами, вони можуть породжувати правові відносини. Як приклад можна навести презумпцію сумлінності медичного працівника при виконанні своїх професійних обов'язків» [173, с. 26].

### 2.3. Нормативно-правова складова механізму адміністративно-правового регулювання прав четвертого покоління

Нормативно-правову складову механізму адміністративно-правового регулювання прав четвертого покоління утворюють норми права, які безпосередньо регулюють ці відносини. Як ми вже визначили, норми права є обов'язковою складовою цього механізму адміністративно-правового регулювання прав четвертого покоління.

Л. О. Морозова зазначає: «Норми права — продукт свідомої діяльності людини, які обумовлені інтересами людей, їхніх груп, класів, прошарків, усього суспільства. Тому процес створення норм права складний і визначається багатьма факторами та умовами життя суспільства...» [199, с. 175].

О. Ф. Скакун наголошує на тому, що: «Норма права — це загальнообов'язкове правило поведінки (зразок, масштаб, еталон), що сформувалося у суспільстві відповідно до визнаної в ньому міри свободи, сформульоване (санкціоноване) і забезпечене державою як юридично значущий засіб регулювання суспільних відносин» [200, с. 442].

У свою чергу П. М. Рабінович трактує норму права як формально-обов'язкове правило фізичної поведінки, яке має загальний характер. При цьому воно встановлюється або ж схвалюється державою, метою чого є регулювання суспільних відносин, що забезпечується організаційною, виховною та примусовою діяльністю держави [201, с. 123].

С. В. Бошно вказує на те, що: «Норма права — це загальнообов'язкове веління, яке виражене у вигляді владного припису та регулює суспільні відносини і володіє наступними специфічними ознаками, які виділяють їх з інших соціальних норм: нормативність, системність, загальнообов'язковість, формальна визначеність, представницько-зобов'язальний характер. Вони також забезпечуються примусом з боку держави та містяться в формах права і мають особливу структуру» [202, с. 50].

А. В. Мохонько також визначає наступні ознаки норм права:

- 1) норма права — це первинна клітинка права, яка відноситься до нього

як частина в цілому;

- 2) норма права пов'язана з державою;
- 3) це модель поведінки, яка визначає модель можливої та необхідної поведінки суб'єктів, яка відповідає інтересам суспільства та держави;
- 4) норми права поширюються на чітко визначену сферу суспільних відносин;
- 5) норми права мають владний, загальний характер та діють багаторазово;
- 6) норма права завжди характеризується формальною визначеністю, тобто офіційним відображенням у відповідному офіційному акті держави;
- 7) норми права гарантуються державою [203, с. 47-48].

Є. В. Валькова звертає увагу на те, що у відповідних відносинах недостатньо норм права, встановлених виключно законом, тому важливим є встановлення публічною адміністрацією норм підзаконного характеру [204, с. 86].

У свою чергу, норми права, що регулюють відносини у сфері прав четвертого покоління, містяться в КУ, законах України, в нормативних актах Президента України, КМУ, центральних та інших органів виконавчої влади тощо.

Р. А. Майданик більш деталізовано підходить до виділення груп нормативно-правових актів, що становлять систему актів законодавства у сфері охорони здоров'я, виходячи з того, що існує п'ять рівнів нормативно-правових актів:

- 1) КУ (стаття 49 — право на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування);
- 2) галузеві кодекси, які містять загальні норми, що застосовуються в медичній сфері (Цивільний кодекс України і Кримінальний кодекс України, Кодекс України про адміністративні правопорушення, Кодекс законів про працю тощо);
- 3) Основи — як базовий спеціальний закон у цій сфері;
- 4) спеціальні закони, що регулюють окремі сфери медичної діяльності (донорство, психічна допомога, окремі інфекційні захворювання тощо);
- 5) акти центральних і місцевих органів державної виконавчої влади (укази та розпорядження Президента України, постанови і розпорядження КМУ, накази і розпорядження МОЗ, нормативно-правові акти інших органів влади) [205,

с. 64].

Норми права в цілому поділяються на класичні та спеціалізовані. Класичні норми права спрямовуються на безпосереднє регулювання суспільних відносин та закріплюють еталон правомірної поведінки суб'єкта права (вони вказують на те, що з погляду права може, а чого не може робити особа) і тому їх ще іменують нормами-правилами поведінки. А спеціалізовані норми права, у свою чергу, безпосередньо не регулюють відносини між особами: ці норми нібито обслуговують норми-правила поведінки і таким чином опосередковано беруть участь у регулюванні суспільних відносин [198, с. 228-229]. Надалі ми розглянемо класичні норми права у сфері прав четвертого покоління.

Класичні норми права можна класифікувати на види, виходячи з різних підстав. За функціональною спрямованістю норми права поділяють на регулятивні і охоронні, тобто ця класифікація норм ґрунтується на поділі юридичних функцій права на регулятивну та охоронну [198, с. 229].

Регулятивні норми права передбачають здійснення правового регулювання суспільних відносин шляхом наділення їх учасників правами і покладанням на них юридичних обов'язків [198, с. 229]. Регулятивні норми права у досліджуваній сфері передовсім надають можливість пацієнту розпоряджатися своїм тілом.

Наприклад, у частині 1 статті 16 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» зазначено, що кожна повнолітня дієздатна особа має право надати письмову згоду або незгоду на вилучення анатомічних матеріалів з її тіла для трансплантації [29].

Стаття 22 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» визначає перелік прав, які має живий донор, що надав свої анатомічні матеріали реципієнти. До таких прав віднесено:

- 1) безоплатне медичне обстеження, безпосередньо пов'язане з донорством анатомічних матеріалів;
- 2) безоплатну медичну допомогу у разі виникнення хвороб чи ускладнень здоров'я у зв'язку з донорством анатомічних матеріалів;
- 3) перевагу в отриманні анатомічних матеріалів у разі необхідності

проведення йому трансплантації;

4) передбачені законом пенсію по інвалідності внаслідок загального захворювання незалежно від тривалості страхового стажу та надбавку до неї [29].

Також регулятивні норми права передбачають накладання юридичних обов'язків на лікарів. Так, виконання кожної лікувальної програми із застосуванням допоміжних репродуктивних технологій проводиться з обов'язковим клінічним моніторингом та контролем загального стану пацієнтки [74].

Охоронні норми права, у свою чергу, здійснюють правове регулювання суспільних відносин шляхом встановлення складів правопорушень і закріплення санкцій [198, с. 229].

До таких норм права слід віднести встановлений статтею 142 Кримінального кодексу України склад такого злочину як незаконне проведення дослідів над людиною. А стаття 143 цього Кодексу визначає склад такого злочину як порушення встановленого законом порядку трансплантації анатомічних матеріалів людини [206]. Таким чином, кожна з наведених статей встановлює покарання за вчинення злочину, охороняючи таким чином відповідні відносини. Регулятивні норми права можна також поділити на заборонні, зобов'язальні та уповноважувальні. Заборонні норми права встановлюють юридичний обов'язок особи утримуватися від певних дій. Зобов'язальні норми права встановлюють юридичний обов'язок особи вчиняти певні позитивні дії. Уповноважувальні норми права встановлюють суб'єктивні права [198, с. 130].

У тексті ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» встановлено, що існує заборона:

1) вилучення анатомічних матеріалів у осіб, які:

- утримуються у місцях відбування покарань та попереднього ув'язнення;
- є іноземцями та особами без громадянства, які незаконно перебувають в Україні;

– страждають на тяжкі психічні розлади; мають захворювання, що можуть передатися реципієнту або зашкодити його здоров'ю, крім випадків наявності

поінформованої згоди реципієнта;

- надали раніше орган або частину органа для трансплантації (крім гемопоетичних стовбурових клітин);

- є вагітними;

2) вилучення анатомічних матеріалів для трансплантації та/ або виготовлення біоімплантатів у померлої особи у разі:

- наявності в Єдиній державній інформаційній системі трансплантації органів та тканин відомостей про надану такою особою прижиттєво письмову незгоду на посмертне донорство;

- відсутності письмової згоди її повноважного представника, наявність якого встановлено трансплант-координатором згідно з даними Єдиної державної інформаційної системи трансплантації органів та тканин;

- відсутності письмової згоди другого з подружжя або одного з близьких родичів, зазначених у частині одинадцятій статті 16 цього Закону, або відсутності письмової згоди особи, яка зобов'язалася поховати померлого, батьків особи віком до 18 років або інших її законних представників на вилучення анатомічних матеріалів для трансплантації та/ або виготовлення біоімплантатів;

- відсутності осіб, зазначених у частині одинадцятій статті 16 цього Закону, у яких можна взяти в установленому цим Законом порядку письмову згоду на вилучення анатомічних матеріалів для трансплантації та/ або виготовлення біоімплантатів;

- отримання закладом охорони здоров'я заборони на вилучення анатомічних матеріалів з тіла донора-трупа відповідно до рішення суду або правоохоронних органів;

- отримання обґрунтованих заперечень судово-медичного експерта на вилучення анатомічних матеріалів з тіла донора-трупа за наявності відповідного судового рішення або рішення органу досудового розслідування про проведення судової експертизи;

3) вилучення анатомічних матеріалів для трансплантації та/ або виготовлення біоімплантатів у померлих осіб, які належать до категорії дітей-

сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, осіб, визнаних в установленому законом порядку недієздатними, осіб, особистість яких не встановлена (невстановлені особи), а також осіб, які загинули в результаті проведення антитерористичної операції та інших бойових дій під час безпосередньої участі у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях, перебуваючи безпосередньо в районах та у період здійснення зазначених заходів, та інших бойових дій;

4) пересадки людині органів та інших анатомічних матеріалів тварини;

5) укладання або пропонування укладення договорів, що передбачають купівлю-продаж анатомічних матеріалів людини;

6) реклама анатомічних матеріалів людини, крім соціальної реклами з метою популяризації трансплантації анатомічних матеріалів людини та інше [29].

До зобов'язальних норм права відноситься норма абзацу першого статті 52 Основ про те, що медичні працівники зобов'язані надавати медичну допомогу у повному обсязі пацієнту, який знаходиться в невідкладному стані. Активні заходи щодо підтримання життя пацієнта припиняються у разі, якщо стан людини визначається як незворотна смерть [51].

Зрештою, прикладом уповноважувальних норм права є норма, закріплена в пункті 3.12 наказу МОЗ «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні» від 9 вересня 2013 року № 787, про те, що пацієнтка може прийняти рішення про використання ооцитів/ембріонів для лікувальних програм інших пацієнтів після завершення циклу запліднення за наявності залишку невикористаних ооцитів/ембріонів [74].

Поширеним є поділ норм права на імперативні та диспозитивні, виходячи з методу правового регулювання. Відтак розрізняють імперативні та диспозитивні норми права [207, с. 359]. Виходячи з цього С. Г. Стеценко зазначає, що для імперативного методу характерні відносини владного підпорядкування, а для диспозитивного — рівність сторін [208, с. 298-299].

Абзац перший частини 1 статті 7 ЗУ «Про застосування трансплантації



анатомічних матеріалів людині» визначає, що одним з повноважень КМУ у сфері трансплантації анатомічних матеріалів людині є координація роботи міністерств, інших центральних органів виконавчої влади щодо організації надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації [29]. С. Г. Стеценко вказує, що: «... відносини між пацієнтом і лікарем при наданні медичної допомоги регулюються за допомогою диспозитивного методу» [208, с. 298], відтак до диспозитивних норм права ми можемо, наприклад, віднести те, що кожний пацієнт, який досяг чотирнадцяти років та звернувся за наданням йому медичної допомоги, має право на вільний вибір лікаря, якщо останній може запропонувати свої послуги, та вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій [51].

Як бачимо, у сфері прав четвертого покоління значного поширення набувають як імперативні, так і диспозитивні норми права, що пов'язано, зокрема, з тим, що при реалізації конкретного права людини необхідним є владний вплив держави задля створення належних умов для здійснення цього права. У цьому разі застосовуються імперативні норми права. А у безпосередніх відносинах між лікарем та пацієнтом основне місце займають уже диспозитивні норми права.

Деякі науковці залежно від методів правового регулювання також виділяють заохочувальні та рекомендаційні норми права. Заохочувальні норми права спрямовуються на стимулювання соціально корисної поведінки, а рекомендаційні — пропонують найбільш допустимий для держави та суспільства варіант поведінки [141, с. 138].

Виходячи із запропонованої класифікації, до заохочувальних норм у сфері прав четвертого покоління слід віднести норму, закріплену у статті 19 Основ, де зазначено, що держава організує матеріально-технічне забезпечення охорони здоров'я в обсязі, необхідному для надання населенню гарантованого рівня медичної допомоги. А уже з цією метою заохочуються підприємництво і міжнародне співробітництво у сфері матеріально-технічного забезпечення охорони здоров'я [51].

Приклад рекомендаційних норм права ми знаходимо в наказі МОЗ «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в

Україні» від 9 вересня 2013 року № 787, де у пункті 5.10 зазначається, що з метою збереження репродуктивного здоров'я жінки-донора ооцитів рекомендується проведення не більше 8 спроб контрольованої стимуляції яєчників загалом, а повторна спроба проводиться не раніше ніж через 2 місяці після попередньої [74].

Норми права у сфері прав четвертого покоління можна також виокремити, виходячи з того, до якої системи права вони належать. Відповідно до цього існують норми матеріального та процесуального права [198, с. 232].

Як зазначає Л. М. Ніколенко: «Норми матеріального права мають на меті визначення змісту прав та обов'язків суб'єктів права і відповідають на питання, що треба зробити для реалізації цих прав і обов'язків, а норми процесуального права відповідають на питання як, яким чином, у якому порядку права та обов'язки можуть і мають бути реалізовані. Процесуальні норми визначають компетенцію, предмет, повноваження органів держави, органів місцевого самоврядування, посадових осіб, що є суб'єктами юридичного процесу. Крім цього, процесуальні норми визначають суб'єктивні права та обов'язки інших учасників процесу» [209, с. 149].

До матеріальних норм права у сфері прав четвертого покоління, наприклад, належать норми, закріплені у статті 22 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині», де зазначено, що живий донор, який надав анатомічні матеріали, має право на:

- 1) безоплатне медичне обстеження, безпосередньо пов'язане з донорством анатомічних матеріалів;
- 2) безоплатну медичну допомогу у разі виникнення хвороб чи ускладнень здоров'я у зв'язку з донорством анатомічних матеріалів; перевагу в отриманні анатомічних матеріалів у разі необхідності проведення йому трансплантації [29].

При цьому об'єктом норм матеріального права можуть виступати відносини, що складаються у сферах трансплантації анатомічних матеріалів, застосування допоміжних репродуктивних технологій, евтаназії, зміни статі, клонування тощо.

Прикладом норм процесуального права є норми, закріплені у статтях 7, 8 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині». У цих статтях

визначено повноваження КМУ та центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, в частині надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією (МОЗ) [29].

Залежно від ступеня визначеності їх елементів норми права поділяють на абсолютно визначені (точно визначають права і обов'язки учасників правовідносин, умови своєї дії, наслідки недотримання приписів норми права) та відносно визначені (встановлюють можливі варіанти поведінки) [141, с. 138].

До абсолютно визначених норм права належить заборона входити до складу консилиуму лікарів, які беруть участь у констатації смерті мозку пацієнта, а саме:

- лікарям, які беруть участь у вилученні анатомічних матеріалів та їх трансплантації;
- трансплант-координаторам закладу охорони здоров'я [51].

Як бачимо, така норма Основ унеможлиблює, наприклад, участь трансплант-координатора у процесі констатації смерті мозку, що, зокрема, зумовлено й етичними нормами.

Відносно визначені норми права, як уже було зазначено, залишають особі можливість власного розсуду у конкретній ситуації — дискреції.

До відносно визначених норм права у досліджуваній сфері необхідно віднести норму про те, що якщо інформація про хворобу пацієнта може погіршити стан його здоров'я, зашкодити процесові лікування, медичні працівники мають право надати неповну інформацію про стан здоров'я пацієнта, обмежити можливість його ознайомлення з окремими медичними документами [51].

Вищенаведена норма надає лікарю право надати неповну інформацію пацієнту про стан його здоров'я у разі, якщо, на його думку, існують підстави для того, що стан пацієнта може погіршитися. При цьому лікар має виходити з об'єктивних обставин, що склалися в кожній конкретній ситуації, та не зловживати своїм правом у ситуаціях, які цього не вимагають.

С. С. Алексєєв пропонує поділяти норми права за сферою дії. Відтак науковець виділяє норми загальної дії, норми обмеженої дії та локальні нормативні

приписи [210, с. 458].

Виходячи з цієї класифікації, до норм загальної дії належить, наприклад, норма про те, що кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я, що регламентується КУ та більш повно розкривається в Основах та в інших нормативно-правових актах.

Прикладом норми обмеженої дії є норма, закріплена у частині 5 статті 13 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людини», яка передбачає, що у разі якщо реципієнт перебуває у невідкладному стані, що становить пряму та невідворотну загрозу його життю, медична допомога із застосуванням трансплантації надається без згоди реципієнта, його батьків або інших законних представників [29]. Особливістю цієї норми є те, що її застосування можливе лише в конкретній ситуації, коли реципієнт перебуває в невідкладному стані. Положення статті 1 ЗУ «Про екстрену медичну допомогу» деталізує вказану вище норму, визначаючи невідкладний стан людини як раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини або оточуючих її людей і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин [211].

Локальні нормативні приписи стосуються діяльності суб'єктів з організації та надання медичної допомоги та регламентують, наприклад, питання їхньої внутрішньої організації.

Я. В. Лазур, аналізуючи адміністративно-правові норми, виділяє норми постійної дії та норми тимчасової дії. Під постійними нормами науковець розуміє такі норми, які діють до їх скасування, а під тимчасовими — норми, дію яких обмежено певним періодом часу [212, с. 277].

У сфері прав четвертого покоління до норм постійної дії належить, наприклад, норма про заборону ввезення на територію України та вивезення з території України клонованих ембріонів людини [113].

Що ж до тимчасових норм, то вони можуть бути обмежені як настанням конкретного часу, так і настанням конкретної дії.

До першої групи тимчасових норм належить норма про те, що до початку

роботи державних інформаційних систем трансплантації, але не пізніше 1 січня 2021 року, положення ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» щодо використання державних інформаційних систем трансплантації для організації надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації відповідно до цього Закону не застосовуються, а надання такої медичної допомоги здійснюється на основі інформації, що міститься на паперових носіях та протягом трьох місяців з дня початку роботи державних інформаційних систем трансплантації має бути внесена до зазначених систем [29].

У випадку з вищенаведеною нормою ми бачимо, що ця норма обмежена настанням конкретного часу — 1 січня 2021 року, однак у разі, якщо державні інформаційні системи трансплантації почнуть свою роботу до настання вказаної дати, то дія такої норми припиниться в момент запуску державних інформаційних систем трансплантації.

До другої групи тимчасових норм ми відносимо норму про те, що до початку роботи Єдиної державної інформаційної системи трансплантації органів та тканин та формування реєстру реципієнтів та реєстру анатомічних матеріалів рішення про можливість або неможливість застосування трансплантації реципієнту анатомічного матеріалу від донора-трупа приймається консилиумом лікарів закладу охорони здоров'я, до листа (списку) очікування якого включено реципієнта, в порядку черговості згідно з таким листом (списком) очікування [29].

Ще однією класифікацією норм права є поділ норм права залежно від суб'єкта правотворчості. Таким чином прийнято розрізняти норми, що виходять від держави та безпосередньо від громадянського суспільства. Перші норми — це норми, які створюють органи державної влади, другі — приймаються населенням на референдумі [213, с. 118].

Норми права, які створює держава, можна також поділити залежно від органів державної влади, що їх видають. У сфері медичного виміру прав четвертого покоління такими органами державної влади є:

– ВРУ (відповідні норми права містяться, наприклад, у КУ, Основах, ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині», ЗУ «Про заборону

репродуктивного клонування людини» тощо);

– Президент України (відповідні норми права містяться, наприклад, в Указі Президента України «Про тимчасову робочу групу з питань реформування системи охорони здоров'я» від 21 лютого 2020 № 55/2020);

– КМУ (відповідні норми права містяться, наприклад, у Постанові КМУ «Деякі питання реалізації ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» від 27 грудня 2018 року № 1211);

– МОЗ (відповідні норми права містяться, наприклад, у наказі МОЗ «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні» від 9 вересня 2013 року № 787).

Норми права також можна диференціювати залежно від галузі права. Ми не будемо класифікувати норми права кожної з галузей права, а зупинимось лише на деяких з них.

Серед норм конституційного права слід виділити норму про те, що відповідно до статті 49 КУ кожен має право на охорону здоров'я та медичну допомогу [56]. Вказана норма є базовою та безпосередньо впливає на формування норм інших галузей права.

Норми цивільного права регулюють сферу майнових та особистих немайнових відносин. У сфері медичного виміру прав четвертого покоління до таких норм, наприклад, відносять право фізичної особи на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при медичному обстеженні [63].

До норм господарського права слід віднести норму про те, що провадження господарської діяльності у сфері охорони здоров'я, яка відповідно до закону підлягає ліцензуванню, дозволяється лише за наявності ліцензії [51]. Власне кажучи, норми господарського права спрямовуються на господарське забезпечення діяльності суб'єктів організації та надання медичної допомоги із застосуванням того чи іншого методу лікування.

Норми кримінального права спрямовані на визначення того, які діяння є суспільно небезпечними, та визначають міру покарання за їхнє вчинення.

Прикладом норми кримінального права у досліджуваній сфері є визначена статтею 141 Кримінального кодексу України норма про заборону проведення клінічних випробувань лікарських засобів без письмової згоди пацієнта або його законного представника, або стосовно неповнолітнього чи недієздатного, якщо ці дії спричинили смерть пацієнта або інші тяжкі наслідки [206].

Норми адміністративного права у сфері прав четвертого покоління спрямовані на регулювання діяльності органів державної влади у процесі забезпечення відповідних прав. До таких норм належить, наприклад, норма, закріплена у статті 8 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині», де зазначено, що центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, в частині надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією, забезпечує формування та реалізацію державної політики у сфері надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією [29].

Дослідивши класичні норми права медичного виміру прав четвертого покоління, ми можемо перейти до класифікації та аналізу спеціалізованих норм права.

Сучасні науковці вказують на те, що спеціалізовані норми права: «Виконують субсидіарну (додаткову) функцію в правовому регулюванні. Вони зазвичай не є самостійною нормативною основою для виникнення правовідносин і безпосередньо відносини між особами не регулюють. При регламентуванні суспільних відносин вони нібито приєднуються до регулятивних та охоронних норм права, утворюючи в сполученні з ними єдиний нормативний регулятор» [198, с. 239].

Позиція О. Ф. Скакун значною мірою збігається з попередньою. Науковиця зазначає, що спеціалізовані норми права характеризуються такими ознаками:

- мають субсидіарний, тобто допоміжний, характер, допомагають основним нормам додати праву завершеність і повноту;
- самостійно не регулюють суспільні відносини, а ніби приєднуються до

регулятивних та охоронних норм, створюючи разом з ними єдиний регулятор, тому щодо основних норм ці норми кваліфікуються як додаткові;

– утворюються на основі «первинних», «вихідних» норм, але містять у собі додатково інші розпорядження з метою охоплення нової групи суспільних зв'язків. За характером утворення вони є похідними від основних норм права [214, с. 281].

Серед масиву спеціалізованих норм права у досліджуваній сфері першими ми розглянемо норми-засади. Під такими нормами О. Ф. Скакун розуміє норми, що містять положення, які безпосередньо закріплюють первинні основи суспільного та державного ладу [214, с. 282-283]. У більш широкому розумінні такі норми «...закріплюють засади конституційного ладу держави, основи соціально-економічного, політичного і державного життя, взаємовідносини держави і особистості» [198, с. 240].

До норм-засад у сфері прав четвертого покоління ми відносимо норму, закріплену у преамбулі Основ, де зазначено:

«Суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя» [51].

Як бачимо, вказана норма визначає засадничим положення про те, що пріоритетом для держави є, зокрема, і охорона здоров'я, а вже виходячи з цього держава має вживати усіх необхідних засобів для реалізації цього.

Ще одним видом спеціалізованих норм права є норми-завдання [210, с. 190]. У сфері прав четвертого покоління норми-завдання мають конкретний характер. Так, у частині 1 статті 5 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» визначено, що державна політика у сфері трансплантації спрямовується на:

1) забезпечення безоплатності надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації;



- 2) забезпечення безоплатності всіх видів медичної допомоги, спрямованої на збереження та/або відновлення здоров'я, для живого донора та особи, якій трансплантовано анатомічні матеріали;
- 3) додержання прав людини та захист людської гідності при застосуванні трансплантації;
- 4) забезпечення належної якості і безпеки анатомічних матеріалів на усіх етапах трансплантації;
- 5) забезпечення дотримання основних принципів застосування трансплантації;
- 6) запобігання незаконному використанню анатомічних матеріалів людини;
- 7) координацію діяльності органів виконавчої влади у сфері застосування трансплантації;
- 8) створення умов для проведення наукових досліджень, впровадження нових технологій щодо застосування трансплантації;
- 9) розвиток міжнародного співробітництва у цій сфері [29].

Як зазначає В. М. Головчук, норми-принципи — це норми, в яких сформульовано незаперечні вимоги загального характеру, що стосуються відповідних інститутів або галузей права [215, с. 44].

Найбільш яскраво норми-принципи відображаються у статті 4 Основ, де зазначено, що основними принципами охорони здоров'я в Україні є:

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;
- дотримання прав і свобод людини і громадянина в сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;
- гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення;
- рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної

допомоги та інших послуг у сфері охорони здоров'я;

- відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;

- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом у сфері охорони здоров'я;

- попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я;

- багатоканальність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції;

- децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі [51].

Отже, ми бачимо, що зазначені вище норми-принципи є засадничими началами для всієї системи охорони здоров'я під час організації та надання медичної допомоги із застосуванням відповідної технології. До того ж указані норми-принципи можуть мати більш вузький характер, якщо йдеться про конкретні права четвертого покоління у досліджуваній сфері. Це добре простежується на прикладі трансплантації, оскільки у статті 4 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» визначено основні принципи застосування трансплантації, які притаманні лише для цього процесу.

Поряд з іншими спеціалізованими нормами права у досліджуваній сфері існують також колізійні норми. С. С. Алексєєв вважав ці норми приписами, які вказують на норми, що потрібно застосовувати в конкретному випадку, тобто приписи, що регулюють вибір між нормами [210, с. 319].

Приклад колізійної норми закріплено у частині 2 статті 2 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині», де зазначено: «Якщо міжнародним договором України, згода на обов'язковість якого надана ВРУ, встановлені інші норми, ніж ті, що передбачені цим Законом, застосовуються норми міжнародного договору» [29].

С. С. Алексєєв також виділяв оперативні норми права як різновид спеціалізованих норм права. Під цими нормами права науковець розумів ті норми, які можуть відмінити чинні нормативні положення або поширити їх на нове коло суспільних відносин [210, с. 319].

І. А. Фаршатов натомість стверджує, що оперативні норми права зводяться до поширення раніше виданих норм права на новий вид суспільних відносин або до подовження їх дії [216, с. 25].

Наприклад, оперативна норма права закріплена у пункті 8 Прикінцевих та перехідних положень ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині»: «До затвердження професійних стандартів та кваліфікаційних характеристик трансплант-координаторів у встановленому законом порядку функції трансплант-координатора, передбачені частиною першою статті 9 цього Закону, виконуєуповноважена наказом керівника закладу охорони здоров'я особа чи особа, що виконує її обов'язки. На цих осіб поширюються обмеження, встановлені частиною третьою статті 9 цього Закону» [29].

Науковці також виділяють групу системоспрошуючих норм права, до яких зараховують норми-дефініції, норми-строки та норми-презумпції [198, с. 240].

С. С. Алексєєв під нормою-дефініцією розуміє норму, що призначена для закріплення в узагальненому вигляді ознак певної правової категорії [210, с. 319].

Виходячи з цього визначення, до норм-дефініцій у сфері прав четвертого покоління слід віднести норми, закріплені у статті 1 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині». У цій статті в узагальненому вигляді закріплено такі базові для трансплантації поняття як: анатомічні матеріали, гемопоетичні стовбурові клітини, донор анатомічних матеріалів людині, реципієнт, трансплантація, трансплант-координатор тощо [29].

До норм-строків належать норми, які спрямовані на визначення та обчислення відповідних строків. Наприклад, у статті 5 ЗУ «Про заборону репродуктивного клонування людини» визначено, що КМУ протягом трьох місяців з дня набрання чинності цим Законом має:

– подати ВРУ пропозиції щодо внесення змін до законів України, що

впливають з цього Закону;

- привести свої нормативно-правові акти у відповідність з цим Законом; прийняти нормативно-правові акти, необхідні для реалізації цього Закону;

- забезпечити перегляд і скасування міністерствами та іншими центральними органами виконавчої влади їх нормативно-правових актів, що суперечать цьому Закону [113].

Норми-презумпції закріплюють припущення щодо існування або відсутності певних юридичних фактів [198, с. 241]. Важливе значення для трансплантації має закріплена у статті 16 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» презумпція незгоди, що означає, що в особи після її смерті може бути вилучено анатомічні матеріали для потреб трансплантації лише у тому разі, якщо вона за життя надала згоду на донорство анатомічних матеріалів.

## 2.4. Гарантії адміністративно-правового механізму забезпечення прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я

Однією з важливих особливостей, що характеризують стан громадянина в суспільстві, є наявність гарантій реалізації та здійснення прав та свобод, що закріплені у законодавчих нормах. Забезпечення відповідних прав та свобод забезпечується завдяки спектру різноманітних засобів: політичних, економічних, юридичних тощо. Не менш важливе місце серед цих засобів посідають адміністративно-правові гарантії, що входять до системи юридичних гарантій.

О. Ф. Скакун зазначає: «Без гарантій права, свободи та обов'язки людини і громадянина перетворюються на своєрідні «заяви про наміри», що не мають ніякої цінності ні для особи, ні для суспільства» [124, с. 187]. У юридичній і в міжнародно-правовій літературі немає чітких критеріїв розмежування таких понять як «гарантії забезпечення». Тобто це поняття здебільшого застосовується для позначення не самого забезпечення або збереження права, а тих засобів і способів, за допомогою яких забезпечується його здійснення. Відтак гарантію слід розглядати як засіб або спосіб, що забезпечує досягнення мети [217, с. 324]. У «Словнику української мови» під поняттям гарантії розуміють, зокрема, забезпечення чого-небудь [218, с. 29].

У юридичних словниках гарантію вживають у таких контекстах:

— гарантії законності — система матеріальних і нематеріальних умов і засобів, які забезпечують реальність законності. Види гарантій законності: економічні, політичні, ідеологічні, спеціальні (правові);

— гарантії прав і обов'язків — умови та конкретні засоби, які забезпечують фактичне здійснення прав і свобод людини та виконання покладених на неї обов'язків [219, с. 16-17].

Цілком очевидно, що поняття «гарантії» охоплює усю сукупність об'єктивних і суб'єктивних чинників, спрямованих на практичне забезпечення прав та свобод, на усунення можливих перешкод їх повного або належного здійснення [220, с. 555].

Поняття гарантії є багатогранним, з чого випливає ряд важливих характеристик,

які притаманні для гарантії як для правового явища.

А. А. Семенко, говорячи про таку категорію як «юридичні гарантії адміністративно-правового статусу громадян», виділяє такі характеристики відповідних гарантій:

1) гарантії закріплюються в конституції, а на їхній основі функціонують інші правові норми. Відтак влада не може довільно розширювати власні повноваження, обмежуючи права та свободи людини;

2) за допомогою гарантій відбувається державний контроль адміністративно-правової діяльності та процедур;

3) у механізмі державного управління юридичні гарантії здійснюють вплив, який поділяється на два різновиди — регулятивні та охоронні [221];

4) приводом звернення до юридичних гарантій є достовірна інформація, яка допускає припущення, що при реалізації адміністративно-правового статусу допускаються делікти щодо громадян [222, с. 167];

5) з точки зору функціонального критерію відповідні гарантії можна класифікувати на відновлювальні, профілактичні, контрольньо-наглядові. Виходячи з інституційного критерію — на судові та позасудові. Правозастосовна система на інституційному рівні представлена різними інститутами державної влади (суди, прокуратура, поліція, правозахисні та правоохоронні державні структури, контрольньо-наглядові органи тощо), а також їхніми посадовими особами, уповноваженими за допомогою адміністративно-юридичних процедур та засобів здійснювати правоохоронні, відновлювальні та захисні дії щодо прав та свобод громадян [221].

У юридичній літературі при дослідженні різних суспільних відносин розглядаються різні види гарантій прав та свобод людини. Перш за все необхідно звернути увагу на поділ таких гарантій на економічні, політичні, ідеологічні та юридичні [223, с. 27].

А. І. Павловський, окрім юридичних гарантій, виділяє загальні гарантії прав та свобод, до яких відносить економічні, політичні, соціальні, духовні та спеціально-юридичні [224, с. 33-35].

У свою чергу В. М. Єрчак акцентує увагу на тому, що більш оптимальним є поділ гарантій прав людини на економічні, соціальні, політичні, духовні та спеціально-юридичні [225, с. 87-95].

О. Ф. Скакун підходить до питання диференціації гарантій забезпечення прав людини більш широко. Відтак науковиця виділяє такі види гарантій:

- 1) за сферою дії:
  - а) національні; б) міжнародні;
- 2) за способом викладення: а) прості;
  - б) складні;
  - в) змішані;
- 3) за підставою правового становища особи: а) загальні:
  - соціально-економічні;
  - політичні;
  - ідеологічні;
  - юридичні:
    - гарантії реалізації прав;
    - гарантії охорони прав;
    - гарантії захисту прав; б) спеціальні;
- в) індивідуальні [124, с. 187-189].

Є. Г. Крись поділяє гарантії на загальні та спеціальні (юридичні). При цьому до загальних гарантій науковець відносить економічні, соціальні, ідеологічні, політичні, інформаційні та інституційні гарантії [226].

Підсумовуючи вищенаведене, для нашого дослідження необхідним є розгляд не всіх гарантій, про які вже йшлося, а, зокрема, таких як соціально-економічних, політичних, ідеологічних та інформаційних гарантій. Разом з тим, більшої уваги заслуговують саме юридичні гарантії, на які ми і зробимо основний акцент. Але для початку ми розглянемо соціально-економічні гарантії адміністративно-правового механізму забезпечення прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я.

О. Ф. Скакун у загальному значенні під соціально-економічними гарантіями розуміє «...єдність соціально-економічного простору, вільне переміщення товарів,

послуг, фінансових коштів, свобода економічної діяльності. Визнання і рівний захист усіх форм власності. Соціальне партнерство між людиною і державою, робітником і роботодавцем, захист конкуренції у підприємницькій діяльності» [124, с. 187].

Є. Г. Крись натомість розділяє соціально-економічні гарантії на два окремі блоки: економічні гарантії та соціальні гарантії. Економічні гарантії встановлюють сприятливі умови для функціонування конституційного інституту економічного плюралізму. У свою чергу соціальні гарантії спрямовуються на надання всім індивідам без винятку гарантованого мінімального рівня матеріального і соціального забезпечення, мінімальних соціальних стандартів і розвиненої системи соціальної допомоги та підтримки [226].

З наведеного можна зробити висновок, що соціально-економічні гарантії безпосередньо мають свій конкретизований вплив на сферу забезпечення прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я. Це, зокрема, простежується, якщо звернути увагу на положення статті 11 ЗУ «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії». У вказаній статті зазначено, що до державних соціальних нормативів у сфері охорони здоров'я включаються:

- перелік та обсяг гарантованого рівня медичної допомоги громадянам у державних і комунальних закладах охорони здоров'я;
- нормативи надання медичної допомоги, що включають обсяг діагностичних, лікувальних та профілактичних процедур;
- показники якості надання медичної допомоги;
- нормативи пільгового забезпечення окремих категорій населення лікарськими засобами та іншими спеціальними засобами;
- нормативи забезпечення стаціонарною медичною допомогою;
- нормативи забезпечення медикаментами державних і комунальних закладів охорони здоров'я;
- нормативи санаторно-курортного забезпечення;
- нормативи забезпечення харчуванням у державних і комунальних закладах охорони здоров'я [227].



Вказане вище свідчить, що держава гарантує кожному громадянину соціальні нормативи, які не можуть бути меншими від задекларованого рівня. Однак постає важливе питання щодо того, наскільки точно гарантований рівень відображає змогу кожного громадянина, наприклад, здійснити трансплантацію анатомічного матеріалу у разі виникнення такої необхідності.

Постановою КМУ «Про затвердження переліку послуг та тарифів на послуги з надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги методом трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів, які надаються учасниками пілотного проєкту щодо зміни механізму фінансового забезпечення оперативного лікування з трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів» від 18 грудня 2019 року № 1083 затверджено тарифи на медичні послуги з органної трансплантації (таблиця 2) [228].

*Таблиця 2. Медичні послуги та тарифи на медичні послуги*

| <b>Найменування медичної послуги</b>   | <b>Тариф на медичну послугу, гривень</b> |
|--|--|
| Алотрансплантація нирки (від живого донора)  | 323 798                                  |
| Алотрансплантація нирки (від донора-трупа)   | 397 884                                  |
| у тому числі донорський етап   | 74 086                                   |
| АВО-несумісна алотрансплантація нирки  | 721 230                                  |
| Трансплантація серця/комплексу «серце-легені» або після перенесеної трансплантації серця/комплексу «серце-легені» (від донора-трупа) | 609 366                                  |

|  |         |
|--|---------|
| у тому числі донорський етап   | 74 086  |
| Пересадка печінки/частини печінки<br>— реципієнт                           | 855 039 |
| Пересадка печінки/частини печінки<br>(від донора-трупа)                    | 929 125 |
| у тому числі донорський етап   | 74 086  |
| Донорська нефректомія з<br>відкритого доступу                              | 33 561  |
| Донорська резекція печінки   | 116 130 |
| Тканинне типування донора<br>(визначення HLA-антигенів<br>методом ПЛР)     | 18 630  |
| Тканинне типування<br>реципієнта (визначення<br>HLA-антигенів методом ПЛР) | 18 630  |

Зазначені у таблиці 2 тарифи на медичні послуги погано корелюються із визначеним державою прожитковим мінімумом для працездатних осіб, який станом на 1 січня 2021 року становить 2270 гривень [229]. Відтак, у випадку з трансплантацією анатомічних матеріалів людині прожитковий мінімум не відповідає своєму сутнісному значенню, що, як визначено у ЗУ «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії», є вартісною величиною достатнього для забезпечення нормального функціонування організму людини, збереження його здоров'я набору продуктів харчування, а також мінімального набору непродовольчих товарів та мінімального набору послуг, необхідних для задоволення основних соціальних і культурних потреб особи [230].

Ще одним важливим аспектом є рівень середньої місячної заробітної плати в Україні. Відповідно до даних Державної служби статистики України середня місячна заробітна плата в Україні у листопаді 2020 року складала 11987 гривень<sup>3</sup>. Для того щоб провести алотрансплантацію нирки від живого донора реципієнту необхідно відпрацювати 27 місяців для оплати вказаної медичної послуги. У зв'язку

з цим існує необхідність переглянути підходи до тарифів на медичні послуги з органної трансплантації. Одним із можливих варіантів може бути включення органної трансплантації до програми медичних гарантій, що дозволить надавати відповідні послуги за рахунок коштів Державного бюджету. Зважаючи на сучасний стан економіки, більш доцільним у разі такого варіанта є негарантування оплати державою розміру усього тарифу на відповідну послугу з органної трансплантації, а часткове гарантування оплати розміру визначеного тарифу. Вважаємо, що запропонований варіант покращить доступність трансплантації анатомічних матеріалів для населення України та більшою мірою буде відповідати тому, що людина, її життя та здоров'я визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю.

До того ж, відповідно до статті 4 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині», одним із принципів здійснення трансплантації в Україні є безоплатність трансплантації для донора та реципієнта [29]. У зв'язку з цим виникає ситуація, коли Постанова КМУ суперечить одному з базових принципів трансплантації, що є недопустимим.

Таким чином, для підвищення ефективності соціально-економічних гарантій адміністративно-правового механізму забезпечення прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я важливим є комплексний підхід, що буде передбачати як підвищення рівня загального добробуту населення, так і гарантування оплати відповідних послуг за рахунок коштів Державного бюджету України.

Політичні гарантії є ще однією важливою частиною адміністративно-правового механізму забезпечення прав четвертого покоління, оскільки вони спрямовуються на забезпечення організації та функціонування державної влади на засадах демократичних цінностей, що забезпечує безпосередню участь громадян в управлінні державними справами.

П. М. Рабінович до політичних гарантій відносить демократичний устрій суспільства, плюралістичну, відкриту політичну систему, наявність розгалуженої мережі громадських об'єднань, у тому числі різних осередків суспільства, демократичну виборчу систему тощо [231, с. 8].

О. Ф. Скакун серед таких гарантій виділяє наявність розвиненої системи

народовладдя, реальну можливість для особи брати участь в управлінні державою безпосередньо або через представницькі органи, політичну багатоманітність, можливість користуватися своїми правами та свободами, захищати свої інтереси, поділ влади, наявність незалежної конструктивної опозиції, політичного плюралізму [124, с. 127]. Політичні гарантії адміністративно-правового механізму забезпечення прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я можуть піддаватися чутливому впливу залежно від поточної політичної ситуації в державі. Саме тому важливо побудувати стійку до політичних перетворень систему охорони здоров'я, яка б забезпечила кожному пацієнтові рівний доступ до медичних послуг незалежно від того, які політичні процеси відбуваються всередині держави.

В основі політичних гарантій прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я має бути розвиток систем трансплантації анатомічних матеріалів, допоміжних репродуктивних технологій тощо. Разом з визначенням короткострокових та довгострокових пріоритетів, а також з чіткою роботою на регіональному рівні, це дозволить сподіватися на суттєві покращення у питанні доступності до зазначених медичних послуг.

Поруч з соціально-економічними та політичними гарантіями, чільне місце посідають й ідеологічні гарантії. Є. Г. Крись зауважує, що ідеологічними гарантіями є система культурних цінностей, свобода різних видів творчості, ідеологічне багатоманіття, заборона на монополізацію ідеології, розпалювання соціальної, расової, національної та релігійної ворожнечі [226].

Враховуючи специфіку прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я, ідеологічні гарантії мають у першу чергу спрямовуватися на виховання нетерпимості до порушень відповідних прав людини та толерантності у суспільстві. Наприклад, в Україні дуже часто виникає дискримінація трансгендерів. Причому така дискримінація має місце не тільки у відносинах одне між одним, але, що дуже прикро, держава також може брати участь у дискримінації [232]. Тривалий час в Україні, щоб отримати документи після зміни статі необхідно було пройти довгу процедуру, яка передбачала необхідність проходження спеціальної комісії з питань зміни статевої належності, яка мала давати дозвіл на зміну документів після

успішного проходження медичного етапу. При цьому відповідна особа повинна була щонайменше рік офіційно спостерігатись у лікаря-сексопатолога й не менше 30 днів проходити повноцінне обстеження в стаціонарі психіатричної лікарні [232].

Після видачі МОЗ наказу «Про встановлення медико-біологічних та соціально-психологічних показань для зміни (корекції) статевої належності та затвердження форми первинної облікової документації й інструкції щодо її заповнення» від 5 жовтня 2016 року № 1041 вказана процедура зазнала змін [233].

Для недопущення випадків дискримінації необхідно зосередити увагу на розвитку правосвідомості та недопустимості вчинення аморальної поведінки, що може нашкодити іншим особам у зв'язку з реалізацією ними своїх прав.

О. Ф. Скакун з цього приводу зазначає: «Істотне значення має широка поінформованість населення, свобода преси, думок, що дає змогу вести публічну боротьбу з правопорушеннями в будь-якій сфері державного і суспільного життя» [234, с. 721].

Зазначене вище зумовлює наш перехід до розгляду інформаційних гарантій. Є. Г. Крись вважає, що інформаційні гарантії прав людини проявляються через опублікування будь-яких нормативно-правових актів та доведення їх до суспільного відома [226].

З іншого боку, ми маємо розуміти, що інформаційні гарантії спрямовуються не тільки для доведення відповідної інформації до населення. У сфері прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я неабияке значення має інформаційна безпека, оскільки повсякчас нам доводиться мати справу з інформацією про стан здоров'я пацієнта, базами даних тощо.

Відповідно до ЗУ «Про Основні засади розвитку інформаційного суспільства в Україні на 2007-2015 роки» визначено, що інформаційна безпека — це стан захищеності життєво важливих інтересів людини, суспільства і держави, при якому запобігається нанесення шкоди через:

- неповноту, невчасність та невірогідність інформації, що використовується;
- негативний інформаційний вплив;
- негативні наслідки застосування інформаційних технологій;

– несанкціоноване розповсюдження, використання і порушення цілісності, конфіденційності та доступності інформації [235].

Згідно з частиною 3 статті 34 КУ задля забезпечення інформаційної безпеки в інтересах національної безпеки, територіальної цілісності або громадського порядку з метою запобігання заворушенням чи злочинам, для охорони здоров'я населення, для захисту репутації або прав інших людей, для запобігання розголошенню інформації, одержаної конфіденційно, або для підтримання авторитету і неупередженості правосуддя може бути обмежено право кожного як на свободу думки і слова, на вільне вираження своїх поглядів і переконань, так і на вільний збір, зберігання, використовування і поширення інформації [56].

Слід розуміти, що: «Забезпечення інформаційної безпеки є однією з гарантій прав людини та громадянина в інформаційній сфері, яка нерозривно пов'язана з іншими видами гарантій, де знаходить своє вираження. У цифровому середовищі зростає роль технічних гарантій, виражених в технічних засобах та технічних нормах» [236, с. 1014].

Відповідно до частини 2 статті 11 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» Єдина державна інформаційна система трансплантації органів та тканин містить інформацію щодо:

- 1) волевиявлення особи про надання згоди або незгоди на посмертне донорство або призначення нею повноважного представника;
- 2) волевиявлення особи, яка надала у встановленому цим Законом порядку згоду на вилучення анатомічних матеріалів для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів з тіла померлої особи, яку вона представляє;
- 3) анатомічних матеріалів людини, призначених для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів;
- 4) живих донорів в обсягах, які визначені згодою особи;
- 5) реципієнтів в обсягах, які визначені згодою особи;
- 6) відомості про надану письмову поінформовану згоду реципієнта установленого зразка на надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації;

7) осіб з трансплантованим анатомічним матеріалом в обсягах, які визначені згодою особи;

8) закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу із застосуванням трансплантації та/або здійснюють діяльність, пов'язану з трансплантацією, та інших суб'єктів господарювання, що здійснюють діяльність, пов'язану з трансплантацією;

9) трансплант-координаторів;

10) інших даних, що включаються до Єдиної державної інформаційної системи трансплантації органів та тканин на підставі рішення КМУ [29].

Недосконалість технічних засобів та технічних норм може призвести до витоку інформації, порушення її цілісності чи блокування інформації про стан пацієнта, що може мати негативний вплив на його здоров'я. Відтак держава має підходити до питання інформаційної безпеки пацієнта з повною відповідальністю та з розумінням важливості захисту його персональної інформації, користуючись при цьому механізмами, що визначені Основами [51], ЗУ «Про інформацію» [237], ЗУ «Про захист персональних даних» [238], ЗУ «Про захист інформації в інформаційно-телекомунікаційних системах» [239], ЗУ «Про електронні документи та електронний документообіг» [240], ЗУ «Про електронні довірчі послуги» [241], ЗУ «Про Єдиний державний демографічний реєстр та документи, що підтверджують громадянство України, посвідчують особу чи її спеціальний статус» [242] та іншими нормативно-правовими актами.

Таким чином, інформаційні гарантії у сфері прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я мають стосуватися не тільки повідомлення населення про прийняті нормативно-правові акти, а у першу чергу мають спрямовуватися на захист інформації про особу пацієнта та про стан його здоров'я від витоку, порушення її цілісності чи блокування, незалежно від того, чи така інформація міститься у відповідних базах даних, чи на інших носіях інформації.

Тепер ми можемо перейти до розгляду юридичних гарантій. О. Ф. Скакун вважає: «Юридичні гарантії — система юридичних засобів і способів охорони і захисту прав людини і громадянина. Обов'язок держави забезпечити особі права на

судовий захист та інші способи захисту, не заборонені законом, а також право на одержання кваліфікованої юридичної допомоги» [124, с. 188]. Науковець також звертає увагу на те, що юридичні гарантії у першу чергу стосуються діяльності держави у правотворчій сфері, а разом з тимі способів закріплення прав людини і принципів дії фіксуючих їх норм, визначення порядку реалізації прав, форм їх охорони [124, с. 188].

Юридичні гарантії О. Ф. Скакун поділяє на:

- гарантії реалізації прав;
- гарантії охорони прав;
- гарантії захисту прав [124, с. 189].

К. І. Козлова та О. О. Кутафін юридичні гарантії визначають як гарантії, які «охоплюють всі правові засоби, що забезпечують здійснення та охорону прав і свобод людини та громадянина. До них відноситься конституційне закріплення загального принципу гарантії права і конкретних гарантій кожного права» [243, с. 191].

І. В. Ростовщиков юридичні гарантії визначає як «закріпленів законодавстві засоби (способи), спеціальні заходи, які покликані безпосередньо забезпечувати здійснення та охорону прав і свобод особистості, задоволення інтересів, користування благами, що лежать в основі того чи іншого права і свободи» [244, с. 117].

Є. Г. Крись у свою чергу виділяє такі ознаки юридичних гарантій:

- 1) універсальний характер. Будь-які гарантії, отримуючи правову форму, стають юридичними гарантіями;
- 2) закріплюються в джерелах права;
- 3) держава своєю владою та авторитетом надає їм обов'язковість;
- 4) вони забезпечуються безпосередньо державною владою [226, с. 46].

Науковець резюмує, що під юридичними гарантіями слід розуміти закріплені в законодавстві специфічні правові засоби та умови, які безпосередньо забезпечують правомірну охорону прав та свобод особистості. При цьому такі гарантії можна поділити на дві групи. До першої групи входять гарантії, що є умовами та засобами



забезпечення і захисту всіх або значної кількості прав людини. До другої групи входять гарантії, що забезпечують захист чітковизначених прав людини [226, с. 46-47].

«До юридичних гарантій охорони основних прав людини, — зазначає Т. М. Заворотченко — належать закріплені в законах межі прав і законних інтересів, юридичні факти, з якими пов'язується їх реалізація, процесуальні форми реалізації та охорони прав, засоби заохочення й стимулювання правомірної та ініціативної реалізації даних прав. До юридичних гарантій кваліфікаційної юридичної допомоги відносять гарантії допомоги адвокатом в судочинстві, гарантії надання консультативних послуг державними органами, об'єднаннями громадян, гарантії нотаріальної допомоги тощо. Юридичні гарантії захисту основних прав людини включають в себе право на захист прав, засоби відновлення порушених прав, засоби відшкодування шкоди, засоби відповідальності, форми захисту прав» [245, с. 96].

С. Г. Стеценко виділяє такі види юридичних гарантій:

- стан законодавства, його стабільність і відповідність розвитку відносин у суспільстві, рівень юридичної техніки;
- стан діяльності з попередження і припинення правопорушень, зокрема заходів юридичної відповідальності;
- доступність і якість правосуддя;
- ефективність контролю за реалізацією правових актів [246, с. 195].

В. В. Іванов у своїй дисертації поділяє юридичні гарантії на матеріально-правові й процесуальні [247].

Ю. О. Гелич натомість наводить більш широку класифікацію юридичних гарантій, поділяючи гарантії за рівнем закріплення, за формою закріплення, за сферою дії, за суб'єктним складом осіб, за принципом дії правових норм, залежно від можливості захисту прав людини, за засобами захисту [248].

Зрозуміло, що зазначений вище поділ юридичних гарантій ми безумовно можемо віднести і до гарантій адміністративно-правового механізму забезпечення прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я, які посідають чільне місце

разом із конституційно-правовими, кримінально-правовими та цивільно-правовими гарантіями.

При цьому, на думку В. А. Головка, адміністративно-правові гарантії захисту прав людини можуть бути реалізовані у межах публічних правовідносин, які пов'язані з органами державної влади та державним примусом, що робить їх невід'ємною складовою державного управління [249, с. 16].

М. Т. Какимжанов зазначає, що зміст адміністративно-правових гарантій полягає у практичному здійсненні органами управління юридично значущих дій, серед яких можна виділити такі як: виконання юридичного обов'язку щодо забезпечення реалізації прав і свобод громадян; створення умов для їхньої реалізації; постійне спостереження за їхньою реалізацією; охорона, захист прав та свобод громадян; застосування санкцій у разі їхнього порушення [250, с. 17-18].

Вищенаведене дозволяє нам стверджувати, що під гарантіями адміністративно-правового механізму забезпечення прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я слід розуміти сукупність адміністративно-правових засобів та способів, які забезпечуються безпосередньо державою та спрямовуються на забезпечення, дотримання і захист прав людини.

### **Процесуальні гарантії адміністративно-правового механізму забезпечення прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я**

Першим видом гарантій, які ми розглянемо, є процесуальні гарантії. Л. Л. Богачова вказує: «Процесуальні гарантії реалізуються при розгляді справ у судах за умов виникнення для особи загрози позбавлення її фундаментальних прав або суттєвого їх обмеження» [251, с. 61].

Проте у контексті нашого дослідження процесуальні гарантії мають розглядатися у більш широкому розумінні, включаючи процесуальні гарантії, які стосуються забезпечення здійснення відповідних процедур у процесі трансплантації, штучного запліднення, зміни статі тощо.

М. В. Савчин звертає увагу на необхідності дотримання вимог справедливості як матеріальної, так і процесуальної: «... з питань біоетики виникає

низка питань щодо забезпечення цілісності особи (individual integrity), фундаментальним принципом якого є заборона 'medical experimentation without consent' (здійснення медичних експериментів без згоди), основою чого є повага до гідності людини та її приватної автономії ... Таким вимогам мають відповідати вирішення питань щодо трансплантології, природи організмів із наперед заданими властивостями. Однак тут значну роль відіграє процесуальна справедливість, яка включає право заінтересованих осіб бути заслуханими та вираження вільної волі особою, щодо якої вживаються певні медичні заходи...» [252, с. 112].

О. В. Пабат зазначає: «...Процесуальні гарантії у сфері державного управління, з одного боку, розглядаються як система правових способів та засобів, встановлених законом для забезпечення належного виконання своїх функцій органами, що мають державно-владні повноваження. З другого боку, зазначається, що адміністративно-процесуальні гарантії дають усім учасникам управлінських відносин можливість реалізувати свої обов'язки і використати надані їм права» [253, с. 10].

У своїй роботі науковець також виділяє адміністративну процедуру як окремий вид адміністративно-процесуальних гарантій прав людини «...через наявність в її елементах положень, які містять правові засоби та способи, що забезпечують реалізацію, охорону і захист прав та свобод громадян і спрямовані на законний хід і результати процесу. Саме сукупність таких засобів і способів в адміністративних процедурах під час розгляду та вирішення адміністративними органами та їхніми посадовими особами індивідуальних адміністративних справ і гарантує громадянину його права та свободи» [253, с. 11].

Поняття «адміністративна процедура» сьогодні вживається як «нормативно закріплений порядок прийняття адміністративних актів, спрямований на вирішення конкретних справ у сфері публічного адміністрування, а в деяких випадках і виконання такого акта» [254, с. 7].

Заслугує на увагу поділ адміністративних процедур за змістовним наповненням на:

- реєстраційні;

- дозвільні;
- ліцензійні;
- контрольно-наглядові;
- екзаменаційні;
- експертні;
- акредитаційні;
- приватизаційні;
- із розгляду скарг [254, с. 11-12].

Розглянемо вказані види адміністративних процедур з огляду на права четвертого покоління у системі охорони здоров'я. С. В. Книш до реєстраційних процедур у системі охорони здоров'я відносить необхідність здійснення державної реєстрації:

- медичної техніки, інших виробів медичного призначення, а також осіб, які вводять їх в обіг;
- живонароджених і мертвонароджених; в) хворих на туберкульоз;
- донорів крові та її компонентів;
- хворих, які потребують імплантації електрокардіостимуляторів;
- рецептів на наркотичні засоби, психотропні речовини, включені до таблиць II і III переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
- косметичних засобів, які містять генетично модифіковані організми або отримані з їх використанням;
- харчових добавок та ароматизаторів; ж) дезінфікуючих засобів;
- лікарських засобів, в тому числі тих, що містять генетично модифіковані організми або отримані з їх використанням, а також медичних імунобіологічних препаратів [255, с. 49].

До наведеного науковцем переліку реєстраційних процедур ми можемо додати процедури, що стосуються прав четвертого покоління, зокрема:

- реєстрація лікарських засобів, що можуть застосовуватись для контрольованої стимуляції яєчників [74];
- реєстрація сперми для запліднення *in vitro* [74];

– реєстрація в Державних інформаційних системах трансплантації інформації про волевиявлення особи про надання згоди або незгоди на посмертне донорство або призначення нею повноважного представника, про живих донорів в обсягах, які визначені згодою особи тощо [29].

Дозвільні процедури, як зазначає С. В. Книш, можуть мати різну юридичну форму, результатом чого є як отримання документа-дозволу, так і дозволи, що оформлюються рішенням або отримуються внаслідок погодження [255, с. 50]. Зважаючи на це, до дозвільних процедур у сфері прав четвертого покоління ми можемо віднести, наприклад, те, що вилучення анатомічного матеріалу у живого донора дозволяється за наявності висновку консилиуму лікарів про можливість такого вилучення після повного медичного обстеження донора та за умови, що завдана його здоров'ю шкода буде меншою, ніж небезпека, що загрожує життю реципієнта [29].

Ліцензійна процедура охоплює необхідність отримання ліцензії закладами охорони здоров'я для провадження господарської діяльності з медичної практики. Відповідно до Постанови КМУ «Прозатвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» ліцензійні умови встановлюють організаційні, кадрові і технологічні вимоги до матеріально-технічної бази ліцензіата, обов'язкові для виконання під час провадження господарської діяльності з медичної практики [196]. Таким чином, дотримання ліцензійних процедур у системі охорони здоров'я має першочергове значення для пацієнта, оскільки дотримання ліцензійних умов передбачає необхідний мінімум, якому мають відповідати заклади охорони здоров'я.

Контрольно-наглядова процедура передбачає, наприклад, здійснення КМУ контролю за діяльністю міністерств, центральних органів виконавчої влади щодо організації надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією [29].

Екзаменаційна процедура охоплює проведення єдиного державного кваліфікаційного іспиту для здобувачів ступеня вищої освіти «магістр» за спеціальностями галузі знань 22 «Охорона здоров'я» [256], що дозволяє виявити

відповідні компетентності у майбутніх фахівців та гарантує недопуск до медичної практики тих осіб, які не склали успішно єдиний державний кваліфікаційний іспит.

Прикладом експертної процедури у сфері прав четвертого покоління є судово-медична експертиза вилучення анатомічних матеріалів у донора-трупа.

Акредитаційна процедура пов'язана з проходженням закладом охорони здоров'я акредитації. Відповідно до Постанови КМУ «Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я» акредитація — це офіційне визнання наявності у закладі охорони здоров'я умов для якісного, своєчасного, певного рівня медичного обслуговування населення, дотримання ним стандартів у сфері охорони здоров'я, відповідності медичних (фармацевтичних) працівників єдиним кваліфікаційним вимогам. Акредитація закладу проводиться після отримання ним ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики [257].

Приватизаційна процедура передбачає приватизацію державного майна [254, с. 12]. При цьому до об'єктів, приватизація яких заборонена, відноситься майно закладів охорони здоров'я системи екстреної медичної допомоги та державні заклади охорони здоров'я, у тому числі приміщення, в яких розміщуються державні заклади охорони здоров'я [258].

Процедура із розгляду скарг передбачає, наприклад, можливість керівнику закладу охорони здоров'я оскаржити експертний висновок про відповідність закладу стандартам акредитації [257].

Окрему категорію гарантій адміністративно-правового механізму забезпечення прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я складають адміністративно-процесуальні гарантії, які, як зазначає О. В. Пабат, «забезпечують динаміку адміністративного процесу». До таких гарантій науковець відносить:

- 1) процесуальні строки;
- 2) адміністративно-процесуальний контроль;
- 3) процедуру внутрішнього розгляду скарг та апеляції в інстанційному порядку;
- 4) визначений порядок реалізації відповідальності посадових осіб адміністративних органів за невиконання або неналежне виконання покладених на

них обов'язків, що призводить до неможливості реалізації громадянином своїх прав та свобод;

- 5) активну діяльність громадян щодо здійснення своїх прав;
- 6) процесуальну діяльність суб'єктів, що представляють інтереси громадян [253, с. 12-13].

Таким чином, процесуальні гарантії адміністративно-правового механізму забезпечення прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я першочергово спрямовуються на забезпечення реалізації, охорони та захисту прав четвертого покоління, що стає можливим завдяки створенню державою таких вимог до адміністративних процедур, дотримання яких забезпечує мінімально необхідний зміст прав людини. З іншого боку, не менш важливими є процесуальні гарантії, що безпосередньо пов'язані із захистом порушених прав людини. У такому разі процесуальні гарантії постають як комплексна система, яка спрямовує увесь свій юридичний арсенал на дотримання прав четвертого покоління, гарантуючи, по-перше, що під час реалізації відповідного права буде дотримано мінімально необхідний зміст цього права, а по-друге — що у разі порушення відповідного права буде наявний необхідний процесуальний інструментарій для його захисту.

### **Інституційні гарантії адміністративно-правового механізму забезпечення прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я**

Окремої уваги у нашому дослідженні заслуговують інституційні гарантії адміністративно-правового механізму забезпечення прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я. Основними інститутами системи захисту прав людини в Україні є:

- 1) ВРУ;
- 2) Уповноважений;
- 3) Президент України;
- 4) КМУ, міністерства та інші центральні органи виконавчої влади;
- 5) місцеві органи виконавчої влади;
- 6) органи місцевого самоврядування;

7) суди тощо.

Розглянемо окремо інституційні гарантії виходячи з наведеного вище.

### ***Парламентські гарантії***

ВРУ має безпосередній вплив на права людини, що перш за все виражається через прийняття законів. Відповідно до статті 92 КУ виключно законами України визначаються:

- права і свободи людини і громадянина, гарантії цих прав і свобод; основні обов'язок громадянина;
- основи соціального захисту і охорони здоров'я;
- організація і діяльність органів виконавчої влади, основи державної служби;
- судоустрій, судочинство, статус суддів, засади судової експертизи, організація і діяльність прокуратури, нотаріату, органів досудового розслідування, органів і установ виконання покарань, порядок виконання судових рішень, засади організації та діяльності адвокатури тощо [56].

Згідно з частиною 1 статті 86 КУ народний депутат України має право на сесії ВРУ звернутися із запитом до органів ВРУ, до КМУ, до керівників інших органів державної влади та органів місцевого самоврядування, а також до керівників підприємств, установ і організацій, розташованих на території України, незалежно від їх підпорядкування і форм власності [56].

Відповідно до частини 2 статті 7 ЗУ «Про статус народного депутата України» народний депутат відповідно до закону розглядає звернення виборців, а також від підприємств, установ, організацій, органів державної влади, органів місцевого самоврядування, об'єднань громадян, вживає заходів для реалізації їх пропозицій і законних вимог, інформує виборців про свою депутатську діяльність під час особистих зустрічей з ними та через засоби масової інформації [259].

У разі надходження звернення до народного депутата України останній може реалізувати своє право на депутатський запит для захисту прав та свобод людини. Проте наразі цей механізм не є ефективним, зокрема і тому, що ВРУ не веде обліку депутатських запитів.



Ще одним інструментом у рамках парламентських гарантій є діяльність тимчасових слідчих комісій та тимчасових спеціальних комісій.

Відповідно до ЗУ «Про тимчасові слідчі комісії і тимчасові спеціальні комісії Верховної Ради України» слідчі комісії утворюються задля здійснення парламентського контролю шляхом проведення розслідування з питань, що становлять суспільний інтерес, тоді як спеціальні комісії — для підготовки і попереднього розгляду питань, а також для підготовки і доопрацювання проєктів законів та інших актів ВРУ на правах головного комітету, якщо предмет правового регулювання таких проєктів не належить до предметів відання комітетів, утворених ВРУ, крім випадку прийняття ВРУ рішення про створення спеціальної комісії з правами головного комітету для продовження роботи над законопроєктом про внесення змін до КУ [260].

Указаний Закон визначає широкий спектр прав слідчої комісії, серед яких право:

1) отримувати необхідну для своєї діяльності інформацію, документи, матеріали та інші відомості, що стосуються предмета розслідування, від органів державної влади, інших державних органів, органів місцевого самоврядування, їх посадових, службових осіб, підприємств, установ, організацій незалежно від форми власності та їх керівників (або посадових осіб, що виконують їх обов'язки);

2) ознайомлюватися з документами, які стосуються предмета розслідування, отримувати їх копії;

3) у разі необхідності вилучати потрібні для розслідування документи з числа наданих чи отримувати їх копії, а у випадках, коли щодо цих документів надійшли відповідні запити органів, які здійснюють кримінальне провадження, — їх копії;

4) запрошувати осіб для отримання показань чи пояснень з питань, щодо яких проводиться розслідування слідчою комісією, заслуховувати їх на своєму засіданні, ставити їм запитання;

5) отримувати показання чи пояснення від осіб щодо обставин, які розслідуються;

6) приймати рішення про залучення експертів та фахівців для роботи в слідчій комісії;

7) звертатися за допомогою до органів державної влади, інших державних органів, органів місцевого самоврядування, їх посадових, службових осіб, керівників (або посадових осіб, що виконують їх обов'язки) підприємств, установ, організацій, громадських об'єднань, які зобов'язані сприяти слідчій комісії при розслідуванні визначених ВРУ питань;

8) призначати необхідні експертизи та запрошувати на засідання слідчої комісії експертів;

9) залучати до участі в розслідуванні працівників органів прокуратури України, Служби безпеки України, Міністерства внутрішніх справ України, податкової міліції за згодою їх керівників [260].

Отже, інститут парламентського розслідування в Україні станом на сьогодні має чітко виражені правові рамки, що дозволяє у разі потреби проводити розслідування у разі порушення прав четвертого покоління, що спричинило значний суспільний інтерес. Це є важливим, бо за результатами розгляду слідчою комісією готується звіт, який у разі необхідності може бути направлено до Генеральної прокуратури України для їх вивчення та відповідного реагування, Президента України, Прем'єр-міністра України чи для реагування згідно із законом — відповідному органу державної влади, іншому державному органу, органу місцевого самоврядування чи посадовій особі. При цьому орган чи особа, яким було направлено висновки слідчої комісії, зобов'язані поінформувати ВРУ про результати розгляду висновків [260].

### ***Гарантії Уповноваженого***

Попри те що Уповноваженого призначає на посаду ВРУ, вважаємо за потрібне виокремити його як окрему інституцію захисту прав четвертого покоління, оскільки омбудсмен відповідно до статті 101 КУ здійснює парламентський контроль за дотриманням конституційних прав і свобод людини і громадянина [56].

Повноваження омбудсмена є досить широкими та передбачають:

- захист прав і свобод людини і громадянина, проголошених КУ, законами України та міжнародними договорами України;
- запобігання порушенням прав і свобод людини і громадянина або сприяння їх поновленню;
- сприяння приведенню законодавства України про права і свободи людини і громадянина у відповідність з КУ, міжнародними стандартами у цій галузі;
- поліпшення і подальший розвиток міжнародного співробітництва в галузі захисту прав і свобод людини і громадянина;
- запобігання будь-яким формам дискримінації щодо реалізації людиною своїх прав і свобод;
- сприяння правовій поінформованості населення та захист конфіденційної інформації про особу [56].

ЗУ «Про Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини» передбачає декілька механізмів, які дозволяють омбудсмену сприяти захисту прав людини. Це, зокрема, конституційне подання омбудсмена, подання омбудсмена, прийом та розгляд звернень відосіб, щорічні та спеціальні доповіді омбудсмена [513].

Окремої уваги заслуговують щорічні та спеціальні доповіді Уповноваженого, які мають містити посилання на випадки порушень прав і свобод людини і громадянина.

Щорічна доповідь Уповноваженого про стан додержання та захисту прав і свобод людини і громадянина в Україні за 2018 рік стосувалась і питань щодо дискримінації за ознаками сексуальної орієнтації та гендерної самоідентичності. Зокрема, у цій доповіді йшлося про дискримінацію з боку органів державної влади. Так, у доповіді зазначається: *«...Уповноваженим було виявлено допис у соціальній мережі Facebook депутата Ужгородської обласної ради Б., який містив дискримінаційні висловлювання та поширення мови ворожнечі стосовно представників ЛГБТІ-спільноти міста Ужгорода, а також висловлювання, спрямовані на приниження честі та гідності громадян за ознаками сексуальної*

*орієнтації та гендерної ідентичності».* У зв'язку з цим з депутатом було проведено роз'яснювальну роботу щодо неприпустимості повторення подібної ситуації [261].

Регіональні представництва омбудсмена в Україні дозволяють збільшувати ефективність діяльності цього інституту у сфері захисту прав людини, оскільки спрощується процедура звернення особи до Уповноваженого у зв'язку з функціонуванням громадських приймалень на регіональному рівні.

Зважаючи на специфіку прав четвертого покоління, доцільним видається запровадити інститут Уповноваженого із захисту прав четвертого покоління. Це, на нашу думку, дасть новий імпульс у питанні захисту прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я, дозволить запобігати порушенням вказаних прав та сприятиме приведенню законодавства України про права четвертого покоління у системі охорони здоров'я у відповідність з КУ та міжнародними стандартами у цій галузі.

Якщо зазначена вище ініціатива не буде реалізована, то ми вбачаємо ще два шляхи, які ведуть до збільшення уваги омбудсмена до прав четвертого покоління.

Перший із шляхів полягає у тому, щоб Консультативна рада при омбудсмені окремо проводила аналіз щодо додержання прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я, тобто у цьому разі необхідно внести відповідні зміни до наказу Уповноваженого «Про створення Консультативної ради» від 20 грудня 2019 року № 122.15/19 [262].

Другий шлях полягає у тому, щоб відповідно до статті 11 ЗУ «Про Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини» омбудсмен призначив свого представника, який буде займатися виключно питаннями захисту прав четвертого покоління.

Незважаючи на те, який із запропонованих шляхів ми оберемо, цілком очевидними у зв'язку з цим видаються покращення у сфері захисту прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я.

### ***Президентські гарантії***

Відповідно до статті 102 КУ Президент України є гарантом додержання КУ,

прав і свобод людини і громадянина. З іншого боку, Президент України володіє правом законодавчої ініціативи у ВРУ (стаття 93 КУ) та видає укази і розпорядження, які є обов'язковими до виконання на території України (стаття 106 КУ) [56].

Важливу роль у діяльності щодо гарантування Президентом України прав і свобод людини і громадянина відіграють консультативні та дорадчі органи, утворені відповідно до пункту 28 частини 1 статті 106 КУ [56].

Указом Президента України «Про Комісію з питань правової реформи» від 21 червня 2019 року № 421/2019 утворено Комісію з питань правової реформи як консультативно-дорадчий орган при Президентові України. Основними засадами діяльності є робота з питань правової реформи, підготовка та подання Президентові України пропозицій щодо внесення змін до КУ і законів України, спрямованих на забезпечення реалізації конституційних норм і принципів, а саме пріоритетності захисту фундаментальних прав і свобод людини і громадянина [263].

Відповідно до Положення про Комісії з питань правової реформи у складі Комісії утворюються робочі групи з питань: підготовки пропозицій щодо внесення змін до КУ; розвитку законодавства про організацію судової влади та здійснення правосуддя; розвитку кримінального права; реформування кримінальної юстиції; розвитку юридичної освіти; реінтеграції тимчасово окупованих територій [264].

Вбачається, що у рамках діяльності Комісії з правової реформи доцільно утворити робочу групу з питань забезпечення прав четвертого покоління та залучити до її діяльності провідних фахівців-юристів у вказаній сфері, оскільки, як зазначає П.С. Корнієнко: «Спеціалізація допоміжних органів при Президенті України, що склалася в контексті конституційних повноважень глави держави як гаранта прав і свобод людини і громадянина, здатна сприяти їх захисту» [265, с. 91-92].

### ***Урядові гарантії***

Стаття 116 КУ встановлює, що КМУ: забезпечує виконання Конституції і законів України, актів Президента України; вживає заходів щодо забезпечення прав і

свобод людини і громадянина тощо [56]. Беручи до уваги медичне законодавство України, ми можемо більш детально окреслити роль КМУ у гарантуванні прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я. Так, згідно з Основами КМУ:

- 1) встановлює порядок розробки галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я та проведення державної оцінки медичних технологій;
- 2) організує розробку та здійснення державних цільових програм, створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність у сфері охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, укладає міжурядові угоди і координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також в межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи виконавчої влади у сфері охорони здоров'я;
- 3) затверджує вимоги до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення [51].

Проте основну роль у вказаній сфері відіграє МОЗ як головний орган у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я.

МОЗ у рамках свої повноважень:

- 1) затверджує порядок проведення клінічних випробувань тканинних і клітинних трансплантатів і експертизи матеріалів клінічних випробувань з метою їх застосування у клінічній практиці;
- 2) здійснює контроль і нагляд за додержанням законодавства про охорону здоров'я, зокрема про медико-соціальну експертизу, вимог, необхідних для провадження діяльності, пов'язаної із трансплантацією органів та інших анатомічних матеріалів людині, та дотриманням галузевих стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій;
- 3) затверджує порядки застосування методу штучного запліднення та імплантації ембріона;
- 4) забезпечує в межах повноважень, передбачених законом, додержання

зкладами охорони здоров'я, підприємствами, установами та організаціями права громадян на охорону здоров'я та прав пацієнта тощо [266].

Низка інших гарантій захисту прав людини у системі охорони здоров'я покладається на МОЗ відповідно до ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині», ЗУ «Про заборону репродуктивного клонування людини», наказу МОЗ «Про затвердження Порядку направлення жінок для проведення першого курсу лікування безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій за абсолютними показаннями за бюджетні кошти» тощо.

### ***Гарантії місцевих органів виконавчої влади***

Відповідно до статті 1 ЗУ «Про місцеві державні адміністрації» виконавчу владу в областях і районах, містах Києві та Севастополі здійснюють місцеві державні адміністрації, які входять до системи органів виконавчої влади [267].

У статті 22 ЗУ «Про місцеві державні адміністрації» визначено перелік повноважень місцевих державних адміністрацій у сфері охорони здоров'я, до числа яких належать:

- 1) реалізація державної політики у галузі охорони здоров'я;
- 2) здійснення функцій засновника щодо наукових установ, закладів охорони здоров'я, що належать до сфери її управління, їх матеріально-фінансове забезпечення;
- 3) організація роботи медичних закладів по наданню допомоги населенню [267].

У ході проведення децентралізації в Україні було висунуто пропозиції замінити місцеві державні адміністрації на префектів. Відповідно до проєкту Закону про внесення змін до КУ (щодо децентралізації влади) префекти мали стати представниками держави в округах і областях, у місті Києві. Важливі положення цього проєкту стосувались повноважень префекта, до числа яких віднесли наступні:

- 1) здійснення адміністративного нагляду за додержанням Конституції і законів України органами місцевого самоврядування;
- 2) координація діяльності територіальних органів центральних органів

виконавчої влади та здійснення адміністративного нагляду за додержанням ними Конституції та законів України, актів Президента України та КМУ;

3) спрямування і координація діяльності територіальних органів центральних органів виконавчої влади, забезпечення їхньої взаємодії з органами місцевого самоврядування в умовах воєнного або надзвичайного стану, надзвичайної екологічної ситуації;

4) внесення Президенту України подання про зупинення дії ухваленого радою, головою громади, окружною, обласною радою акта, що не відповідає КУ та створює загрозу порушення державного суверенітету, територіальної цілісності чи загрозу національній безпеці тощо [268].

Станом на сьогодні вказаний проєкт відкликано. Не в останню чергу через його недосконалість. Зокрема, фахівці звертають увагу на те, що «Препфект не може втручатися в поточну діяльність виконавчих структур на місцях, бо це призведе лише до конфліктних ситуацій і погіршить ефективність їх роботи. Йому слід залишити лише наглядову функцію, причому нагляд має бути не за додержанням територіальними органами центральних органів виконавчої влади Конституції та законів України, актів Президента України та Кабінету Міністрів України...» [269].

### ***Гарантії органів місцевого самоврядування***

Органи місцевого самоврядування також відіграють важливу роль у забезпеченні прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я. Варто зазначити, що: «Місцеві органи влади повинні сприяти розумінню та повазі прав людини щодо всіх осіб, які належать до їхньої юрисдикції, зокрема через освіту, навчання і міжкультурну комунікацію. Так, органи місцевого самоврядування мають систематично організовувати відповідну підготовку для своїх виборних представників і адміністративного персоналу та поширювати серед громадян відповідну інформацію про їх права» [270, с. 115]. Безпосередній вплив органів місцевого самоврядування простежується крізь призму відповідних повноважень. Серед таких повноважень слід виділити наступні:

- управління закладами охорони здоров'я;
- організація медичного обслуговування у закладах освіти, культури,



фізкультури і спорту, оздоровчих закладах, які належать територіальним громадам або передані їм;

– забезпечення в межах наданих повноважень доступності і безоплатності медичного обслуговування на відповідній території;

– забезпечення відповідно до закону розвитку всіх видів медичного обслуговування, розвитку і вдосконалення мережі лікувальних закладів усіх форм власності, визначення потреби та формування замовлень на кадри для цих закладів, укладення договорів на підготовку спеціалістів, організація роботи щодо удосконалення кваліфікації кадрів, залучення роботодавців до надання місць для проходження виробничої практики учнями професійно-технічних навчальних закладів;

– забезпечення відповідно до законодавства пільгових категорій населення лікарськими засобами та виробами медичного призначення;

– внесення пропозицій до відповідних органів про ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я [271].

### ***Судові гарантії***

Стаття 55 КУ гарантує кожному право на оскарження в суді рішень, дій чи бездіяльності органів державної влади, органів місцевого самоврядування, посадових і службових осіб. Разом з тим, кожному гарантується право звернутись із конституційною скаргою до Конституційного Суду України з підстав, установлених цією Конституцією, та у порядку, визначеному законом [56].

У Постанові Пленуму Верховного Суду України № 9 від 1 листопада 1996 року «Про застосування Конституції України при здійсненні правосуддя» зазначено, що «...судова діяльність має бути спрямована на захист цих прав і свобод від будь-яких посягань шляхом забезпечення своєчасного та якісного розгляду конкретних справ» [272].

Є. В. Білозьоров зазначає: «...правові гарантії судового захисту закріплюють можливість кожної людини: а) робити власний вибір — звертатися чи не звертатися до суду за захистом своїх прав та свобод; б) вимагати від суду розгляду справ та винесення рішення згідно з чинним законодавством; в) оскарження

судового рішення» [273, с. 29]. Згідно зі статтею 2 ЗУ «Про судоустрій і статус суддів» суд, здійснюючи правосуддя на засадах верховенства права, забезпечує кожному право на справедливий суд та повагу до інших прав і свобод, гарантованих Конституцією і законами України, а також міжнародними договорами, згода на обов'язковість яких надана ВРУ [274]. Станом на сьогодні практика українських судів у сфері захисту прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я є недостатньо розвиненою, що можна пояснити як складністю, що виникає при розгляді справ, так і недостатнім рівнем українського судочинства для того, щоб приймати відповідні рішення. Попри це, є декілька рішень, на які варто звернути увагу.

Постановою Верховного Суду у складі колегії суддів Другої судової палати Касаційного цивільного суду у справі № 318/140/15ц від 28 листопада 2018 року визначено, що потреба у проведенні трансплантації є достатньою підставою для того, щоб відстрочити виконання судового рішення:

*«...судами було встановлено, що з листопада 2016 року у сина заявників ОСОБА\_11 почалось погіршення стану здоров'я та він до постановлення судового рішення у справі перебуває на лікуванні у комунальному закладі «Запорізька обласна клінічна лікарня», з діагнозом хронічна хвороба нирок 5 ступеня, та знаходиться на прийомі гемодіалізу. Таким чином, з урахуванням встановлених вище обставин справи, суд першої інстанції дійшов правильного висновку стосовно відстрочення виконання рішення суду в частині виселення ОСОБА\_4, ОСОБА\_5, а суд апеляційної інстанції, скасовуючи ухвалу суду першої інстанції, на вказані обставини справи та вимоги законодавства уваги не звернув та дійшов неправильного висновку, що хвороба члена сім'ї заявників не є тією обставиною, що ускладнює виконання рішення суду в частині їх виселення. Висновок суду першої інстанції щодо відмови у задоволенні вимог заявників про відстрочку виконання рішення Кам'янсько-Дніпровського районного суду Запорізької області від 17 лютого 2015 року в частині вселення ОСОБА\_10 у спірний житловий будинок, є правильним та обґрунтованим, оскільки вони не надали належних та допустимих доказів, які б підтвердили наявність виняткових обставин, що ускладнюють або виключають можливість виконання*

рішення суду в цій частині. Отже, наявному справі доказам суд першої інстанції дав належну правову оцінку, з урахуванням усіх обставин у справі правильно визначився характером спірних правовідносин та дійшов обґрунтованого висновку про часткове задоволення заяви ОСОБА\_4, ОСОБА\_5 щодо відстрочки виконання судового рішення» [275].

У Постанові Верховного Суду у складі колегії суддів Третьої судової палати Касаційного цивільного суду у справі № 520/12514/18 від 28 квітня 2020 року йдеться про те, що відсутність заперечення проти того, щоб записати батьківство щодо дитини у разі застосування допоміжних репродуктивних технологій за згодою сторін у подальшому унеможливорює оспорювання факту батьківства:

*«Встановивши, що сторони не знаходились у зареєстрованому шлюбі, письмова згода-зобов'язання на процедуру штучного запліднення не вимагала, а у разі незгоди з проведенням процедури ОСОБА\_1 мав можливість взагалі не займатись вказаним питанням або написати заяву-відмову, яка б свідчила про небажання ним здійснення штучного запліднення відповідачем з використанням його біологічного матеріалу, та зважаючи на те, що позивач усно та письмово не заперечував проти того, що він погодився на запис свого батьківства щодо дитини, тому дитині було присвоєно прізвище «ОСОБА\_3», суди попередніх інстанцій дійшли вірного висновку, що оспорювання чоловіком батьківства є неможливим, оскільки вагітність відбулась з застосуванням допоміжних репродуктивних технологій за згодою сторін, незалежно від наступного розвитку відносин між ними, зокрема, факту подання позову про стягнення аліментів» [276].*

Виходячи з Постанови Вищого адміністративного суду України у справі № 826/2833/15 від 23 листопада 2017 року, було розглянуто питання щодо надання позивачу дозволу на зміну (корекцію) статевої належності. У результаті розгляду суд дійшов висновку, що надання такого дозволу є виключно дискреційним повноваженням відповідного органу державної влади:

*«...за наслідками розгляду поданих пацієнтом документів для зміни (корекції) статевої належності, Комісія має на власний розсуд обрати один із кількох варіантів рішення. Тобто у даному випадку відповідач наділений дискреційними*

*повноваженнями. Оскільки надання дозволу позивачу на зміну (корекцію) статевої належності є дискреційним повноваженням відповідача як суб'єкта владних повноважень, і враховуючи, що судами у даній справі не встановлено відсутність у позивача медико-біологічних і соціально-психологічних протипоказань для зміни (корекції) статевої належності, суди правильно відмовили у задоволенні решти позову. За таких обставин суди правильно обрали позивачу спосіб судового захисту шляхом зобов'язання Міністерства охорони здоров'я в особі Комісії з питань зміни (корекції) статевої належності повторно розглянути подані ОСОБА\_4 заяву та медичну документацію» [277].*

Корупційні ризики у медичній сфері призводять до негативних явищ у медичній сфері, що відповідним чином впливає на права четвертого покоління.

Відповідно до доповіді Європейської комісії від 2017 року корупція у сфері охорони здоров'я, зокрема, полягає у:

- хабарництві у медичному обслуговуванні;
- корупції при державних закупівлях;
- корупції при маркетингових відносинах;
- зловживанні зайнятим високим становищем;
- корупції при відшкодуванні вартості ліків [278].

У зв'язку з цим важливою є роль Вищого антикорупційного суду, основним завданням якого є захист особи, суспільства та держави від корупційних і пов'язаних із ними кримінальних правопорушень та судового контролю за досудовим розслідуванням цих кримінальних правопорушень, дотриманням прав, свобод та інтересів осіб у кримінальному провадженні, а також вирішення питання про визнання необґрунтованими активів та їх стягнення в дохід держави [279].

Таким чином, ми проаналізували інституційні гарантії адміністративно-правового механізму забезпечення прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я та визначили деякі зі шляхів їхнього вдосконалення, що у перспективі може привести до позитивних змін у питанні вироблення ефективних процедур захисту прав людини.

## Висновки до розділу 2

1. Механізм адміністративно-правового регулювання прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я — це складна система адміністративно-правових засобів, які впорядковані у конкретній послідовності з метою забезпечення адміністративно-правового впливу на відносини у сфері забезпечення прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я та на їх безпосередніх учасників.

2. Правовідносини у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління мають свої ознаки: як загальні, так і специфічні. До загальних ознак відносять такі: а) правовідносини виникають між конкретними суб'єктами, до числа яких, зокрема, належать пацієнти та заклади охорони здоров'я, що надають відповідні медичні послуги; б) правовідносини охоплюють норми декількох галузей права: конституційного, цивільного, кримінального, адміністративного, фінансового, господарського тощо; в) між учасниками правовідносин виникає юридичний зв'язок, наприклад, у вигляді суб'єктивного права пацієнта на трансплантацію і відповідного йому обов'язку лікаря; г) правовідносини мають вольовий характер. Такий стан справ проявляється, зокрема, у разі застосування методів допоміжних репродуктивних технологій. Мета вступу пацієнта у правовідносини — отримання профілактичної чи діагностичної допомоги, лікування чи реабілітації у зв'язку з застосуванням методів допоміжних репродуктивних технологій; д) правовідносини виникають щодо особистих немайнових благ, якими є життя та здоров'я людини; е) правовідносини у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління охороняються і забезпечуються силою державного примусу.

3. До специфічних ознак правовідносини у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління відносять наступні: а) безпосередній вплив на такі правовідносини розвитку сучасних медичних технологій; б) розвиток медичних технологій привів до необхідності створення морального регулятора — біоетики, яка визначає моральність поведінки людини, співвідносячи її з ціннісними орієнтирами суспільства; в) правовідносини можуть

виникати до народження особи, під час її життя та після її смерті; г) треті особи можуть приймати рішення про медичне втручання у разі, якщо таке рішення не можуть прийняти особи, щодо яких таке втручання може бути застосоване.

4. Правовідносини у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління можна класифікувати за різними критеріями: а) залежно від функцій, які виконуються, правовідносини поділяються на регулятивні та охоронні; б) виходячи з характеру обов'язків суб'єктів: активні та пасивні; в) залежно від співвідношення прав та обов'язків: вертикальні та горизонтальні; г) враховуючи особливості організації виконавчої влади в Україні: між вищим органом виконавчої влади та центральними органами виконавчої влади, між центральними органами виконавчої влади та місцевими органами виконавчої влади, між центральними органами виконавчої влади та суб'єктами управління, що перебувають у їхньому віданні; д) за сферою виникнення: внутрішні та зовнішні; е) за ступенем визначеності суб'єктного складу: абсолютно визначені та відносно визначені.

5. До суб'єктів правовідносин у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління відносяться: а) суб'єкти, щодо яких здійснюється надання медичної допомоги із застосуванням спеціальних методів; б) суб'єкти, які надають медичну допомогу із застосуванням спеціальних методів; в) суб'єкти організації медичної допомоги із застосуванням спеціальних методів; г) суб'єкти, щодо яких не здійснюється надання медичної допомоги із застосуванням спеціальних методів, але які можуть брати участь у правовідносинах у разі настання певних обставин.

6. Правовідносини у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління виникають з приводу процесу надання медичної допомоги із застосуванням спеціальних методів лікування, таких як трансплантація анатомічних матеріалів чи застосування допоміжних репродуктивних технологій.

7. Зміст правовідносин у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління складають суб'єктивні права та юридичні обов'язки учасників цих правовідносин, що отримують своє відображення у нормах права.

8. Регулятивні норми права у сфері прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я передовсім надають можливість пацієнту розпоряджатися своїм тілом.

9. У сфері прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я значного поширення набувають як імперативні норми права, так і диспозитивні норми права, що пов'язано, зокрема, з тим, що при реалізації конкретного права людини необхідним є владний вплив держави для створення належних умов для здійснення цього права. У цьому разі застосовуються імперативні норми права. У безпосередніх відносинах між лікарем та пацієнтом основне місце вже займають диспозитивні норми права.

10. Спеціалізованими нормами права у сфері прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я є норми-засади, норми-завдання, норми-принципи, колізійні норми, оперативні норми, норми-дефініції, норми-строки та норми-презумпції.

11. Гарантіями адміністративно-правового механізму забезпечення прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я є загальні (соціально-економічні, політичні, ідеологічні, інформаційні) та юридичні.

12. Існує необхідність переглянути підходи до тарифів на медичні послуги з органної трансплантації. Одним із можливих варіантів може бути включення органної трансплантації до програми медичних гарантій, що дозволить надавати відповідні послуги за рахунок коштів Державного бюджету повністю або частково. Запропонований варіант має покращити доступність трансплантації анатомічних матеріалів для населення України та більшою мірою буде відповідати тому, що людина, її життя та здоров'я визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю.

13. Інформаційні гарантії у сфері прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я у першу чергу мають спрямовуватися на захист інформації про особу пацієнта та про стан його здоров'я від витоку, порушення її цілісності чи блокування, незалежно від того, чи така інформація міститься у відповідних базах даних, чи на інших носіях інформації.

14. Гарантіями адміністративно-правового механізму забезпечення прав

четвертого покоління у системі охорони здоров'я є сукупність адміністративно-правових засобів та способів, які забезпечуються безпосередньо державою та спрямовуються на забезпечення, дотримання і захист прав людини.

15. Адміністративними процедурами у сфері прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я є: а) реєстраційні; б) дозвільні; в) ліцензійні; г) контрольно-наглядові; д) екзаменаційні; е) експертні; є) акредитаційні; ж) приватизаційні; з) процедури із розгляду скарг.

16. До числа інституційних гарантій адміністративно-правового механізму забезпечення прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я належать: а) парламентські гарантії; б) гарантії Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини; в) президентські гарантії; г) урядові гарантії; д) гарантії місцевих органів виконавчої влади; е) гарантії органів місцевого самоврядування; є) судові гарантії.

17. Зважаючи на специфіку прав четвертого покоління, доцільним видається запровадити інститут Уповноваженого із захисту прав четвертого покоління. Іншими інструментами покращень гарантії Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини є окремо проведення Консультативною радою при омбудсмені аналізу щодо додержання прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я або у призначенні омбудсменом свого представника, який буде займатися виключно питаннями захисту прав четвертого покоління.



### **Розділ 3. ОСОБЛИВОСТІ ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ЧЕТВЕРТОГО ПОКОЛІННЯ В ОКРЕМИХ СФЕРАХ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ**

#### **3.1. Трансплантація анатомічних матеріалів**

Стаття 6 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» визначає коло суб'єктів організації та надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації. До числа таких суб'єктів законом віднесено:

- 1) КМУ;
- 2) центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я – МОЗ;
- 3) заклади охорони здоров'я, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що передбачає право надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації;
- 4) заклади охорони здоров'я, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики;
- 5) бюро судово-медичної експертизи та інші суб'єкти господарювання, що здійснюють діяльність, пов'язану з трансплантацією;
- 6) центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення – Національна служба здоров'я України [29].

Можемо коротко охарактеризувати кожного зі вказаних суб'єктів для того, щоб краще зрозуміти, яку роль вони відіграють в організації та наданні медичної допомоги із застосуванням трансплантації.

У статті 7 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» визначено перелік повноважень КМУ у сфері трансплантації. Серед числа цих повноважень, зокрема:

— координація роботи міністерств, інших центральних органів виконавчої влади щодо організації надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації;

- забезпечення розроблення та виконання державних цільових програм, спрямованих на розвиток медичної допомоги із застосуванням трансплантації;
- забезпечення фінансування видатків на медичну допомогу із застосуванням трансплантації;
- забезпечення нормативно-правового регулювання надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації тощо [29].

Серед них слід звернути увагу на те, що КМУ забезпечує розроблення та виконання державних цільових програм, спрямованих на розвиток медичної допомоги із застосуванням трансплантації. КМУ вже затверджував відповідні державні програми стосовно розвитку трансплантації в Україні. Так, з виданням КМУ постанови «Про затвердження Державної програми розвитку трансплантації на 2002-2005 роки» від 12 вересня 2002 року № 1339 основний фокус у відповідному напрямку спрямований на необхідність підвищити ефективність трансплантології, формування позитивної громадської думки, поліпшення фінансування та удосконалення кадрової політики у сфері трансплантації [280].

20 липня 2006 року КМУ було схвалено Державну програму «Трансплантація» на 2006-2010 роки, яка мала на меті підвищення якості надання спеціалізованої медичної допомоги хворим, що потребують проведення операцій з трансплантації, продовженні строку життя людини без втрати працездатності і зниженні рівня смертності шляхом широкого впровадження новітніх медичних технологій [281].

Зрештою, 08 жовтня 2008 року було прийнято Державну цільову соціальну програму «Трансплантація» на період до 2012 року [282]. На нормативному рівні ця програма була важливою, оскільки, по-перше, було визначено, що подолати існуючі проблеми у сфері трансплантації можна завдяки:

- удосконаленню нормативно-правової бази;
- формуванню організаційних засад служби трансплантації;
- удосконаленню матеріально-технічної бази та медикаментозного забезпечення;
- забезпеченні підготовки професійних кадрів;

— організації міжнародного співробітництва.

Таким чином було визначено маркери, на які слід опиратися при розвитку системи трансплантації в Україні.

По-друге, ця програма була важливою, оскільки було визначено завдання і заходи у рамках виконання цієї програми на період до 2012 року, відштовхуючись від вищенаведених рубрик. Таким чином, було визначено-як якісні, так і кількісні, показники у рамках цієї програми, що на той момент можна було вважати серйозним поступом.

Станом на сьогодні існує потреба у прийнятті КМУ нової державної цільової програми у сфері трансплантації, що, на нашу думку, дозволить спрямувати зусилля щодо розвитку трансплантації з боку усіх суб'єктів організації та надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації в єдине русло.

Іншим суб'єктом, на якого необхідно звернути увагу є МОЗ. Про повноваження МОЗ у сфері трансплантації ми вже згадували у попередніх розділах. У цьому підрозділі звернемо увагу на те, що МОЗ розробляє та затверджує порядок розподілу анатомічних матеріалів та критерії встановлення пар донор-реципієнт. Так, відповідно до пункту 2 Порядку розподілу анатомічних матеріалів та критеріїв встановлення пар донор-реципієнт, затвердженого наказом МОЗ від 18 лютого 2021 року № 293 [283], розподіл анатомічних матеріалів та критерії встановлення пар донор-реципієнт відбувається з урахуванням таких показників:

1) наближеність закладу охорони здоров'я, в якому проводиться вилучення анатомічних матеріалів людини для трансплантації, до закладу охорони здоров'я, в якому може бути проведена трансплантація (з урахуванням часу і способу транспортування анатомічних матеріалів та оптимальних строків їх зберігання);

2) одностороння сумісність за АВ(0) та системою Rh;

3) статус екстреності трансплантації (за медичними показниками);

4) сумісність за антропометричними даними для серця та легень (зріст і вага тіла з допустимими відхиленнями показників в межах 20 %);

- 5) першочерговість проведення трансплантації неповнолітньому та малолітньому реципієнту;
- 6) збереження за неповнолітнім реципієнтом після досягнення ним повноліття черговості на отримання анатомічного матеріалу для трансплантації;
- 7) наявність між закладом охорони здоров'я, в якому проводиться вилучення анатомічних матеріалів людини, та закладом охорони здоров'я, в якому може бути проведена трансплантація, договору про медичне обслуговування населення, укладеного з метою оплати донорського етапу послуг з органної трансплантації від донора-трупа;
- 8) імунологічна сумісність пари донор-реципієнт;
- 9) можливість першочергового проведення трансплантації реципієнту, який раніше надав згоду на вилучення у нього анатомічних матеріалів, відповідно до додатка 7 до Порядку надання письмової згоди живого донора на вилучення у нього анатомічних матеріалів та письмової відмови від раніше наданої такої згоди, письмової згоди або незгоди чи відкликання наданої раніше згоди на вилучення анатомічних матеріалів з тіла особи для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів після визначення її стану як незворотня смерть, а також подання письмової заяви про призначення, зміну чи відкликання повноважного представника, затвердженого постановою КМУ від 27 грудня 2018 року № 1211;
- 10) тривалість перебування в листі очікування. Пріоритет надається реципієнту, який раніше був внесений до листа очікування [283].

Вказане Положення визначає три можливі статуси, які може отримати пацієнт: (1) статус ІА; (2) статус ІБ; (3) статус ІІ.

На прикладі трансплантації серця ми можемо побачити яким чином визначається пріоритетність розподілу донорських сердець. Так, статус ІА встановлюється за наявності таких критеріїв:

- необхідність підтримки кровообігу з одним або більшою кількістю пристроїв допоміжного кровообігу більше 30 днів;
- наявність штучного серця;

- реципієнт знаходиться на внутрішньоаортальній балонній контрпульсації;
- реципієнт підключений до екстракорпоральної мембранної оксигенації;
- реципієнт знаходиться на штучній вентиляції легень;
- необхідність в безперервній терапії високими дозами інотропних препаратів з постійним контролем тиску наповнення лівого шлуночка;
- очікувана тривалість життя без трансплантації менше 7 днів [283].

При цьому статус ІБ встановлюється при безперервній інфузійній терапії інотропними препаратами та/або використання одного з пристроїв допоміжного кровообігу менше 30 днів, а статус ІІ надається всім іншим реципієнтам, які включені до листа очікування та не підпадають під визначення статусу ІА та статусу ІБ [283].

Крім уже зазначеного, важливим є те, що у згаданому Порядку чітко визначено один із ключових принципів розподілу анатомічних матеріалів – принцип одногрупної сумісності за АВ(0) та системою Rh. Пріоритетність розподілу анатомічних матеріалів між реципієнтами порушує багато питань, серед числа яких нагальність трансплантації, ймовірний результат після трансплантації та час перебування у листі очікування. Відповідно, важливо, щоб МОЗ у в межах реалізації визначених повноважень у сфері трансплантації методично та системно підходив до вирішення таких питань як пріоритетність розподілу анатомічних матеріалів.

Заклади охорони здоров'я, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що передбачає право надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації та заклади охорони здоров'я, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики грають дуже важливу роль у сфері трансплантації в Україні. Виходячи з аналізу ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині», варто звернути увагу на те, що у закладах охорони здоров'я:

- 1) надаються медичні послуги з вилучення анатомічних матеріалів у живих донорів та вилучення анатомічних матеріалів у донора-трупа;
- 2) формуються списки пацієнтів, що перебувають на їхньому обліку з метою застосування їм трансплантації;
- 3) консилиумами лікарів визначаються наявність у пацієнта медичних показань для застосування трансплантації;
- 4) керівник такого закладу негайно повідомляє про це орган опіки та піклування, який не пізніше 24 годин з моменту звернення ухвалює рішення про надання згоди або про незгоду на надання такій особі медичної допомоги із застосуванням трансплантації, що може бути оскаржено відповідно до закону, у тому числі до суду у разі відмови батьків або інших законних представників реципієнта від надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації особі, яка не досягла 14-річного віку або визнана в установленому законом порядку недієздатною, якщо така відмова може призвести до тяжких для реципієнта наслідків;
- 5) забороняється вилучення анатомічних матеріалів для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів у померлої особи у разі отримання закладом охорони здоров'я заборони на вилучення анатомічних матеріалів з тіла донора-трупа відповідно до рішення суду або правоохоронних органів;
- 6) отримуються фетальні матеріали для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів за письмовою згодою жінки, внаслідок вагітності якої отримано ці матеріали, за умови збереження конфіденційності відомостей про неї;
- 7) є можливість виступати у ролі суб'єктів міжнародного співробітництва у сфері застосування трансплантації;
- 8) здійснюється перевезення анатомічних матеріалів людини, які застосовуються для трансплантації, та їх зберігання під час перевезення представниками закладу;
- 9) здійснюється констатація смерті мозку консилиумом лікарів закладу охорони здоров'я, в якому знаходиться пацієнт, на підставі діагностичних критеріїв смерті мозку людини [29].

Крім зазначеного увагу привертають і Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики [196], які є обов'язковими для виконання під час провадження господарської діяльності з медичної практики, зокрема і щодо діяльності, яка стосується трансплантації.

Відповідно до пункту 12 Ліцензійних умов суб'єкт господарювання, який є закладом охорони здоров'я повинен мати затверджені в установленому законодавством порядку:

- статут закладу охорони здоров'я або положення про заклад охорони здоров'я (залежно від організаційно-правової форми);
- штатний розпис;
- положення про його структурні підрозділи (зокрема відокремлені);
- посадові інструкції працівників;
- правила внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я;
- клінічні маршрути пацієнта розроблені відповідно до клінічних протоколів та стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), затверджених МОЗ [196].

Окремо необхідно звернути увагу на контроль за якістю надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації у закладах охорони здоров'я. Тут варто зупинитися на декількох моментах.

Перш за все йде мова про необхідність існування чіткої системи контролю якості у відповідному закладі охорони здоров'я, особливо при здійсненні трансплантації, оскільки у цьому разі життя та здоров'я пацієнтів є ще більш вразливим, ніж при інших медичних маніпуляціях. Необхідно розуміти, що жоден із медичних працівників не повинен відчувати себе змушеним дотримуватись суворого медичного протоколу, що може поставити під загрозу життя пацієнта. До прикладу, при діагностиці смерті мозку та подальшого використання анатомічних матеріалів померлого пацієнта для потреб трансплантації. У такому разі у медичних працівників має бути свобода здійснювати ті дії, які можуть врятувати життя пацієнта. У цьому випадку забезпечення якості розглядається як з точки зору пацієнта, так і з точки зору медичного працівника, що є дуже важливим.

Вилучення органів – це дуже складний процес, який потребує високої кваліфікації спеціалістів медиків.

Інший аспект контролю за якістю надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації стосується контролю за медичним обладнанням, оскільки його несправність або неправильне застосування може мати фатальне значення для пацієнта. Для уникнення подібних ситуацій важливо проводити обмін досвідом між фахівцями як у рамках національного, так і міжнародних масштабах. Така взаємодія в підсумку надасть можливість визначати будь-які відхилення у функціонуванні медичного обладнання.

Варто зауважити, що Наказом МОЗ від 23 грудня 2019 року № 2650 затверджено Примірний табель матеріально-технічного оснащення закладу охорони здоров'я, в якому здійснюються операції з трансплантації органів та їх частин (див. таблицю 3 – *прим. автора*) [284]. Примірний табель визначає найменування обладнання та його мінімальну необхідну кількість. Цей табель також визначає обладнання, яке є обов'язковими для закладів охорони здоров'я, що здійснюють операції з трансплантації серця, печінки, нирки, а також мультиорганні трансплантації.

Кадрові вимоги закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу із застосуванням трансплантації передбачають, що медичні та немедичні працівники повинні відповідати освітнім і кадровим вимогам, затвердженим МОЗ та зазначеним у відповідному розділі цих Ліцензійних умов [196].

*Таблиця 3. Примірний табель матеріально-технічного оснащення закладу охорони здоров'я, в якому здійснюються операції з трансплантації органів та їх частин [284]*

|    | Найменування обладнання | Мінімальна<br>необхідна кількість |
|----|-------------------------|-----------------------------------|
| 1. | Дефібрилятор імпульсний | 1                                 |
| 2. | Кардіомонітор           | на 1 ліжко-місце<br>відділення    |



|     |  |                     |
|-----|--|---------------------|
|     |  | інтенсивної терапії |
| 3.  | Апарат для гемодіалізу   | 2                   |
| 4.  | Апарат ультразвуковий пересувний<br>багатофункціональний   | 1                   |
| 5.  | Апарат ультразвуковий пересувний<br>багатофункціональний з черезстравохідним<br>датчиком   | 1                   |
| 6.  | Ангіограф або стійка ангіографічна   | 1                   |
| 7.  | Відеоендоскопічна стійка з набором<br>інструментів для ендоскопії з витратним<br>матеріалом для лігування вен стравоходу при<br>кровотечах | 1                   |
| 8.  | Апарат для плазмаферезу та цитоферезу  | 1                   |
| 9.  | Каталка для транспортування пацієнтів<br>регульована   | 2                   |
| 10. | Відсмоктувач хірургічний з електроприводом   | 2                   |
| 11. | Світильник безтіньовий пересувний заварійним<br>живленням  | 1                   |
| 12. | Світильник операційний великий   | 1                   |
| 13. | Набір хірургічний для великих операцій   | 2                   |
| 14. | Стіл операційний   | 1                   |
| 15. | Апарат штучної вентиляції легень   | 2                   |
| 16. | Апарат для визначення кислотно-лужного<br>складу крові   | 1                   |
| 17. | Генератор стерильного льоду  | 1                   |
| 18. | Селсейвер  | 1                   |
| 19. | Стійка лапароскопічна з набором<br>інструментів  | 1                   |

|     |   |                   |
|-----|---|-------------------|
| 20. | Апарат високочастотний електрохірургічний з набором інструментів  | 1                 |
| 21. | Апарат ультразвуковий хірургічний/ апарат для ультразвукової резекції печінки   | 1                 |
| 22. | Окуляри збільшувальні з налобним освітленням портативні   | 2                 |
| 23. | Апарат, що забезпечує консервацію (тривалу перфузію) анатомічного матеріалу   | 1                 |
| 24. | Термоконтейнер (або холодильник для транспортування органу)   | 2                 |
| 25. | Апарат рентгенівський діагностичний пересувний палатний   | 1                 |
| 26. | Комп'ютерне обладнання: комп'ютер з операційною системою та доступом до мережі Інтернет, багатофункціональний пристрій (або принтер + сканер) | Згідно з потребою |
| 27. | Апарат штучного кровообігу  | 1                 |

Відповідно до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників (Випуск 78 «Охорона здоров'я») лікар-трансплантолог: надає високоспеціалізовану медичну допомогу хворим, які потребують лікування методом трансплантації, в тому числі екстрену (невідкладну) допомогу. Застосовує сучасні методи дослідження, діагностики та лікування. Здійснює нагляд за побічними реакціями/діями лікарських засобів. Визначає необхідність проведення спеціальних методів дослідження та організовує їх виконання. Направляє на госпіталізацію, організовує її відповідно до стану хворого. Обґрунтовує тактику ведення хворого, показання та протипоказання до виконання операції. Розробляє план підготовки хворого до операції, здійснює підготовку всіх функціональних систем організму. Володіє технікою виконання операцій з клінічної трансплантації життєво важливих органів. Розробляє схеми післяопераційного ведення хворого та профілактики післяопераційних ускладнень. Співпрацює із суміжними

спеціалістами, службами та організаціями, дотримуючись принципів роботи мультидисциплінарних команд. Керує роботою середнього медичного персоналу тощо [285].

Зрештою, медичні вироби та вироби медичного призначення повинні застосовуватися відповідним закладом охорони здоров'я: (1) у пристосованих приміщеннях, вимоги до яких визначені в інструкціях із застосування (паспорті) чи технічній документації; (2) за функціональним призначенням та відповідно до вимог, визначених виробником в інструкції із застосування (паспорті) або технічній документації [196].

Відповідно до ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» у бюро судово-медичної експертизи може утворюватися бригада вилучення анатомічних матеріалів людині відповідно до наказу керівника для вилучення, зберігання, підготовки до перевезення та/або перевезення анатомічних матеріалів людини для їх подальшої трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів [29].

Крім цього, перевезення анатомічних матеріалів людини, які застосовуються для трансплантації, та їх зберігання під час перевезення також можуть здійснюватися бюро судово-медичної експертизи [29].

Національна служба здоров'я України як центральний орган виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, виконує функції замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій.

Станом на сьогодні не розроблено специфікації та умови закупівлі медичних послуг із застосуванням трансплантації анатомічних матеріалів, які надаються за Програмою медичних гарантій у 2021 році. Це достатньо проблемно, оскільки заклади охорони здоров'я, які надають медичні послуги із застосуванням трансплантації не можуть укласти договір з Національною службою здоров'я України для надання відповідної послуги.

Крім того, існуючі тарифи на послуги з надання медичної допомоги методом трансплантації анатомічних матеріалів, як ми уже звертали увагу, не дозволяють ефективно скористатися своїм правом на трансплантацію.

У зв'язку з цим вважаємо за необхідне включити трансплантацію до Програми медичних гарантій у 2021 році, враховуючи, що відповідні ініціативи з боку МОЗ уже звучали, а саме, що стосується створення пакета медичних послуг із посттрансплантаційного супроводу в межах програми медичних гарантій та забезпечення оплати послуг Національною службою здоров'я України [286].

У 2019 році в Україні було проведено 128 операцій по пересадці нирки, 6 – печінки, жодної операції по пересадці серця і легенів, тоді як в цей же рік в Іспанії було зроблено 3423 операції по трансплантації нирки, 12277 – печінки, 300 – серця, 419 – легенів [287]. Іспанія одна із країн з високим показником розвитку медичної діяльності у сфері трансплантації завдяки великій кількості донорів. Такі досягнення стали можливими ще завдяки підтримці партнерських взаємовідносин, які створила ONT (Іспанська національна організація по трансплантології) з науковими спільнотами з великою кількістю професіоналів, лікарів та медичних сестер, які приймають участь у процесі трансплантації. План покращення показників даного виду медичної діяльності також включає усі заходи, направлені на полегшення співпраці між відділеннями інтенсивної терапії та усіма іншими лікарняними службами, особливо службою невідкладної допомоги та трансплант-координаторами [288].

Окремо хочемо звернути увагу на трансплант-координатора як на суб'єкта організації медичної допомоги із застосуванням трансплантації.

Відповідно до ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» трансплант-координатор є працівником закладу охорони здоров'я, бюро судово-медичної експертизи, спеціалізованої державної установи у сфері трансплантації органів, тканин та клітин, іншого суб'єкта господарювання, що здійснює діяльність, пов'язану з трансплантацією, до посадових обов'язків якого належить здійснення трансплант-координації [29].

Вказаний закон визначає декілька ключових положень, які стосуються діяльності трансплант-координатора. По-перше, у разі виникнення обставин, що призвели або можуть призвести до неможливості трансплантації конкретному реципієнту, або створюють ризик незбереження анатомічних матеріалів, рішення щодо порядку проведення вилучення анатомічних матеріалів, вибору реципієнта, проведення трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією приймає трансплант-координатор донора-трупа. По-друге, важливо розуміти, що лікар, який входив до складу консиліуму лікарів, що здійснив констатацію смерті мозку особи, не може виконувати функції трансплант-координатора стосовно потенційного донора та/або донора-трупа такої особи. Трансплант-координатор не може брати участь у вилученні анатомічного матеріалу та проведенні трансплантації, у разі якщо він виконував функції трансплант-координатора стосовно цього донора-трупа [29].

Потрібно розуміти, що позитивний ефект від діяльності трансплант-координатора простежується у тому, що він:

- 1) пришвидшує логістику донорства анатомічних матеріалів до встановлення смерті мозку донора завдяки налагодженню особистого контакту з родичами останнього;
- 2) бере участь у розвитку команди, здатної своєчасно дістатися до місця вилучення анатомічного матеріалу;
- 3) слідкує за своєчасним здійсненням посмертної процедури та сприяє передачі тіла донора у повній пошані до родичів;
- 4) забезпечує прозорий розподіл анатомічних матеріалів відповідно до листа очікування та завдяки його постійному оновленню;
- 5) ефективно використовує критерії розподілу анатомічних матеріалів, враховуючи час перебування у листі очікування, а також відповідно до принципу «старий для старого»;
- 6) веде трансплантаційні реєстри: реєстр померлих донорів та реципієнтів [289, с. 507].

23 вересня 2020 року КМУ видав розпорядження № 1154 Про утворення спеціалізованої державної установи «Український центр трансплант-координації» саме для забезпечення взаємодії між фахівцями різних ланок та закладами охорони здоров'я, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що передбачає право надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації. Зокрема, реалізації введеного в норму Закону № 2427-VIII перехресного донорства.

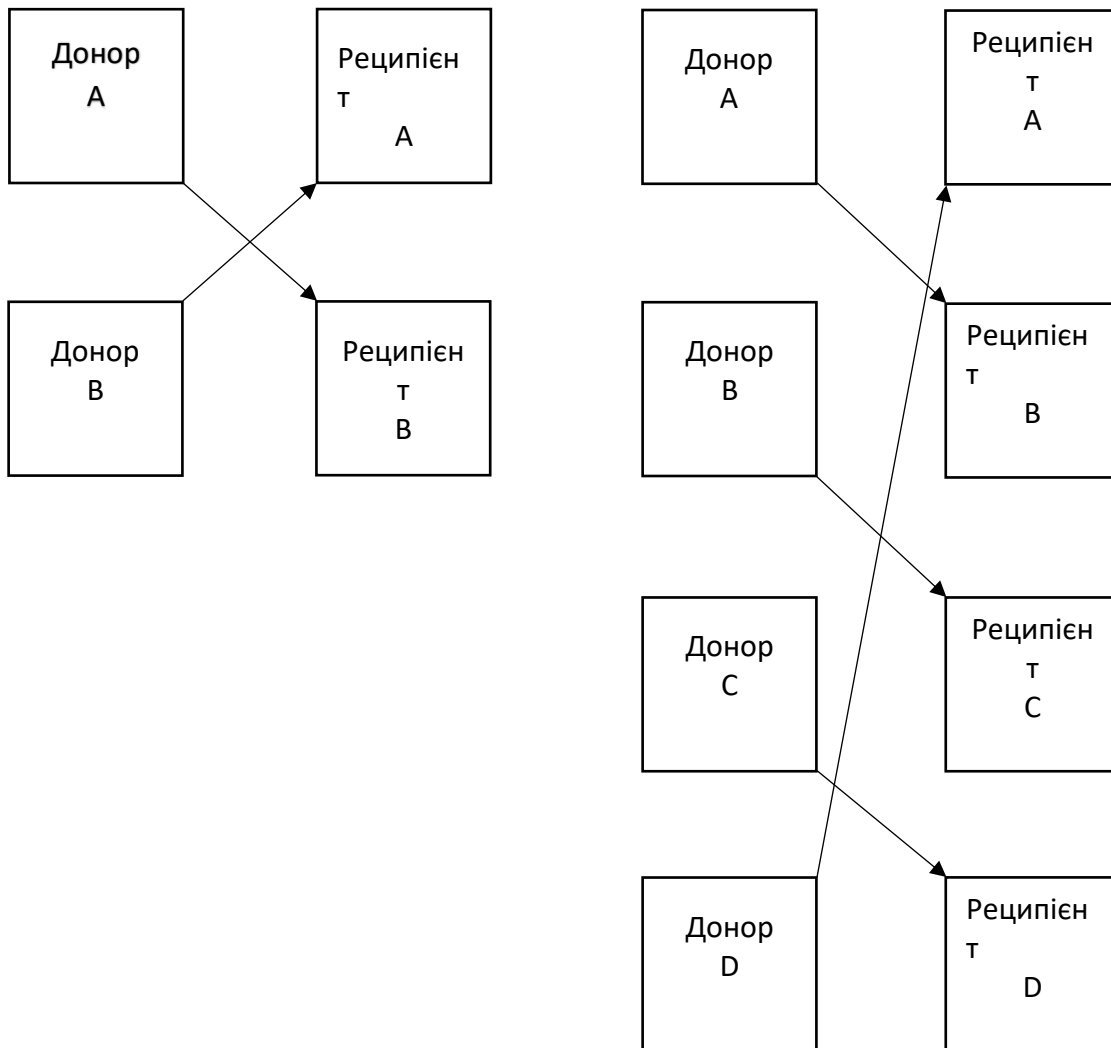
Так, під перехресним донорством, у відповідності до приписів згаданого Закону є обмін живими імунологічно сумісними донорами між реципієнтами. При чому, особливістю є і те, що законодавцем, серед можливостей вилучення анатомічних матеріалів у живого донора поряд із наявністю родинного донорства розглядається і перехресне донорство.

Перехресне донорство застосовується між реципієнтами, які включені до Єдиної державної інформаційної системи трансплантації. Порядок застосування перехресного донорства затверджується КМУ [29].

На нашу думку, потрібно звернути увагу на проблематику, яка вже виникає. Попри те, що законодавчо чітко передбачено, що порядок вказаного донорства повинен затверджуватись урядом на сьогоднішній день жодного документу, який би підтверджував його розроблення, а тим паче, офіційне затвердження нами не знайдено. Така ситуація може призвести до виникнення проблемних аспектів в частині реалізації процедури перехресної трансплантації, а також може призупинити процеси розвитку у відповідній сфері правовідносин.

Загалом, в частині закріплення перехресного донорства за доречне відмітити, що процедурні питання пов'язані із прийняттям рішення та порядком проведення такого донорства є доволі законодавчо обмеженими та недопрацьованими, попри те, що отримали своє вираження в межах удосконаленого законодавчого простору, хоча перехресне донорство створює багато нових можливостей, як на національному рівні, так і на міжнародному. Перехресне донорство може бути як парним (схема 1), так і об'єднаним пожертвуванням донорських органів (схема 2).

*Схема 1. Парне перехресне доно́рство*      *Схема 2. Перехресне доно́рство з більшою кількістю осіб*



Участь України у міжнародних проєктах та співпраця з міжнародними організаціями по питанням трансплантації дозволить вдосконалити функціонування трансплантації та запозичити міжнародний досвід щодо вирішення нагальних питань у даній сфері медичної діяльності. Пріоритетним має бути налагодження співпраці та укладення угод з такими міжнародними організаціями як:

- Євротрансплант;
- БалтТрансплант;
- ONT – Національна організація з трансплантації в Іспанії;
- Агентство з трансплантації в Молдові;
- Полтрансплант в Польщі;

- Словацький центр трансплантації органів;
- Угорська національна служба з переливання крові;
- Чеський координаційний центр трансплантації.

Потенціал трансплантації як науки є винятковим, за допомогою такого виду медичної діяльності з'явилася можливість покращувати якість життя хворих з термінальною нирковою недостатністю, пацієнтів, які помирають від серцевої, легеневої чи печінкової недостатності. Однак, трансплантації притаманні деякі особливості, які обмежують її потенціал. На відміну від інших галузей медицини, можливості трансплантації напряду залежать від одного найважливішого ресурсу – «здорових донорських органів».

Однією із основних переваг, що вбачається на підставі системного аналізу положень ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині», виступає окреслення двох різновидів донорства, зокрема:

- прижиттєве, до підвидів якого, на наш погляд, слушно віднести:
  - родинне донорство;
  - перехресне донорство;
  - донорство анатомічних матеріалів та гемопоетичних стовбурових, що здатні до регенерації;
- посмертне донорство.

Попри це, розкриваючи сутність та зміст наведених видів та підвидів донорства слід зазначити, що розширення окремих аспектів того чи іншого донорства, далеко не у кожному випадку є досконалим та таким, що дозволяє застосовувати законодавчі приписи, уникаючи проблемних моментів.

Так, говорячи про родинне донорство як один із різновидів прижиттєвого донорства, одразу ж зіштовхуємось із недоліками, не усуненими законодавцем. Зокрема, у ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» не міститься чіткого поняття «родинне донорство». Аналізуючи положення вказаного Закону доводиться апелювати припущеннями та догадками з приводу того, що суб'єктами родинного донорства, імовірно, повинні розглядатись особи, перелік яких наведений у абзаці 4 частини першої статті 1, в межах визначення



близьких родичів та членів сім'ї. При чому, якщо всіх без виключення осіб, наведених у вказаному абзаці статті 1 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» вважати потенційними донорами, то далеко не в кожному випадку без застереження можна враховувати критерії імунологічної сумісності та інші показники, необхідні для проведення трансплантації, зокрема, що стосується таких донорів як «...усиновлювач чи усиновлений, опікун чи піклувальник, особа, яка перебуває під опікою або піклуванням, а також особи, які спільно проживають, пов'язані спільним побутом і мають взаємні права та обов'язки, у тому числі особи, які спільно проживають, але не перебувають у шлюбі» [29]. *Доцільно доповнити частину першу статті 1 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» поняттям «родинне донорство» визначивши його як надання донором, що є близьким родичом та/або членом сім'ї, у випадку імунологічної сумісності, анатомічного матеріалу для проведення трансплантації родинному реципієнту.*

Із запропонованого нами визначення автоматично впливає ще й таке поняття як «родинний реципієнт», зміст якого також не розкритий у вищезгаданому Законі Тому, *доцільно доповнити положення частини першої статті 1 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» і поняттям «родинний реципієнт» – особа, яка потребує медичної допомоги із застосуванням трансплантації та є близьким родичом або членом сім'ї донора.*

Така позиція, на наш погляд, кореспондуватиметься і з положеннями пункту 1.3 чинної на сьогоднішній день Інструкції з надання живим родинним донором гомотрансплантата для трансплантації, затвердженої наказом МОЗ від 10 квітня 2012 року № 250. Пунктом 1.3 встановлено, що вказана Інструкція регламентує процес взаємодії представників закладу охорони здоров'я/наукової установи з реципієнтом та/або його батьками/законними представниками та донором, порядок визначення можливості надання гомотрансплантата живим родинним донором для проведення трансплантації гомотрансплантата родинному реципієнту за наявності необхідних документів, що надаються парою донор-реципієнт [290].

Не дивлячись на розповсюдженість практики використання донорських матеріалів від живого донора, серед багатьох медичних спеціалістів та інших зацікавлених осіб і надалі вона викликає багато занепокоєнь по причині виконання дуже ризикованих, і в ту же хвилину не потрібних оперативних втручання одній людині заради покращення життя іншій. На жаль, у світі з кожним роком постійно збільшується прірва між тими, хто потребує донорських органів і реальною кількістю наявних органів від донорів-трупів. В такому випадку беззаперечну перевагу в довговічності і якості органів слід надавати тим, що отримані від живого донора. Разом з цим, слід усвідомлювати, що на практиці трансплантація від живого донора може бути виправдана тільки за наявності закріплених на законодавчому рівні умов [291, с. 11-22] та при їх чіткому дотриманні.

Донорство від близьких родичів, зокрема з огляду на законодавчо обмежене коло осіб, далеко не завжди має змогу допомогти реципієнту. Однак виникає питання чи розширення меж закону і надання можливості незнайомій людині стати живим донором для того, хто потребує трансплантації вирішить ситуацію нестачі донорських органів? Практика неродинного донорства є розповсюдженою у Сполучених Штатах Америки. Противники закріплення такого виду донорства на законодавчому рівні вбачають у ньому високу імовірність корупційної складової: «Треба бути абсолютно переконаними, що тут немає корупційної складової, важливо довести ... бажання безоплатно передати цей орган. На цьому ґрунті можливі зловживання і примус ...» [292], хоча з іншого боку завдяки неродинному донорству можна підібрати ідеального донора і трансплантований матеріал приживається практично як рідний [293]. Такий вид донорства можливий: (1) від особи яка, на емоційному рівні пов'язана з реципієнтом; (2) від особи, яка взагалі є незнайомцем (анонімне пожертвування або пожертвування не чітко направлене) [294]. Отже, на сьогодні немає єдиної думки щодо потреби закріпити можливість неродинного донорства на законодавчому рівні. Ми вважаємо, що зняття обмежень на такий вид донорства не принесе жодного негативного результату і настання позитивного все ж таки можливе, за умови покращення якості системи охорони здоров'я, зокрема:

- вона має бути максимально ефективною, безпечною, направленою на пацієнта, з урахуванням його особливостей і потреб, доступною та своєчасною;
- функціонування державної інформаційної системи трансплантації та налагодження роботи трансплант-координатора;

З офіційного електронного майданчику «Прозорро» вбачається, що МОЗ за цим напрямком вже навіть проведено дві публічні закупівлі, зокрема, на замовлення послуг з розробки технічного завдання на створення інформаційно-телекомунікаційної системи «Єдина державна інформаційна система трансплантації» та послуг з розробки програмного забезпечення на замовлення. Як видно з електронного майданчика, публічні закупівлі вже завершені;

- проведення постійної інформаційної роботи для усвідомлення населенням значущої ролі донорства та полегшення прийняття рішення щодо пожертви своїх органів на користь пацієнтів, які потребують трансплантації.

Одним із ключових факторів функціонування трансплантації в країні є доступ до імуносупресивних препаратів після здійснення трансплантації. Розрахунок лікарських засобів імуносупресивної дії щодо кожного хворого є індивідуальним і персоніфікованим та таким, що залежить від багатьох факторів (від виду трансплантації, ступеня імунологічної відповіді, кількості раніше виконаних трансплантацій, віку хворого, невідповідності групової належності крові донора та реципієнта) [295].

Скоротити прірву між попитом і наявністю донорських органів мало б посмертне донорство, але і тут виникає багато невирішених питань: питання автономії у прийнятті рішень щодо розпорядження своїм тілом і хто таким правом володіє, тільки людина, яка померла чи близькі родичі? Чи може таке право бути переданим третім особам? Як отримати згоду на вилучення органів, якщо вона не була дана за життя?. Усі ці питання потребують відповідей, які має бути змога віднайти на законодавчому рівні.

Кожен з нас є хазяїном свого власного тіла і ми володіємо моральним правом давати згоду або відмовляти у її наданні на використання свого тіла після нашої смерті [296, с. 2168].

У ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» у статті 1 міститься таке визначення поняття «донор-труп» – особа, щодо якої у встановленому законом порядку отримано згоду на вилучення з її тіла анатомічних матеріалів для трансплантації та/ або виготовлення біоімплантів [29].

У світовій практиці існують два види згоди на вилучення анатомічних матеріалів у померлого донора: презумпція незгоди та презумпція згоди. Презумпція незгоди означає, що після смерті особи у неї може бути вилучено анатомічні матеріали тільки в тому випадку, якщо вона за життя надала на це згоду. В свою чергу, презумпція незгоди може проявлятися у двох формах:

— лише потенційний донор приймає рішення про вилучення його анатомічних матеріалів після смерті (ніхто інший, навіть близькі родичі не можуть надати дозвіл на їх вилучення);

— необхідно отримати дозвіл на вилучення анатомічних матеріалів у близьких родичів, навіть у тому випадку, коли донор-труп виявив таке бажання за життя [297, с. 72].

Однією з основних проблем вилучення органів після смерті є вето родичів, яке не залежить від рішення донора [298]. Якщо донором за життя не було надано згоди на вилучення анатомічних матеріалів, родина та близькі родичі можуть зробити свій вибір, який базується на їх особистій позиції і відмовити у процесі їх вилучення. Часто така відмова формується на: важкому емоційному та психологічному стані після втрати близької людини; на слабкій обізнаності близьких родичів; на релігійних переконаннях. Таким чином, родина відіграє важливу роль у такій формі презумпції незгоди, що в свою чергу гальмує процес розвитку трансплантації.

Цікавим залишається підтверджений факт, що при прийнятті близькими родичами рішення, з більшою вірогідністю вони підтримають вилучення анатомічних матеріалів померлого, якщо він просто не виявив бажання, аніж тоді, коли він явно відмовився [299].

Конвенція про права людини та біомедицину у статті 5 закріплює положення про те, що будь-яке медичне втручання можливе лише після добровільної згоди

відповідної особи: «Будь-яке втручання у сферу здоров'я може здійснюватися тільки після добровільної та свідомої згоди на нього відповідної особи [15].

Такій особі заздалегідь надається інформація про мету і характер втручання, а також про його наслідки та ризики.

Відповідальна особа у будь-який час може безперешкодно відкликати свою згоду».

Презумпція згоди полягає в тому, що після смерті особи вона автоматично може стати донором анатомічних матеріалів, якщо за життя вона не заборонила проводити такі дії щодо власного тіла після смерті.

Закон Бельгії чітко прописує, що вилучення анатомічних матеріалів для трансплантації може бути вчинено тільки при умові, що буде встановлено відсутність відмови донора-трупа від такої процедури при житті. Така відмова має бути зареєстрована муніципальною адміністрацією, терапевтом або зареєстровано самостійно, за допомогою цифрових способів. Доступ лікарів до такої інформації має бути чітко організований до початку процедури вилучення анатомічних матеріалів. Однак, держава може вирішити, що вилучення не може проводитись, якщо після здійснення процедури розслідування, беручи до уваги думку родини померлого і в разі смерті неієздатної особи, її законного представника, заперечення стане очевидним [300]. Тобто, згідно закону, в Бельгії лікар не зобов'язаний питати дозвіл у родини на вилучення органів у потенційного донора-трупа і навіть інформувати їх про таку процедуру, але в той же час, якщо будь-який член родини явно заперечує, то процедура вилучення не може бути проведеною.

Не дивлячись на те, що і в Іспанії діє презумпція згоди, на практиці координатори роблять усе можливе, щоб з'ясувати чи добровільно пацієнт прийняв рішення пожертвувати свій орган після смерті, а також чи влаштовує це його рідних та близьких [301, с. 113-118].

У Великій Британії діє презумпція незгоди, а рівень донорства від померлих в 2019 році склав 24,7 донора на мільйон населення [302]. В свою чергу в Іспанії діє презумпція згоди, рівень донорства від померлих в 2019 році досягнув 48,9 донорів на мільйон населення [303]. У Сполучених Штатах Америки, де діє

презумпція незгоди, майже 11900 особи зробили подарунок у вигляді донорства своїх анатомічних матеріалів після смерті, що зробило 2019 рік дев'ятим підряд рекордним роком по кількості посмертного донорства, це майже 37 осіб на мільйон населення [304]. В Португалії, де діє презумпція згоди, у 2019 році посмертне донорство досягнуло 33,63 донорів [305, с. 3]. Ця статистика на прикладі декількох країн з високим рівнем розвитку трансплантації, дає нам можливість стверджувати, що кількість донорів-трупів не залежить тільки від форми вилучення органів, яка діє в державі, чи то презумпція незгоди чи презумпція згоди. Такі показники і постійний розвиток у сфері надання такого виду медичної допомоги все ж таки стає можливим завдяки сукупності великої кількості факторів:

- 1) фінансове забезпечення;
- 2) розвинена система охорони здоров'я;
- 3) чітке та систематизоване законодавство;
- 4) наявність якісного кадрового-забезпечення та медичного обладнання;
- 5) забезпечення ефективності трансплантації органів за рахунок доступної імуносупресивної терапії;
- 6) злагоджена робота усіх структур у системі охорони здоров'я, у зв'язку з специфічним міждисциплінарним характером проблем, які виникають при трансплантації;
- 7) усвідомлення суспільством усієї важливої та значущої ролі трансплантації;
- 8) підтримка з боку релігійних конфесій, яка буде сприяти досягненню ефективності та доступності трансплантації.

### 3.2. Штучне запліднення

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

Минуле століття відіграло особливу роль у розвитку науки, в тому числі, і медицини. Одне з найважливіших досягнень стосувалося, зокрема, галузі репродуктивних технологій. В 1937 році у Сполучених Штатах Америки у медичному журналі вперше була опублікована стаття, в якій розкривалися можливості лікування трубного безпліддя з використанням ЕКО. З того часу протягом шести років вчений Джон Рок і його колега Міріам Менкін проводили експериментальні дослідження по заплідненню яйцеклітини людини «in vitro». У серпні 1944 року світ побачила ще одна стаття вищезазначених науковців «In Vitro Fertilization and Cleavage of Human Ovarian Eggs», в якій були висвітлені усі результати довготривалих досліджень [306, с. 105-107]. З 1955 по 1957 рік радянський вчений Г. М. Петров на кафедрі гістології Кримського державного медичного університету займався дослідженням послідовних фаз запліднення і дроблення яйцеклітини людини поза організмом [307, с. 287].

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

Станом на сьогодні термін допоміжних репродуктивних технологій охоплює усі види лікування безпліддя, ґрунтовані на екстракорпоральному заплідненні, а також застосування гамет і ембріонів донора, сурогатної матері, заморожування зародкових клітин і ембріонів, мікроманіпуляцій (інтраплазматичне введення сперматозоїда, предімплантаційна генетична діагностика, допоміжний хетчинг і так далі) [308, с. 21].

Правове регулювання застосування репродуктивних технологій в Україні здійснювалося Основами законодавства Союзу РСР і союзних республік про шлюб

і сім'ю, затверджених Законом СРСР від 27 червня 1968 року, який пізніше Законом СРСР «Про внесення змін та доповнень до деяких законодавчих актів СРСР у питаннях, що стосуються жінок, сім'ї і дитинства» від 22 травня 1990 року доповнений статтею 17 такого змісту: «Чоловік, який дав згоду на штучне запліднення своєї дружини з допомогою донора, записується батьком народженої нею дитини і не має права оспорювати зроблений запис» [309]. У 1969 році було прийнято Кодекс про шлюб та сім'ю України, який втратив свою чинність тільки у 2004 році. Стаття 56 даного нормативно-правового акту містила таку норму: «Чоловік, який дав письмову згоду на запліднення своєї дружини за допомогою донора, записується батьком народженої дитини і не має права оспорювати проведений запис. Дружина, яка надала письмову згоду своєму чоловіку на запліднення та народження дитини іншою жінкою (донором), записується матір'ю цієї дитини і не має права оспорювати проведений запис» [310].

У 1992 році в Україні було прийнято Основи стаття 48 якого встановлює, що «застосування штучного запліднення та імплантації ембріона здійснюється згідно з умовами та порядком, встановленим центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, за медичними показаннями повнолітньої жінки, з якою проводиться така дія, за умови наявності письмової згоди подружжя, забезпечення анонімності донора та збереження лікарської таємниці» [51]. З вищенаведеного стає зрозумілим, що з розвитком нових біомедичних технологій, зокрема допоміжних репродуктивних технологій, виникала потреба створення відповідної системи нормативного регулювання в державі. Недосконалість законодавства України щодо питань штучного запліднення полягає в тому, що воно не в повній мірі регулює репродуктивне право, не відображає моменти, які стосуються репродуктивного здоров'я, а також інші надважливі аспекти, які торкаються предмету регулювання. Загальна декларація прав людини створює основу для міжнародного захисту репродуктивних прав, шляхом перерахування конкретних прав, які включають в себе, зокрема, право на особливий захист жінки в ролі матері, право на вступ до шлюбу, створення сім'ї тощо. З огляду на проблеми в національному праві, а також



неповноту регулювання питань допоміжних репродуктивних технологій на міжнародному рівні, на нашу думку, доцільно було б прийняти окремий закон, який би нормативно закріплював механізм реалізації права на допоміжні репродуктивні технології.

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

У 2013 році МОЗ наказом від 09 вересня № 787 затвердило «Порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні», який регулює відносини між пацієнтами (жінками і чоловіками) та закладами охорони здоров'я, які забезпечують застосування методик допоміжних репродуктивних технологій, визначає механізм та умови застосування допоміжних репродуктивних технологій [74].

Світові дослідження показують, що при процедурі допоміжних репродуктивних технологій інколи використовують донорські яйцеклітини, донорську сперму або попередньо заморожені ембріони. Так само дана процедура може включати або сурогатного або гестаційного носія. Правові підходи до сурогатного материнства, наприклад, у Сполучених Штатах Америки, дуже різняться: від повної заборони до найбільш лояльних дозвільних підходів у світі і у них існує чітке розмежування між вищенаведеними носіями. Сурогатна мама – жінка, яка завагітніла спермою від чоловіка, який є партнером в подружжі, яке не може мати дітей і фактично є біологічною матір'ю дитини. Гестаційний носій – це жінка, яка за допомогою екстракорпорального запліднення або

внутрішньоматкової інсемінації вагітніє яйцеклітиною від партнера жінки або донора і сперми чоловіка партнера з пари або донора і генетично не пов'язана з дитиною, що є дуже важливим фактором не тільки з юридичної точки зору, але і з емоційної [311]. Сурогатне материнство тягне за собою проблему, яка потребує чіткого правового регулювання, так як неминуче вводить у процес допоміжних репродуктивних технологій третю сторону. Норма підзаконного нормативно-правового акту «Порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні», пункт 6.1, вказує, що подружжя (або один із майбутніх батьків), в інтересах якого здійснюється сурогатне материнство, повинна (повинен) мати генетичний зв'язок з дитиною, а сурогатна мати не повинна мати безпосередній генетичний зв'язок з дитиною [74].

Стаття 123 Сімейного кодексу України визначає, що батьками дитини, народженої від сурогатної матері, є подружжя, оскільки для запліднення використовувався їхній біологічний матеріал [312].

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

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

парадигма у сфері репродуктивного здоров'я об'єднує три важливі інституціональні складові, а саме:

- репродуктивне здоров'я як об'єкт управлінського впливу;
- репродуктивні права як органічна складова прав людини;
- репродуктивна юстиція як правовий механізм, що легітимізує та унормовує відносини держави та особи у сфері репродуктивного здоров'я [313].

Згідно з КУ КМУ є вищим органом у системі органів виконавчої влади [56]. До системи центральних органів виконавчої влади входять міністерства, інші центральні органи виконавчої влади, а також центральні органи виконавчої влади зі спеціальним статусом, що разом із КМУ утворюють єдину систему органів виконавчої влади в Україні. Галузеве управління охороною здоров'я загалом і зокрема, застосування допоміжних репродуктивних технологій, здійснює МОЗ. Відповідно до Основ до системи органів, що здійснюють надання медичної допомоги у лікуванні безпліддя за допомогою методу штучного запліднення та імплантації ембріона також входять:

- центральний орган виконавчої влади, що забезпечують формування державної політики у сфері охорони здоров'я;
- заклади охорони здоров'я, що мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що передбачає право надання медичної діяльності із застосування допоміжних репродуктивних технологій [51].

Державне управління у сфері репродуктивного здоров'я має сприяти розповсюдженню інформації серед широких мас суспільства про можливості сучасного рівня медичної допомоги при лікуванні безпліддя та забезпечити рівний доступ до даного виду послуг. ЗУ «Про Кабінет Міністрів України» від 27 лютого 2014 року визначає одним із основних завдань КМУ забезпечення проведення політики у сфері охорони здоров'я (підпункт 3 пункту 1 статті 3) [314]. Норми Основ покладають на КМУ ряд повноважень у тій чи іншій сфері охорони здоров'я [51]. Доцільним прийняти окремий нормативно-правовий акт, який зможе унормувати здійснення допоміжних репродуктивних технологій і визначить чіткий перелік повноваження КМУ у цій сфері. Постанова КМУ «Про затвердження

Положення про Міністерство охорони здоров'я України» від 25 березня 2015 року № 267 визначає, що МОЗ є центральним органом виконавчої влади і є головним органом, що забезпечує та реалізовує державну політику у сфері охорони здоров'я [266]. Вищезазначені постанови дають можливість виділити два види повноважень МОЗ у частині надання медичної допомоги при застосуванні допоміжних репродуктивних технологій, а саме штучного запліднення – загальні і спеціальні.

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

— затверджує порядок застосування методу штучного запліднення та імплантації ембріона [266].

Першочергово, метод штучного запліднення (екстракорпоральне запліднення) був розроблений для жінок у яких відсутні або не функціонуючи труби, але за останні роки цей метод використовується для вирішення значно більшої низки проблем, навіть у випадках коли наявні комплексні проблеми у обох з подружжя. Проте слід враховувати, що на один випадок безпліддя доволі часто припадає кілька спроб. Не кожна пара, у котрої діагностовано безпліддя, може скористатися допоміжними репродуктивними технологіями з огляду на їхню високу вартість у приватних лікувальних закладах та низьку доступність безкоштовного лікування безпліддя [308, с. 22].

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

проведення першого курсу лікування безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій:

- виписка з медичної карти амбулаторного/стаціонарного хворого;
- висновок лікаря генетика про результати медико-генетичного обстеження з обов'язковим визначенням каріотипу жінки, якій проводиться лікування методами допоміжних репродуктивних технологій, і донора сперми та ооцитів;
- висновок комісії МОЗ Автономної Республіки Крим, управліннь охорони здоров'я обласних, Севастопольської комісії, Головного управління охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської міської державної адміністрації про необхідність проведення першого курсу лікування безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій за бюджетні кошти;
- висновок головного позаштатного спеціаліста МОЗ із спеціальності «акушерство і гінекологія» про необхідність проведення першого курсу лікування безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій за бюджетні кошти [315].

У цілому, на практиці, увесь шлях від початку збору документів особи, яка потенційно має отримати перший курс безкоштовного лікування методами допоміжних репродуктивних технологій за бюджетні кошти до проведення процедури екстракорпорального запліднення може зайняти дуже довгий період і не принести бажаного результату. Ще однією з проблем, яка постає на шляху реалізації даного права є те, що кожний рік на процедури ЕКО за державний кошт виділяють певну кількість квот, а затребуваність на проведення даного виду лікування завжди перевищує це число. Станом на 2020 рік державні заклади охорони здоров'я, до яких пацієнти скеровуються за направленням Комісії МОЗ для отримання першого курсу лікування безплідності знаходяться у чотирьох містах України Київ, Харків, Одеса, Івано-Франківськ. У 2013 році МОЗ та Національною академією медичних наук України затверджено Методику організації системи планування сім'ї та репродуктивного здоров'я, наказом від 29 листопада № 1030/102, пункті 2 Розділу V «Організація медичної допомоги

пацієнтам з безпліддям» якого вказано, що у центрах планування сім'ї та репродукції людини ведеться реєстр безплідних подружніх пар, які скеровуються на лікування, у тому числі і допоміжних репродуктивних технологій [316]. Центри планування сім'ї та репродукції людини є саме тим закладом охорони здоров'я або структурним підрозділом закладу охорони здоров'я, який реалізовує державну політику у сфері планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я та координує свою роботу з Державним центром планування сім'ї та репродуктивного здоров'я [317].

Кожна людина має право на найвищий досяжний рівень фізичного чи психічного здоров'я. Будь-яка особа або пара мають право вирішувати скільки дітей, коли і з яким інтервалом вони б хотіли мати. Безпліддя може призвести до неможливості реалізації цих основних прав людини. Саме тому, проблема безплідності є важливою частиною реалізації права окремих осіб або пар на створення родини [318, с. 86-89].

Одним з найбільш важливих етапів програм допоміжних репродуктивних технологій є отримання достатньої кількості зрілих предовуляторних ооцитів «гарної якості». Тому контрольована оваріальна стимуляція є невід'ємною частиною програм допоміжних репродуктивних технологій і полягає у використанні різних гормональних препаратів, що чинять пряму або опосередковану дію на яєчник і викликають зростання одночасно декількох фолікулів [308, с. 41]. Держава забезпечує жінок тільки безкоштовними препаратами по програмі направлення для проведення одного курсу лікування безплідності так як препарати – це самий дорогий момент лікування, а самі послуги потребують додаткових витрат з боку особи, якій надають такий вид лікування [319]. Точну суму на лікування безплідності за допомогою допоміжних репродуктивних технологій пацієнт може дізнатися тільки після обстеження і консультації лікаря. Лікування безплідності вищенаведеним способом включає в себе цілий комплекс заходів, які призводить до довгоочікуваної вагітності – це і стан здоров'я жінки і чоловіка, загальні показники пари, необхідна підготовка, всебічне обстеження, лікарські засоби, застосування препаратів тощо, тому штучне

запліднення в закладах охорони здоров'я надає різні пакети послуг. Так в середньому станом на 2020 рік ціна на:

- ЕКО без медикаментів становила- 28 тис. гривень;
- ЕКО + ІКСІ без медикаментів – 36,5 тис. гривень;
- ЕКО + ІКСІ з медикаментами – 50 тис. гривень [320], що становить від 24% до майже 50% від середньої заробітної плати за рік.

У статті 16.3.5 Податкового кодексу України до податкової знижки включено оплату допоміжних репродуктивних технологій, але не більш, ніж на суму, що дорівнює третині доходу у вигляді заробітної плати за звітній податковий рік. У 2018 році були внесені зміни, які розширили коло платників податку в їх перелік були включені і особи чоловічої статі, які мають право на отримання податкової знижки на суму витрат на оплату допоміжних репродуктивних технологій, наданих дружині платника податків, але оплачених таким платником (чоловіком) [321].

При дослідженні статистики, однією з держав з найбільшим відсотком народжуваності у результаті допоміжних репродуктивних технологій є Ізраїль, де діє Закон «Про державне страхування здоров'я», згідно з яким процедура екстракорпорального запліднення здійснюється за рахунок лікарняних кас подружнім парам, у яких нема спільних дітей (для народження максимум двох дітей), а також жінкам, котрі не мають дітей, але мають бажання створити родину тільки з одним із батьків (мати-одиначка) для народження першої і другої дитини. Вищенаведений Закон передбачає надання лікарняними касами без будь-якого виду дискримінації, послуг, які входять в корзину медичних послуг. Вони надаються на розсуд лікаря, якісно та в розумні строки, з дотриманням людської гідності, захисту приватного життя і збереження медичної конфіденційності [322]. У кожній державі світу існує і розвивається свій спосіб для залучення економічних ресурсів для надання різного виду медичної допомоги, для збереження і зміцнення здоров'я населення. Кількість ресурсів, які виділяються на сферу охорони здоров'я залежить від багатьох чинників, зокрема, системи економічних, політичних, етичних відносин, які склалися в країні. В Україні на цей момент нормативно-правовою базою для створення і функціонування лікарняних кас є :

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

Конституційний Суд України 29 травня 2002 року у своєму рішенні № 10-рп/2002 дав роз'яснення, що поняття «безкоштовної медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я» згідно зі статтею 49 КУ не виключає залучення додаткових коштів для фінансування галузі охорони здоров'я за рахунок позабюджетних механізмів залучення додаткових коштів, у тому числі за рахунок лікарняних кас [323]. У 2019 році до ВРУ було подано проект Закону про врегулювання питань в окремих галузях охорони здоров'я. Згідно статті 1 «лікарняна каса – це добровільне неприбуткове об'єднання фізичних осіб та/або юридичних осіб приватного права, діяльність якого ґрунтується на засадах захисту суспільних інтересів у сфері охорони здоров'я та утворене з метою задоволення потреб у лікуванні та/або медичному обслуговуванні її членів (осіб, що мають права члена лікарняної каси). У вищенаведеному проекті закону містилися статті щодо організаційних засад діяльності лікарняної каси, членів та їх прав та обов'язків, органів управління, економічних засад діяльності лікарняної каси [324]. Цей законопроект мав створити умови для залучення додаткових інвестицій у сферу охорони здоров'я зокрема і у штучне запліднення.

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

Доволі актуальним на сьогодні залишається питання дослідження правових засад донорства гамет для застосування репродуктивних технологій. Питання



донорства гамет знайшло своє законодавче врегулювання і в ряді зарубіжних держав. Так, у Сполучених Штатах Америки та Сполученому королівстві донорство репродуктивних клітин не тільки дозволено, але і майбутні батьки мають право при згоді донора зустрітися і познайомитися з ним, навіть з його родиною. При цьому, у Сполучених Штатах Америки безперечно дозволяється анонімне чи напіванонімне донорство, при останньому варіанті розкривається часткова інформація про донора (особиста та медична інформація, фотографія донора та/або членів його сім'ї). Водночас є випадки, коли у зарубіжних державах вимагається розкриття донора і заборонено анонімне донорство (у Великобританії), або навпаки закон вимагає анонімність інформації про донора (у Іспанії, Франції, Чеській Республіці тощо) [325]. Крім того, є держави, які забороняють донорство (наприклад, Італія).

К. О. Ільющенкова, досліджуючи еволюцію правового регулювання донорства репродуктивних клітин в Україні відзначає, що важливе значення для розвитку відносин щодо донорства гамет мали як ідеологічні, так і політичні погляди у державі, що суттєво стримували розвиток донорства репродуктивних клітин, а також практику застосування допоміжних репродуктивних технологій [326, с. 77-78].

Порядком застосування допоміжних репродуктивних технологій передбачено: 1) можливість застосування сперми донора при технології запліднення *in vitro* (пункт 3.6) та при внутрішньоматковій інсемінації (пункт 4.1); 2) надано визначення поняття «донація гамет та ембріонів», встановлено можливість застосування донації ембріонів тільки при наявності медичних показів, письмової поінформованої та добровільної згоди, гарантування анонімності донора і захисту лікарської таємниці (пункт 5.1); 3) встановлено перелік необхідних документів для здійснення донорства гамет та ембріонів (пункт 5.2); 4) передбачено вимоги до донорів ооцитів (пункти 5.3 та 5.4); 5) визначено показання для застосування ЗІВ із донорськими ооцитами (пункт 5.6); 6) визначено порядок програми донації ооцитів (пункт 5.10); 7) встановлено вимоги до донорів сперми (пункти 5.11-5.14); 8) встановлено порядок вибору донора (пункт 5.19); 9)

врегульовано порядок використання донорських гамет та ембріонів (пункт 5.24) та обстеження реципієнтів ембріонів, донорських ооцитів та сперми (пункт 5.27) тощо.

Позитивним є встановлення на нормативному рівні чітких вимог до донорів ембріонів (ними можуть бути пацієнти програми запліднення *in vitro*, у яких вже після народження дитини є кріоконсервовані ембріони, ними не використані). Якщо буде надана інформована, добровільна, усвідомлена згода таких пацієнтів, оформлена письмово, то такі ембріони можуть бути доновані безплідному подружжю чи жінці), донорів ооцитів (жінки, які є близькими родичами пацієнта, анонімними добровільними донорами чи пацієнтками програми допоміжних репродуктивних технологій, певного віку (18-36 років) із живою здоровою дитиною, відсутністю негативних фенотипічних проявів, спадкових захворювань, шкідливих звичок, протипоказань та достатнім соматичним здоров'ям) та донорів сперми (чоловік у віці 20-40 років з народженою здоровою дитиною, відсутніми негативними фенотипічними проявами, соматичними та спадковими захворюваннями, протипоказаннями) [74].

А. П. Головащук наголошує на визначенні доволі жорстких медичних вимог до донорів, що зумовлює і те, що статеві клітини несуть в собі генетичну інформацію, у тому числі є ризики передання дитині спадкового генетичного захворювання. Вчена зауважує, що при дотриманні встановлених медичних вимог забезпечується народження здорових дітей з донорського генетичного матеріалу. Донор, на думку А. П. Головащук, зобов'язаний поінформувати лікаря про всі важливі дані, що мають значення для донорства, щоб приховання інформації про стан здоров'я не призвело до виникнення ускладнень у реципієнта під час вагітності, не вплинуло на стан здоров'я дитини [327, с. 295]. Ми поділяємо такий підхід, він логічно випливає із вимог до донорів гамет, встановлених наказом МОЗ «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні». Більше того, на нашу думку, такий обов'язок має бути визначений на рівні закону, а також встановлені санкції за його порушення [328, с. 14]. Тим не менш, недоліком українського законодавства так і залишається відсутність чіткого

закріплення змісту правовідносин як у сфері застосування допоміжних репродуктивних технологій, так і донорства репродуктивних клітин. Саме тому, є нагальна необхідність прийняття спеціального закону, який буде регулювати даний вид відносин, обов'язки учасників та їх відповідальність.

При цьому, на практиці медичні заклади, що застосовують допоміжні репродуктивні технології, висувають різні вимоги до донорів, які є відмінними від встановлених наказом МОЗ. Так, клініка генетичної репродукції «Вікторія» в м. Києві серед вимог до донорів яйцеклітин передбачає максимальний вік 29 років [329]. Аналогічні вимоги висуває більшість подібних клінік [330]. Yuzko Medical Center у м. Чернівці як донорів ооцитів приймає жінок до 32 років [331]. Щодо вимог до донорів сперми, то вони не відрізняються від тих, які визначені Порядком застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні.

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

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

З питанням анонімності донорства пов'язано і право особи знати про своє генетичне походження. При цьому у практиці ЄСПЛ є справи щодо захисту прав гарантованих ЄКПЛ щодо встановлення біологічного батьківства та права особи знати, хто її фактичні батьки [332; 333].

Наразі крім Великобританії, також у Швеції та Норвегії гарантується право особи знати про своє генетичне походження шляхом розкриття інформації про донорство гамет. Наприклад, відповідно до частини 5 Акта про Генетичну Єдність

Швеції людина, що була зачата за допомогою допоміжних репродуктивних технологій і є «досить зрілою» має право знати про донора статевих клітин і отримати такі дані із журналу, що зберігається у медичному закладі. Така інформація надається, якщо уповноважений орган має достатні підстави допустити, що особа була зачата за допомогою допоміжних репродуктивних технологій, або за вимогою суду [334, с. 28].

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

Екстракорпоральне запліднення включає в себе комплекс поетапних процедур, зокрема, новітні медичні технології дозволяють ретельно вивчити готовий ембріон перед перенесенням в порожнину матки жінки. Одним із таких методів є преімплантаційна генетична діагностика. Це альтернатива пренатальної діагностики, яка добре себе зарекомендувала і включає біопсію і генетичне тестування однієї або декількох клітин із отриманих *in vitro* ооцитів та/або «доімплантаційних» ембріонів. Оскільки, для переносу в матку пацієнта відбираються тільки ті ембріони, які не схильні до впливу на них досліджуваного захворювання [335]. Отже, даний метод діагностики надає можливість запобігти штучному перериванню вагітності в майбутньому. Але такі види новітніх досліджень можуть використовуватися не тільки для профілактики народження хворих дітей, а і для інших цілей, зокрема, вибору статі майбутньої дитини, що в свою чергу протирічить нормам біоетики. Саме тому даний вид генетичної діагностики повинен піддаватися чіткому правовому регулюванню. Не існує єдиних міжнародних інструментів регулювання питань ПГД, тільки рекомендації і відповідні звіти від Ради Європи, Європейського товариства по репродукції людини та ембріології (ESHRE), Комітетів по питанням біоетики тощо. Документи, які регулюють діяльність Європейського Союзу, передбачають, що політика у сфері охорони здоров'я визначається національним законодавством. Є

ряд європейських країн (Швейцарія Італія, Австрія, Ірландія, Люксембург), де заборонено використання преїмплантаційної генетичної діагностики. У Великобританії, Португалії, Франції, Іспанії, Німеччині, Бельгії даний вид діагностики дозволений, та/але при строгому нагляді його використання з боку держави [336]. Зробивши аналіз національних нормативно-правових актів, ми можемо дійти до висновку, що преїмплантаційну генетичну діагностику абсолютно ніяк не врегульовано на законодавчому рівні, хоча такий вид медичної послуги надається у приватних медичних закладах репродуктивного здоров'я України.

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

Шляхи вирішення :

- при формуванні державного бюджету збільшити фінансування допоміжних репродуктивних технологій ( кваліфікований персонал, обладнання, доступ до лікарських засобів для лікування безпліддя);
- створення національних комплексних програм сексуальної освіти, в які були б включені усі проблемні питання, що стосуються фертильності, включно з пропагандою здорового способу життя, який значно може зменшити рівень поведінкових ризиків виникнення безпліддя;
- прийняття державою усіх можливих заходів щодо зменшення токсинів в навколишньому середовищі;
- доступність профілактики, діагностики та лікування безпліддя на ранніх стадіях;
- прийняття закону, який б регулював здійснення репродуктивних технологій;
- обов'язковий контроль з боку держави щодо реалізації політики у сфері боротьби з безпліддям.

### 3.3. Клонування та проблеми цілісності особи

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

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

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

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

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

Учений-біолог Ш. Міталіпов у 2007 році взяв клітину у дорослої мавпи і переніс у яйцеклітину з якої було видалене ядро. Ці клітини розвивались і отримали змогу диференціюватися в будь-який тип клітини, які називаються ембріональними стовбуровими клітинами. Цей експеримент, в свою чергу, показав, що перенос ядра у приматів можливий і відкрив горизонти для терапевтичного клонування людини [337, с. 43-45].

Серед основних проблем, пов'язаних з таким видом досліджень як клонування, виділяють ризик безпосередньо для жінок, які мали б забезпечувати велику кількість необхідних яйцеклітин. Звертають увагу на необхідність

жорсткого контролю з метою попередження шахрайства у використанні клонованих ембріонів для подальшого репродуктивного клонування людини.

«Розвиток суспільного життя приносить з собою все більше і більше ускладнень у тих різноманітних сферах людських інтересів, що стикаються між собою, розмежування яких становить основу права. У складному суспільному житті одні і ті ж інтереси можуть стикатися один з одним в найрізноманітніших відносинах, і кожна форма їх взаємного співвідношення вимагає для свого розмежування особливої юридичної норми» [338, с. 7], – писав М. М. Коркунов ще в ХІХ столітті. З того часу людські взаємовідносини стали ще більш заплутаними і складними, в тому числі, завдяки прогресу у сфері медицини. Цей вислів підходить і до проблематики правового регулювання клонування.

При юридичній регламентації будь-якого явища, воно, насамперед, потребує чіткого визначення. Варто зауважити, що клонування є тим спірним інститутом, який наражає на постійні суперечності, правові догми та етичні принципи. Далеко не завжди представники релігійних та філософських течій можуть дійти одностайності з юристами щодо формування чіткої позиції: клонування – це порушення релігійних приписів чи все ж таки реалізація права особи на розпорядження власним біологічним матеріалом? Клонування – прорив у медицині та технологіях чи все ж таки порушення цілісності особи»? [339, с. 35].

О. Ліщинська-Мілян вважає, що за умов реалізації права на клонування, спостерігаємо приниження життя на стадії ембріона, який прирівнюється до лабораторного матеріалу і програмовано знищується. Постає ідеологія власності. Дитина, як «власність» нового виду, отримана екзотичним шляхом, уже не є ціллю, а засобом самореалізації. Сучасна техніка формує цілком новий тип мислення: пропонується отримати дитину «якщо», «коли» і «як завгодно». Дитина уже не сприймається як дар, а як право, яке можна використати [340, с. 24].

Клонування людини протирічить найважливішим правам особи: праву на повагу до людської гідності, праву на цілісність особи. Взагалі, поява клона людини призведе до великої кількості проблем, насамперед, в урегулюванні

правовідносин між людиною та її клоном, у подальшій ідентифікації клона, у сімейних відносинах, у питаннях правонаступництва та інших.

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

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

Необхідно почати з того, що «...регулятори суспільних відносин, що закладалися в релігійних догмах, були прийнятними для більшості соціуму, відтак і їх уніфікація та перетворення в подальшому на загальні регулятори не викликає здивування... християнство, залишаючись консервативним вченням, по-перше, змогло інтерпретувати релігійні догми в такий спосіб, щоб вони відповідали сучасним викликам цивілізаційного розвитку, а по-друге, знайшло можливість детермінувати релігійні норми в орієнтири міжконфесійного об'єднання» [341, с. 193].

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

Папа Римський Бенедикт XVI свого часу негативно висловився щодо перспектив клонування: «Не зважаючи на величезну вигоду, яку може отримати людство (від наукових розробок), деякі приклади демонструють явне порушення порядку природи, які не лише суперечать святому характеру життя, але і обкрадають природну сутність людського творіння і сім'ї» [342].

В інструкції *Donum Vitae*, яку було опубліковано Конгрегацією у справах доктрини віри, римо-католицька церква категорично заявила, що клонування суперечить моральному закону, оскільки це суперечить гідності як продовженню роду, так і подружньому союзу. Тому будь-які спроби клонування є порушенням гідності людського ембріона, якому надається статус людини з моменту запліднення ооцита [343].



У зазначеній вище інструкції увага також приділена питанню цілісності особи. Зокрема зазначається, що з моменту формування зиготи, необхідно проявляти безумовну повагу до особи, яка морально обумовлена людиною в її тілесній та духовній сукупності. Людину слід поважати і поводитись з нею як з людиною з моменту зачаття; і тому з цього самого моменту повинні бути визнані її права як особистості, серед яких на першому місці є непорушне право кожної людини на життя. Це доктринальне нагадування забезпечує основний критерій для вирішення різних проблем, пов'язаних з розвитком біомедичних наук у цій галузі: оскільки до ембріона потрібно ставитись як до особистості, слід також захищати його цілісність [343].

Крім цього у *Donum Vitae* звертається увага на те, що заморожування ембріонів, навіть якщо воно здійснюється з метою збереження життя ембріона є злочином проти поваги до людини, піддаючи їх серйозним ризикам смерті або шкоди їхній фізичній цілісності та позбавляючи їх, принаймні тимчасово, притулку та вагітності для матері, таким чином ставлячи їх у ситуацію, в якій можливі подальші правопорушення та маніпуляції [343].

У буддизмі виходять дещо з інших позицій, коли мова заходить про цілісність особи. Буддисти розглядають природу як суму екосистем, які залежать одна від одної. При цьому, трансформація природного середовища може мати значний вплив на нас. З цього випливає, що зміна однієї частини цілісності впливає на кожну одиницю, що складає цю цілісність. При цьому, клонування кидає тінь на спадковість сім'ї та стосунки між предком і нащадком. Кожна людина унікальна і неповторна, і її душа в людському тілі знаходиться на шляху до просвітлення. Якщо її клонувати, то її риси починають бути неправдивими, оскільки вчені не можуть клонувати душу і розум [344, с. 169].

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

що буде закликати людей вносити зміни у своє тіло і тіла тварин, проколюючи їм вуха, що вважається порушенням цілісності тіла [345, с. 4].

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

Дослідження клонування та питань цілісності особи у світлі філософських роздумів необхідно почати з того, що Арістотель говорив про цілісність чогось у тому разі, якщо «не є відсутньою ні одна з тих частин, складаючись, з яких воно йменується цілим від природи, а також те, що так обіймає обіймані ним речі, що останні утворюють щось одне» [346, с. 174-175].

У свою чергу знаменитий категоричний імператив І. Канта звучить наступним чином: «Дій лише за тією нормою, яку хочеш бачити універсальним імперативом – нормою для всіх людей і також для тебе... Дій так, щоби завжди ставитися до людей і до себе також – як до мети і ніколи – лише як до засобу» [347, с. 30]. Таким чином, цілісність особи не може мати якого-небудь еквіваленту. Сформульований німецьким філософом принцип яскраво виражається у забороні клонування людини, що пов'язано з тим, що не можна ставити під загрозу цілісність особи заради проведення експериментів заради вигоди майбутніх поколінь.

Ж. Бодрійяр говорить про згубність клонування, що є можливим через втілення у реальність найдавніших фантазмів про двійників, породжуваних технологією, гранично очищеною від будь-якої випадкової сексуальності. Філософ вводить поняття «клонічного суспільства», акцентуючи увагу на такому суспільстві, яке прагне збільшити відтворення при зменшенні сексу. При клонуванні відбувається втрата людської цілісності і будь-яка частина тіла несе про нього повну інформацію, яка у такому разі може бути розтиражованою [348, с. 171].

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

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

Відповідно до частини 1 статті 5 Американської конвенції про права людини від 22 листопада 1969 року: «Кожна людина має право на повагу до своєї фізичної, психічної та моральної цілісності» [349].

Частина 1 статті 3 Хартії основних прав Європейського союзу проголошує право кожної особи на повагу до її фізичної та психічної цілісності. У частині 2 цієї статті встановлено заборону на здійснення репродуктивного клонування людини [14].

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

У статті 1 Конвенції про біомедицину та права людини зазначено, що: «Сторони цієї Конвенції захищають гідність людини і гарантують кожному без винятку дотримання цілісності особи та інших прав і основних свобод у зв'язку із застосуванням досягнень біології та медицини» [15].

Доповненням до положень Конвенції про біомедицину та права людини став Додатковий протокол до Конвенції про захист прав та гідності людини у зв'язку із застосуванням досягнень біології та медицини, що стосується заборони клонування людських індивідів. Заслуговує на увагу стаття 1 цього Додаткового протоколу, де на захист цілісності особи заборонено будь-яке втручання, спрямоване на створення людського індивіда, який генетично ідентичний іншому людському індивіду. При цьому, термін «генетично ідентична» наведено у розумінні людського індивіда, що має тотожний набір генів ядра з іншим людським індивідом [350].

У Барселонській декларації про основні етичні принципи біоетики та біоправа серед чотирьох базових принципів фігурує й цілісність. У контексті Барселонської декларації цілісність пояснюється через недоторканність людської

істоти. При цьому, цілісність особи, як і людська гідність, набула універсалізації та розглядається крізь призму цінності особи як такої. Повага до цілісності особи – це повага до приватного життя та особистого середовища [351, с. 240]. Таким чином, цілісність особи є найважливішим принципом для створення довіри між лікарем та пацієнтом.

У статті 8 Загальної декларації ЮНЕСКО про біоетику та права людини йдеться про необхідність захисту особливо вразливих осіб та груп, а також поваги особистої цілісності [352].

Гельсінська декларація Всесвітньої медичної асоціації закріпила принцип, відповідно до якого обов'язком лікарів, які беруть участь у медичних дослідженнях є серед іншого захист цілісності особи [353].

Таке положення знайшло своє відображення і у Декларації ВООЗ про політику у сфері забезпечення прав пацієнта у Європі. Зокрема, до числа прав пацієнта було віднесено право на збереження своєї фізичної та психічної цілісності [354].

З огляду на вищезазначене можна стверджувати, що міжнародне законодавство визнає право на цілісність особи серед числа пріоритетних прав, зокрема, коли мова йде про застосування досягнень сучасної медицини та біології.

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

який відповідає належним діловим і моральним якостям, ухвалювати рішення щодо здійснення певних медичних процедур чи методик лікування» [355, с. 67].

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

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

У контексті клонування право на цілісність особи є важливим з огляду на те, що створення людини шляхом маніпулювання з її генетичними характеристиками можна розглядати як фактичне знищення автономії особи. У зв'язку з цим, особа стає об'єктом, яким можна маніпулювати відповідним чином. Зрештою, таким «об'єктом» може заволодіти інша особа або група осіб.

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

Стаття 11 Загальної Декларації про геном людини і права людини визначає, що: «Не допускається практика, яка протирічить людській гідності, така, як практика клонування з метою відтворення людської особистості...» [110].

Відповідно до Додаткового протоколу про захист прав і гідності людини щодо застосування досягнень біології та медицини встановлено заборону будь-якого втручання з метою створення людської істоти, генетично ідентичній іншій людській істоті, живій або померлій [356].

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

Цікавим є факт того, що Додатковий протокол про захист прав і гідності людини не диференціює репродуктивне та терапевтичне клонуванням, натомість у Хартії основних прав Європейського Союзу така диференціація наявна, водночас у

ній не міститься чіткої заборони терапевтичного клонування. Станом на сьогодні слід говорити про відсутність чіткої позиції Європейського Союзу щодо терапевтичного клонування людських клітин.

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

У контексті цього питання варто згадати протест *Greenpeace* щодо видачі патенту Німеччині на спосіб перетворення стовбурових клітин ембріона в нервові клітини, які згодом мали бути використані для лікування вищенаведених хвороб.

Клонування – це складний процес, який, насамперед, тягне за собою тлумачення багатьох термінів. У межах розгляду протесту щодо патенту в правовій площині від ЄСПЛ очікувалось формулювання чіткого визначення поняття «людський ембріон» і коли сама клітина стає людською істотою. В свою чергу, ЄСПЛ зроблено висновок, що під поняття клітина підпадає не тільки запліднена клітина, але і така, яка створена в штучних умовах, якщо вона здатна вплинути на розвиток людського тіла. ЄСПЛ визначив, що запатентованими можуть бути стовбурові клітини, у випадку, якщо вони отримані шляхом, який не передбачає ані знищення, ані модифікацію ембріона.

Питанням клонування присвячений Розділ 6 Федеративного закону Німеччини «Про захист ембріонів» [357], який містить норми про те, що:

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

2. Покаранню підлягає той, хто пересадить особі жіночої статі ембріон, визначений в пункті 1...».

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

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

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

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

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

допомогою будь-яких інших досліджень, в яких не використовуються людські ембріони, ембріональні стовбурові клітини.

Досліди можуть проводитися тільки на ембріонах, створених *in vitro*, як частину продовження роду з медичною допомогою і які більше не є предметом батьківського проекту. На використання таких ембріонів потрібна письмова згода пари, від якої були створені ембріони, вона має бути належним чином проінформована про можливість отримання ембріонів іншою парою або про припинення їх зберігання. Якщо такий дозвіл отримано від пари або від того члена пари, хто залишився в живих, вони обов'язково мають бути ознайомлені з характером запланованого дослідження. Така згода може бути анульована до початку досліджень. Ембріони, які використовувалися для досліджень не можуть бути перенесені в організм жінки з метою вагітності [358]. Дотримання норм цього закону у Франції контролює *Agence de la biomédecine* – Агентство з біомедицини. Саме цей орган приймає рішення про затвердження таких дослідницьких проектів. Цивільне законодавство Франції містить чітку заборону втручання у процес народження дитини, генетично ідентичній іншій живій чи померлій людині.

У Конституції Швейцарії у статті 119 зазначено, що усі види клонування і будь-які маніпуляції з геномом людських гамет і ембріонів заборонені, так само як і заборонена торгівля зародковими та ембріональними матеріалами. Також ця стаття встановлює заборону донорства ембріонів [359].

У Федеральному законі Швейцарії «Про трансплантацію органів, тканин і клітин» зазначено, що особа, яка навмисно або з метою прибутку виступає в якості посередника тканини плоду після абортів повинна бути притягнута до відповідальності [360]. Усі заборони на рівні національного законодавства різних країн світу, які передбачають купівлю або продаж ембріонів виникають у зв'язку з особливим статусом ембріона та його здатністю в майбутньому стати повноцінною людиною. Унікальність та особливість цього статусу полягає у тому, як ми оцінюємо людське життя та якими моральними цінностями керуємося. Довгі роки продовжуються активні юридичні та моральні дискусії чи можливо кваліфікувати людського ембріона як людину. Таке трактування тягне за собою низку нових



питань, які будуть потребувати чіткого правового регулювання. Визнавши ембріона людиною, можна стверджувати, що ембріон володіє абсолютним правом на життя та в такому випадку треба допустити, що знищення створених ембріонів *in vitro*, які не були використані, не є можливим, що переривання вагітності є недопустимим навіть, коли є пряма загроза життю матері.

Статтею 16 Закону Латвії «Про сексуальне та репродуктивне здоров'я» також встановлено заборону на здійснення клонування людини: «Заборонено використовувати будь-яке медичне запліднення та інші технології, які можуть призвести до народження людини, генетично ідентичної до іншої живої або померлої людини» [361]. Так само заборону клонування людини ми знаходимо і у статті 24 Конституції Сербії [362].

У законодавстві деяких держав не визначається конкретний тип клонування. Відтак, законодавці окремих держав світу не диференціюють репродуктивне та терапевтичне клонування або щонайменше вважають, що їх взаємозв'язок є виправданим. Дослідження ембріональних стовбурових клітин вимагає знищення ембріона, тоді як терапевтичне клонування вимагає його навмисного створення для дослідницьких цілей до моменту знищення. Клонування репродуктивної системи не передбачає знищення зародка.

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

Будь-яке втручання, навіть якщо воно здійснюється з дослідницькою метою, може засвідчувати прямий чи опосередкований вплив на цілісність особи. Не в усіх

країнах світу існує пряма заборона щодо клонування тварин. Одна з найбільших компаній *Sooam Biotech*, яка знаходиться в Південній Кореї, надає послуги по клонуванню домашніх тварин, зокрема собак. При цьому використовується процес переносу ядра соматичної клітини, по принципу того, який був використаний для клонування вівці Доллі. Він включає в себе видалення ядра з яйцеклітини самки та заміну його на ядро із клітини тої тварини, яка буде клонована.

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

У 2005 році вступив в силу закон Південної Кореї «Про біоетику». Він передбачив створення Національного комітету по біоетиці, який регулює дослідження стовбурових клітин, а Міністерство охорони здоров'я та соціального забезпечення Південної Кореї уповноважені надавати дозвіл на проведення дослідів на людських ембріонах. Сеульський національний університет встановлює основні принципи управління стовбуровими клітинами. Вищенаведений закон забороняє клонування людини за винятком особливих випадків і чітко встановлює стандарти використання людських ембріонів. Також даний закон забороняє експерименти з гібридом людини та тварини, виключає можливість дослідників комерціалізувати процес отримання яйцеклітин. Усі донори мають володіти повною інформацією про зберігання, знищення і використання ембріонів, які залишилися після їх створення в цілях продовження роду [363].

Однією з перших і показових є справа Джуніора Люїса Девіса проти Мері Сью Девіс, яку розглянув Верховний Суд Теннессі в 1992 році. Справа почалась з розлучення, сторони змогли дійти згоди щодо всіх питань, окрім опіки над «замороженими ембріонами», які зберігалися в клініці по лікуванню безпліддя, куди, колись ще подружня пара Девісів, звернулась за допомогою у досягненні бажаної вагітності. Одна із сторін просила стати опікуном і контролювати створені заморожені ембріони, щоб мати змогу віддати їх безплідному подружжю, в свою

чергу інша сторона виступала категорично проти і було висловлено побажання, щоб їх спільні ембріони були знищені. Для вирішення цієї справи, не маючи на той момент прецедентного права, яке суд мав би можливість використати при ухваленні рішення, він міг скористатися тільки широкими коментарями та аналізом юридичної літератури. В першу чергу, постало питання про правильне трактування термінів, які будуть використовуватися в цій справі. Постало головне питання чи може «доросла людина» мати такий самий правовий статус як «дитина», чи може «дитина» мати такий самий правовий статус як «плід» і чим відрізняється «плід» від «ембріона». У процесі судового розгляду виникло багато суперечок чи можна взагалі істоту з чотирьох-восьми осередків назвати «ембріоном»? [364]. Суд наголосив, що «заморожені ембріони» не можуть бути визнаним, ані як людина, ані як власність однієї із сторін, а у зв'язку з їхнім потенціалом до людського життя займають тимчасову категорію.

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

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

Взагалі, становлення нормативно-правової бази, яка передбачає заборону клонування у Сполучених Штатах Америки, пройшло доволі тривалий та неоднозначний шлях. В 1993 році вперше відбувається законодавче визнання можливостей досліджень, що фінансуються платниками податків. З цього моменту розпочинається активна боротьба «за» та «проти» клонування. Після дослідів з

вівцею Доллі у 1997 році тогочасний Президент Сполучених Штатах Америки офіційно забороняє будь-яке фінансування клонування.

Протягом 2005-2009 років відбувається прийняття Закону про дослідження стовбурових клітин (*Stem Cell Research Enhancement Act*), що мав вираження у трьох редакціях 2005, 2007 та 2009 року. Кожна із редакцій не отримала успішного втілення в життя. Зокрема, прийняття Закону у редакції 2005 року дозволяло офіційне проведення досліджень з клонування, а також федеральне фінансування досліджень стовбурових клітин, отриманих від викинутих людських ембріонів, створених для лікування фертильності [365].

Законом про дослідження стовбурових клітин 2007 року намагались розширити повноваження Служби охорони здоров'я в частині відповідних досліджень, однак редакція закону була ветоана Президентом Сполучених Штатах Америки [366].

У 2010 році на розгляд був внесений законопроект, окремий розділ якого присвячений регулюванню клонування, зокрема, забороні використання коштів на проведення чи підтримку клонування людини [367]. Остання редакція Закону не була прийнята.

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

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

Ключовими аспектами зазначеного законопроекту було те, що незаконним для будь-якої фізичної чи юридичної особи повинно визнаватись: здійснення чи намагання здійснити клонування; участь у спробі здійснення клонування; доставка чи отримання продукту клонування людини для будь-яких цілей [368].

Законопроект було передано до Підкомітету з питань злочинності, тероризму, внутрішньої безпеки та розслідування, але його так і не було прийнято [369].

Водночас у 2017 році приймається Перший акт про пацієнтів (*The Patients First Act of 2017*), який в розділі 2 метою визначив сприяння дослідженню стовбурових клітин, що є «етично отриманими» та сприяють кращому розумінню захворювань та методів терапії, з доказами надання клінічної користі для пацієнтів, а також сприяють «створенню плюрипотентних стовбурових клітин» без створення ембріонів людини для дослідницьких цілей та без травмування чи створення ризику загибелі ембріона [370].

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

Розробка дозвільних чи заборонних механізмів стала перевагою окремих штатів. Зокрема, в окремих штатах існують закони, які прямо забороняють, чи прямо дозволяють окремі форми клонування [371, с. 5-6].

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

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

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

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

Останню форму заборони клонування можна охарактеризувати як таку, що передбачає обмеження терапевтичного клонування шляхом заборони його фінансування за рахунок публічних коштів, в той час як повної заборони щодо самої технології проведення такого клонування не існує. Таким чином, це правило не поширюється на репродуктивне клонування, яке є забороненим.

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

1) загальний дозвіл на клонування, який пояснюється єдністю етичної позиції з юридичною щодо дозвільних механізмів клонування зважаючи на відсутність конкретних документів та чітких доказів щодо святості клонування. Така позиція може визначитись як реальне існування принципу допустимості. Наприклад, аятолла Систані і аятолла Фазель Ланкарані вважали клонування людини не проблематичним, якщо обмежується можливість реконструкції ушкоджень тканин. Також аятолла Мусаві Ардабілі вважає, що немає чіткої причини для недоторканності клонування людини, і ця операція допустима, якщо вона обмежена реконструкцією пошкоджень тканин [372, с. 352];

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

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

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

4) повна заборона клонування людини, яка виходячи із аргументів вчених, пояснюється нелегітимністю клонування та чіткою санкційною забороною у його проведенні [373].

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

При повній забороні клонування: і репродуктивного, і терапевтичного не може йти мова про застосування однакових санкцій при порушенні такої норми, так як, по суті, тільки при першому виді клонування порушується людська гідність. Кожна людина має право на свою унікальність. Тіло та генотип є одними зі складових людської неповторності та гідності, в свою чергу, клон – це завжди тільки копія «когось». Створення «клонів» живих осіб виключно як джерела для трансплантації органів є зведенням людини до рівня предмету вжитку, що є цілковито недопустиме з точки зору християнського персоналізму [374].

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

У літературі вже з'являються відомості про використання нейротрансплантації при посттравматичних та ішемічних пошкодженнях

центральної нервової системи, дитячому церебральному паралічі, ряді атрофічних процесів, при наявності генетичних вад головного мозку.

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

В Україні діє Закон «Про заборону репродуктивного клонування людини» в статті 2 якого зазначено: «Клонування людини – це створення людини, яка генетично ідентична іншій живій або померлій людині, шляхом перенесення у залишену без ядра жіночу статеву клітину ядра соматичної клітини людини» [113].

Законодавець чітко визначив, що об'єктом клонування та створення похідного від нього клону є виключно людина. Але беручи до уваги міжнародний досвід щодо клонування, повторимо, що клонованими можуть бути також і тварини, ембріони тощо. З урахуванням вказаного необхідно розглядати клонування як сукупність біологічних та медичних методів, спрямованих на здійснення безстатевого розмноження живих істот, результатом яких є створення статево роздільного організму, який є генетично ідентичним щодо живого чи померлого об'єкта клонування [339, с. 35].

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

Щодо терапевтичного клонування, то в першу чергу, цей вид клонування може допомогти у створенні життєво важливих органів для людини, яка все життя страждає від певного виду хвороб та роками стоїть у листі очікування для



отримання анатомічного матеріалу для трансплантації. Станом на сьогодні цей вид досліджень знаходиться в стадії розробки, але недосконале правове регулювання не дає безперешкодної можливості його активного розвитку. Це, у першу чергу, можна пояснити специфікою та складністю процесу терапевтичного клонування, оскільки воно здебільшого базується на стовбурових клітинах, вилучених від ембріона. І тут виникає проблема морального статусу клонованого ембріона, який створений виключно у дослідницьких цілях і після завершення дослідження підлягає знищенню. Хоча і тут немає єдиної у світі точки зору щодо правового регулювання цього питання.

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

Враховуючи британський досвід, вважаємо за доцільне в Україні відповідно до чинного законодавства видавати ліцензії на дослідження щодо створення ембріональних стовбурових клітин людини. При чому, це може відбуватися як у рамках діяльності Ліцензійної комісії МОЗ, так і за допомогою створення ще однією комісії у структурі МОЗ. При цьому, у першому випадку необхідно буде внести зміни до наказу МОЗ від 31 серпня 2012 року № 677 «Про затвердження Положення про Ліцензійну комісію МОЗ України» [375], а у другому – затвердити положення новоствореної комісії.

Відповідно до абзацу 31 підпункту 8 пункту 4 Положення «Про Міністерство охорони здоров'я України» [266], затвердженого постановою КМУ від 25 березня 2015 року № 267 МОЗ здійснює ліцензування господарської діяльності з медичної практики [376].

Питаннями, пов'язаними із ліцензуванням господарської діяльності у медичній сфері безпосередньо займається Ліцензійна комісія МОЗ, яка керується у своїй діяльності наказом МОЗ «Про затвердження складу Ліцензійної комісії МОЗ України» [377] від 30 грудня 2013 року № 1168 та наказом МОЗ «Про затвердження

Положення про Ліцензійну комісію Міністерства охорони здоров'я України» [378] від 28 жовтня 2002 року № 389.

Основними завданнями Ліцензійної комісії є:

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

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

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

Разом з тим, не слід забувати, що у статті 28 КУ закріплено, що жодна людина без її вільної згоди не може бути піддана медичним, науковим чи іншим дослідом [56]. Клонування за своєю юридичною природою вже саме по собі стоїть на тонкій межі між визначенням гідності особи і аспектами, які можуть свідчити, чи було здійснено будь-яке правомірне чи неправомірне дослідницьке втручання стосовно живої істоти.

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

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

### 3.4. Евтаназія і питання закінчення життя

Термін «евтаназія» мав різні значення і все залежало від контексту його використання. Перше вживання терміну «евтаназія» в його сучасному розумінні належить римському історику Гаю Светонію Транквіллу, який описував як імператор Август, «швидко помираючи і не страждаючи в обіймах своєї дружини Лівії, пережив «евтаназію», якої так прагнув» [379]. Питання життя та смерті завжди було і буде актуальним. Філософи, юристи, лікарі розглядатимуть ці дві категорії з різних поглядів і усі стикатимуться з рядом переваг та недоліків. Філософи поділяться на два табори, де противники стверджуватимуть, що людина не обирає коли приходити у цей світ, а тому не в праві і приймати рішення коли його покидати. Медики поділяться на тих, хто вважає евтаназію порушенням клятви Гіппократа, і на тих, хто вважає її одним з найяскравіших проявів дотримання цієї клятви. Правники ж, в свою чергу, дискутуватимуть чи можна вважати право на смерть таким ж невід’ємним правом людини, як право на життя і чи достатньо є правових механізмів аби врегулювати це питання на належному рівні з метою уникнення будь-яких зловживань у цій сфері [380, с. 9].

Так, розмірковуючи про право на життя, слід зазначити, що відповідно до статті 2 ЄКПЛ це право є абсолютним і суто з юридичної точки зору, будучи закріпленим у нормативно-правових актах, передбачає право на прийняття будь-яких рішень, що стосуються розпоряджання власним тілом [381]. Зокрема, але не виключно, сюди можна віднести і можливість реалізувати своє право на гідну смерть. Безперечно, законодавство встановлює ряд вимог, які повинні бути дотримані з метою реалізації права на евтаназію. Перш за все, мова йде про декілька медичних аспектів, які безпосередньо стосуються стану здоров’я хворого. На друге місце можна поставити юридичні тонкощі, які пов’язані з правоздатністю та дієздатністю особи, яка клопоче про надання дозволу на евтаназію.

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

Гідність людини є частиною сутності будь-якого права людини і тому принцип поваги до людської особистості та гідності є базовим біоетичним принципом. Як зазначає Р. Андорно повага до гідності людини має стати також основним принципом міжнародної універсальної біоетики [382, с. 960]. Поняття людської гідності тісно переплітається з поняттям поваги та цінності людського життя. Ще одним важливим принципом, який пов'язаний з повагою до гідності людини є принцип особистої автономії та цілісності особи, суть якого полягає у неможливості здійснення будь-якого медичного втручання всупереч волі особи навіть у тих випадках, коли такі дії спрямовані на збереження життя. Автономія є свідченням того, що особа має право вільного вибору надання відмови чи згоди на будь-який вид медичного втручання.

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

Евтаназію можна поділити на активну та пасивну, які в свою чергу можуть приймати такі форми: добровільна; недобровільна (примусова). Добровільна і примусова евтаназія відрізняються тільки критерієм наявності добровільного волевиявлення пацієнта. Хоча існують комбінації вищеперерахованих видів. В розумінні католиків між активною і пасивною евтаназією існує моральна відмінність, перший вид призводить до смерті, а другий дозволяє померти [383, с. 10].

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

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

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

У 2005 у Франції було прийнято закон «Про права пацієнта і закінчення життя». Цей акт регулює право важкохворих на смерть. Норми вищенаведеного закону включали право особи на пізній або кінцевій стадії серйозного та невиліковного захворювання, незалежно від причини, вирішити обмежити чи припинити будь-яке лікування. Лікар, в свою чергу, повинен поважати бажання пацієнта, а до його обов'язків належить повідомлення пацієнта про наслідки його вибору. Будь-яка повнолітня особа мала право написати попереднє розпорядження у випадку, якщо коли-небудь не буде мати змогу висловити своє побажання про умови обмеження або припинення лікування, яке може бути відізане в будь-який час. Відповідності до закону лікарі мали право припинити лікування, яке підтримує життєдіяльність пацієнта, в тому числі і клінічну підтримку гідратації та харчування [384].

З плином часу стало зрозуміло, що Закон «Про права пацієнта і закінчення життя» так і не зміг вирішити усі проблеми правового регулювання розширення прав пацієнтів, а тільки запевнив лікарів у тому, що припинення лікування важкохворих та невиліковних пацієнтів є законним. Логічним кроком стало прийняття нового нормативно-правового акту і з 2016 року у Франції вступив в силу закон «Про право на смерть», який дає можливість невиліковним хворим право на безперервну глибоку седацію «глибокий сон» до самої смерті. Тобто, дане право надане в якості альтернативи евтаназії і запропоноване як так званий «французький досвід» на вирішення проблем в кінці життя [385]. Проаналізувавши окремі нормативні правові акти Франції, можна прийти до висновків, що законодавець наділив пацієнтів правом не тільки припинити чи обмежити лікування при якому особа так і залишається перебувати в муках і стражданнях, очікуючи смерті, а і можливість отримання седації, яка призводить до несвідомого стану аж до самої смерті, тобто право на смерть «без страждань». Ця держава вважається першою, яка прийняла законодавство, що регулює такий вид медичної допомоги, при цьому залишивши легалізованою тільки пасивну евтаназію. Але у Франції так і не припинялися дискусії щодо того, наскільки процедура введення важко- та невиліковно хворого пацієнта в «глибокий сон» відрізняється від

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

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

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

Такі норми базуються на основі єврейської правової системи, де відсутній обов'язок активно продовжувати біль і страждання помираючого пацієнта, але чітко заборонені будь-які дії направлені на навмисне і активне позбавлення життя [386].

Тобто, в законі Ізраїлю «Про помираючого пацієнта» прописана процедура пасивної евтаназії, коли невиліковно хворий пацієнт може відмовитися від подальшого лікування і виявити бажання відключити його від апарату штучної вентиляції легенів, а також заборонити медичним працівникам продовжувати його життя за допомогою лікарських засобів, але в жодному разі цей нормативно-правовий акт не дозволяє проведення активної евтаназії чи асистованого суїциду [386].

Отже, різниця між пасивною і активною евтаназією полягає в тому, що визначене коло осіб має право відмовитися чи обмежити лікування, яке просто стало неефективним та має право виявити бажання відключити пристрої підтримання життєдіяльності. Пасивна евтаназія – це свого роду добровільне

утримання від отримання медичної допомоги. Не зважаючи на багато юридичних розбіжностей, у більшості держав припинення або обмеження інтенсивної терапії без згоди пацієнта стало звичною практикою.

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

- штучна вентиляція легенів;
- вазопресорна підтримка гемодинаміки;
- екстракорпоральна мембранна оксигенація;
- ентérale та перенатальне харчування [387].

Наказ визначає порядок припинення активних заходів щодо підтримання життєдіяльності пацієнта з діагностуванням смерті мозку, тобто у випадках підтвердженої консиліумом лікарів незворотної смерті [387]. Усі діагностичні критерії смерті мозку у дорослих і дітей, саму процедуру її констатації та дії медичних працівників закладів охорони здоров'я визначає Порядок констатації та діагностичні критерії смерті мозку людини [388].

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

Активна евтаназія може виражатися у таких формах:

- 1) вбивство через милосердя;
- 2) самогубство асистовано лікарем;
- 3) власне активна евтаназія, яка відбувається без допомоги лікаря [389].

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

- добровільна;
- мимовільна;



— недобровільна [390].

Добровільна здійснюється тоді, коли компетентний та обізнаний пацієнт самостійно просить про це. Недобровільна евтаназія має місце тоді, коли пацієнт не здатний здійснити судження або висловити побажання щодо евтаназії (наприклад, «неповноцінний» новонароджений або коматозний дорослий). Зрештою, мимовільна евтаназія передбачає, що пацієнт може висловити бажання жити, але тим не менше, евтаназія все рівно здійснюється [390].

Першою державою, у якій декриміналізували евтаназію стали Нідерланди. В 1971 році Андріс Постма, терапевт із сільської місцевості в Нідерландах, який разом зі своєю жінкою, яка також була практикуючим лікарем, допомогли піти з життя її матері. Вважається, що ще в 1965 році в місцевому журналі він висловлював свої тверді переконання на право кожної людини на добровільну і усвідомлену смерть, а через шість років теоретичні погляди переросли в гостру особисту перспективу, коли лікар і його дружина зіткнулись зі стражданнями матері-інваліда. При діагнозі крововилив в головний мозок, жінка оглухла, насилу говорила і її вимушено прив'язували до стільця в будинку для пристарілих, щоб вона не впала. Жінка неодноразово просила свою дочку допомогти їй піти з життя. В кінцевому результаті вона погодилась і ввела своїй матері 200 мг морфіну. Подружжя не приховувало такий вчинок і попередили про нього директора будинку для пристарілих, а він, у свою чергу, – санітарну інспекцію. Жінці Андріса Постми було пред'явлено обвинувачення відповідно до закону, який забороняв добровільну евтаназію і передбачав санкцію у вигляді дванадцяти років позбавлення волі. В рішенні суду 1973 року було визнано, що лікарю може бути дозволено своїми діями запобігти серйозним і неминучим стражданням, навіть якщо це призведе до смерті пацієнта. Хоча в той час евтаназія чи допомога при вчиненні самогубства вважалася караним діянням, в цьому конкретному випадку лікар був визнаний винним в порушенні закону, однак суд призначив тільки умовне покарання у вигляді позбавлення волі строком на тиждень [391, с. 320].

З упевненістю можна стверджувати, що це рішення стало першим кроком і поштовхом для створення *Dutch Voluntary Euthanasia Society* і породило масштабну

дискусію прийнятності смерті за допомогою лікаря. Пізніше інші судові рішення підтверджували позицію, що при певних обставинах евтаназія або сприяння смерті за допомогою лікаря, хоча і заборонені законом, але можуть бути виправдані. Попри це, правова регламентація евтаназії так і залишалася незрозумілою [392, с. 313].

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

- лікар переконаний, що прохання пацієнта було добровільним та добре продуманим;
- лікар переконаний, що страждання пацієнта були тривалими і нестерпними;
- лікар проінформував пацієнта про стан та ситуацію, в якій останній знаходиться і про перспективи її подальшого розвитку;
- пацієнт переконаний в тому, що не існує іншого розумного рішення ситуації, в якій він перебуває;
- лікар проконсультувався щонайменше ще з одним незалежним лікарем, який оглянув даного пацієнта, прийшов до такого самого висновку та дав своє письмове заключення;
- лікар припинив життя або асистував самогубство з належною обережністю [393].

Закон передбачає створення регіональних комітетів, до компетенції яких входить розгляд усіх випадків припинення життя за проханням пацієнта або асистованого суїциду. Цей орган складається з непарної кількості членів і включає як мінімум одного юриста, голову, одного лікаря і одного експерта по етичним та філософським питанням, а також до заступників членів кожної вищеперерахованої категорії. Місце смерті і буде тим критерієм, який визначає, який саме регіональний комітет буде розглядати дану справу. В Нідерландах склад даної комісії призначається на шість років та звільняється міністрами у випадках непридатності чи некомпетентності. Особливість законодавства Нідерландів стосовно евтаназії

полягає в тому, що ні одна із сторін, а саме, ні пацієнт, ні лікар не мають абсолютного виключного права на застосування такого виду втручання. Іноземцям у проведенні евтаназії відмовлено [393].

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

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

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

Але перед нами постає ще одна дуже важлива проблема – визначення поняття «невиліковна хвороба». Станом на сьогодні в Україні не існує єдиного нормативно-правового акту, який би містив вичерпний перелік таких захворювань, хоча саме поняття дуже часто зустрічається у різних законодавчих актах. Наука і медицина не стоять на місці і у світі постійно тривають клінічні дослідження по виявленню нових методів лікування тих чи інших захворювань. То чи може взагалі існувати вичерпний перелік невиліковних хвороб і чи з постійним розвитком медицини можна з впевненістю говорити про невиліковність тієї чи іншої хвороби? Однозначно можна стверджувати, що зустрічаються хвороби, які станом на сьогодні є «сильнішими, ніж будь-які засоби боротьби з ними» і з кожним роком можливості медичної науки стають більші, але, на жаль, завжди мають межі. У таких випадках може іти мова про недоречність очікування повного видужання пацієнта. Але саме вміння ідентифікувати стан хворого, надати увесь спектр медичних послуг та виявити ті випадки, коли будь-яке втручання не призведе до бажаних результатів окрім фізичного болю та страждань, є прерогативою справжніх спеціалістів у сфері охорони здоров'я.

Отже, специфіка евтаназії як виду медичної діяльності полягає в тому, що її застосування може здійснюватися тільки при наявності певних умов:

1) наявність невиліковної хвороби у пацієнта, наслідком якої є нестерпні страждання фізичного, психічного, морального та іншого характеру;

2) чітко окреслений вектор діяльності медичних працівників, направлений виключно на припинення страждань пацієнта;

3) здійснюється виключно за усвідомленим та чітко визначеним проханням пацієнта, а якщо стан пацієнта не може забезпечити такого волевиявлення, то за проханням його законного представника;

4) пацієнту або його законному представнику має бути надана повна, об'єктивна і своєчасна інформація про незворотність такої діяльності [394, с. 254; 395, с. 77].

Отже, при дослідженні питання евтаназії найвагомим критерієм є інформована згода компетентного пацієнта на вчинення акту штучного переривання життя. Компетентним може вважатися тільки той пацієнт, який досяг нормативно встановленого віку та у нього наявні ознаки дієздатності. Але зважаючи на специфіку такого методу медичного втручання як евтаназія і випадки, коли вона застосовується не можна оминати увагою проблемні питання правового регулювання припинення життя недієздатних пацієнтів. У світі нема єдиної думки на рахунок того, наскільки етично позбавити людину життя за її проханням, а особливо у разі, якщо ще ця особа є недієздатною.

Іноді прийнятним є те, що лікарі перестають вчиняти будь-які дії для підтримання життєдіяльності невиліковно хворого пацієнта, коли є підстави припускати, що вони діють в інтересах недієздатної особи. В ситуації коли лікарі вважають доцільним збереження життя, будь-яка дія та бездіяльність вважаються морально та юридично еквівалентними навмисній відмові від виконання обов'язку щодо порятунку життя. Тому парламент та суди мають вживати заходи для визнання такої еквівалентності у випадку клінічного погодження щодо припинення життя в інтересах деяких недієздатних пацієнтів [396].

Найбільші затяті противники недобровільної (примусової) пасивної та активної евтаназії визнають, що немає моральної різниці між дією і бездіяльністю коли мова іде про ненадання медичної допомоги для збереження життєдіяльності

людини. Загалом вони не заперечують відмову від підтримання життєдіяльності в принципі. Однак стверджують, що вона може бути прийнятною тільки у разі, якщо буде відповідати двом умовам, які на практиці виключають поняття примусової евтаназії [397; 398].

По-перше для недієздатних пацієнтів продовження лікування має розглядатися як те, що не має «користі» з медичної точки зору або є занадто «обтяжливим». Однак, для противників евтаназії такі судження щодо «користі» або «тягаря» не повинні бути пов'язані з будь-якою заявою, що життя пацієнта більше не варте того, щоб продовжувати жити. Як тільки буде визнано, що лікарі можуть приймати клінічні рішення щодо пасивного припинення життя пацієнта на основі таких заяв, активна евтаназія щодо таких пацієнтів стане наступним логічним кроком. По-друге, противники евтаназії стверджують, що припинення лікування недієздатного пацієнта ніколи не слід застосовувати з наміром заподіяти смерть такого пацієнта, навіть якщо вона є передбачуваним наслідком [399].

Евтаназія вже довгі роки відноситься до основних проблем як у сфері медицини так і юриспруденції, думки щодо якої кардинально розходяться. Одні країни легалізують евтаназію, тим самим приймаючи спеціальні нормативно-правові акти, однак у такому випадку, вважаємо, повинні чітко визначатись випадки і категорії осіб щодо яких може бути застосована евтаназія, а інші країни – заперечують можливість застосування евтаназії.

Наприклад, закон Бельгії «Про евтаназію» у статті 2 дає таке визначення: «евтаназія визначається як умисне позбавлення життя людини кимось, окрім зацікавлених осіб, за проханням останнього» [400].

Розділ 4 згаданого закону Бельгії вказує на те, що запит пацієнта має бути оформлений в письмовій формі, складений, датований та підписаний власноручно пацієнтом. Якщо пацієнт не в змозі зробити це самостійно, такий документ складає довірена особа, яку призначив пацієнт. Така особа має бути повнолітньою і не мати жодної матеріальної зацікавленості в смерті пацієнта. Також пацієнти, які знають, що скоро впадуть у вегетативний стан, можуть висловити бажання щодо відмови у штучному підтриманні їх життя [400]. На прикладі законодавства Бельгії, коли

водночас з прийняттям закону про евтаназію відразу було прийнято ще один законодавчий акт, яким створено служби паліативного піклування, з практичної точки зору відображається як можна уникнути ситуацій, коли за таким методом припинення життя як евтаназія, не будуть звертатися важкохворі пацієнти тільки по причині відсутності коштів на придбання дорогих знеболюючих лікарських засобів. Хоча в рамках так званої бельгійської моделі комплексної допомоги в кінці життя, евтаназія є доступним варіантом також і в завершенні шляху паліативної допомоги. Такий підхід є популярним серед широких кіл бельгійської спільноти, працівників паліативної допомоги, інших медичних працівників та законодавців [401]. Таким чином, бельгійська модель «комплексної» допомоги в кінці життя складається з загального доступу і до паліативної допомоги, і до законодавчо врегульованої евтаназії. Державний нагляд за дотриманням законності при вчиненні евтаназії покладено на Федеральну комісію по контролю і оцінці евтаназії, яка складається зі спеціалістів, компетентних у питаннях евтаназії.

Однією з держав з найдовшим досвідом юридичної практики при наданні допомоги в самогубстві є Швейцарія. Хоча евтаназія в цій країні заборонена, асистований суїцид залишається законним. Такий вид допомоги регулюється Кримінальним кодексом Швейцарії, стаття 115 якого вказує, що будь-яка особа, котра з корисних мотивів підбурює чи допомагає іншій здійснити або намагатися здійснити самогубство, підлягає позбавленню волі строком на п'ять років або грошовому штрафу [402]. Тобто, допомога у вчиненні самогубства не є караним діянням, якщо відсутні егоїстичні мотиви, до прикладу, отримання спадщини чи отримання прибутку.

Організації, які є прихильниками асистованого суїциду і захищають право на смерть, надають увесь спектр допомоги з будь-якими медичними, адміністративними і соціальними процедурами, пов'язаними із завершенням життя. Таке неоднозначне регулювання питання евтаназії у Швейцарії підлягало критиці з боку парламентаріїв, однак після декількох безуспішних спроб розширити закон, Федеральний уряд Швейцарії прийняв рішення зберігати статус-кво, пояснюючи це тим, що існуюче на даний момент правове регулювання є

достатнім для запобігання потенційних зловживань практикою надання допомоги при самогубстві [403, с. 246-253]. Невиліковно хворий пацієнт складає у письмовому вигляді добровільну заяву, зміст якої полягає у підтвердженні прийнятого рішення покінчити з життям, докладає до неї завірену лікарем довідку про невиліковність даного захворювання і неминучість летального наслідку. Після цього особа запрошує до себе додому, в лікарню чи безпосередньо в організацію, яка надає такий вид допомоги, асистента – працівника однієї з організацій, на котрого покладено обов'язок підготувати запропонований лікарем смертельний препарат, котрий пацієнт приймає сам. Проаналізувавши законодавство Швейцарії, ми можемо стверджувати, що по суті в паровому полі існує норма, яка допускає проведення евтаназії при дотриманні певних умов.

Розглядаючи питання про асистований суїцид неможливо не привести в приклад законодавство Австралії, де питаннями легалізації такого виду суїциду займаються уряди штатів, а у випадку з територіями - федеральний уряд. У штаті Вікторія Закон «Про суїцид, асистований лікарем» вступив у силу 19 червня 2019 року, а пізніше такі закони були прийняті у штатах Західна Австралія та Тасманія. Вищезгаданий Закон передбачає чіткі критерії, наявність яких є обов'язковою для доступу до процедури асистованого суїциду: 1) особа має досягнути 18 річного віку; 2) має бути: - громадянином або постійним резидентом Австралії; - постійно проживати в штаті Вікторія; - на момент подачі першого запиту проживати на території штату Вікторія не менше 12 місяців; 3) особа володіє здатністю приймати рішення щодо асистованого суїциду лікарем; 4) у особи діагностовано захворювання, яке є: - невиліковним; прогресує і призведе до смерті; - може призвести до смерті на протязі тижнів або місяців, але не перевищує шість місяців; - спричиняє особі страждання, які не можна полегшити способом, який ця особа може вважати терпимим для себе [404].

Актуальним та відкритим залишається питання про застосування евтаназії при психічних розладах та екзистенційних стражданнях. Закон штату Вікторія закріплює, що особа не має права на доступ до асистованого суїциду лікарем при діагностованому психічному захворюванні [404]. На жаль, особи, які страждають

розладами психіки частіше бажають смерті на протязі довгого періоду, ніж особи без психічного розладу здоров'я. Однак, існує велика кількість емпіричних даних, які вказують, що суїцидальні нахили і поведінка особи, яка страждає такими розладами, піддається лікуванню і такі стани можуть дуже швидко змінюватися, тому на нашу думку, обґрунтованою є позиція заборони доступу таких осіб до процедури асистованого лікарем суїциду.

При розгляді питання про евтаназію не можна залишити поза увагою проблему наявності і функціонування паліативної допомоги, особливо, це питання гостро постає у державах де заборонена евтаназія. Існує нагальна потреба у прийнятті усіх політичних та законодавчих заходів, прийнятті програм, фінансуванні ресурсів для підготовки працівників у сфері охорони здоров'я за напрямом надання паліативної допомоги в найкоротші строки, з метою покращення доступності такого виду допомоги для громадян України.

Важливою частиною паліативної допомоги виступає «керівництво біллю», сприяння у її зниження та мінімізація. Біль може бути викликаний різними чинниками та причинами, а відтак потребувати вжиття більш, ніж одного препарату, дія якого має обезболюючий ефект. Попри те, що Всесвітня організація охорони здоров'я закликає держави покращити доступність до паліативної допомоги, найчастіше фінансування відповідної сфери є недостатнім та не може покрити витрати навіть на ключові препарати, які призводять до значного зниження болю та страждань.

Попри це, задля зниження болю пацієнтів медична спільнота дедалі частіше вдається до застосування препаратів, які мають у своєму складі канабіноїдні та опіумні характеристики.

Канабіс використовують в медичних цілях в переважній більшості випадків саме з метою знеболення. За особливостями знеболення канабіс у формі лікарського препарату вважається більш ефективним при хронічних болях та захворюваннях. Про його ефективність наголошують, до прикладу, у напрямку лікування ракових захворювань, стверджуючи, що використання канабісу у складі лікарських препаратів дозволяє знизити рівень побічних ефектів (нудота, блювота,



т. п.) після хіміотерапії, знижує рівень росту ракових клітин, стимулює розвиток апетиту та набору рівня ваги тощо [405].

Разом з тим, на стадії виникнення локального захворювання чи різких больових відчуттів, до прикладу, післяопераційних втручань, використання препарату у складі якого є канабіс вважається таким, що не справляє сильний ефект. Іншими словами можна вести мову про локальні больові відчуття, які не мають гострої фази перебігу.

Легалізація так званої «лікарської маріхуани» набула широкого поширення у Сполучених Штатах Америки, де на сьогоднішній день 33 штати позитивно сприйняли можливість використання маріхуани у складі препаратів з метою полегшення болю та страждань пацієнтів. Кількість штатів за останні шість років суттєво збільшилась, оскільки з аналізу наукових джерел вбачається, що станом на 2015 рік їх налічувалось тільки 23 [406].

За дослідженнями вчених першим штатом, який здійснив таку легалізацію стала Каліфорнія (1996 рік). Легалізація канабісу у Сполучених Штатах Америки може бути розподілена за двома критеріями:

- ті штати, в яких дозволено рекреаційне використання, до прикладу, такі як Аляска, Каліфорнія, Колорадо, Мічиган, Невада, Вашингтон та інші;
- ті штати, в яких дозволено обмежене використання, зокрема: Алабама, Джорджія, Міссурі, Вірджинія, Айова та інші [405].

Дозвіл щодо використання канабісу в лікарських препаратах на сьогодні не є новинкою та дозволений в багатьох державах світу, а саме: Австралія, Данія, Греція, Ізраїль, Італія, Люксембург, Македонія Нідерланди, Німеччина, Норвегія, Польща, Румунія, Туреччина, Фінляндія, Уругвай, Ямайка тощо.

Доволі цікава ситуація навколо легалізації використання канабісу у лікарських цілях склалась у Федеративній Республіці Німеччина. У 2005 році гостро постало відповідне питання, на яке зреагував Федеральний інститут лікарських засобів та медичних виробів дозволивши використання маріхуани в лікувальних цілях. З того часу кількість судових спорів навколо дозволу самостійного вирощування маріхуани в медичних цілях зростає.

Зокрема, на сьогодні в розглядуваній країні не заборонено купувати канабіс в аптеках. Однак, вказаний препарат не входить у програми покриття витрат на лікування, а відтак пацієнти, за потреби, повинні оплачувати його вартість самотійно. Вказане призводить до систематичного збільшення судових позовів. Так, в межах однієї із справ Федеральний суд Німеччини зобов'язав Федеральний інститут лікарських засобів та медичних виробів надати громадянину Німеччини дозвіл на самотійне вирощування канабісу у власній ванній кімнаті у розмірі, що не може перевищувати 130 рослин. Мотивуючи таку потребу заявник стверджував, що з метою полегшення болю він вимушений вживати канабіс, однак витратити на його купівлю 1500 євро в місяць можливості не має [407].

Люксембург розробив свою політики щодо легалізації та отримання канабісу у якості лікарського засобу. У державі заборонене розповсюдження канабісу в рекреаційних цілях. Однак, не так давно, а саме у 2018 році урядом було внесено зміни у профільний Закон, зокрема, в частині доповнення його статтею 30-2, якою дозволено здійснювати продаж лікарського канабісу, тобто канабісу, який використовується у медичних цілях. Уповноваженим органом, який відповідає та здійснює контроль за канабідоїдними препаратами виступає МОЗ, зокрема, Національне управління охорони здоров'я та Департамент аптек та ліків. Особливістю є те, що для купівлі препарату, в склад якого входить канабіс, спеціального дозволу не потребується [407].

В Італії лікар має право виписувати пацієнту медичний канабіс при будь-якій патології. Відшкодування витрат пацієнтам при купівлі відповідних препаратів може бути здійснено державою у тому випадку, якщо препарат спрямований на усунення захворювань, пов'язаних із розсіяним склерозом; травмами спинного мозку, наслідків хіміотерапії чи терапії ВІЛ; при нервовій анорексії тощо. Відшкодування витрат покладається на регіональні управління системи охорони здоров'я [408].

Державним органом у сфері регулювання медичного канабісу є МОЗ, що визначено в статті 1 Указу Міністра охорони здоров'я від 09 листопада 2015 [409].

Доволі невизначена та заплутана ситуація сформувалась у Австрії. Так, канабіноїди підпадають під заборону кількох нормативно-правових актів, зокрема, Закону про наркотики та Закону про лікарські препарати. Заборона щодо канабісу міститься також в Правилах щодо продуктів харчування та косметичних продуктів. Продаж квітки коноплі, вміст якої становить більше 0,3 ТНС (тетрагідроканабінол). Під законодавчу заборону підпадає і лікарський канабіс, який лікарі не вправі виписувати пацієнтам [410].

Однак, канабідіол не має психоактивного ефекту і не підпадає під заборону Закону про наркотики. Лікарі можуть його виписувати у якості лікарського препарату, а пацієнти мають право на оплату його вартості страховими компаніями в окремих випадках. При цьому, у відповідності до правил Європейського Союзу щодо нових продуктів харчування вказана речовина потребує ліцензування, у зв'язку з чим використання його в таких продуктах заборонене. Подібна ситуація склалась і щодо використання канабідіолу у косметичних препаратах.

У Польщі медична марихуана не є широкодоступною в аптеках, більше того, її висока вартість призводить до того, що доступ до неї отримують фактично лише заможні громадяни. Крім того, в Польщі не передбачено відшкодування витрат на купівлю медичної марихуани. Польські вчені зазначають про обмеженні знання лікарів у призначенні медичної марихуани, що засвідчує про те, що її призначення фактично відходить на другий план у порівнянні з іншими лікарськими препаратами [411].

Якщо канабіс у паліативній допомозі застосовують з метою тамування болю, який не характеризується гострою фазою вираження, то дія морфіну спрямовується на мінімізацію болю, що є більш гострим та хронічним.

Наприклад, дієвість морфіну виділяється в обезболюючій дії після операційних втручань, серйозних травм, окрім травм голови, що можна пояснити викликанням залежності та більшою седативною дією, обезболюючою дією при запущених формах раку, які характеризуються біллю в термінальній стадії тощо.

Морфін вважається сильнодіючим опіїдним препаратом, одобреним Всесвітньою організацією охорони здоров'я у вигляді таблеток, ін'єкцій та

розчинів. Існує також морфін у виді пластирів. Попри це, лікарська спільнота побоюється та певною мірою уникає застосування морфіну.

У першу чергу, це пояснюється тим, що він підпадає під заборонну дію законів про боротьбу з наркотичними засобами.

Наприклад, у Сполучених Штатах Америки морфін входить у II групу препаратів, що підпадають під контроль Закону про зловживання наркотичними засобами, в той час як у Великій Британії окрім контролю профільного Закону, де морфін посідає групу А, він також попадає в Список контрольованих препаратів [412].

По-друге, пояснюється це і тим, що морфін викликає звикання та може призводити до залежності. Якщо раніше застосування морфію здійснювалось у ін'єкційній формі, то на сьогодні існує можливість і медикаментозного застосування. Зокрема, після введення в організм морфіну він потрапляє в кровообіг, який розносить його до мозку та інших частин тіла. В подальшому відбувається активація опіїдних рецепторів – саме з цього моменту починається дія препарату. Разом із «поглинанням болю» препарат може викликати пригнічення та психологічне звикання до препарату, що в подальшому призводить до потреби збільшення дози застосування.

За загальним правилом виділяють такі види дозування при застосуванні морфіну:

- по мірі необхідності, тобто так званий «переривчатий режим» на протязі певного проміжку часу;
- дозування з повільним вивільненням. При такому призначенні морфін приймається у виді таблеток, зазвичай, з періодичністю раз чи два рази на день, або ж у вигляді пластиру, зміна якого повинна відбуватись кожні 3 – 7 днів в залежності від рекомендацій лікаря;
- комбіноване дозування, коли до застосування морфіну лікар додає також обезболююче легкої дії, з метою їх чергування [413].

Політика держав у застосуванні морфіну та опіїдних препаратів у знеболенні зазвичай є негативною, а такі препарати можуть підпадати під

законодавчу заборону. За статистикою 33 із 40 країн вводять обмеження на застосування морфіну, хоча Всесвітня організація охорони здоров'я неодноразово наголошувала на необхідності збільшення рівня доступності громадян до морфіну та необхідності розширення повноважень лікарів щодо його призначення [414].

Наприклад, у штаті Аляска прийнятий у 2017 році Закон, який обмежує випуск по рецепту опіоїдів при першому призначенні семиденним запасом. Збільшення призначення відповідних препаратів може бути здійснено тільки у випадку, якщо лікар наведе обґрунтовані підстави та причини, за яких хворому потребується подальше призначення відповідних препаратів. Більше того, законодавством встановлені обов'язкові вимоги до лікарів, які полягають у навчанні медичного персоналу щодо виписування рецептів по відповідним препаратам [415].

Наприклад, житель штату Арізона Хаббард, який зазнав травми під час армійських навчань скаржився на те, що його нога постійно горить. Протягом трьох років пацієнту було призначено більш ніж 60 препаратів та їх комбінацій, які не допомагали. Тільки після призначення морфіну біль почав зменшуватись. Однак, після прийняття Закону про опіоїдну епідемію, дозування морфіну було зменшено. Біль почала ставати настільки сильною, що пацієнт скаржився, що не те, що не може, він навіть не хоче ходити [416].

Прийняття так званих законів про опіоїдну епідемію обумовлювалось тим, що за статистикою дедалі більше смертей виникало внаслідок передозування препаратами.

Водночас в Австралії у паліативній допомозі використовують морфін. Більше того, окремі препарати навіть підпадають під покриття програми фармацевтичних пільг. Однак, навіть попри це, такі препарати є доволі високовартісними і навіть при частковому покритті витрат не кожен може собі дозволити їх використання. У такому випадку радять звертатись до лікаря, який може підібрати менш вартісний препарат [417].

Таким чином, політика держав щодо використання канабіноїдних та опіоїдних препаратів розбігається. В той час, як одні держави сприяють

розробленню політики щодо полегшення доступу та відшкодування витрат з використання відповідних препаратів з метою полегшення болю пацієнтів, інші держави виходять із потреби у забороні їх застосування, з мотивів збільшення рівня передозувань.

Суспільству в цілому та кожній окремій людині завжди було і буде важко змиритися зі смертю, хоча вона і є невід'ємною частиною життя. Право на гідну смерть є суто суб'єктивним і має бути визнано таким чином, щоб у кожної людини з'явилася можливість обирати якість кінця її життя, ураховуючи різні життєві можливості кожної людини, різні ситуації та різну інтенсивність страждань.

Морально правильним буде дозволити надавати медичні засоби для атестованого суїциду. Це можна вважати повагою до особистої автономії і бажання померти смертю, якою людина буде вважати гідною для себе. Особливо з огляду на те, що лікар не виконує жодних дій, які б були спрямовані на припинення життя хворої особи, це дія самого пацієнта. Лікар просто призначає смертельну дозу, а людина, яка обрала для себе самогубство за допомогою лікаря, сама виступає основною причиною настання своєї смерті, в той час коли лікар надає тільки сам інструмент і виступає опосередкованим та формальним співучасником.

Чи зможе заборона асистованого суїциду на законодавчому рівні запобігти використанню різних жорстких методів добровільного позбавлення життя в моменти відчаю від непереборного фізичного болю, психічних та моральних страждань? Декриміналізація такого виду евтаназії як асистований суїцид дасть змогу зменшити страждання людини, яка цього потребує і в свою чергу забезпечить правовий захист лікарів. Авжеж, завжди треба пам'ятати, що так звана допомога лікаря у питаннях позбавлення життя особи за її волевиявлення, може розглядатися тільки як завершальна дія лікаря з милосердя, який вчиняється тільки при умові неодноразового та вмотивованого прохання хворої особи та повної довіри пацієнта до нього, яка склалася на протязі усього довготривалого процесу лікування. Для цього потрібно прийняти в Україні закон, метою якого буде регулювання права кожної людини, яке відповідає чітким умовам, необхідним для отримання

допомоги прискорення смерті та буде визначати гарантії, процедуру та обов'язки закладів охорони здоров'я і медичних працівників у цьому напрямку.

### **Висновки до розділу 3**

1. Станом на сьогодні існує потреба у тому, щоб КМУ прийняв нову державну цільову програму у сфері трансплантації, яка дозволить спрямувати зусилля щодо розвитку трансплантації з боку усіх суб'єктів організації та надання цього виду медичної допомоги у єдине русло.

2. Пріоритетність розподілу анатомічних матеріалів між реципієнтами охоплює ряд питань, серед яких нагальність самої трансплантації, її ймовірний результат, а також час перебування у листі очікування. Відповідно, важливо, щоб МОЗ у рамках здійснення своїх повноважень у сфері трансплантації методично та системно підходив до вирішення таких питань. Важливо також розробити вимоги до розподілу серед реципієнтів усіх анатомічних матеріалів, які можуть бути вилучені у донора.

3. Дискусійним залишається питання про участь субоптимальних донорів у процесі трансплантації. Це питання є відкритим, зокрема тому, що станом на сьогодні відсутній перелік хвороб або станів, що унеможливають вилучення анатомічних матеріалів людини. Відтак, залишається незрозумілим, чи може виступати у ролі донора, наприклад, особа у якої діагностовано гепатит або ВІЛ-СНІД.

4. Для успішної розбудови системи трансплантації у короткостроковій перспективі необхідно, перш за все, забезпечити належне фінансування трансплантації. Крім цього, потрібно розвивати кадровий потенціал, збільшуючи кількість лікарів-трансплантологів та молодшого медичного персоналу, які беруть участь у процесі трансплантації. Іншим моментом є підвищення кваліфікації лікарів, чого, зокрема, можна досягнути за допомогою програми міждержавних обмінів для набуття досвіду у проведенні трансплантацій. Важливим також є розвиток матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що

передбачає право надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації. Пильна увага з боку держави до вищезазначених аспектів дозволить у короткостроковій перспективі збільшити кількість трансплантацій в Україні.

5. З розвитком біомедичних технологій виникала потреба створення відповідної системи нормативного регулювання допоміжних репродуктивних технологій в Україні. Недосконалість законодавства України щодо питань штучного запліднення полягає в тому, що воно не в повній мірі регулює репродуктивне право та жодним чином не відображає моменти, які стосуються саме репродуктивного здоров'я.

6. Виходячи з пункту 6.1 «Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні», дозволено тільки гестаційне сурогатне материнство. При цьому, проблемним є те, що, ані на рівні закону, ані на підзаконному рівні не визначено сам термін.

7. Негативним аспектом є те, що тільки подружжя може брати участь у відносинах щодо сурогатного материнства. Тобто, якщо за медичними показаннями жінка не може виносити свою власну дитину і вона не перебуває у зареєстрованому відповідно до закону шлюбі, то у такому разі не зможе скористатися послугами сурогатної матері.

8. До числа суб'єктів організації та надання медичної допомоги у лікуванні безпліддя за допомогою методу штучного запліднення та імплантації ембріона входять: КМУ, МОЗ та заклади охорони здоров'я, що мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що передбачає право надання медичної допомоги із застосуванням допоміжних репродуктивних технологій.

9. Повноваження МОЗ у сфері надання медичної допомоги із застосуванням допоміжних репродуктивних технологій поділяються на загальні та спеціальні. Загальні повноваження притаманні МОЗ як центральному органу виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я. Спеціальні – це ті, які поширюються тільки на сферу



допоміжних репродуктивних технологій. До них належить, зокрема, затвердження Порядку застосування методу штучного запліднення та імплантації ембріона.

10. В Ізраїлі діє закон «Про державне страхування здоров'я», відповідно до якого процедура екстракорпорального запліднення здійснюється за рахунок лікарняних кас подружнім парам, у яких немає спільних дітей, а також жінкам, що не мають дітей, але при цьому мають бажання створити сім'ю тільки з одним із батьків (мати-одиначка) для народження першої і другої дитини. Вищенаведений закон передбачає надання лікарняними касами без будь-якого виду дискримінації, послуг, які входять до кошика медичних послуг. Вони надаються на розсуд лікаря, якісно та у розумні строки, що є безумовно позитивним моментом з точки зору дотримання людської гідності, захисту приватного життя та збереження конфіденційності.

11. Ще однією проблемою є те, що здійснення преімплантаційної генетичної діагностики жодним чином не врегульовано на законодавчому рівні, при чому такий вид медичної послуги надається у приватних медичних закладах України, що може мати негативні наслідки для учасників цієї процедури.

12. Станом на сьогодні залишаються не вирішеними питання доступності допоміжних репродуктивних технологій для населення, а також питання щодо відповідальності тих, хто стає учасником цієї процедури. Такий стан справ зумовлює необхідність проводити чітку державну політику щодо допоміжних репродуктивних технологій. Шляхами вирішення ситуації, що склалася є: (а) збільшення фінансування допоміжних репродуктивних технологій; (б) створення національних комплексних програм сексуальної освіти, в які були б включені питання, що стосуються фертильності, включно з пропагандою здорового способу життя, який може значно зменшити рівень поведінкових ризиків виникнення безпліддя; (в) прийняття усіх можливих заходів державою щодо зменшення токсинів в навколишньому середовищі; (г) доступність профілактики, діагностики та лікування безпліддя на ранніх стадіях; (г) прийняття закону, що буде регулювати здійснення допоміжних репродуктивних технологій.

13. Право на цілісність особи необхідно розуміти як право на поведження з особою гуманно, зберігаючи при цьому її психічну та фізичну цілісність. Тобто будь-яка особа має право не зазнавати, ані фізичного, ані психічного впливу з боку держави або інших осіб.

14. Додатковий протокол про захист прав і гідності людини не диференціює репродуктивне та терапевтичне клонування, натомість у Хартії основних прав Європейського Союзу такий поділ існує, також у Хартії відсутня чітка заборона терапевтичного клонування. Це дозволяє стверджувати, що у Європейського Союзу відсутня чітка позиція щодо терапевтичного клонування людських клітин.

15. У разі визнання ембріона людиною необхідно розуміти, що ембріон буде володіти абсолютним правом на життя і у такому разі знищення створених ембріонів *in vitro*, що не були використані, не є можливим. При цьому, переривання вагітності у такому разі слід вважати недопустимим навіть тоді, коли існуватиме пряма загроза життю матері.

16. Аналізуючи законодавство Сполучених Штатів Америки, можна дійти висновків, що існує три групи механізмів правового регулювання клонування: (а) заборона клонування: заборона репродуктивного та терапевтичного клонування, що є притаманним для таких штатів як Арізона, Мічиган, Оклахома, Дакота, Вірджинія; (б) часткова заборона окремих форм клонування: заборона клонування з метою відтворення людини, у той час, як із дотриманням законодавчо визначених умов клонування, в основі чого лежать медичні дослідження, дозволено, що характерно для таких штатів як Айова, Каліфорнія, Массачусетс, Нью-Джерсі; (в) «альтернативна» заборона: характерна для штату Міннесота, в якому де-юре заборонено терапевтичне клонування, в той час як положення щодо його повної заборони відсутні, однак напряду заборонено репродуктивне клонування.

17. Вважаємо за необхідне, щоб діяльність щодо створення ембріональних стовбурових клітин людини підлягала ліцензуванню. Це може відбуватися як у рамках діяльності Ліцензійної комісії МОЗ, так і за допомогою створення ще однією комісії у структурі МОЗ України. При цьому, у першому випадку необхідно

буде внести зміни до наказу МОЗ від 31 серпня 2012 року № 677 «Про затвердження Положення про Ліцензійну комісію Міністерства охорони здоров'я України», а у другому – затвердити положення новоствореної комісії.

18. Аналіз законодавства Франції про еутаназію свідчить, що у пацієнта з'явилося право не тільки припинити чи обмежити лікування, при якому він продовжує перебувати в муках та стражданнях, очікуючи смерті, а до цього він отримав можливість здійснення седації, яка призводить до несвідомого стану до настання смерті. Тобто, у цьому випадку ми можемо говорити про право на смерть «без страждань».

19. Найважливіша проблема еутаназії полягає у визначенні осіб щодо яких вона може бути застосована. Ми вважаємо, що до числа таких осіб мають відноситись: (а) пацієнти, які відчують постійний фізичний біль у зв'язку з невиліковною хворобою, що тягне за собою психологічні і моральні страждання, а настання внаслідок цього біологічної смерті є неминучим, що має бути підтверджено медичним висновком; (б) пацієнти, що перебувають у незворотньому вегетативному стані, які не можуть особисто надати згоду на припинення життя.

20. Важливо розуміти, що станом на сьогодні в Україні не існує єдиного нормативно-правового акту, який би містив вичерпний перелік невиліковних захворювань, хоча це поняття часто фігурує у юридичному вжитку. Наука і медицина не стоять на місці і у світі постійно тривають клінічні дослідження по виявленню нових методів лікування тих чи інших захворювань, то чи може взагалі існувати вичерпний перелік невиліковних хвороб і чи з постійним розвитком медицини можна з впевненістю говорити про невиліковність тієї чи іншої хвороби? Однозначно можна стверджувати про те, що зустрічаються хвороби, які на цей момент є сильнішими ніж будь-які засоби боротьби з ними і з кожним роком можливості медичної науки стають більші, але, на жаль, завжди мають межі і саме в цих випадках може іти мова про недоречність очікувати повного видужання пацієнта.

21. Декриміналізація асистованого суїциду дасть змогу зменшити страждання людини, яка цього потребує і в свою чергу забезпечить правовий захист

лікарів. У такому разі допомога лікаря має розглядатися тільки як завершальна дія з мотивів милосердя, що вчиняється тільки у разі неодноразового та вмотивованого прохання хворої особи. Для цього в Україні необхідно прийняти закон про евтаназію, який врегулює права кожної людини та буде відповідати чітким умовам, необхідним для отримання допомоги щодо прискорення смерті, а також буде визначати гарантії, процедури та обов'язки усіх учасників цього процесу.

## **РОЗДІЛ 4. ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ЧЕТВЕРТОГО ПОКОЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.**

### **4.1. Зарубіжний досвід та практика ЄСПЛ щодо правового забезпечення прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я**

Розвиток науки, медицини, глобальні виклики сьогодення породжують нові права четвертого покоління, в тому числі, у сфері охорони здоров'я. Ураховуючи такий швидкоплинний розвиток суспільних відносин у різних державах світу та зважаючи на різні способи правового регулювання, питання щодо гарантування та захисту прав четвертого покоління, визначення меж їх дозволеності і правомірності дедалі частіше отримують своє вираження у практиці ЄСПЛ, який вдається до аналізу законодавства різних держав світу крізь призму порушення чи дотримання основних прав та свобод, закріплених ЄКПЛ свобод. Комплексність обраної для написання цієї роботи теми обумовлює потребу в аналізі законодавства різних держав світу, що на погляд автора, найбільш актуально здійснити, зіставляючи з напрацьованими правовими позиціями ЄСПЛ.

Сурогатне материнство з-поміж інших новітніх технологій у сфері медицини та, зокрема, репродуктивних прав, отримує чи не найбільше вираження на практиці. Особи та пари, які мають проблему з реалізацією репродукції природнім шляхом шукають можливі способи вирішення проблеми та продовження свого роду, звертаючись, цим самим, до використання технології сурогатного материнства. Як зазначалось в межах цієї роботи, сурогатне материнство, зважаючи на спосіб його реалізації та особливості відібрання біологічного матеріалу, за загальним правилом розподіляють на два види: традиційне та гестаційне. Гестаційне, в свою чергу, є більш «новітнім» та виступає альтернативою у тих випадках, коли застосування традиційного способу може не призвести до бажаних результатів. Водночас будь-яка альтернатива, новітній модуль, технологія чи інститут породжує і більше коло правових дискусій, які потребують офіційного врегулювання. Проблематику у цьому випадку породжує і

різноплановість правової визначеності легальності інституту сурогатного материнства в різних державах світу. Зауважимо, що Україна на сьогоднішній день, є однією з небагатьох європейських держав світу, де сурогатне материнство не є забороненим на законодавчому рівні. Відтак, актуальність запозичення та аналізу зарубіжного досвіду відіграє неабияке значення для подальшого правозастосування.

Аналізуючи практику ЄСПЛ, що сформувалась навколо сурогатного материнства вбачається за можливе стверджувати, що вона побудована шляхом захисту права на повагу до приватного і сімейного життя, гарантованого статтею 8 ЄКПЛ [15].

Двома справами, об'єднаними до одного провадження, в межах яких ЄСПЛ надав оцінку правовому визнанню стосунків між батьками та дітьми, народженими на території іншої держави в результаті застосування технології сурогатного материнства стали справа Лабассі проти Франції та Маннессон проти Франції [418; 419].

Обставини були подібними, оскільки вирішувалось питання щодо офіційного визнання у Франції відносин між батьками та дітьми, народженими сурогатним способом. Водночас особливість справ стосувалась законодавчої заборони сурогатного материнства у Франції, а тому народження дітей здійснено на території Сполучених Штатів Америки. Тобто, вирішенню фактично піддавалось правовідношення між громадянами різних держав.

ЄСПЛ надано оцінку правам на «приватне життя» та «сімейне життя», гарантованих статтею 8 ЄКПЛ. Водночас порушень в контексті права повагу до сімейного життя не було.

Серед іншого, суд дійшов висновків, що ознаками втручання у право на повагу до сімейного життя виступає відмова уповноважених органів Франції визнати правове відношення сімейного зв'язку між заявниками та народженими в іншій державі дітьми за допомогою технології сурогатного материнства, на території якої заборони щодо використання не встановлено. Аналогічна позиція відображена також у справах Вагнер та Дж. М. В. Л. [420] та Негрепонтіс-Гіаннісіс

[421], в яких визнано втручання як у приватне, так і у сімейне життя з огляду на відмову влади Греції та Люксембургу визнати законним усиновлення, що реалізовано в інших державах.

Серед основних мотивів в межах аналізу права на повагу до сімейного життя в межах аналізованих справ слід виділити:

- видача посвідчення урядом Франції на підставі встановлення факту французького громадянства одного з батьків, що унеможливило вивезення неповнолітніх дітей з країни;

- наявність документів, виданих батькам на дитину в Сполучених Штатах Америки, якими визначено цивільний статус та відповідно до яких покладено на батьків обов'язки та відповідальність у відносинах батьки-дитина;

- у разі розлучення першого та другого заявника, суд при вирішенні сімейної справи визначав місце проживання дитини та права кожного з батьків щодо дитини;

- доказом правового статусу виступає також можливість третього та четвертого заявника успадковувати спадщину перших двох заявників на підставі документів, виданих їм про цивільний статус на території Сполучених Штатів Америки [419].

Натомість мало місце порушення статті 8 ЄКПЛ в частині права на повагу до приватного життя [15].

Натомість, право на повагу до приватного життя гарантує можливість кожному вимагати реальності встановлення своєї особистості як окремої людини (індивіда). Таке право, в тому числі, включає можливість встановлення правових стосунків батьки-дитина. Правова невизначеність законодавства Франції з питання сурогатного материнства призводить до протиріч у визнанні правового статусу та ідентичності дитини у французькому суспільстві. Таке протиріччя має місце навіть попри те, що діти, народжені за допомогою технології сурогатного материнства офіційно визнавались повноправними членами суспільства на території Сполучених Штатів Америки. В такому контексті хоч і існує законодавча заборона у Франції щодо реалізації технології сурогатного материнства, ЄСПЛ знайшов

підстави, які засвідчують про перевищення розумних меж розсуду державою в частині прийняття відповідних рішень стосовно відносин, які вже сформувались.

Отже, виходячи із такої правової позиції, навіть у разі, коли існує законодавча заборона сурогатного материнства, якщо такі відносини вже відбулись, тобто є реалізованими, держава повинна визнавати такого роду родинні стосунки з метою забезпечення ідентичності особи у суспільстві незалежно від способу та місця її народження.

На противагу проаналізованим справа, у справі С і Е проти Франції ЄСПЛ не тільки не встановив порушення права на повагу до приватного життя, однак не знайшов підстав констатувати порушення статті 14 ЄКПЛ та визнав подані заяви неприйнятними [422]. Серед ключових моментів зазначеного кейсу за доречне виокремити наступні.

По-перше, суть справи стосувалась оскарження дій уповноважених органів влади Франції щодо відмови здійснити реєстрацію відомостей про особу, народжену за допомогою технології сурогатного материнства на території іншої держави. Звернення стосувалось здійснення транскрипції свідоцтва про народження дитини шляхом внесення відомостей в реєстр актів цивільного стану Франції. Звернувшись до Генерального консула Франції у Маямі була заявниками отримана відмова.

По-друге, офіційними батьками дитини, у відповідності до свідоцтва про народження, вважались батько, стовбурові клітини якого були використані, а також сурогатна матір, що у відносинах сурогатного материнства, які виникли, вважалась третьою стороною. Попри це, згідно офіційних документів сурогатна матір визначена офіційною матір'ю.

По-третє, ЄСПЛ послався, зокрема, на справу Маннесон проти Франції зазначивши, що аналізу піддається встановлення обставин щодо втручання і чи було таке втручання: а) необхідним у демократичному суспільності; б) засноване на нагальній соціальній потребі; в) чи відповідає воно законній меті [422].

Крім того, відповідно до Консультативного висновку ЄСПЛ від 10 квітня 2019 року право на повагу до приватного життя дитини вимагає від національного



законодавства створення можливості визнання правового зв'язку між дитиною та матір'ю, яка визначена в свідоцтві про народження дитини, виданого в іншій державі. Таке право не вимагає обов'язку щодо внесення такого свідоцтва до актів цивільного стану Франції, в той час як встановлення зв'язку з передбачуваною матір'ю може бути реалізоване іншим шляхом, до прикладу, завдяки усиновленню [423].

По-четверте, до уваги взята позиція, викладена у остаточному рішенні Касаційного суду Франції, відповідно до якої, відмова органів влади Франції не позбавляє дружину біологічного батька здійснити усиновлення дитини, а відтак офіційно визнати стосунки батьки-дитина [424].

За сукупністю зазначених обставин ЄСПЛ дійшов висновків стосовно відсутності непропорційних дій зі сторони влади Франції по відношенню до заявників, на підставі чого подані заяви визнано неприйнятними.

Проаналізовані справи та правова позиція, напрацьована судом дає підстави стверджувати, що за державами фактично залишено право вирішення питань про офіційне визнання стосунків батьки-дитина у випадку, якщо була застосована технологія сурогатного материнства, яка не визнається державою, де такі стосунки мають намір узаконюватись. А відтак, відмова у виданні дозвільних документів чи вчиненні будь-яких інших дій, що не визнаються законодавством такої держави, не може призводити до загальнообов'язкового примусу вчиняти дії по узаконенню стосунків, якщо їх легальність визнано державою, на території якої дозволено застосування технології сурогатного материнства.

В подальшому така позиція знайшла своє відображення також у справах Фулон і Буве проти Франції та Лаборьє проти Франції [425; 426].

Слід наголосити, що у жодному із проаналізованих рішень не констатовано порушення статті ЄКПЛ шляхом визнання достатності чи заборони застосування технології сурогатного материнства. Більшою мірою суд виходив із дослідження та встановлення порушення дитячої ідентичності у суспільстві. Пояснення таких підходів криється у врахуванні ЄСПЛ законодавства Франції, яке встановлює

чіткий імператив заборони застосування на території держави технології сурогатного материнства.

Статтею 16-7 Глави II «Повага до людського тіла» Цивільного кодексу Франції регламентована нікчемність будь-яких угод, що стосуються продовження роду чи вагітності, укладених від імені інших осіб [427].

Абзацом третім статті 227-12 Кримінального кодексу Франції встановлена кримінальна відповідальність у вигляді штрафу у сумі 15 тис. євро у разі посередницької діяльності між особою, яка приймає пропозицію виносити дитину та парою, намір щодо передання якій переслідує особа. У разі вчинення таких дій повторно, чи з метою отримання прибутку штраф за таке діяння подвоюється. Замах на злочин, визначений абзацом третім карається у вигляді штрафу у сумі 15 тис. євро [428].

Касаційний суд Франції рішенням від 31 травня 1991 року у справі D.1991.417 підтвердив законодавчу встановлену заборону застосування технології сурогатного материнства [424].

Найвищий суд Франції визначив сурогатне материнство з точки зору заборони розпорядження людським тілом у випадку, якщо жінка погодилась зачати, народити та відмовитись при народженні від дитини за винагороду чи без неї. Такі дії на думку Касаційного суду Франції порушують принцип громадського порядку, визначеного цивільним законодавством, а також містять у своєму складі ознаки комерціалізації цивільного статусу особи, що є неприпустимим [424].

Принцип громадського порядку, визначений статтею 16-9 Цивільного кодексу Франції, охоплює правовідносини, урегульовані Главою II цього Кодексу, тобто Поваги до людського тіла [427].

Крім того, статус особи, народженої внаслідок застосування технології сурогатного материнства не може вважатись визначеним у суспільстві, оскільки він не відповідатиме справжньому походженню дитини [424].

У справі Парадісо і Кампанеллі проти Італії [429] не встановлено порушення права на повагу до сімейного життя, а також права на повагу до приватного життя, гарантованих статтею 8 ЄКПЛ.

Суть справи, аналогічно попереднім, стосувалась проблематики визнання біологічних стосунків між батьками, що були уродженцями Італії та дитиною, народженою за допомогою репродуктивного способу на території Російської Федерації. Заявники мотивували незаконність дій Італії через розірвання уповноваженими органи влади стосунків батьки-діти, оскільки народжену дитину було відібрано від заявників та передано під опіку до центру соціального захисту.

На відміну від раніше проаналізованих справ, ЄСПЛ акцентував у цій справі акцентував увагу на відсутності сімейного зв'язку, як такого, виходячи з наступного:

- недоведення заявниками факту використання біологічного матеріалу батька клінікою, що проводила процедуру штучного запліднення;
- відсутність емоційного зв'язку між подружжям та дитиною;
- відсутність підтвердження юридичного визнання стосунків між заявниками та дитиною, що підтверджувалось неможливістю батьків представляти інтереси дитини чи діяти від її імені [429].

Зауважено також на правильності встановлення на національному рівні факту відсутності тяжких страждань у дитини внаслідок розлуки із заявниками, а також на дотриманні національними судами балансу інтересів державних та приватних.

Фактично ЄСПЛ виходив більшою мірою із дослідження специфіки сімейних та біологічних зв'язків між дитиною та парою.

Разом з цим, на увагу заслуговує законодавство Італії, яке забороняє застосування будь-якої форми сурогатного материнства.

У 2004 році прийнято спеціальний Закон «Правила щодо продовження роду з медичною допомогою», статтею 12 яких окреслена заборона та відповідальність за вчинення окремих дій, пов'язаних з допоміжною репродукцією [430]. У разі вчинення дій, спрямованих на організацію чи продаж гамет, ембріонів, або надання послуг сурогатного материнства, встановлюється відповідальність у виді позбавлення волі строком від трьох місяців до двох років та штраф у розмірі від 600000 до 1 000 000 євро. У випадку вчинення відповідного діяння особливим

суб'єктом – лікарем, окрім вищеперерахованих санкцій він також підлягає позбавленню права обіймати відповідну посаду пожиттєво [430].

Деякі зарубіжні вчені пов'язують закріплення заборони сурогатного материнства зі статтею 2 Конституції Італії, яка декларує повагу до людської гідності крізь призму соціальної свідомості, а відтак угоди про сурогатне материнство повинні вважатись незаконними [431].

Якщо проводити аналіз законодавства Італії за аналогією із позицією ЄСПЛ, а саме, з точки зору встановлення біологічного зв'язку у відносинах батьки-дитина, то такий зв'язок законодавцем визнано між дитиною та жінкою, якою вона народжена.

Вказане підтверджується статтею 269 Глави II Цивільного кодексу Італії, яке регламентує особливості вирішення судових спорів одночасно встановлюючи, що факт біологічного зв'язку між матір'ю та дитиною підтверджується у судовому порядку шляхом встановлення особи дитини та матері, яка заявляє про її народження. В свою чергу, доказом природного батьківства не може вважатись факт будь-якого зв'язку між матір'ю та імовірним батьком у момент зачаття дитини [432].

Питання сурогатного материнства досліджувались також ЄСПЛ у справах Д. та інші проти Бельгії справа, Д проти Франції, а також на разі вирішуються питання у справах за заявами № 56846/15 та 56849/15 Шлітгнер-Хай проти Польщі та заявою № 13344/20 А. Л. проти Франції [433-436].

Окремої уваги заслуговують спори та особливості законодавчого регулювання питань щодо екстракорпорального запліднення.

У справі Еванс проти Сполученого Королівства досліджувалась правомірність застосування технології екстракорпорального запліднення у співвідповідності з положеннями статей 2, 8 та 14 ЄКПЛ, порушення яких встановлено не було [437].

Обставини справи полягали у тому, що заявниця Еванс та її чоловік містер Дж. (J) звернулись до Клініки допоміжної репродукції з метою лікування безпліддя, однак в ході огляду було виявлено, що заявниця має передракові пухлини,

повільний ріст яких дозволяє взяти матеріал для майбутнього екстракорпорального запліднення. Перебуваючи у шлюбі заявниця з чоловіком підписали договір-згоду, умовами якого, серед іншого, було визначення максимального терміну зберігання (протягом 10 років) ембріонів, а також умови щодо припинення зберігання сперми та ембріонів, а саме, загибель та визнання особи психічно недієздатною. Серед умов припинення зберігання сперми та ембріонів таку підставу як розірвання шлюбу сторонами обумовлено не було [437].

Після видалення яєчників заявниці повідомили, що імплантування будь-якого із шести ембріонів, попередньо переданих на зберігання, неможливе протягом двох років. Протягом цього періоду шлюб між заявницею та Дж. розпався, а останній повідомив клініку про своє бажання знищити запас ембріонів. Тобто, такою дією однією зі сторін договору-згоди заявлений намір відмови від подальшого здійснення запліднення.

Відносини, що виникли між сторонами підпадали під регулювання Закону про запліднення та ембріологію 1990 року, до якого у 2008 році були внесені зміни [438; 439].

Додаток 3 вказаного Закону регулює питання щодо надання згоди на проведення штучного запліднення. Однією із умов, гарантованих пунктом 4 (1) встановлено, що надання згоди повинно в себе включати і можливість її зміни час від часу, в тому числі, з урахуванням можливості сторони відкликати таку згоду. Водночас пункт 4 (2) встановлював умови, за яких відкликання згоди вже не може бути можливим у тому разі, якщо ембріон буде використаний, у наданні послуг з лікування чи для будь-яких інших цілей проєкту дослідження [438].

При цьому, особливості зберігання ембріонів, створення яких було здійснено за допомогою способу *in vitro*, регламентовані Законом, встановлюють, що їх зберігання не може бути забезпечене у разі відсутності згоди кожної особи, біологічний матеріал яких використовувався для створення ембріона [438].

За результатами розгляду справи ЄСПЛ дійшов висновків, що Дж. у момент перебування у стосунках із заявницею дійсно діяв добровільно. Однак, баланс інтересів не повинен беззаперечно схилитись виключно на користь особи жіночої

статі, цим самим піддаючи менш гідному захисту права донора-чоловіка. Факту дискримінації, зокрема у розрізненні ставлення до жінок, які народжують самотійно та тих, які звертаються до застосування технології штучного запліднення також немає, що свідчить про відсутність порушення статті 14 вищезгаданої ЄКПЛ.

Інтереси особи, яка має намір відкликати згоду, тим самим знищити ембріон, мають переважати. В цьому аспекті вважатиметься дотриманим і баланс інтересів держави та приватних інтересів навіть якщо особа: а) не має інших засобів для народження генетично пов'язаної дитини; б) не має дітей; в) не має наміру звертатись до сурогатної матері в процесі імплантації. Разом з цим, у рішенні наголошено, що за певних конкретних обставин відносна важливість приватних інтересів може переважати над інтересами іншої особи.

Порушення норм ЄКПЛ не було встановлено і у справі С. І Х. та інші проти Австрії, обставини якої базувались на зверненні двох подружніх пар до екстракорпорального запліднення: у першому випадку із використанням сперми донора, у другому – яйцеклітини. Австрійським законодавством реалізація такого запліднення заборонена, однак заборони щодо використання методу допоміжної репродукції з використанням сперми та яйцеклітини осіб, що перебувають у шлюбі не встановлено [440].

Позиція ЄСПЛ базувалась на тому, що законодавством не у повній мірі заборонено реалізовувати штучне продовження роду, оскільки декламується принцип найбільшого наближення природного зачаття з метою уникнення імовірних спорів між генетичними та біологічними батьками. Хоч судом у цій справі не встановлено порушень статті 8 ЄКПЛ, однак наголошено на потребі австрійського законодавця ураховувати особливості розвитку науки та відносин, які у цій державі стрімко розвиваються.

В Австрії з 1992 року діє Закон про репродуктивну медицину (Fortpflanzungsmedizingesetz – FmedG), останні зміни до якого внесені у 2018 році [441].

Параграфом 1 (2) Розділу 1 згаданого Закону до методів медико-допоміжного розмноження віднесено, серед іншого, об'єднання яйцеклітин із клітинами сперми поза організмом жінки [441].

Параграф другий (1) Розділу 2 Закону про репродуктивну медицину Австрії чітко передбачає, що продовження роду за допомогою медицини дозволено виключно у випадку перебування осіб у офіційно зареєстрованому чи цивільному шлюбі, в той час як параграфом 2 В (1) цього ж Розділу передбачена можливість вилучення сперми, яйцеклітин тканин яєчок та яєчників для подальшого збереження та медичного відтворення виключно у разі, якщо досягнення сучасної науки та практики викликають серйозні ризики припускати, що вагітність більше не може бути відтворена у статевий спосіб [441].

Закон також закріплює, що зберігання сперми, яйцеклітин, тканин яєчок чи яєчників може бути здійснено тільки в лікарні, що затверджена відповідно до переліку, в якому дозволяється проведення медичної репродукції. Зберігання такого матеріалу здійснюється до скасування чи смерті особи, від якої біологічний матеріал було відібрано. При цьому, максимальний термін зберігання, встановлений Параграфом 17 (1) Розділу 4 Закону, становить 10 років [441].

Тобто, станом сьогодні на рівні національного законодавства Австрії фактично існує завуальована можливість реалізації ектракорпорального запліднення, однак за наявності тих обов'язкових, які усуватимуть можливість припускати про вчинення порушень зі сторони осіб, які звертаються до способів репродуктивного продовження роду.

Питання правомірності застосування ектракорпорального запліднення у співвідповідності із національним законодавством держав світу досліджувались також у справах Діксон проти Сполученого Королівства, Коста та Паван проти Італії, Кнехт проти Румунії [442-444] та інші.

Дискусії не вщухають і навколо правової визначеності трансплантації. Як вже зазначалось дещо вище, в Україні відносини щодо трансплантації урегульовані Законом України «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині». Водночас як в Україні, так і в зарубіжних державах світу точаться

суперечності як у медичній і судовій практиці, так і в правовій площині щодо можливості вилучення органів, тканин, анатомічних матеріалів людини, меж дозволеності трансплантації, обов'язку чи його відсутності стосовно отримання згоди особи (донора) чи його близьких родичів (уповноважених осіб) на вилучення органів тощо.

Однією із перших справ ЄСПЛ, в межах якої безпосередньо досліджувались питання трансплантації органів стала справа Петрова проти Латвії, в якій було визнано порушення статті 8 ЄКПЛ, оскільки встановлено втручання держави у право особи на повагу до приватного життя фактично через «формальне» регулювання питань трансплантації на національному рівні, зокрема, неналежного регулювання отримання згоди померлої особи чи родичів на вилучення органів [192].

Син заявниці Петрової потрапив в серйозну автокатастрофу, наслідком чого стало його транспортування до лікарні у міста Бауска, з якої в подальшому транспортований до лікарні у місті Рига, в якій проведено операцію на голову. Після проведення операції потерпілий до туди не прийшов. Через два дні після подій, що відбулись з центру трансплантації клінічної університетської лікарні Паулся Страдіня прибули лікарі з метою отримання інформації про потенційного донора, що проходив реанімацію. Після констатації смерті через три дні після дорожньо-транспортної пригоди хлопцю проведено лапаротомію під час якої вилучено нирки та селезінку з метою подальшої трансплантації [192].

Однак, в ході розгляду національними судами, а також на стадії розгляду справи ЄСПЛ встановлено, що прижиттєвої згоди померлої особи на вилучення у неї органів після смерті не було. Така згода не надавалась і родичами загиблого, більше того, вона не запитувалась ні закладом охорони здоров'я, ні лікарями, які брали участь у лікуванні чи вилученні органів.

Держава посилялась на те, що діяла в межах законодавчої дозволеності, оскільки обов'язку щодо отримання такої згоди не передбачено. Однак, заявниця, як найближча родичка загиблого, не була повідомлена, а як наслідок – не була обізнана про те, що одразу після констатації факту смерті її сина було здійснено



вилучення органів. Відтак, суд дійшов висновків, що заявниця, в розумінні абзаців першого та другого статті 8 ЄКПЛ не могла реалізувати певні законодавчо визначені права.

Законодавча специфіка у сфері трансплантації у Латвії врегульована спеціальним Законом «Про захист тіла померлих людей використання людських тканин та органів у медицині» [445], останні зміни до якого внесені наприкінці 2020 року.

Стаття 10 згаданого Закону встановлює, що проведення трансплантації можливе у разі підтвердження факту смерті мозку або біологічної смерті особи, що може бути потенційним донором. При цьому у разі відсутності в Реєстрі населення інформації про заборону на використання органів та тканин після смерті особи і у разі відсутності до моменту їх вилучення повідомлення від родичів щодо заборони такого вилучення, дозволяється проведення вилучення тканин та органів, що передбачено статтею 11 Закону «Про захист тіла померлих людей використання людських тканин та органів у медицині». Єдиний імперативний припис, який чітко встановлює заборону щодо вилучення стосується померлих дітей. У разі відсутності згоди їх батьків чи опікуна вилучення органів та тканин не допускається [445].

Тобто вказані приписи засвідчують про заборону використовувати тіло, тканини та органи померлої особи проти її волі, якщо така заборона документально була виражена протягом життя особи. Вказане, в тому числі, відповідає вимогам статті 2 вищезгаданого Закону Республіки Латвія [445].

Контрольні функції, зокрема, щодо видачі дозволів на видалення та подальше використання вилучених органів та тканин віднесено до повноважень МОЗ. На державу, в особі вказаного міністерства покладено також обов'язок захисту тіла померлої особи і використання органів та тканин у медицині [445].

Попри те, що латвійське законодавство фактично виправдовує вилучення органів за окремих умов, а саме, за наявності прижиттєвої згоди, Кримінальним кодексом Латвії все ж таки урегульована кримінальна відповідальність за незаконне вилучення органів та тканин. Суб'єкт злочину за латвійським

законодавством виключно спеціальний, а саме медичний працівник, що здійснює вилучення органів чи тканин померлої особи.

Статтею 139 Кримінального кодексу Республіки Латвії визначено, що у разі вилучення медичним працівником органів чи тканин у померлої особи з метою їх використання у медичних цілях, особа карається позбавленням волі на строк до чотирьох років, або тимчасовим позбавленням волі, штрафом з одночасним позбавленням правом займатись медичною практикою на строк до п'яти років. За незаконне вилучення органів чи тканин у живої особи настає відповідальність у виді позбавленням волі строком до семи років з позбавленням правом займатись медичною практикою строком до п'яти років (частина друга статті 139 Кримінального кодексу Республіки Латвія) [446].

Трансплантація крізь призму кримінально-правового виміру досліджена у справі Ельберте проти Латвії, в якій встановлено порушення не тільки статті 8, однак і статті 3 ЄКПЛ. Умовно серед основних підстав визнання порушення ЄКПЛ слід виділити: а) неналежну реалізацію повноважень правоохоронними органами Латвії, що призвело до невстановлення складу злочину у справах щодо вилучення органів та тканин померлих осіб; б) тривалість душевних страждань заявниці, яка протягом двох років не знала про вилучення тканин у її чоловіка, згоди щодо яких не було отримано владою Латвії [447].

Через два роки після загибелі чоловіка в автокатастрофі, а саме у 2003 році, правоохоронними органами Латвії було відкрито кримінальне провадження за фактом незаконного масового вилучення органів та тканин померлих осіб для поставки фармацевтичній компанії у Німеччині, яка у 1994 році уклала угоду з Криміналістичним центром Латвії, а кваліфікованим співробітникам дозволялось проводити видалення органів та тканин з власної ініціативи. В межах кримінального провадження заявницю було визнано однією із потерпілих, саме тоді вона і дізналась про факт вилучення органів у її покійного чоловіка. Кримінальне провадження кілька разів закривали за закінченням строків чи відсутністю складу злочину, а згодом поновлювали [447]. Згідно з останнім рішенням Генерального прокурора Латвії було вирішено, що кваліфікувати дії осіб,

які проводили видалення органів та тканин у померлих осіб відповідно до статті 228 Кримінального кодексу Латвії, що встановлює кримінальну відповідальність за осквернення могил чи тіла померлого, недоречно, оскільки експерти діяли на підставі розпорядження Міністерства юстиції Латвії та з дотриманням відповідної інструкції, яка передбачала, що видалення повинно бути здійснено таким чином, щоб тіло не залишилось понівеченим [447].

Порушення статті 8 ЄКПЛ було мотивовано недостатньою точністю формулювання латвійського законодавства, яке не могло забезпечити належний захист прав особи.

В частині статті 3 ЄКПЛ ЄСПЛ виходив із наступного.

По-перше, особливості строків. Заявниця дізналась про вилучення органів її чоловіка через два роки після його смерті. Остаточне рішення на національному рівні було постановлене через п'ять років після смерті чоловіка.

По-друге, тривалий період невизначеності та мук, яких зазнала заявниця через те, що їй не було відомо які саме тканини були вилучені у її чоловіка, яким саме способом та з якою саме метою.

По-третє, суд відхилив доводи уряду про те, що вчинені дії з померлою особою були «поза розумним сумнівом», оскільки заявниця тільки через два роки після смерті чоловіка довідалась про видалення тканин, а відтак туга та страждання виникали посилювались ще й через невизначеність щодо дій, здійснених в Криміналістичному центрі щодо тіла її померлого чоловіка. Більше того, заявниця тільки через два роки почала припускати, що зв'язані ноги чоловіка, які вона побачила при похованні, саме після видачі тіла з центру, могли стати наслідком вилучення тканин, а не наслідком катастрофи. Вказане посилює ступінь невизначеності [447].

По-четверте, ЄСПЛ у своєму прецедентному праві ніколи не ставив під сумнів серйозний психологічний вплив, страждання та порушення прав людини, яких заявники зазнають внаслідок обставин, що стались з членами їх сімей чи родичами.

По-п'яте, спеціальна галузь, якою є трансплантологія, встановлює обов'язок поваги до людського тіла навіть після смерті, а приниженням, в розумінні статті 3 ЄКПЛ вважатиметься, в тому числі таке поводження, яке принижує гідність [447].

За сукупністю обставин, ЄСПЛ визнав, що завдані страждання заявниці включали, в тому числі, принизливе поводження з тілом її померлого чоловіка, що суперечить принципам статті 3 вищезгаданої ЄКПЛ, а відтак має місце її порушення державою Латвія.

Відносно новим рішенням, постановленим наприкінці 2018 року, що є дотичним щодо групи репродуктивних прав та права на трансплантацію є справа Недексу проти Румунії [448].

В межах справи встановлено, що з метою репродуктивного відтворення у подружньої пари були отримано ембріони, які заморожені в одній із лікарень Румунії. Однак, в межах одного із кримінальних проваджень лікарня була закрита, а всі генетичні матеріали, в тому числі, ембріони, що у ній зберігались, підлягали вилученню та переданню до інституту судової медицини. Попри звернення заявників та дозвіл від прокуратури на отримання відповідних ембріонів, інститутом судової медицини у такому доступі будо відмовлено. Заявниця намагалась зробити повторну стимуляцію яєчників для отримання нових ембріонів, однак через незадовільний стан здоров'я спроба виявилась неможливою. З огляду на обставини, що склались заявниця намагалась отримати статус потерпілої в кримінальному провадженні, однак отримала відмову через те, що дії, пов'язані з вилученням ембріонів не є спільними з діями, що кваліфікувались злочином [448].

Заяви до Агентства з питань трансплантації щодо надання дозволу на отримання ембріонів також залишились без належного реагування та у доступі до ембріонів шляхом передачі до зберігання в іншу лікарню було відмовлено. В свою чергу, Апеляційний суд також відмовив у доступі ембріонів спираючись на рішення Агентства з питань трансплантації. Лікарня, яка була визначена тимчасовим зберігачем ембріонів постійно змінювала умови для вилучення ембріонів. Останньою із умов була присутність делегації, яка повинна складатись

із представників Агентства трансплантації, ембріолога з клініки та Дирекції з розслідування організованої злочинності та тероризму Генеральної прокуратури Румунії [448].

Вирішуючи питання про порушення ЄКПЛ суд, серед іншого, взяв до уваги пояснення лікарні-зберігача про те, що недоліки, в юридичних процедурах пов'язаних, зокрема, із їх переміщенням та зберіганням ембріонів унеможлилювали чітке встановлення належності тих чи інших ембріонів заявникам. Суд дійшов висновків, що втручання на повагу до приватного життя заявників не було чітко передбачене національним законом, а відтак суд не зобов'язаний встановлювати чи переслідувало таке втручання законну мету, або ж чи було воно пропорційне такій меті. За сукупністю таких обставин ЄСПЛ було констатовано порушення статті 8 ЄКПЛ [448].

В частині правової визначеності відносин трансплантації у Румунії слід звернути увагу на Закон № 95/2006, Розділ VI якого визначає проведення збору та трансплантації органів, тканин та клітин людського походження.

В Румунії доволі чітко на законодавчому рівні регламентовано прижиттєве та посмертне донорство, зокрема закріплені: умови проведення трансплантації, особливості відібрання органів та тканин, заборони та обмеження, визначено факт констатації смерті та контролюючі органи у сфері трансплантації, фінансування та відповідальність у сфері трансплантації тощо.

Статтею 143 Закону № 95/2006 закріплено, що уповноваженими органами у сфері трансплантації в Румунії є Національне агентство з трансплантації, яке є уповноваженим за координацію, нагляд та затвердження будь-яких положень у вказаній сфері, а також Міністерство охорони здоров'я, що по суті є контролюючим органом у сфері трансплантації [449].

Видалення органів у живого донора можливе тільки за письмовою поінформованою згодою дієздатного донора, після обстеження та медичного підтвердження можливостей щодо здійснення трансплантації, у клініці, де має відбутись операція (пункти перші статей 144, 146 Закону № 95/2006) [449].

Як посмертне, так і прижиттєве донорство можливо проводити виключно після клінічного обстеження сумісності донора та реципієнта, виключення факту зараження інфекційними чи іншими захворювання, що можуть засвідчувати про ризики при проведенні трансплантації.

Посмертне донорство допускається при дотриманні умов, визначених статтею 147 Закону № 95/2006, а саме:

- підтвердження факту смерті (зупинення серцевої діяльності) двома медичними працівниками у відповідності до реанімаційних протоколів, затверджених Міністерством охорони здоров'я Румунії;

- підтвердження факту зупинення функцій мозку у відповідності до затверджених протоколів, констатованих лікарями, які не входять до координаційних груп взяття проб на трансплантацію;

- видалення можливе виключно за наявності письмової згоди хоча б одного із найближчих родичів у такому порядку: подружжя, батьки, діти (нащадки), брати/сестри, родичи іншої лінії споріднення до четвертого ступеню включно;

- отримання згоди родичів не потрібно у разі прижиттєвого нотаріального засвідчення згоди людини на вилучення органів чи тканин після її смерті та реєстрації такої особи в Національному реєстрі донорів органів та тканин [449].

Доволі цікавою є умова, відповідно до якої розподіл органів, тканин та клітин покладається на Національне агентство з трансплантації, яке, в тому числі, уповноважене здійснювати розподіл реципієнтів на рівні міжнародної трансплантаційної мережі, у випадку відсутності можливостей для такого реципієнта на національному рівні.

Цим же нормативним актом встановлений доволі широкий спектр діянь, які вважаються кримінально караними у досліджуваній сфері. В першу чергу, вилучення органів, тканин та клітин у живих донорів без їх згоди є злочином та карається позбавленням волі від 2 до 7 років з обмеженням певних прав [449].

Кримінальна відповідальність визначена також за: дарування органів, тканин чи клітин, в тому числі з метою отримання прибутку для себе чи третіх осіб, примушування до здачі органів, тканин чи клітин, публікація чи висвітлення у засобах масової інформації повідомлень про донорство органів, тканин, клітин, пожертвування, зроблене з отриманням матеріальної вигоди, в тому числі, для третіх осіб, організація, проведення забору органів, тканин чи клітин, їх придбання з метою продажу, ввезення або вивезення з країни органів, тканин та клітин людського походження без отримання спеціального дозволу, виданого Національним агентством з трансплантації [449]. Особливості відповідальності та види покарань за перераховані злочини закріплені у статтях 153 – 158 Закону № 95/2006.

Одним із прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я, яке на даному етапі еволюції суспільних та медичних відносин набуває, якщо не надто активного поширення, то дедалі більшого значення, є право на смерть, або ж так звана евтаназія. Розвиток рівня захворюваності, невиліковних хвороб, ризиків від глобальних пандемій та інших викликів у сфері охорони здоров'я, що з кожним днем частіше мають прояв, призводить до нового поштовху щодо перегляду різними державами світу політику щодо права на припинення життя.

ЄСПЛ неодноразово приділяв увагу дослідженню даному питання у справах Прітті проти Сполученого Королівства, Санлес Санлес проти Іспанії, Хаас проти Швейцарії, Кох проти Німеччини, Ламберт та інші проти Франції тощо [450-454].

У жодній із перерахованих справ ЄСПЛ не було встановлено порушень ЄКПЛ, а саме статті 8 (Хааса проти Швейцарії), статей 2, 8 (Ламберт проти Франції), статей 2, 3, 8, 9, 14 (Прітті проти Сполученого Королівства). Виключенням є тільки справа Кох проти Німеччини, де суд встановив (порушення статті 8 ЄКПЛ).

У межах справи Прітті проти Сполученого Королівства ЄСПЛ надав оцінку обставинам наявності у заявниці прогресуючого захворювання хвороби рухових нейронів. Попри невиліковність таке захворювання не вплинуло на інтелектуальні можливості заявниці, в тому числі, на можливість прийняття рішень та

усвідомлення їх наслідків. Заявниця, серед іншого, посилялась на те, що вона не спроможна власними діями вчинити самогубство через фізичні вади, яке не є кримінально караним діянням відповідно до законодавства Великої Британії, натомість допомога іншою особою у припиненні життя відповідно до Закону вважається злочином. Уповноваженими органами Сполученого Королівства висловлена позиція, що у разі припинення життя заявниці її чоловіком, як цього вона бажала, визнати його таким, що не підпадатиме під кримінальну відповідальність не можна [450].

ЄСПЛ серед ключових аргументів в контексті аналізу статті 2 ЄКПЛ дійшов висновків, що зі згаданої статті не може випливати права на смерть незважаючи від суб'єкта (держава чи треті особи), який може посприяти його реалізації. Таким підходом суд фактично заборонив тлумачити статтю 2 ЄКПЛ крізь призму можливості реалізації негативного впливу, у цьому випадку, з точки зору реалізації права на припинення життя [450].

Дійсно, відповідно до законодавства Великої Британії вчинення самогубства не є кримінально караним діянням, що гарантовано статтею 1 Закону про самогубства 1961 року [455].

Разом з цим, статтею 2 цього ж Закону встановлена кримінальна відповідальність у виді позбавлення волі строком до 14 років за співучасть або сприяння у самогубстві чи спробі самогубства [455].

Тобто, співставляючи нормативне регулювання питання евтаназії, яке сформувалось у Великій Британії з рішенням ЄСПЛ, позиція, сформована у справі Прітті проти Сполученого Королівства видається виправданою.

Попри такий висновок суду у Великій Британії вже неодноразово піднімалися питання щодо легалізації евтаназії та робились спроби змінити Закон про самогубство. У відповідності до одного із проєктів Біллю про допоміжну смерть передбачалось, що невиліковно хвора особа вправі вимагати припинення свого життя шляхом звернення за відповідною допомогою [456].

Проєктом передбачалась також низка умов для осіб, виключно за дотримання яких право на припинення життя могло б реалізовуватись, а саме:



- чіткий намір закінчити власне життя;
- особою зроблено заяву встановленої форми;
- досягнення 18 річного віку на момент подання заяви;
- проживання на території Англії та Уельсу не менше десяти років [456].

Статтею 4 проєкту встановлювалось, що допомогу у смерті може надавати лікуючий лікар шляхом надання ліків особі, яка подала заяву встановленої форми [456].

Однак, жоден із проєктів, яким пропонувалось внести зміни у законодавство, що регулює питання припинення життя, в тому числі і проаналізований, так і не були прийнятим, а тому станом на сьогодні основним актом, який регулює відповідні питання залишається Закон про самогубство 1961 року.

Розголосу та найбільший спалах дискусій серед справ ЄСПЛ об'єктом дослідження в яких було право на смерть стала справа Ламберт та інші проти Франції [454]. Висновки, зроблені у цій справі були трактовані суспільством як такі, що призвели до визнання можливості припинення заходів з підтримки життя хворого, тобто, пасивної еутаназії.

Обставини справи полягали у тому, що внаслідок дорожньо-транспортної пригоди пан Вінсент Ламберт зазнав серйозних травм голови, що призвело до непоправних наслідків, засвідчених консилиумом лікарів як хронічний нервово-вегетативний стан, тобто стан мінімальної свідомості. Вісімдесят сім сеансів мовної та логопедичної терапії, а також спроби посадити хворого у інвалідний візок результатів не дали [454].

За результатами дев'яти медичних спостережень та сформованими внаслідок них медичних висновків було оцінено наступні фактори, за наслідками яких констатовано:

- клінічний стан відповідає вегетативному стану з мінімальними ознаками усвідомлення;
- за п'ять з половиною років перебування у такому стані та з моменту травми голови спостерігалась атрофія головного мозку, що засвідчувала майже

повне знищення стратегічних областей мозку, а відтак, про незворотність пошкоджень мозку;

— курс мовної та логопедичної терапії не призвели до встановлення спілкування;

— реагування на больові подразники спостерігались, але реакції не були свідомими.

Враховуючи медичні висновки лікуючим лікарем було ухвалено рішення про припинення підтримання життєдіяльності пацієнта.

Заявники, якими у даній справі виступали батьки, зведені брат та сестра стверджували про неможливість прийняття медиками рішення про припинення життя Вінсента Ламберта від його імені, що фактично було здійснено [454].

ЄСПЛ надаючи оцінку діям держави у співвідповідності зі статтею 2 ЄКПЛ виходив із позитивних та негативних зобов'язань, що впливають із обов'язку захисту людського життя, гарантованого згаданою статтею ЄКПЛ.

У контексті позитивних зобов'язань у рішенні акцентована увага на можливості свободи розсуду держави. Зокрема, ураховуючи скрупульозне дослідження обставин справи державними органами, доступність засобів судового захисту, якими могли вільно скористатись заявники, законодавчу визначеність з цього питання, а також ураховуючи свідчення заявників про словесні твердження Вінсента Ламберта, висловлені при житті про те, що він «не хоче залишатись штучно живим у випадку нещасного випадку», суд дійшов висновків, що в такому випадку організація процесу прийняття рішень, в тому числі, визначення особи та її повноважень щодо прийняття рішення про припинення лікування відносяться до свободи розсуду держави [457].

Щодо відсутності порушення державою негативного зобов'язання ЄСПЛ зазначив, що допоки у Франції на законодавчому рівні дозволене терапевтичне утримання, яке, в тому числі, передбачає можливість скасування чи відмови від лікування, у ситуації, що виникла з паном Вінсентом Ламбертом не можна вести мову про навмисне позбавлення життя пацієнта. Відтак, лікар, який приймає

рішення у такому випадку виходить із розсуду полегшення страждань хворого [454].

Ухвалення цього рішення було сприйняте як таке, що легалізує право на смерть та почало активно обговорюватись у суспільстві.

Наприклад, Європейський центр права та юстиції писав про те, що ЄСПЛ визнав законним спричинення смерті пацієнта-інваліда, який не надавав на це згоди, а відтак позбавив такого пацієнта захисту його прав у розумінні ЄКПЛ. ЄСПЛ відроджується практика, якої Європа намагалась уникнути надаючи державам свободу розсуду в позитивних зобов'язаннях, чим ставиться під загрозу «законна смерть» пацієнтів, що перебувають у ситуації, подібній до ситуації Вінсента Ламберта [458].

Блог міжнародного права після ухвалення рішення опублікував статтю під назвою «Особиста автономія в рамках права на життя відкриває двері до «права на смерть» [459].

На погляд автора, позиція ЄСПЛ у аналізованій справі на момент постановлення рішення хоч і була нетиповою, однак з точки зору законодавчої обумовленості стосовно права на закінчення життя, що сформувалась у Франції, є виправданою.

У Франції є окремий кодифікований акт – Кодекс охорони здоров'я, який об'єднує у своєму змісті п'ять книг, що регламентують особливості захисту охорони здоров'я, в тому числі, визначають умови закінчення життя особи, а також гарантує хворій особі право на повагу до її гідності [460].

Законодавство Франції апелює поняттям паліативної допомоги, розглядаючи її як активний та постійний догляд хворого міждисциплінарною командою, що може здійснюватися в медичній установі чи вдома, спрямована на полегшення страждань хворого, в тому числі, психічних, а також на захист гідності такої особи та її оточення [460].

Із аналізу статті L.1110-5 Кодексу охорони здоров'я Франції є підстави стверджувати про той самий «розсуд» щодо права на припинення життя, про який згадував ЄСПЛ. Вказаною статтею визначено, що кожен має право на терміновість

необхідних втручань з огляду на стан свого здоров'я, які не повинні піддавати ризику очікувану мету. При цьому, частиною другою закріплено, що такі дії не повинні піддаватись переслідуванню у разі необґрунтованості їх продовження. У разі, якщо вчинення втручань чи інших дій видається непропорційним або ж непотрібним, або жодних наслідків крім штучного збереження життя за собою не несуть, вони можуть бути зупинені або ж не розпочаті [460].

У будь-якому випадку на лікаря покладається обов'язок захистити гідність помираючої особи та забезпечити якість її життя надаючи паліативну допомогу, що гарантовано статтями L. 1110-5 та L.1111-4 Кодексу охорони здоров'я Франції.

У відповідності до частини третьої статті L. 1111-4 Кодексу охорони здоров'я Франції жодне втручання чи лікування неможливо проводити без добровільної та свідомої згоди пацієнта [460].

Кожному гарантується право на допомогу, спрямовану на полегшення страждань. У разі, якщо лікар встановить, що у запущеній чи термінальній фазі важкого чи невиліковного захворювання пацієнту можливо виключно полегшити страждання, він повинен про це повідомити останнього, довірену особу, сім'ю чи інших родичів. Процедура припинення життя фіксується у медичній картці (частини третя – четверта статті L. 1110-5, частина четверта статті L. 1111-4 Кодексу охорони здоров'я Франції) [460].

Існують виключення із згаданого правила, що дає можливість недотримуватись особливостей щодо отримання згоди, у разі наявності надзвичайних обставин або неможливості проконсультуватись із довіреними, сім'єю чи родичами [460].

Разом з цим, особа вправі висловити прижиттєву згоду з вказівками та побажаннями щодо кінця свого життя, особливостями та умовами продовження, припинення чи відмови від лікування або медичних процедур, які є обов'язковими для розгляду та врахування лікарем, за винятком випадків життєвої необхідності, надзвичайних ситуацій, або у разі повної невідповідності таких вказівок ситуації, що склалась (частини перша, третя статті L. 1111-11 Кодексу охорони здоров'я Франції) [460].

Отже, із вищенаведених положень слід узагальнити кілька висновків.

По-перше, французький законодавець системно підійшов до регулювання питання можливості припинення лікування особою у разі, якщо на це буде її воля чи воля її близьких осіб, урегулювавши такі особливості в окремому нормативному правовому акті.

По-друге, попри те, що на законодавчому рівні закріплена потреба в отриманні згоди особи, питання щодо припинення лікування відносно якої вирішується, або її довіреної особи, сім'ї чи родичів, законодавець надав лікарям альтернативну можливість приймати таке рішення самостійно за наявності відповідних підстав та умов.

По-третє, незважаючи від суб'єкта, яким приймається рішення про припинення життя особи обв'язковому захисту підлягає гідність особи та вжиття максимальних заходів щодо забезпечення якості її життя.

Таким чином, у Франції фактично є узаконеною певна свобода розсуду держави у сфері прийняття рішення про припинення життя особи, яка може реалізовуватись зі сторони уповноважених на те органів та посадових осіб, а відтак, зі сторони держави в цілому.

Водночас аналізуючи правову позицію, сформовану ЄСПЛ у справах, в межах яких досліджувались питання щодо закінчення життя, слід зауважити, що суд в переважній більшості випадків виходив із визначення обсягу сфери дії статті 2 ЄКПЛ в контексті статті 8. Іншими словами, суд визначав обсяг права на життя з точки зору права на повагу до приватного і сімейного життя, таким чином розглядаючи і правову природу права закінчення життя. Однак, із постановленням рішення у справі Ламберт та інші проти Франції вектор правової визначеності права на смерть змінився, що змінило і прецедент, сформований до того судом. Відтак, право на смерть почало розглядатись в межах статті 2 ЄКПЛ (право на життя), що безумовно є обґрунтованим та виправданим з точки зору правової визначеності.

В Україні на рівні з іншими демократичними та розвиненими державами світу заборонено репродуктивне клонування людини. Такий імператив закріплений у Законі України «Про заборону репродуктивного клонування» [113].

Заборона щодо здійснення тієї чи іншої форми клонування діє у Швейцарії, Німеччині, Данії, Бельгії, Італії та інших державах. Прийняття різними державами світу нормативних актів, які забороняють здійснення відповідних дій відповідає вимогам Додаткового протоколу до Конвенції про захист прав і гідності людини щодо застосування досягнень біології та медицини стаття 1 якого встановлює чітку заборону будь-якого втручання з метою створення людської істоти, генетично ідентичної до іншої людської істоти, живої чи померлої [461].

Загальна декларація про геном людини та права людини у статті 11 декларує заборону практики, що суперечить людській гідності, зокрема така практика, як практика клонування в цілях відтворення людської особини. Державам і компетентним міжнародним організаціям пропонується співпрацювати з метою виявлення такої практики і прийняття на національному та міжнародному рівнях необхідних заходів відповідно до принципів, викладених у цій Декларації [356].

Декларацією Організації Об'єднаних Націй про клонування людини закріплена низка ключових положень, зі змісту яких можна побачити опосередковану та пряму заборону на проведення репродуктивного клонування, зокрема:

- необхідність прийняття усіх можливих заходів для захисту людського життя в процесі застосування біологічних наук;
- заборона усіх форм клонування людини в тій мірі, в якій вони несумісні з людською гідністю та захистом людського життя;
- прийняття заходів, необхідних для заборони використання методів генної інженерії, які можуть суперечити людській гідності тощо [111].

Закріплення нормативними актами на міждержавному рівні імперативів щодо заборони клонування призвело до того, що аналіз правового виміру досліджуваного інституту не є поширеним у практиці ЄСПЛ.

У справі Рух раелітів Швейцарії проти Швейцарії [462], судом надана оцінка заборони клонування в контексті статті 10 ЄКПЛ, тобто крізь призму заборони розповсюдження будь-яких матеріалів, які пропагують створення генетично ідентичної особистості.

Суть справи стосувалась відмови органів поліції щодо надання дозволу на поширення плакатів із заголовком «Послання від інопланетян», при цьому в змісті таких плакатів містилась інформація, яка пропагувала геніократію та клонування людини. Більше того, з веб-ресурсу, посилання на який розміщувалось на плакатах, можна було ознайомитись з переліком послуг у сфері клонування, які пропонувались створеною рухом раелітів організацією під назвою Clonaid [462].

ЄСПЛ не було встановлено порушення статті 10 ЄКПЛ через те, що обмежувальний захід, вжитий державою, спрямовувався не на перешкоджання вільному вираженню поглядів чи переконань, а переслідував законну мету, якою у даному випадку виступала заборона поширення інформації щодо дій, які заборонені на законодавчому рівні. Поширення такої інформації призвело б до популяризації та більшої зацікавленості широкого загалу та спричинило б вплив на необмежене коло осіб, цим самим підвищуючи інтерес до клонування.

Аналізуючи рішення ЄСПЛ, а також законодавчу визначеність щодо питання клонування, яка сформувалась у Швейцарії слід відмітити наступне. Швейцарія в питаннях генетичного відтворення ідентичної особи є доволі прогресивною країною, оскільки не тільки на рівні спеціального законодавства, однак і на рівні Основного закону закріплена чітка заборона щодо таких дій.

Відповідно до статті 119 Конституції Швейцарії гарантований захист людини від зловживань репродуктивною медициною та генними технологіями. Крім того, всі форми клонування людини, а також втручання у її чи ембріона генетичний матеріал є незаконними [463].

Продовження конституційної заборони закріплене у Федеральному законі про репродуктивну медицину у виді відповідальності за створення клону чи гібриду, а також за його передання. Так, згідно зі статтю 36 згаданого Закону за

вказані діяння особа може бути позбавлена волі строком до трьох років, або ж накладенням штрафу [464].

Німеччина є однією із держав, яка чітко визначилась із заборonoю клонування. У 1990 році в країні був прийнятий Закон про захист ембріонів (Gesetz zum Schutz von Embryonen (Embryonenschutzgesetz - ESchG) [465], яким, серед іншого, встановлена відповідальність за зловживання репродуктивними правами, а також за неправильне використання людських ембріонів. В останньому випадку, статтею 2 визначено, що особа, яка вчиняє дії, спрямовані на екстракорпоральний розвиток людського ембріону з метою, не пов'язаною із вагітністю підлягає покаранню [465].

Статтею 6 згаданого Закону регламентовані питання клонування та встановлено, що особа, яка штучно створює людський ембріон з тією ж генетичною інформацією, яка є у іншого ембріону, плоду, людини чи померлої особи, або ж передає такий ембріон, підлягає відповідальності у виді позбавлення волі на строк до п'яти років чи накладенням штрафу [465].

У продовження відповідних положень німецьким законодавцем було прийнято Закон про ствові клітини, або ж так званий Закон про захист ембріонів. Основною метою цього Закону є встановлення заборони імпорту та використання ствових клітин, попередження створенню виробництва щодо ембріональних ствових клітин чи ембріонів, а також визначення умов, при яких імпорт чи використання ембріонів та їх клітин можливе виключно з дослідницькою метою, яка визначена цим Законом [466].

У Законі Іспанії про техніки допоміжної репродукції (Sobre técnicas de reproducción humana asistida) встановлений чіткий припис щодо заборони клонування людини в репродуктивних цілях [467].

Розділ III Закону Іспанії про біомедичні дослідження [468] присвячений правовій визначеності терапевтичного та репродуктивного клонування.

Вищевказаний акт встановлює заборону на здійснення репродуктивного клонування, ураховуючи приписи, встановлені в Законі Іспанії про техніки допоміжної репродукції, декламуючи заборону щодо використання ембріонів та



преембріонів для експериментальних цілей. Разом з цим, Законом Іспанії про біомедичні дослідження закріплено і диспозитивний вектор, що надає можливість використання будь-якої техніки, спрямованої на отримання ембріональних стовбурових клітин, для терапевтичного дослідження, яка в майбутньому не призведе до створення преембріона чи ембріона [468].

Загалом більшість держав світу виходять із закріплення заборони репродуктивного клонування. Невизначеність із терапевтичним клонуванням призводить до певної проблематики. Іншими словами заборона клонування часто регламентується виходячи із заборони вчинення будь-яких інших дій з ембріонами, окрім тих, які спрямовані на реалізацію репродуктивної функції у тих випадках, коли її здійснення природнім шляхом реалізувати неможливо з тих чи інших причин. Однак, такі обмеження не завжди позитивно сприймаються носіями прав, що породжує розширення судової практики.

До прикладу, у справі Паррілло проти Італії правова оцінка, що надавалась ЄСПЛ, межувала між визначеністю ембріології та клонування. Заявниця посилалась на порушення статті 8 ЄКПЛ (відсутнє порушення) та статті 1 Протоколу № 1 (визнано неприйнятною скаргою) через заборону держави щодо передання ембріонів для наукових досліджень [469].

Так, в межах застосування технології *in vitro* було отримано п'ять ембріонів, які, відповідно, кріоконсервовані. Після смерті чоловіка заявницею прийнято рішення не робити імплантацію ембріонів, натомість остання прагнула їх передати для дослідження стовбурових клітин. Попри національне законодавство, яке забороняє проведення будь-яких досліджень з ембріонами, ЄСПЛ послався також на Сьому рамкову програму Європейської спільноти для досліджень, технологічного розвитку та демонстрацію діяльності, стаття 6 якої передбачає, в тому числі, заборону фінансування дослідницької діяльності, спрямованої на створення людських ембріонів виключно для цілей досліджень чи з метою отримання стовбурових клітин, у тому числі, за допомогою перенесення ядра соматичної клітини [470]. Аналогічна норма згодом була закріплена і у Програмі «Горизонт 2020» [471].

Загалом стверджувати про систематизовані напрацювання ЄСПЛ з питань клонування, у порівнянні з уже дослідженими правами четвертого покоління у системі охорони здоров'я, не вбачається можливим. Суть заяв та вимоги не так часто апелюють порушеннями прав ЄКПЛ через відмову держав у проведенні процедур клонування. Така практика не є доволі поширеною і на національних рівнях.

Як приклад, навіть у Сполучених Штатах Америки попри вікову прецедентну практику комплексного аналізу та правової оцінки клонування Верховним Судом поки що не здійснено.

У одному із судових рішень у справі Скіннер проти Оклахоми (*Skinner v. Oklahoma*) [472] вперше зауважено прозвучало побоювання суду щодо потенційної загрози поширюваності клонування через дозвільну систему щодо проведення стерилізації стала.

Суть справи стосувалась того, що особа, позбавлена волі за крадіжки за законодавством штату Оклахома, на момент розгляду справи, підлягала стерилізації. Верховний Суд держави визнав неконституційним застосування стерилізації оскільки, ураховуючи положення Основного закону, такі «обмежувальні заходи» призведуть до порушень права на шлюб і продовження роду у майбутньому. Такі порушення прав людини, в свою чергу, можуть стати поштовхом для запровадження правила щодо генетики людини, інакше кажучи, щодо її генетичного відтворення. Однак, детальна оцінка застосовуваності відповідних положень судом не надавалась [472; 473].

Однак, незважаючи на нейтралітет Верховного Суду, на рівні штатів суди вже вирішували справи, предметом розгляду в межах яких виступало саме клонування.

У штаті Пенсильванія подружня пара звернулась до федерального суду із заявою про порушення їх права на приватне життя обумовлене законодавчо встановленою заборонаю щодо клонування людини. Позовні вимоги обґрунтовувались необхідністю розширення захисту прав, в тому числі, щодо права на відтворення та право мати клоновану дитину на рівні з правом на аборт.

Федеральний окружний суд дійшов висновків щодо відсутності порушення прав заявників, оскільки встановлена заборона на рівні закону щодо клонування людини не могла призвести до позбавлення заявників будь-яких інших гарантованих прав [474].

У Сполучених Штатах Америки постійно робляться спроби заборонити клонування. Однак, станом на сьогодні політика різних штатів з приводу цього питання є невизначеною. В той час як одні штати взагалі забороняють будь-які форми та прояви клонування, такі як Оклахома, Вірджинія, Арізона, Індіана та ще чотири штати, інші, такі як Луїзіана, Мічиган та Індіана, закріплюють лише заборону будь-яких дій, спрямованих на фінансування клонування. Натомість десять штатів, серед яких, до прикладу, Айова, Коннектикут, Монтана, Массачусетс, Міссурі та інші, закріпили так зване правило «clone and kill» [475; 476].

Таким чином, правове забезпечення прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я з кожним роком видозмінюється та оновлюється. Держави переглядають своє бачення щодо визначення меж легальності тих чи інших прав четвертого покоління, тим самим оновлюючи національне законодавство шляхом внесення змін чи прийняття нових нормативних правових актів. Водночас, коли одні держави намагаються легалізувати дедалі більший спектр прав та їх можливих форм вираження, інші навпаки, повністю або частково забороняють їх. Така ситуація призводить до поширюваності реалізації «заборонених» чи «обмежених» прав іноземними громадянами на території держав, де існують більш широкі рамки дозволеності та правової лояльності. Такий висновок підтверджується проаналізованими у цьому підрозділі практикою ЄСПЛ та законодавством держав світу.

## **4.2. Нормативні та інституційні напрями розвитку адміністративно-правового забезпечення прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я**

У цьому підрозділі ми проведемо дослідження нормативно-правових та інституційних засад, що мають на меті удосконалення адміністративно-правового забезпечення прав четвертого покоління. При цьому ми звернемо нашу увагу на: (1) сферу трансплантації анатомічних матеріалів, (2) реалізацію репродуктивних прав, (3) клонування, зокрема розглянемо можливість прийняття нового закону щодо регулювання сфери клонування, де буде закріплено положення не тільки щодо репродуктивного клонування, а й з приводу терапевтичного клонування. (4) евтаназію. Для досягнення цієї мети ми сфокусуємо увагу на тому, щоб, по-перше, визначити позитивні аспекти у нормативно та інституційно-правових напрямках регулювання цієї чи іншої сфери, по-друге, звернути увагу на ті моменти, які потребують змін.

Національна система захисту прав четвертого покоління базується на діючому законодавстві та міжнародних нормах у цій сфері, включає в себе систему державних органів, діяльність яких прямо чи опосередковано впливає на забезпечення, захист, регулювання та відновлення вищевказаних прав. Ефективність функціонування такої системи залежить безпосередньо від цілей і завдань, які поставила перед собою держава та реальної державної політики у цій сфері.

### **Трансплантація анатомічних матеріалів**

Т. Бошамом і Дж. Чілдрессом було запропоноване трактування принципів біоетики. Вона включає в себе чотири принципи: принцип поваги до автономії особистості (*respect for autonomy*); принцип заборони завдати шкоду (*non-maleficence*); принцип «роби благо» (*beneficence*); принцип справедливості (*justice*) [477, с. 12].

Їхня роль є важливою у вирішенні моральних проблем, з якими ми часто зустрічаємося в медичній практиці, зокрема при здійсненні трансплантації.

У сфері трансплантації анатомічних матеріалів ми можемо спостерігати певну позитивну динаміку, пов'язану з прийняттям 17 травня 2018 року ЗУ «Про

застосування трансплантації анатомічних матеріалів». З цього моменту бере свій старт поступове удосконалення нормативно-правової бази, на якій ґрунтується трансплантація в Україні. Саме тому, в першу чергу хочеться виділити деякі позитивні аспекти сучасного стану нормативно-правового регулювання трансплантації.

М. М. Новицька з огляду на прийняття нового закону про трансплантацію виділяє такі позитивні аспекти:

1) удосконалено термінологічний апарат, зокрема за рахунок введення таких термінів як ауто трансплантація, гемопоетичні стовбурові клітини, донор-труп, живий донор, імплантація, імунологічна сумісність, ксеноімпланти, потенційний донор тощо;

2) урегульовано так зване «перехресне донорство», коли неможливо провести трансплантацію від живого донора-родича через медичні показання, тоді здійснюється пошук іншої пари реципієнта та донора, у яких такі самі обставини, що призводить до «обміну» донорів між реципієнтами;

3) запроваджено єдину інформаційну базу даних – Єдину державну інформаційну систему трансплантації органів та тканин, яка призначена для збирання, реєстрації, накопичення, зберігання, обробки інформації та здійснення автоматизованого об'єктивного і неупередженого розподілу анатомічних матеріалів людини, визначення пари «донор-реципієнт» і буде зберігатися на державних інформаційних ресурсах;

4) визначено, що відмітка про надання згоди або незгоди посмертне донорство та про зміну цього волевиявлення вноситься до паспорта громадянина України та/або посвідчення водія України на право керування транспортними засобами;

5) запроваджено посаду трансплант-координатора, який стане основною фігурою у системі трансплантації. Трансплант-координатор повинен мати вищу освіту не нижче другого (магістерського) рівня у галузі охорони здоров'я, бути працівником закладу охорони здоров'я який матиме право здійснювати трансплантаційну діяльність. Важливою гарантією є те, що він не може входити до

складу консилиуму лікарів, який здійснює констатацію смерті мозку людини, брати участь у вилученні анатомічного матеріалу та проведенні трансплантації;

б) дозволено закладам охорони здоров'я та науковим установам усіх форм власності здійснювати діяльність із трансплантації, оскільки до моменту набуття чинності новим законом такі дії могли здійснювати лише державні та комунальні заклади охорони здоров'я;

7) запроваджено черговість отримання згоди у близьких родичів та членів сім'ї донора анатомічних матеріалів. До числа цих осіб віднесено: чоловік, дружина, батько, мати, вітчим, мачуха, син, дочка, пасинок, падчерка, рідний брат, рідна сестра, двоюрідний брат, двоюрідна сестра, рідна тітка, рідний дядько, рідний племінник, рідна племінниця, дід, баба, прадід, прабаба, внук, внучка, правнук, правнучка, усиновлювач чи усиновлений, опікун чи піклувальник, особа, яка перебуває під опікою або піклуванням, а також особи, які спільно проживають, пов'язані спільним побутом і мають взаємні права та обов'язки, у тому числі особи, які спільно проживають, але не перебувають у шлюбі [478, с. 133-135].

З іншого боку, В. І. Пішта також наголошує, що серед числа позитивних слід додати те, що:

1) уведено інститут повноважного представника, який є новим для сфери трансплантації в Україні. При цьому кожна повнолітня дієздатна особа має право призначити свого повноважного представника, який після смерті цієї особи надасть згоду на вилучення з її тіла анатомічних матеріалів для трансплантації або виготовлення біоімплантатів;

2) створено систему організації та надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації. До цієї системи входять: КМУ, МОЗ, заклади охорони здоров'я, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що передбачає право надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації; заклади охорони здоров'я, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики; бюро судово-медичної експертизи та інші суб'єкти господарювання, що здійснюють діяльність, пов'язану з трансплантацією; центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну

політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення [479, с. 74-75].

Крім уже зазначеного, варто звернути увагу на те, що було прийнято Постанову КМУ «Про затвердження Положення про Єдину державну інформаційну систему трансплантації органів та тканин» від 23 грудня 2020 року № 1366, якою було визначено порядок та умови функціонування Єдиної державної інформаційної системи трансплантації органів та тканин, а також порядок та умови внесення інформації до неї, порядок її обробки, використання, зберігання, поширення, захисту та знищення [480].

Ця постанова визначає, що завданням цієї системи є визначення пар донор-реципієнт, ефективне та оперативне (в режимі реального часу) забезпечення учасників національної системи органної трансплантації інформацією щодо потенційних донорів анатомічних матеріалів людини, наявних анатомічних матеріалів людини, призначених для трансплантації та/або виготовлення біоімплантів, осіб, які потребують медичної допомоги із застосуванням трансплантації, осіб, які потребують медичного нагляду у зв'язку із перенесенням трансплантації, а також іншою інформацією, необхідною для належного функціонування в Україні системи трансплантації [480].

При цьому, коло учасників Єдиної державної інформаційної системи трансплантації органів та тканин складають (1) трансплант-координатори, що включені до реєстру трансплант-координаторів, а також (2) працівники спеціалізованої державної установи «Український центр трансплант-координації», які відповідно до своїх посадових обов'язків мають право доступу до системи та внесення до неї відомостей.

Позитивним аспектом у нормативно-правовому регулюванні трансплантації є прийняття Порядку перевезення анатомічних матеріалів людини в межах України, ввезення таких матеріалів на митну територію України та вивезення їх за межі митної території України [481]. У цьому Порядку зазначено, що: «Перевезення анатомічних матеріалів людини, які застосовуються для трансплантації, та їх зберігання під час перевезення здійснюються бригадою

вилучення анатомічних матеріалів людини або представниками закладу охорони здоров'я, бюро судово-медичної експертизи чи іншого уповноваженого суб'єкта господарювання, з яким укладено договір про надання послуг з перевезення анатомічних матеріалів людини, особисто або з використанням транспортних чи технічних засобів, що забезпечують збереження анатомічних матеріалів людини в належному стані, у порядку та з дотриманням вимог і стандартів, які визначаються МОЗ» [481].

Прикметно, що поруч із бригадою вилучення анатомічних матеріалів людини, представниками закладу охорони здоров'я, бюро судово-медичної експертизи, згадується інший суб'єкт господарювання, з яким укладено договір про надання послуг з перевезення анатомічних матеріалів. При цьому, поки видається не дуже зрозумілим, які вимоги ставляться до такого суб'єкта господарювання, наприклад, чи має цей суб'єкт господарювання отримати ліцензію від МОЗ, які вимоги ставляться до його матеріально-технічного оснащення тощо. З цього також можна зробити висновок про те, що відтепер предметом договору про надання послуг може стати перевезення анатомічних матеріалів людини.

Зрозуміло, що такий суб'єкт господарювання під час перевезення анатомічного матеріалу людини має дотримуватися Умов забезпечення збереження анатомічних матеріалів під час їх перевезення [482]. Видається за необхідне внести відповідні зміни до цих Умов, які, по-перше, будуть більш точно відповідати сучасному стану розвитку медичних інновацій та технологій, а, по-друге, необхідно усунути колізію між Наказом МОЗ «Про затвердження нормативно-правових документів з питань трансплантації» від 25 вересня 2000 року № 226 та Постановою КМУ «Про затвердження Порядку перевезення анатомічних матеріалів людини в межах України, ввезення таких матеріалів на митну територію України та вивезення їх за межі митної території України» від 05 серпня 2020 року № 720. У Наказі йде мова про те, що у межах України перевезення контейнерів з органами супроводжує уповноважений на те працівник державного або комунального закладу охорони здоров'я або державної наукової установи, яка проводила заготівлю. При цьому, у Постанові про таке повноваження згадки немає.



ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» на КМУ та МОЗ покладено обов'язок затвердити необхідні для функціонування системи трансплантації в Україні нормативно-правових актів. Негативним аспектом є те, що станом на сьогодні не затверджено:

- 1) Порядок застосування перехресного донорства;
- 2) Порядок та розміри компенсації витрат, пов'язаних із здійсненням донорства гемопоетичних стовбурових клітин;
- 3) Форму та зразок письмової заяви щодо згоди або незгоди на посмертне донорство, письмової заяви про відкликання наданої раніше такої згоди або незгоди, письмової заяви про призначення, зміну чи відкликання повноважного представника та порядок їх подання, порядок внесення відмітки про надання особою згоди або незгоди на посмертне донорство до посвідчення водія України на право керування транспортними засобами та про зміну цього волевиявлення;
- 4) Порядок виготовлення, контролю якості та обігу біоімплантатів і ксеноімплантатів;
- 5) Медико-біологічні вимоги до тварин, умови їх утримання, порядок вилучення у тварин анатомічних матеріалів для виготовлення ксеноімплантатів;
- 6) Кваліфікаційні вимоги, професійні стандарти і посадові обов'язки трансплант-координатора;
- 7) Порядок залучення волонтерів, права, обов'язки та напрями їх діяльності;
- 8) Порядок прийняття рішення про можливість застосування трансплантації реципієнту анатомічного матеріалу від донора-трупа, визначеного Єдиною державною інформаційною системою трансплантації органів та тканин, або про неможливість застосування трансплантації цього анатомічного матеріалу даному реципієнту із зазначенням причин, умови та порядок повторного пошуку пар донор-реципієнт Єдиною державною інформаційною системою трансплантації органів та тканин пар донор-реципієнт, обсяги та порядок інформування реципієнта;

9) Умови вилучення анатомічних матеріалів у живого донора, а також перелік анатомічних матеріалів, дозволених до вилучення у живого донора (у тому числі анатомічних матеріалів, здатних до регенерації (самовідтворення);

10) Умови та порядок вилучення, зберігання і використання гемопоетичних стовбурових клітин та інших здатних до регенерації (самовідтворення) анатомічних матеріалів;

11) Склад та основні завдання бригади вилучення анатомічних матеріалів людини тощо.

Крім цього, є нагальна потреба у розробці державної цільової програми щодо трансплантації, яка зможе визначити завдання та необхідні заходи для того, щоб розв'язати нагальні потреби у сфері трансплантації, серед яких недостатня кількість донорів, відсутність належного фінансування тощо, проблема з кадрами та матеріально-технічним забезпеченням.

Варто згадати, що 12 вересня 2002 року було прийнято Постанову КМУ «Про затвердження Державної програми розвитку трансплантації на 2002-2005 роки» № 1339, яка була спрямована на підвищення ефективності трансплантології, формування позитивної громадської думки, поліпшення фінансування та удосконалення кадрової політики у цій сфері діяльності. Ця програма декларувала серйозні цілі та вказувала на такі пріоритети у цій сфері як розвиток матеріально-технічної бази та медикаментозного забезпечення, формування державної інформаційно-методичної системи трансплантації [280]. У подальшому було затверджено Державну програму «Трансплантація» на 2006-2010 роки [281] та Державну цільову соціальну програму «Трансплантація» на період до 2012 року [282]. Однак жодна зі згаданих державних цільових програм не була ефективною, оскільки не вдалося досягнути, по суті, жодних із поставлених цілей. У зв'язку з цим існує потреба прийняти нову державну цільову програму, яка буде мати не стільки декларативний характер, як виступатиме реальним каталізатором змін на краще у сфері трансплантації.

Також варто звернути увагу на відсутність механізму моніторингу за станом здоров'я громадян України, що були направлені за кордон для проведення

трансплантації. Це питання виникає через відсутність у Постанові КМУ «Про забезпечення організації направлення громадян України для лікування за кордон» від 27 грудня 2017 року № 1079 [483] відповідних механізмів щодо моніторингу за станом здоров'я у посттрансплантаційний період та після повернення до України, натомість, обмежуючись питаннями направлення для лікування за кордон з метою отримання медичної допомоги громадян України за умови неможливості надання такої медичної допомоги закладами охорони здоров'я України.

Зважаючи на специфіку відносин у сфері трансплантації, вважаємо за доцільне, щоб КМУ розробив та затвердив постанову, яка окремо буде регулювати питання щодо направлення громадян України для проведення трансплантації за кордон, де окрім іншого, знайдуть своє відображення положення про моніторинг за станом здоров'я громадян України, що були направлені за кордон для проведення трансплантації.

Стаття 10 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» визначає, що суб'єкти, які надають медичну допомогу із застосуванням трансплантації виключно на безоплатній основі для роз'яснення медичного та соціального значення трансплантації можуть залучати осіб, які (або родичі чи законні представники яких) перенесли трансплантацію, вчасно не отримали необхідного лікування методом трансплантації, а також представників профільних громадських об'єднань. Порядок залучення волонтерів, права, обов'язки та напрями їх діяльності визначає МОЗ [29].

Участь громадських об'єднань у процесах, пов'язаних із трансплантацією є звичним явищем для ряду держав. Наприклад, у Ізраїлі активно діє *Matnat Chaim*, організація, яка займається заохоченням людей ставати донорами нирок і фокусується виключно на альтруїстичних, тобто добровільних жертвах. *Matnat Chaim* функціонує на добровільних, некомерційних засадах. До основних напрямів діяльності цієї організації належать:

- 1) підвищення обізнаності громадськості про стан медичних досліджень щодо донорства нирки;

- 2) вжиття заходів щодо покращення якості та спрощення адміністративних процедур, що стосуються отримання дозволу на проведення трансплантації нирки від живого донора;
- 3) інформування донорів та реципієнтів щодо медичних питань та їхніх прав;
- 4) ведення переговорів з органами державної влади щодо забезпечення належного фінансування донорів нирки;
- 5) встановити способи, за допомогою яких ізраїльське суспільство може висловити свою вдячність тим особам, які пожертвували частину свого тіла для порятунку життя та продемонструвати їм належну шану [484].

*The Organ Donation and Transplantation Alliance* є ще одним прикладом успішної некомерційної організації в Сполучених Штатах Америки, зусилля якої спрямовано на забезпечення постійного збільшення доступності анатомічних матеріалів та зменшення смертності осіб, які перебувають у листах очікування. *The Organ Donation and Transplantation Alliance* був зареєстрований в окрузі Колумбія 13 червня 2006 року, причому первісне фінансування було отримано за рахунок фінансових пожертв приблизно 35 організацій, які займалися питаннями, пов'язаними з трансплантацією анатомічних матеріалів. З 2006 по 2010 роки ця організація співпрацювала з *Health Resources Services Administration*, щоб організувати зустрічі, присвячені взаємовідносинам між реаніматологами та *Organ Procurement Organization*. В останнє десятиліття *The Organ Donation and Transplantation Alliance* співпрацював із сотнями лідерів із донорської та трансплантаційної спільноти, щоб розробити широку колекцію навчальних рішень, заснованих на розумінні та ефективних практиках лідерів у цій галузі, щоб передати практичні знання тисячам професіоналів. Інструменти, ресурси, програми професійного розвитку та можливості навчання структуровані для постійного вдосконалення усієї системи трансплантації, що зрештою допомагає рятувати людські життя [485].

Завдяки діяльності іншої некомерційної організації – американського *LifeLink Legacy Fund* – надається фінансова допомога пацієнта, яка включає, зокрема, але не тільки:

- певні критичні витрати для живих донорів та реципієнтів при відновленні після трансплантації;
- витрати, пов'язані з медично необхідними процедурами та процедурами, необхідними для активації у листі очікування трансплантації;
- імуносупресивні ліки для реципієнтів після трансплантації, страховий поліс яких не може їх покрити;
- інші важливі витрати до та після трансплантації, пов'язані з необхідністю регулярного моніторингу стану пацієнтів [485].

Наведені приклади є ілюстрацією того, який позитивний вплив на сферу трансплантації може здійснювати участь громадських об'єднань. Усе, що залишається нашій державі – створити ефективні механізми для участі громадськості у розвитку трансплантації анатомічних матеріалів, що дозволить максимізувати позитивний ефект від співпраці між державою, громадськими об'єднаннями та особами, що потребують трансплантації.

Можна з упевненістю стверджувати, що більшість людей завжди будуть трохи побоюватися можливості дати прижиттєву згоду виступити після своєї смерті донором, так як це може призвести до швидшої відмови у продовженні реанімаційних дій з боку медичних працівників для підтримання їх життєдіяльності.

На нашу думку, не завжди презумпція згоди може забезпечити достатню кількість донорських органів, особливо в тому випадку, коли родина не дивлячись на рішення померлої особи, може покласти вето. У цьому випадку доречно буде згадати, що психологія і медицина мають знаходитися у тісному взаємозв'язку, особливо в умовах розвитку новітніх прав людини, а комунікативні компетентності лікаря мають розглядатися як одна із обов'язкових складових професійної підготовки медичних працівників. Зі стрімким розвитком медицини як науки, реформуванням системи охорони здоров'я має змінюватися і підхід до навчання і

підготовки висококваліфікованих, компетентних, досвідчених спеціалістів у галузі медицини. Лікар має володіти не тільки теоретичними і практичними медичними знаннями, а і методами комунікації з пацієнтами та їх родинами. Таке завдання має бути покладено не лише на Вищі навчальні медичні заклади, а і на Національну службу здоров'я України. Одним із важливих повноважень Департаменту взаємодії із зацікавленими сторонами в структурі Національної служби здоров'я України має бути саме надання доступу до таких знань медичним працівникам [486]. Академія Національної служби здоров'я України робить перші кроки у цій сфері і запустили два нові онлайн-курси, навчальні матеріали яких будуть охоплювати методики ефективного спілкування з пацієнтами [487]. Тому, саме участь медичної групи, яка пройшла навчання психоціальної методики звернення до родин під час втрати близької людини, безсумнівно, є принципово важливим фактором для отримання позитивного результату щодо можливості отримання донорських органів від їх близького родича [488].

Одним з найважливіших кроків, які має зробити Україна для розвитку трансплантації – це участь в міжнародному трансплантологічному обміні органами, яка гарантує оптимальний розподіл донорських органів і створює можливість для найшвидшого їх отримання відповідним реципієнтом.

Більшість країн-членів Європейського Союзу вже беруть участь в такому обміні за допомогою двосторонніх угод або більш широких альянсів, таких яких *Eurotransplant*, який тільки за останні роки підписав угоди з сімнадцятьма іншими організаціями по обміну органів [489]. Створення в Україні національної організації, яка буде спеціалізуватися тільки у сфері донорства і трансплантології буде першим етапом на шляху до майбутньої міжнародної співпраці, яка збільшить вірогідність оптимального співвідношення донора і реципієнта та відкриє для нашої країни нові можливості.

### **Реалізація репродуктивних прав**

Проблема реалізації людиною репродуктивних прав вже давно вийшла за межі правових систем окремих держав і набула світового масштабу. Офіційна статистика МОЗ засвідчує, що показник безпліддя серед українських пар досяг

показника майже 20% [490]. У зарубіжних державах статистика також є невтішною, оскільки у європейських державах проблеми з безплідністю є у близько 10% пар, у Сполучених Штатах Америки цей показник коливається від 8 до 15%, у Канаді до 17% [491]. При такій статистиці з кожним роком усе більш важливого значення набувають різноманітні форми лікування безпліддя та застосування допоміжних репродуктивних технологій. Саме тому, як ніколи актуальним є питання належного нормативно-правового регулювання, спрямованого на удосконалення адміністративно-правового забезпечення репродуктивних прав людини.

Поняття репродуктивних прав досі викликає дискусії серед науковців. Так, В. І. Чечерський вважає, що репродуктивні права є комплексом прав людини у репродуктивній сфері, які виникають у зв'язку з вільним та добровільним репродуктивним вибором та забезпечуються, й гарантуються через систему охорони репродуктивного здоров'я [492, с. 30-31]. Т. І. Длугопольська натомість зазначає, що репродуктивні права – це особисті немайнові права людини, які пов'язані зі здійсненням та охороною репродуктивного здоров'я, можливістю вільного вибору щодо народження дітей, а також прав на інформаційну, медичну, соціальну допомогу при потребі [493, с. 106].

Н. Г. Гойда та О. Ю. Бісярін доходять висновку, що в основі всіх репродуктивних прав визнання права як пар, так і особи здійснити вільний та відповідальний вибір щодо кількості дітей, час їх народження, а також визначати стандарти репродуктивного здоров'я [494].

Е. Е. Мухамєдова дотримується думки, що репродуктивні права – це права, які безпосередньо пов'язані з відтворенням людей та мають на меті сприяти стану не тільки фізичного, але і психічного, та соціального благополуччя, що забезпечується завдяки вирішенню питань щодо народження дітей, планування сім'ї, допускають вільне штучне переривання вагітності, а також при бажанні жінки або чоловіка їх стерилізації, застосування допоміжних репродуктивних технологій тільки при наявності медичних показників, мають властивості особистих немайнових прав фізичної особи на здоров'я, невід'ємною частиною якого вони виступають [495, с. 140]. Попри це, ми не можемо погодитися з тим,

щоб реалізація репродуктивних прав обмежувалась виключно застосуванням допоміжних репродуктивних технологій за наявності лише медичних показників.

До репродуктивних прав, зазвичай, відносять права щодо: (1) вільного репродуктивного вибору, що включає право створювати та планувати сім'ю; (2) послуг щодо охорони репродуктивного здоров'я; (3) можливості отримати достовірну і повну інформацію про репродуктивне здоров'я; (4) охорони здоров'я у період вагітності та пологів; (5) можливості лікувати безпліддя, у тому числі завдяки застосуванню сучасних допоміжних репродуктивних технологій; (6) донорства статевих клітин, кріоконсервації репродуктивних клітин; (7) права використання методів контрацепції; (8) можливості застосування хірургічної стерилізації; (9) штучного переривання вагітності; (10) права застосовувати медичні втручання для збереження репродуктивного здоров'я, крім випадків, що загрожують життю; (11) захисту репродуктивних прав, у тому числі від сексуальної експлуатації, примусової вагітності; (12) таємниці на інформацію про репродуктивні права [48]. На думку Р. О. Стефанчука, з якою ми погоджуємося, до репродуктивних прав відносяться права на: (а) репродуктивний вибір, (б) репродуктивне здоров'я, (в) інформацію у репродуктивній сфері, таємницю та захист репродуктивних прав [496, с. 68].

Здійснення репродуктивних прав відбувається на правових засадах, до яких як правило відносять: **загальні принципи** (розумність, справедливість, законність, добросовісність, дотримання прав людини та автономія волі) та **спеціальні принципи** (обґрунтованість, своєчасність, доцільність, належна якість медичної допомоги, взаємозалежність репродуктивних прав) [497, с. 51].

Аналіз вітчизняних та зарубіжних підходів дозволив зробити висновок, що допоміжними репродуктивними технологіями є: внутрішньо-маткові інсемінації, екстракорпоральні запліднення *in vitro*, *ICSI* (введення сперматозоїда в цитоплазму ооцита), інвазивний спосіб здобуття сперматозоїдів (*TESA*, *TESE* та *PESA*), донорство сперми та ооцитів.

Наказом МОЗ «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні» від 09 вересня 2013 року № 787 врегульовано



право на застосування таких допоміжних репродуктивних технологій як запліднення *in vitro*, інтрацитоплазматична ін'єкція спермія, внутрішньоматкова інсемінація, донація гамет та ембріонів, сурогатне (замінне) материнство, а також допоміжні технології (кріоконсервація сперми, ооцитів та ембріонів) [74]. Зі вказаних методів найбільше обмежень існує щодо застосування сурогатного материнства. Законодавством у таких державах як Німеччина, Франція, Ісландія, Італія, Китай, Пакистан, Саудівська Аравія, Швеція, Швейцарія та інші заборонене сурогатне материнство [498, с. 77-78].

У 2018 році на розгляд до ВРУ було внесено проєкт Закону «Про допоміжні репродуктивні технології» [499]. Позитивним, на думку М. В. Менджул стало передбачення чітких вимог до сурогатної (замінної) матері, а саме, що нею має можливість бути жінка у віці від 18 до 55 років, яка немає медичних протипоказань та має власну здорову дитину [498, с. 79]. Дозвіл старшим жінкам продовжувати рід через застосування допоміжних репродуктивних технологій може вплинути на потенційних дітей, оскільки вони потенційно не отримають необхідного догляду від вразливих батьків. У такій ситуації дитина може відчувати психологічний чи соціальний дискомфорт, маючи маму, яка досить доросла, щоб бути бабусею [500]. Дослідження також показали, що вагітність у літньому віці збільшує ризик ускладнень, які можуть загрожувати безпеці нащадків та жінок [501].

З іншого боку, обмеження доступу жінок до допоміжних репродуктивних технологій, починаючи з певного віку, може вважатись проявом дискримінації, зважаючи на те, що не існує подібних законів, які б обмежували за віковим цензом чоловіків. При цьому, деякі науковці звертають увагу на те, що не обов'язково встановлювати граничний віковий ценз для жінок, а кожную ситуацію розглядати окремо, виходячи з того, що:

- 1) ймовірна тривалість життя батьків майбутньої дитини не має бути меншою за вісімнадцять років з моменту її народження;
- 2) повинен бути розроблений план опіки дитини на випадок смерті або хвороби одного з батьків, який є самотнім батьком або обох батьків;

- 3) наявна достатня кількість фінансових ресурсів у батьків дитини після їхнього виходу на пенсію;
- 4) пацієнтка пройшла обстеження у акушер-гінеколога щодо оцінки ризику вагітності, пов'язаного з віком матері;
- 5) обидва батьки повинні пройти психологічну оцінку [502, с. 369-370].

Разом з цим, дискусійним є встановлення у статті 11 вказаного проєкту положення, що дозволяє комерційне сурогатне материнство в Україні. Україна і так є одним із світових центрів сурогатного материнства, а після заборони сурогатного материнства для іноземців в Індії, попит на послуги сурогатних матерів-українок зріс.

Доволі слушною видається пропозиція ряду науковців про необхідність окремого виділення договору про застосування допоміжних репродуктивних технологій, що у зв'язку з відмінними медичними методами відрізняється від договору лікування безпліддя. Водночас, на нашу думку, потрібне не тільки окреме виділення вказаного договору, але і встановлення на законодавчому рівні його істотних умов, порядку укладення, зміни та розірвання тощо.

В. І. Чечерський дійшов висновку, що сам факт наявності нормативного регулювання не дозволяє гарантувати ефективну охорону і захист права на репродуктивне відтворення, якщо не буде встановлено відповідну інституційну систему, якій передуватиме тісне співробітництво державних органів та громадських організацій [503, с. 98]. Безперечно саме держава повинна створити умови для ефективного здійснення репродуктивних прав особи, при цьому важливим є належне нормативно-правове регулювання, що є основою ефективного адміністративно-правового забезпечення репродуктивних прав людини.

При цьому у зарубіжних державах різні підходи до нормативно-правового регулювання здійснення репродуктивних прав, а саме:

- 1) обмежувальний підхід (наприклад, в Австрії застосовувати допоміжні репродуктивні технології може тільки подружжя, а також стабільні пари, при цьому заборонено донорство яйцеклітин. Донорство сперми дозволено у тих випадках,

коли чоловік безплідний. Такі положення містяться й у законодавстві Чехії та деяких інших держав);

2) підхід, за якого обмежується здійснення окремих репродуктивних технологій (значна частина європейських держав обмежують застосування сурогатного материнства і при цьому вільно дозволяють застосування значної кількості репродуктивних технологій. Наприклад, у Хорватії з 2012 року було суттєво послаблено обмежувальні заходи, забороненими залишаються тільки сурогатне материнство та клонування);

3) ліберальний підхід (наприклад, у Бельгії врегульоване застосування різних репродуктивних технологій, а кріоконсервація ембріонів можлива строком на п'ять років. Такий підхід ми знаходимо і в законодавстві Данії (кріоконсервація можлива від двох до п'яти років), Естонії (кріоконсервація ембріонів можлива строком до 7 років) тощо) [504].

При цьому у всіх європейських державах заборонено клонування ембріонів, їх генетичний відбір, за винятком необхідності уникнення генетичного захворювання. В ряді держав дозволене використання ембріонів за письмовою згодою їх батьків у наукових цілях (наприклад, у Франції це врегульовано законом про біоетику в редакції 2011 року) [504].

Виникає також питання чи може реалізувати свої репродуктивні права особа помертно? Безперечно рішення людина повинна прийняти ще за життя, зокрема воно може стосуватися можливості розпоряджатися її кріоконсервованим біологічним матеріалом (спермою, ооцитами та ембріонами), а також матеріалом негайно відібраним від померлого. У практиці вже непоодинокі випадки відібрання вищеперерахованого матеріалу після смерті чоловіка. При цьому у багатьох державах реалізації репродуктивних прав після смерті заборонена (у Австралії, Білорусі, Італії, Німеччині, Канаді, Швеції, Угорщині тощо). В тих державах, де така можливість у людини є (у Сполучених Штатах Америки, Ізраїлі, Великобританії тощо), необхідним є обов'язкове надання згоди у певній формі. Доля кріоконсервованих сперми, ооцитів та ембріонів залежить саме від волі людини, який може бути переданий третій особі як донорський матеріал або

знищений. Якщо людина чітко не висловила свою волю, то як правило заморожені гамети можуть бути використані другим із подружжя.

Усе вищенаведене дозволяє нам стверджувати, що удосконалення адміністративно-правового регулювання у сфері забезпечення репродуктивних прав людини можливе у разі:

— прийняття окремого законодавчого акту, який би врегулював реалізацію людиною репродуктивних прав, у тому числі чітко визначив би: (1) поняття та зміст репродуктивних прав, (2) суб'єктів репродуктивно-правових відносин, (3) види репродуктивних технологій та порядок їх застосування, (4) способи захисту репродуктивних прав, (5) повноваження державних органів щодо контролю та нагляду у сфері забезпечення умов для здійснення людиною репродуктивних прав;

— врегулювання на законодавчому рівні порядку застосування такої сурогатного материнства, у тому числі завдяки визначенню: (1) поняття та допустимих методів сурогатного материнства, (2) підстав для їх застосування, (3) вікових та медичних вимог до сурогатних матерів, (4) прав та обов'язків учасників правовідносин у сфері сурогатного материнства (генетичних батьків, сурогатної матері, її чоловіка, медичного закладу), (5) переліку істотних умов договору про сурогатне материнство, а також порядку його укладення, зміни та розірвання, наслідків форс-мажорних обставин (народження хворої дитини, смерті сурогатної матері чи генетичних батьків, відмови генетичних батьків від дитини, народженою сурогатною матір'ю, розлучення генетичних батьків і тому подібне), (6) відповідальності сторін за невиконання умов договору чи неналежну якість, наданих медичним установою;

— гарантування на законодавчому рівні можливості державного та громадського контролю за якістю та порядком надання медичними закладами послуг у сфері забезпечення репродуктивних прав людини;

— встановлення можливості генетичного відбору ембріонів за ознакою статі, тільки у випадках необхідності уникнення відповідного генетичного захворювання;

— врегулювання питання про долю невикористаних ембріонів та гамет, передбачивши (1) максимальний строк їх кріоконсервації, (2) обов'язкову письмову форму рішення генетичних батьків, (3) права на донацію, (4) можливості використання ембріонів та гамет одним із подружжя після смерті іншого, (5) порядок використання їх у випадку розлучення подружжя, а також (6) порядок знищення ембріонів та гамет після завершення строку їх кріоконсервації;

— затвердження на нормативно-правовому рівні (1) типової форми медичної згоди пацієнта на застосування допоміжних репродуктивних технологій, (2) типового договору про сурогатне материнство, (3) форми первинних облікових документів щодо застосування різних медичних процедур, пов'язаних із допоміжними репродуктивними технологіями.

### **Клонування**

Я. О. Триньова, аналізуючи ЗУ «Про заборону репродуктивного клонування людини», дійшла до наступних висновків:

1) у визначенні терміну «клонування», законодавець заклав тільки один спосіб його проведення – методом заміни ядра. Клонування методом партогенезу цим визначенням не передбачено. Таким чином виникає небезпека тлумачення цієї норми звужено: заборонено клонувати людину методом заміщення ядра, проте дозволено клонувати людину методом партогенезу;

2) законодавець визначає ембріон людини як зародок людини на стадії до восьми тижнів. Однак, якщо в Україні дозволено проведення терапевтичного клонування, тобто знищення ембріона у стадії розвитку до чотирнадцяти днів, доцільно було б в законі уточнити з якого саме віку починається правова охорона ембріона. Ембріон людини має визначатися як зародок людини від чотирнадцяти днів до восьми тижнів;

3) з положення статті 3 ЗУ «Про заборону репродуктивного клонування людини» не зрозуміло на які саме ембріони поширюється заборона на ввезення та вивезення з території України: створених з метою репродукції чи в терапевтичних цілях. Указану статтю необхідно після слів «людини» доповнити словами «з будь-якою метою». У такій редакції вона буде ясно відображати волю законодавця щодо

врегулювання відносин у сфері транспортування ембріонів людини [505, с. 106-107].

Крім цього, варто звернути увагу на те, що у ЗУ «Про заборону репродуктивного клонування людини» відсутнє визначення поняття «репродуктивне клонування», що видається не зовсім логічним. Вбачається за необхідне поповнити глосарій закону новими поняттями.

Інший аспект ЗУ «Про заборону репродуктивного клонування людини», який і досі залишається нереалізованим – прикінцеві положення. Станом на сьогодні так і не було:

- подано пропозиції ВРУ щодо внесення змін до законів України, що впливають з цього закону;
- прийнято нормативно-правові акти, необхідні для реалізації цього закону.

Вказане вище свідчить про необхідність удосконалення нормативно-правового регулювання у сфері клонування. Для того, щоб зрозуміти, що ми можемо удосконалити у досліджуваній сфері, нам необхідно звернути увагу на нормативно-правового регулювання клонування у зарубіжних державах.

Відповідно до розділу 6 Федеративного закону Німеччини «Про захист ембріонів» забороняється штучно втручатися з метою створення людського ембріона з однаковою генетичною інформацією, як у іншого ембріона, зародку, людини або померлої особи або ж пересаджувати особі жіночої статі ембріон, визначений вище [506].

Закон Франції «Про біоетику», як уже раніше згадувалося, передбачає, що досліді щодо штучного створення ембріонів можуть вчинятися, якщо (1) наукова актуальність дослідження встановлена, при цьому (2) дослідження дозволять домогтися значного медичного прогресу і (3) неможливо досягти очікуваного результату за допомогою будь-яких інших досліджень, в яких не використовуються людські ембріони, ембріональні стовбурові клітини [358].

У федеральному законі Швейцарії «Про трансплантацію органів, тканин і клітин» вказано, що особа, яка навмисно або з метою прибутку виступає у ролі

посередника тканини плоду після абортів повинна бути притягнена до відповідальності [507].

Закон Австралії «Про заборону репродуктивного клонування» від 2002 року є добре структурованим та має на меті вирішити проблеми, включно з етичними проблемами, щодо наукових розробок у сфері розмноження людини та використання людських ембріонів шляхом заборони певних видів діяльності. Серед термінів, якими оперує австралійський закон варто виділити такі як химерний ембріон, людський ембріон, клон людського ембріона, гібридний ембріон, клітина-попередниця тощо [508].

У розділі 2 Закону Австралії «Про заборону репродуктивного клонування» визначено перелік забороненої діяльності. Під повною забороною перебуває діяльність щодо: (1) розміщення клону ембріона людини у тілі людини або тілі тварини; (2) експорту або імпорту клону ембріона людини; (3) створення ембріона людини з іншою метою, ніж для досягнення вагітності у жінки; (4) створення або розвиток ембріона людини шляхом запліднення, що містить генетичний матеріал, наданий більше ніж двома особами; (5) розвитку ембріона людини поза тілом жінки більше чотирнадцяти днів; (6) зміни генома людської клітини таким чином, що ця зміна успадковується нащадками людини, клітина якої була змінена; (7) отримання життєздатного людського ембріона з тіла жінки; (8) створення химерного ембріона; (9) розвиток гібридного ембріона; (10) поміщення людського ембріона в тіло тварини; (11) навмисного поміщення людського ембріона в тіло людини, окрім як до репродуктивної системи; (12) навмисного поміщення в організм людини ембріона тварини протягом будь-якого періоду гестації; (13) імпорту, експорту або розміщення забороненого ембріона; (14) комерційної торгівлі людськими яйцеклітинами, спермою чи ембріонами [508].

Зважаючи на вищенаведене, вважаємо за необхідне прийняти новий закон України, який буде регулювати питання щодо репродуктивного та терапевтичного клонування. У такому законі необхідно, по-перше, чітко визначити термінологічний апарат (зокрема, необхідно законодавчо визначити такі поняття як терапевтичне клонування, репродуктивне клонування, ембріон людини, клон

людського ембріона тощо), по-друге, визначити види діяльності, пов'язані з клонуванням людини, яка підлягає повній забороні, а також визначити ту діяльність, яку можна провадити у випадку отримання ліцензії, по-третє, визначити повноваження МОЗ та створити систему біоетичних комітетів у кожному закладі охорони здоров'я, який буде здійснювати діяльність, пов'язану з клонуванням у випадку отримання ліцензії, по-четверте, встановити заборону на експорт та імпорт клонованих людських ембріонів незалежно від мети відповідно до якої був створений цей ембріон, по-п'яте, заборонити будь-яку діяльність, пов'язану з клонуванням, яка передбачає отримання прибутку, по-шосте, КМУ та МОЗ, звичайно ж, необхідно розробити нормативно-правові акти, які дозволять реалізувати наведені вище положення.

### **Евтаназія**

Свобода людини щодо прийняття рішення про здійснення евтаназії є дуже важливим моральним аспектом, оскільки погляди на те, що є правильним сильно різняться між собою. І саме у питанні щодо легалізації евтаназії ці погляди є кардинально різними. Цілком природньо, що у будь-якому соціумі час від часу виникають суперечки щодо того, чи має особа свободу дій під час прийняття рішення, вдаючись до аргументів, на кшталт того, що її вибір буде морально помилковим – наприклад, при прийомі пацієнтом препаратів, що спричиняють смерть. Важливо, що у контексті евтаназії мова зовсім не йде про те, щоб завдати шкоди іншій особі. Питання виникає з приводу того, чи поширюється персональна автономія людини на те, щоб мати змогу прийняти рішення щодо здійснення/нездійснення евтаназії.

Відповідно до абзацу 7 статті 52 Основ медичним працівникам в Україні забороняється здійснення евтаназії – навмисного прискорення смерті або умертвіння невиліковно хворого з метою припинення його страждань [51].

Крім цього, важливу роль відіграють положення частин 2 та 4 статті 281 Цивільного кодексу України, де йдеться про те, що фізична особа не може бути позбавлена життя, а також встановлюється заборона задовольняти прохання фізичної особи про припинення її життя [63].



У контексті дослідження еутаназії важливо пам'ятати й про те, що пацієнт може відмовитися від надання йому медичної допомоги, тим самим поставивши під сумнів збереження власного життя. Відповідно до статті 43 Основ згода інформованого відповідно до статті 39 Основ пацієнта є необхідною для застосування методів діагностики, профілактики та лікування. При цьому, пацієнт, який набув повної цивільної дієздатності і усвідомлює значення своїх дій та може керувати ними, має право відмовитися від лікування [51].

Заслужовує на увагу також положення частини 6 статті 13 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині», де йде мова про те, що: «У разі якщо ненадання згоди на трансплантацію може призвести до тяжких для реципієнта наслідків, лікуючий лікар зобов'язаний пояснити це реципієнту. Якщо після наданих лікарем роз'яснень реципієнт відмовляється від застосування трансплантації, лікар зобов'язаний отримати від реципієнта письмову заяву про відмову від надання йому медичної допомоги із застосуванням трансплантації. У разі відмови реципієнта надати таку письмову заяву або неможливості її надання, у тому числі за станом здоров'я, лікар складає у присутності двох незаінтересованих свідків відповідний акт, в якому зазначається про факт надання роз'яснень та відмову реципієнта» [29].

Наведені норми свідчать про можливість пацієнта відмовитися від лікування, що може призвести до його смерті. Тому залишається відкритим питання про те, чи можна прирівняти відмову від продовження лікування, наприклад, у термінальному стані до фактичного самогубства? І разом з цим відповіді потребує питання про те, що має превалювати: обов'язок держави захищати життя людини чи право особи на гідну смерть?

Ми не можемо уникнути дискусії щодо можливості запровадження еутаназії в Україні. Для того, щоб розвинути цю дискусію необхідно звернути увагу на те, як інші держави підходять до вирішення проблеми еутаназії.

Перш за все необхідно пригадати, що існують різні форми позбавлення життя особи на її прохання іншою особою. У цьому контексті нас цікавлять еутаназія та суїцид, асистований лікарем. Різниця між цими поняттями полягає у тому, що під

час здійснення евтаназії саме лікар припиняє життя людини у швидкий та безболісний спосіб. У разі застосування суїциду, асистованого лікарем, роль лікаря найчастіше зводиться до того, щоб надати пацієнту препарат, що спричинить її смерть. При цьому, пацієнт самостійно має вжити цей препарат. Отже, при застосуванні асистованого суїциду останню дію, що призведе до смерті має здійснити саме пацієнт.

Відповідно до Закону Бельгії «Про евтаназію» пацієнт має право на евтаназію у разі, якщо:

- 1) він є повнолітньою особою або отримав повну цивільну дієздатність до настання повноліття;
- 2) запит щодо здійснення евтаназії є повністю добровільним та не був поданий внаслідок будь-якого зовнішнього тиску на пацієнта;
- 3) пацієнт перебуває у такому стані, в якому він постійно відчуває нестерпні фізичні чи психологічні страждання, які неможливо полегшити;
- 4) лікар, який здійснює евтаназію має дотриматися умов та процедур, передбачених законом [400].

Однак на цьому у Бельгії не закінчуються вимоги до здійснення евтаназії. Зі свого боку, лікар, який має намір здійснити евтаназію, повинен:

- повідомити пацієнта про стан його здоров'я та ймовірну тривалість його життя;
- обговорити з пацієнтом альтернативні терапевтичні варіанти, а також можливості надання йому паліативної допомоги;
- встановити, чи фізичні та психологічні страждання пацієнта мають постійний та тривалий характер. Для цього лікарю необхідно провести декілька інтерв'ю з пацієнтом, які проходять з розумними паузами, щоб дослідити динаміку розвитку стану пацієнта;
- проконсультуватися з іншим лікарем щодо характеру захворювання пацієнта та повідомити його про причини такої консультації. Інший лікар має оглянути пацієнта та його медичну картку, після чого він повинен дійти до того, чи

пацієнт відчуває стійкі нестерпні фізичні, чи психологічні страждання, які неможливо полегшити;

— забезпечити пацієнту можливість обговорити своє рішення з близькими особами [400].

У випадку зі здійсненням суїциду, асистованого лікарем нам варто звернути свою увагу на Австралію, де на законодавчому рівні цю процедуру дозволено у штатах Вікторія, Західна Австралія та Тасманія.

Згідно з Законом штату Вікторія «Про суїцид, асистований лікарем» для здійснення суїциду, асистований лікарем необхідно:

- 1) досягнути вісімнадцятирічного віку;
- 2) бути: (а) громадянином Австралії або її постійним резидентом; (б) проживати у штаті Вікторія; (в) на момент подання першого запиту проживати у штаті Вікторія щонайменше дванадцять місяців;
- 3) щоб особа мала здатність прийняти рішення щодо здійснення суїциду, асистованого лікарем;
- 4) щоб у особи було діагностовано захворювання, яке: (а) є невиліковним; (б) є запущеним, прогресивним та спричинить смерть; (в) спричинить смерть протягом декількох тижнів або місяців, але протягом шестимісячного строку; (г) заподіює страждання пацієнту, які не можна полегшити таким чином, щоб вони стали терпимими для нього [404].

До цього варто додати, що лікар, який асистує при здійсненні суїциду обов'язково має переглянути всю документацію, заповнити остаточну форму огляду та подати заяву на отримання дозволу у секретаря департаменту охорони здоров'я. Таким чином, лікар зможе переконатися, що вимоги закону дотримано, у тому числі щодо правила першого запиту пацієнта, оцінки прийнятності застосування суїциду від двох незалежних лікарів, письмової заяви пацієнта, призначення контактної особи та складання остаточного запиту. Врешті решт, секретар департаменту охорони здоров'я протягом трьох робочих днів має надати дозвіл або відмовити у тому, щоб здійснити суїцид асистований лікарем [404].

Що у випадку з еутаназією, що у випадку з суїцидом, асистованим лікарем, ми навели лише базові положення відповідних законів. Тексти цих законів є ще більш деталізованими та включають аспекти щодо форми надання згоди, підстав, наявність яких виключає можливість здійснення еутаназії чи суїциду, асистованого лікарем, процедуру виписування, випуску та застосування препарату, що спричинить смерть тощо.

Таким чином, законодавство Бельгії та Австралії достатньо повно регламентує здійснення еутаназії та суїциду, асистованого лікарем відповідно.

У контексті перспектив запровадження еутаназії в Україні, а таким чином і визначення нормативно-правових засад щодо права на здійснення еутаназії, ми схилиємося до думки, що український законодавець має прийняти закон про суїцид, асистований лікарем і таким чином перевести у правову площину питання про позбавлення життя людини на її прохання іншою особою або за допомогою іншої особи.

Що це нам дасть? По-перше, прийняття закону про суїцид, асистований лікарем дозволить невиліковним хворим, які нестерпно та протягом довгого часу страждають як духовно, так і фізично, померти з гідністю. Свого часу свою думку з цього приводу уже висловив Конституційний суд Колумбії, який дійшов до висновку, що захистити людську гідність можна лише у тому разі, якщо держава не буде перешкоджати рішенням пацієнта, що страждає на смертельну хворобу, яка заподіює йому нестерпний біль, піти з життя за допомогою лікаря, оскільки це суперечить уявленням невиліковно хворого пацієнта про власну гідність. У випадку з невиліковно хворими пацієнтами обов'язок держави захищати право на життя поступається інформованій згоді пацієнта і його бажанню померти з гідністю. Зрештою, фундаментальне право на людську гідність охоплює серед іншого і право на гідну смерть. Таким чином, примушення особи продовжувати свої страждання є нелюдським поводженням [509].

По-друге, прийняття закону дозволить чітко визначити усі необхідні процедури, дотримання яких необхідне для того, щоб важкохворий пацієнт отримав право на здійснення суїциду, асистованого лікарем. Вважаємо, що

український законодавець має підійти до цього питання зі всією можливою скрупульозністю та детально вивчити досвід Австралії у цьому питанні, де процедура регламентована настільки ґрунтовно, що це, по суті, унеможлиблює випадки, коли суїцид, асистований лікарем буде здійснено по відношенню до пацієнта з порушенням правових норм.

По-третє, положення закону про суїцид, асистований лікарем обов'язково мають включати питання про те, що якщо неможливо з'ясувати справжній намір пацієнта, то лікар має прийняти рішення, яке захищає життя пацієнта відповідно до принципу *in dubio pro vita*.

По-четверте, прийняття закону про суїцид асистований лікарем у жодному разі не має означати, що потрібно забувати про розвиток паліативної допомоги. Станом на сьогодні в Україні відсутня ефективна система організації та надання паліативної допомоги, про що свідчить той факт, що відсоток важкохворих пацієнтів, які звертаються за її отримання є надзвичайно малим [510]. Крім цього, звичайно ж необхідно зробити вирішальний крок у напрямку легалізації медичного канабісу, який може послаблювати больові відчуття важкохворих пацієнтів. Зовсім недостатньо дозволити обіг хімічних копій медичного канабісу – «Дронабінол», «Набілон» і «Набіксімолс» [511], оскільки це не вирішує проблему, а створює ряд нових: висока ціна у роздрібному продажі викликає питання про доступність цих препаратів, а з іншого боку «... ізолят канабідіолу, який уряд дозволив використовувати, має дуже вузьке застосування у лікарських засобах. Наприклад, його використовують для лікування двох різновидів епілептичної хвороби. Для більш широко застосування ізолят канабідіолу потрібно поєднувати з іншими речовинами, забороненими в Україні. Крім того, сам канабіс, його смола, екстракти та настойки з нього також досі заборонені» [512].

Інституційні основи є невід'ємним елементом механізму забезпечення новітніх прав людини, який в свою чергу є системою державних органів та органів місцевого самоврядування, котра здійснює охорону та захист прав, зокрема і четвертого покоління. Гарантом додержання КУ, прав і свобод людини і громадянина є Президент України [56]. Комісія з питань правової реформи як

консультативно-дорадчий орган при Президентові України утворює у своєму складі робочі групи з окремих питань [263]. Вбачається доречним у рамках діяльності Комісії утворити робочі групи з питань забезпечення прав четвертого покоління та залучити до її діяльності провідних фахівців-юристів у цій сфері. Виходячи зі специфіки прав четвертого покоління, неоднозначної практика їх визнання і реалізації на національному рівні доцільним видається запровадити інститут Уповноваженого із захисту прав четвертого покоління. Основним завданням якого має бути здійснення моніторингу додержання вищевказаних прав, внесення пропозицій щодо проектів законів та створення умов для їх реалізації та налагодження взаємодії органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування з питань забезпечення прав четвертого покоління.

У системі органів державної влади є такі, для яких моніторинг дотримання прав людини є пріоритетним, до числа яких відносимо Уповноваженого. Цей універсальний правозахисний механізм існує у більшості держав світу та ґрунтуючись на законі, принципах моральності здійснює захист прав і свобод людини і громадянина. Відповідно до пункту 3 статті 13 ЗУ «Про Уповноваженого Верховної Ради з прав людини» омбудсмен має право «вносити в установленому порядку пропозиції щодо вдосконалення законодавства України у сфері захисту прав і свобод людини» [513]. Адже омбудсмен має розуміти коли політика або її реалізація йде не по плану і де є невідповідність між тим, що декларується, та тим, що очікує або потребує суспільство [514].

Одним із інструментів покращення забезпечення прав четвертого покоління є окремо проведення Консультативною радою при омбудсмені аналізу щодо додержання даних прав у сфері охорони здоров'я або створення окремого структурного підрозділу – Управління з дотримання прав четвертого покоління. На нашу думку, основним завданням якого має бути забезпечення реалізації діяльності Уповноваженого у сфері здійснення парламентського контролю за дотриманням прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я.

Ще одними суб'єктами парламентського контролю, хоча і не самостійними, є парламентські комітети. Вони надають можливість участі у формуванні

державної політики суспільству та членам парламенту. Комітет ВРУ утворюється з числа народних депутатів України для здійснення за окремими напрямками законопроектної роботи, підготовки і попереднього розгляду питань, віднесених до повноважень ВРУ [515]. У парламенті України IX скликання діє 23 комітети [516]. У діяльності парламентів інших держав на постійні комітети по правам людини покладаються конкретні специфічні права людини або гуманітарні питання. Наприклад, комітет по правам людини у Словаччині відповідає за права жінок та меншин, в Угорщині – займається питаннями меншин і релігії, у Греції – питаннями гендерної рівності, у канадській Палаті громад діє комітет з питань правосуддя та прав людини. Іноді «права людини» не з'являються в назві комітету, навіть якщо у нього є чіткий мандат по правам людини [517; 518]. В Україні з-поміж інших діють комітети з питань прав людини, деокупації та реінтеграції тимчасово окупованих територій у Донецькій, Луганській областях Автономній Республіці Крим, міста Севастополя, національних меншин і міжнаціональних відносин та ще комітеті, який займається питаннями здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування [516], вважаємо, що доречним, було б включити до вказаних комітетів розгляд питань які стосуються прав четвертого покоління у сфері охорони здоров'я.

#### **Висновки до розділу 4**

1. Наявність у ВРУ законодавчої та наглядової функцій свідчать про те, що вона є гарантом прав четвертого покоління. У межах своєї організаційної структури ВРУ має брати активну участь у регулюванні трансплантації анатомічних матеріалів, евтаназії, клонування та допоміжних репродуктивних технологій. Сильна законодавча база дозволить виконувати органам державної влади свої позитивні зобов'язання у сфері прав четвертого покоління. У контексті інституційно-правових кроків щодо покращення адміністративно-правового забезпечення прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я важливим є те, щоб ВРУ належним чином реагувала на ті міжнародні судові рішення, що стосуються порушення прав людини, зокрема мова йде про рішення ЄСПЛ. При

чому важливою є не тільки реакція, а і покращення законодавства для того, щоб уникнути подальших звернень до ЄСПЛ.

2. У практиці ЄСПЛ сформувалась така правова позиція, що навіть у разі, коли існує законодавча заборона сурогатного материнства, якщо такі відносини є реалізованими, держава повинна визнавати такі родинні стосунки з метою забезпечення ідентичності особи у суспільстві незалежно від способу та місця її народження.

3. За державами фактично залишено право вирішення питань про офіційне визнання стосунків батьки-дитина у випадку, якщо була застосована технологія сурогатного материнства, яка не визнається державою, де такі стосунки мають намір узаконюватись. А відтак, відмова у виданні дозвільних документів чи вчиненні будь-яких інших дій, що не визнаються законодавством такої держави, не може призводити до загальнообов'язкового примусу вчиняти дії по узаконенню стосунків, якщо їх легальність визнано державою, на території якої дозволено застосування технології сурогатного материнства.

4. Французький законодавець системно підійшов до регулювання питання можливості припинення лікування особою у разі, якщо на це буде її воля чи воля її близьких осіб, урегулювавши такі особливості в окремому нормативно-правовому акті. Попри те, що на законодавчому рівні закріплена потреба в отриманні згоди особи, питання щодо припинення лікування щодо якої вирішується або її довіреної особи, сім'ї чи родичів, законодавець надав лікарям альтернативну можливість приймати таке рішення самостійно за наявності відповідних підстав та умов. Зрештою, незалежно від суб'єкта, що приймає рішення про припинення життя особи, обов'язковому захисту підлягає гідність особи, а також виникає необхідність вжити максимальні заходи щодо забезпечення якості життя.

5. ЄСПЛ визначав обсяг права на життя з точки зору права на повагу до приватного і сімейного життя, таким чином розглядаючи і правову природу права закінчення життя. Однак, із постановленням рішення у справі «Ламберт та інші проти Франції» вектор правової визначеності права на смерть змінився, що змінило



і прецедент, сформований до того судом. Відтак, право на смерть почало розглядатись в межах статті 2 ЄКПЛ (право на життя), що безумовно є обґрунтованим та виправданим з точки зору правової визначеності.

6. Більшість держав світу виходять із закріплення заборони репродуктивного клонування. Невизначеність із терапевтичним клонуванням призводить до певної проблематики. Заборона клонування часто регламентується, виходячи із заборони вчинення будь-яких інших дій з ембріонами, крім тих, що спрямовані на реалізацію репродуктивної функції у випадках, коли її здійснення природнім шляхом реалізувати неможливо з тих чи інших причин. Однак, такі обмеження не завжди позитивно сприймаються носіями прав, що породжує розширення судової практики.

7. ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» на КМУ та МОЗ покладено обов'язок затвердити необхідні для функціонування системи трансплантації в Україні нормативно-правових актів. Негативним аспектом є те, що станом на сьогодні не затверджено: (а) Порядок застосування перехресного донорства; (б) Порядок та розміри компенсації витрат, пов'язаних із здійсненням донорства гемопоетичних стовбурових клітин; (в) Порядок виготовлення, контролю якості та обігу біоімплантатів і ксеноімплантатів та інші нормативно-правові акти.

8. Зважаючи на специфіку відносин у сфері трансплантації, вважаємо за доцільне, щоб КМУ розробив та затвердив постанову, яка окремо буде регулювати питання щодо направлення громадян України для проведення трансплантації за кордон, де крім іншого знайдуть своє відображення положення про моніторинг за станом здоров'я громадян України, що були направлені за кордон для проведення трансплантації.

9. Удосконалення адміністративно-правового регулювання у сфері забезпечення репродуктивних прав людини можливе у разі: (а) прийняття окремого закону, який би врегулював реалізацію людиною репродуктивних прав, у тому числі чітко визначив би поняття та зміст репродуктивних прав, суб'єктів репродуктивно-правових відносин, види репродуктивних технологій та порядок їх

застосування, способи захисту репродуктивних прав та повноваження державних органів щодо контролю та нагляду у сфері забезпечення умов для здійснення людиною репродуктивних прав; (б) врегулювання на законодавчому рівні порядку застосування сурогатного материнства, у тому числі завдяки визначенню поняття та допустимих методів сурогатного материнства, підстав для їх застосування, вікових та медичних вимог до сурогатних матерів, прав та обов'язків учасників правовідносин у сфері сурогатного материнства (генетичних батьків, сурогатної матері, її чоловіка, медичного закладу), переліку істотних умов договору про сурогатне материнство, а також порядку його укладення, зміни та розірвання, наслідків форс-мажорних обставин (народження хворої дитини, смерті сурогатної матері чи генетичних батьків, відмови генетичних батьків від дитини, народженою сурогатною матір'ю, розлучення генетичних батьків і тому подібне) та відповідальності сторін за невиконання умов договору чи неналежну якість, наданих медичним установою; (в) гарантування на законодавчому рівні можливості державного та громадського контролю за якістю та порядком надання медичними закладами послуг у сфері забезпечення репродуктивних прав людини.

10. У ЗУ «Про заборону репродуктивного клонування людини» відсутнє визначення поняття «репродуктивне клонування», що видається не зовсім логічним. Вбачається за необхідне поповнити глосарій закону новими поняттями.

11. Вважаємо за необхідне прийняти новий закон України, який буде регулювати питання щодо репродуктивного та терапевтичного клонування. У такому законі необхідно, по-перше, чітко визначити термінологічний апарат (зокрема, необхідно законодавчо визначити такі поняття як терапевтичне клонування, репродуктивне клонування, ембріон людини, клон людського ембріона тощо), по-друге, визначити види діяльності, пов'язані з клонуванням людини, яка підлягає повній забороні, а також визначити ту діяльність, яку можна провадити у випадку отримання ліцензії, по-третє, визначити повноваження МОЗ та створити систему біоетичних комітетів у кожному закладі охорони здоров'я, який буде здійснювати діяльність, пов'язану з клонуванням у випадку отримання ліцензії, по-четверте, встановити заборону на експорт та імпорт клонованих

людських ембріонів незалежно від мети відповідно до якої був створений цей ембріон, по-п'яте, заборонити будь-яку діяльність, пов'язану з клонуванням, яка передбачає отримання прибутку, по-шосте, КМУ та МОЗ, звичайно ж, необхідно розробити нормативно-правові акти, які дозволять реалізувати наведені вище положення.

12. Український законодавець має прийняти закон про суїцид, асистований лікарем і таким чином перевести у правову площину питання про позбавлення життя людини на її прохання іншою особою або за допомогою іншої особи. Що це нам дасть? По-перше, прийняття закону про суїцид, асистований лікарем дозволить невиліковним хворим, які нестерпно та протягом довгого часу страждають як духовно, так і фізично, померти з гідністю. По-друге, прийняття закону дозволить чітко визначити усі необхідні процедури, дотримання яких необхідне для того, щоб важкохворий пацієнт отримав право на здійснення суїциду, асистованого лікарем. По-третє, положення закону про суїцид, асистований лікарем обов'язково мають включати питання про те, що якщо неможливо з'ясувати справжній намір пацієнта, то лікар має прийняти рішення, яке захищає життя пацієнта відповідно до принципу *in dubio pro vita*.

## ВИСНОВКИ

1. У дисертації здійснено комплексне дослідження механізму адміністративно-правового регулювання прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я. Встановлено, що дослідження, які вже здійснені у вітчизняній та зарубіжній юридичній думці, не в повній мірі висвітлюють вказану проблематику. У результаті аналізу виявлено характерні особливості, що притаманні елементам механізму адміністративно-правового регулювання прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я та проведено дослідження підходів до розуміння прав четвертого покоління, їхньої еволюції та класифікації. Аргументовано пропозиції щодо вдосконалення тексту законодавчих та нормативно-правових актів.

2. Визначено, що права четвертого покоління у системі охорони здоров'я можуть бути реалізовані у різних формах залежно від суб'єктного складу: (1) в індивідуальній формі (право на зміну статі); (2) у колективній формі (право на штучне запліднення); (3) як в індивідуальній, так і в колективній формі (право на вільний вибір сексуальної орієнтації).

3. Дійшли до висновку, що під механізмом адміністративно-правового регулювання прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я слід розуміти систему адміністративно-правових засобів, які впорядковані у конкретній послідовності з метою забезпечення адміністративно-правового впливу на відносини у сфері забезпечення прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я та на їх безпосередніх учасників.

4. Ознаки правовідносини у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління класифіковано на загальні та специфічні. До загальних ознак відносяться такі: (а) правовідносини виникають між конкретними суб'єктами, до числа яких, зокрема, відносяться пацієнти та заклади охорони здоров'я, що надають відповідні медичні послуги; (б) між учасниками правовідносин виникає юридичний зв'язок, наприклад, у вигляді суб'єктивного права пацієнта на трансплантацію і відповідного йому обов'язку лікаря; (в) правовідносини мають вольовий характер; (г) правовідносини виникають щодо особистих немайнових благ, якими є життя та здоров'я людини.

5. До специфічних ознак правовідносини у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління відносяться наступні: (а) безпосередній вплив на такі правовідносини розвитку сучасних медичних технологій; (б) розвиток медичних технологій призвів до необхідності створення морального регулятора – біоетики, яка визначає моральність поведінки людини, співвідносячи її з ціннісними орієнтирами суспільства; (в) правовідносини можуть виникати до народження особи, під час її життя та після її смерті; (г) треті особи можуть приймати рішення про медичне втручання у разі, якщо таке рішення не можуть прийняти особи щодо яких таке втручання може бути застосоване.

6. До суб'єктів правовідносин у сфері забезпечення «медичного виміру» прав четвертого покоління відносяться: (а) суб'єкти, щодо яких здійснюється надання медичної допомоги із застосуванням спеціальних методів; (б) суб'єкти, які надають медичну допомогу із застосуванням спеціальних методів; (в) суб'єкти організації медичної допомоги з застосуванням спеціальних методів; (г) суб'єкти, щодо яких не здійснюється надання медичної допомоги із застосуванням спеціальних методів, але які можуть брати участь у правовідносинах у разі настання певних обставин.

7. До гарантій адміністративно-правового механізму забезпечення прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я віднесено загальні (соціально-економічні, політичні, ідеологічні, інформаційні) та юридичні.

8. Пропонуємо переглянути підходи до тарифів на медичні послуги з органної трансплантації. Одним із можливих варіантів може бути включення органної трансплантації до програми медичних гарантій, що дозволить надавати відповідні послуги за рахунок коштів Державного бюджету повністю або частково. Цей варіант має покращити доступність трансплантації анатомічних матеріалів для населення України, у більшій мірі буде відповідати тому, що людина, її життя та здоров'я визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю.

9. Адміністративними процедурами у сфері прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я є: (а) реєстраційні; (б) дозвільні; (в) ліцензійні; (г)

контрольно-наглядові; (г) екзаменаційні; (д) експертні; (е) акредитаційні; (є) приватизаційні; (ж) процедури із розгляду скарг.

10. Зважаючи на специфіку прав четвертого покоління, доцільним видається запровадити окремий інститут омбудсмена для захисту прав четвертого покоління. Іншими інструментами гарантування омбудсменом прав четвертого покоління є проведення Консультативною радою при Уповноваженому аналізу за додержання прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я або призначення омбудсменом свого представника, який буде займатися виключно питаннями захисту прав четвертого покоління.

11. Для успішної розбудови системи трансплантації у короткостроковій перспективі необхідно перш за все забезпечити належне фінансування трансплантації. Крім цього, потрібно розвивати кадровий потенціал, збільшуючи кількість лікарів-трансплантологів та молодшого медичного персоналу, які беруть участь у процесі трансплантації. Іншим моментом є підвищення кваліфікації лікарів, чого можна досягнути за допомогою програми міждержавних обмінів для набуття досвіду у проведенні трансплантацій. Важливим також є розвиток матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що передбачає право надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації. Пильна увага з боку держави до вищезазначених аспектів дозволить у короткостроковій перспективі збільшити кількість трансплантацій в Україні.

12. Повноваження МОЗ у сфері надання медичної допомоги із застосуванням ДРТ пропонуємо поділити на загальні та спеціальні. Загальні повноваження притаманні МОЗ як центральному органу виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я. Спеціальні – це ті, які поширюються тільки на сферу ДРТ. До них належить, зокрема затвердження Порядку застосування методу штучного запліднення та імплантації ембріона.

13. Ще однією проблемою є те, що здійснення преімплантаційної генетичної діагностики жодним чином не врегульовано на законодавчому рівні,

при чому такий вид медичної послуги надається у приватних медичних закладах України, що може мати негативні наслідки для учасників цієї процедури.

14. Аналізуючи законодавство США, можна дійти до висновку, що існує три групи механізмів правового регулювання клонування: (а) заборона клонування: заборона репродуктивного та терапевтичного клонування, що є притаманним для таких штатів як Арізона, Мічиган, Оклахома, Дакота, Вірджинія; (б) часткова заборона окремих форм клонування: заборона клонування з метою відтворення людини, у той час, як із дотриманням законодавчо визначених умов клонування, в основі чого лежать медичні дослідження, дозволено, що характерно для таких штатів як Айова, Каліфорнія, Массачусетс, Нью-Джерсі; (в) «альтернативна» заборона: характерна для штату Міннесота, в якому де-юре заборонено терапевтичне клонування, в той час як положення щодо його повної заборони відсутні, однак напряду заборонено репродуктивне клонування.

15. Вважаємо за необхідне, щоб діяльність щодо створення ембріональних стовбурових клітин людини підлягала ліцензуванню. Це може відбуватися як у рамках діяльності Ліцензійної комісії МОЗ, так і за допомогою створення ще однією комісії у структурі МОЗ. При цьому, у першому випадку необхідно буде внести зміни до наказу МОЗ від 31 серпня 2012 року № 677 «Про затвердження Положення про Ліцензійну комісію МОЗ України», а у другому – затвердити положення новоствореної комісії.

16. Найважливіша проблема евтаназії полягає у визначенні осіб, щодо яких вона може бути застосована. Ми вважаємо, що до числа таких осіб мають відноситись: (а) пацієнти, які відчують постійний фізичний біль у зв'язку з невиліковною хворобою, що тягне за собою психологічні і моральні страждання, а настання внаслідок цього біологічної смерті є неминучим, що має бути підтверджено медичним висновком; (б) пацієнти, що перебувають у незворотному вегетативному стані, які не можуть особисто надати згоду на припинення життя.

17. Важливо розуміти, що станом на сьогодні в Україні не існує єдиного нормативно-правового акту, який би містив вичерпний перелік невиліковних захворювань, хоча це поняття часто фігурує у юридичному вжитку. Наука і

медицина не стоять на місці, і у світі постійно тривають клінічні дослідження, спрямовані на виявлення нових методів лікування тих чи інших захворювань. То чи може взагалі існувати вичерпний перелік невиліковних хвороб і чи з постійним розвитком медицини можна з впевненістю говорити про невиліковність тієї чи іншої хвороби? Однозначно можна стверджувати про те, що зустрічаються хвороби, які на цей момент є сильнішими ніж будь-які засоби боротьби з ними, і з кожним роком можливості медичної науки стають більші, але, на жаль, завжди мають межі і саме в цих випадках може йти мова про недоречність очікувати повного видужання пацієнта.

18. Наявність у ВРУ законодавчої та наглядової функцій свідчать про те, що вона є гарантом прав четвертого покоління. У межах своєї організаційної структури ВРУ має брати активну участь у регулюванні трансплантації анатомічних матеріалів, евтаназії, клонування та ДРТ. Сильна законодавча база дозволить виконувати органам державної влади свої позитивні зобов'язання у сфері прав четвертого покоління. У контексті інституційно-правових кроків щодо покращення адміністративно-правового забезпечення прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я важливим є те, щоб ВРУ належним чином реагувала на ті міжнародні судові рішення, що стосуються порушення прав людини, зокрема мова йде про рішення ЄСПЛ. При чому важливою є не тільки реакція, а і покращення законодавства для того, щоб уникнути подальших звернень до ЄСПЛ.

19. Зважаючи на специфіку відносин у сфері трансплантації, вважаємо за доцільне, щоб КМУ розробив та затвердив постанову, яка окремо буде регулювати питання щодо направлення громадян України для проведення трансплантації за кордон, де крім іншого знайдуть своє відображення положення про моніторинг за станом здоров'я громадян України, що були направлені за кордон для проведення трансплантації.

20. Удосконалення адміністративно-правового регулювання у сфері забезпечення ДРТ можливе у разі: (а) прийняття окремого закону, який би врегулював реалізацію людиною репродуктивних прав, у тому числі чітко визначив би поняття та зміст репродуктивних прав, суб'єктів репродуктивно-правових



відносин, види репродуктивних технологій та порядок їх застосування, способи захисту репродуктивних прав та повноваження державних органів щодо контролю та нагляду у сфері забезпечення умов для здійснення людиною репродуктивних прав; (б) врегулювання на законодавчому рівні порядку застосування сурогатного материнства, у тому числі завдяки визначенню поняття та допустимих методів сурогатного материнства, підстав для їх застосування, вікових та медичних вимог до сурогатних матерів, прав та обов'язків учасників правовідносин у сфері сурогатного материнства (генетичних батьків, сурогатної матері, її чоловіка, медичного закладу), переліку істотних умов договору про сурогатне материнство, а також порядку його укладення, зміни та розірвання, наслідків форс-мажорних обставин (народження хворої дитини, смерті сурогатної матері чи генетичних батьків, відмови генетичних батьків від дитини, народженою сурогатною матір'ю, розлучення генетичних батьків і тому подібне) та відповідальності сторін за невиконання умов договору чи неналежну якість, наданих медичним установою.

21. Вважаємо за необхідне прийняти новий закон України, який буде регулювати питання щодо репродуктивного та терапевтичного клонування. У такому законі необхідно, по-перше, чітко визначити термінологічний апарат (зокрема, необхідно законодавчо визначити такі поняття як терапевтичне клонування, репродуктивне клонування, ембріон людини, клон людського ембріона тощо); по-друге, визначити види діяльності, пов'язані з клонуванням людини, яка підлягає повній забороні, а також визначити ту діяльність, яку можна провадити у випадку отримання ліцензії; по-третє, визначити повноваження МОЗ та створити систему біоетичних комітетів у кожному закладі охорони здоров'я, який буде здійснювати діяльність, пов'язану з клонуванням у випадку отримання ліцензії; по-четверте, встановити заборону на експорт та імпорт клонованих людських ембріонів незалежно від мети відповідно до якої був створений цей ембріон; по-п'яте, заборонити будь-яку діяльність, пов'язану з клонуванням, яка передбачає отримання прибутку.

22. Український законодавець має прийняти закон про суїцид, асистований лікарем і таким чином перевести у правову площину питання про позбавлення

життя людини на її прохання іншою особою або за допомогою іншої особи. Що це нам дасть? По-перше, прийняття закону про суїцид, асистований лікарем, дозволить невиліковним хворим, які нестерпно та протягом довгого часу страждають як духовно, так і фізично, померти з гідністю. По-друге, прийняття закону дозволить чітко визначити усі необхідні процедури, дотримання яких необхідне для того, щоб важкохворий пацієнт отримав право на здійснення суїциду, асистованого лікарем. По-третє, положення закону про суїцид, асистований лікарем обов'язково мають включати питання про те, що якщо неможливо з'ясувати справжній намір пацієнта, то лікар має прийняти рішення, яке захищає життя пацієнта відповідно до принципу *in dubio pro vita*.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алмаші І. М. Реалізація прав людини в Україні : монографія. Ужгород : Видавничий центр Закарпатського інституту ім. А. Волошина ПрАТ ВНЗ «МАУП», 2015. 226 с.
2. Конституційно-правові засади становлення української державності / В. Я. Тацій, Ю. М. Тодика, О. Г. Данильян та ін.; за заг. ред. В. Я. Тація, Ю. М. Тодики. Х. : Право, 2003. 328 с.
3. Проблеми реалізації прав і свобод людини та громадянина в Україні : монографія / За ред. Н. М. Оніщенко, О. В. Зайчука. К. : Юридична думка, 2007. 424 с.
4. Тиріна М. Покоління прав людини: проблеми сучасної класифікації. *Держава і право*. 2011. Вип. 52. С. 728-732.
5. Радзієвська В. В. Права людини нового покоління та їх міжнародно-правове регулювання. *Науковий вісник Національної академії внутрішніх справ*. 2010. URL: [http://www.nbuv.gov.ua/portal/soc\\_gum/Nvknus/20105/radzivsa.html](http://www.nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/Nvknus/20105/radzivsa.html) (дата звернення: 01.12.2020).
6. Мушак Н. Б. Концептуальні підходи до класифікації прав людини в умовах глобалізаційних процесів. *Часопис Київського університету права*. 2011. № 2. С. 298-301.
7. Каньдя О. А. Четверте покоління прав людини: нагальна потреба чи свідчення втрати моральності. URL: <http://cki.org.ua/wpcontent/uploads/2014/05>
8. Лаврик М. А. К теории соматических прав человека. *Сибирский юридический вестник*. 2005. № 3. С. 16-26.
9. Іваськевич Д. О. Четверте покоління прав людини — соматичні права людини. *Грані права: XXI століття : матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф. (м. Одеса, 19 травня 2018 р.)*; у 2-х т. Т. 1 / за ред. Г. О. Ульянової. Одеса: Видавничий дім «Гельветика», 2018. С. 186-189.
10. Теория государства и права : учеб. для вузов / под ред. В. М. Корельского и В. Д. Перевалова. М. : НОРМА–ИНФРА-М, 2000. 616 с.

11. Права людини в національному та європейському контекстах : підручник. За заг. ред. Н. І. Петрецької, Ю. М. Бисаги. Ужгород : Видавничий дім «Гельветика», 2018. 420 с.
12. Брюховецька М. С. Право на посмертне донорство у системі четвертого покоління прав у сфері охорони здоров'я. Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. «Забезпечення прав людини четвертого покоління у системі охорони здоров'я» (12 квітня 2019 р., м. Ужгород). Зб. наук. ст.; [за заг. ред. С. Б. Булеци, Я. В. Лазура, М. В. Менджул]. Ужгород : Вид-во Олександри Гаркуші, 2019. С. 48-52.
13. Барабаш О. О. Четверте покоління прав людини: загальнотеоретична характеристика. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка»*. Юридичні науки. 2016. № 8 (37). С. 213-217.
14. Хартія основних прав Європейського Союзу, проголошена 07 грудня 2000 року, у м. Ніцца. Європейський Союз. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994\\_524#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_524#Text) (дата звернення: 01.12.2020).
15. Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину, прийнята 04 квітня 1997 року у м. Ов'єдо. Рада Європи. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994\\_334#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_334#Text) (дата звернення: 01.12.2020).
16. Супрун О. В. Права людини нового покоління. *Молодіжний науковий вісник Української академії банківської справи Національного банку України*. 2013. № 1 (4). С. 57-59.
17. Про внесення доповнень до Цивільного кодексу України (щодо гарантування права фізичної особи на доступ до Інтернету): Проект Закону України. Верховна Рада України : вебсайт. URL: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=50669](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=50669) (дата звернення: 01.12.2020).
18. Аврамова О., Жидкова О. Четверте покоління прав людини: постановка проблеми. *Право України*. 2010. № 2. С. 101-107.
19. Рудинский Ф. М. Гражданские права человека: общетеоретические вопросы. *Право и жизнь*. 2000. № 31. С. 16.

20. Венгеров А. Б. Теория государства и права : учебник для юрид. вузов. М. : Юриспруденция, 2000. С. 307.
21. Ковлер А. И. Антропология права : Учебник для вузов. М. : Норма, 2002. 480 с.
22. Крилова Д. Четверте покоління прав людини в контексті взаємозв'язку правових та моральних норм. *Jurnalul juridic national: teorie și practică*. 2017. № 2 (24). С. 26-30.
23. Шебаніц Д. М. Сучасна проблематика теорії «поколінь прав людини» в умовах європейської міждержавної інтеграції. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право*. 2015. Т. 1. Вип. 31. С. 57-61.
24. Ткач Г. Адміністративно-правовий захист: окремі питання прав, свобод та законних інтересів громадян. *Юриспруденція-онлайн: вебсайт*. URL: <http://www.lawyer.org.ua/?w=r&i=6&d=282>
25. Боднарчук О. Г. Громадський контроль як механізм протидії корупції: проблеми його реалізації в пенітенціарній системі України. *Часопис Національного університету «Острозька академія». Серія «Право»*. 2013. № 1 (7). URL: <http://lj.oa.edu.ua/articles/2013/n1/13bohpsu.pdf>
26. Лазур Я. В. Забезпечення прав і свобод громадян в сфері публічного управління : дис. ... д-ра юрид. наук : 12.00.07 ; Інститут законодавства Верховної Ради України. Київ, 2011. 454 с.
27. Пустовіт Ж. М. Актуальні проблеми прав і свобод людини і громадянина в Україні : навч. посіб. К. : КНТ, 2009. 232 с.
28. Болдіжар С. О., Пішта В. І. Механізм адміністративно-правового регулювання щодо забезпечення прав людини четвертого покоління у системі охорони здоров'я: загальна характеристика. Матеріали міжнародної наук.-практ. конф. «Забезпечення прав людини четвертого покоління у системі охорони здоров'я» (12 квітня 2019 р., м. Ужгород) / Зб. наук. ст.; [за заг. ред. С. Б. Булеци, Я. В. Лазура, М. В. Менджул]. Ужгород : Вид-во Олександри Гаркуші, 2019. С. 44-48.

29. Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині : Закон України від 17 травня 2018 року № 2427-VIII. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2427-19#Text> (дата звернення: 01.12.2020).
30. Антонович М. Правова культура українського народу в сфері прав людини: історичний розвиток та сучасний стан. *Право України*. 2003. № 12. С. 75-79.
31. Сырых В. М. Теория государства и права : учебник для вузов. М. : Былина, 1998. 512 с.
32. Марченко М. Н. Проблемы теории государства и права : ученик. М. : Проспект, 2001. С. 682.
33. Колодій А. М., Олійник А. Ю. Права людини і громадянина в Україні : Навч. посіб. К. : Юрінком Інтер, 2003. 336 с.
34. Конституційне право України : Підручник / Погорілко В. Ф., Фрицький О. Ф., Городецький О. В. та ін.; за ред. В. Ф. Погорілка. К. : Наукова думка, 2003. 732 с.
35. Васильчук Л. Б., Бисага Ю. М. Реалізація права на безпечне для життя і здоров'я довкілля в Україні : Монографія. Ужгород : Видавничий дім «Гельветика», 2019. 208 с.
36. Бринчук М. М. Экологическое право : Учебник. М. : Юрист, 1999. 383 с.
37. Поправко Н. Б. Юридические механизмы защиты прав граждан на благоприятную окружающую среду (практическое пособие для граждан). Санкт-Петербург : Беллона, 2012. 62 с.
38. Найбрудніші міста України: Ужгород вже другий. *Українська правда*: вебсайт. URL: <http://life.pravda.com.ua/society/2012/03/1/97087/> (дата звернення: 01.12.2020).
39. Огляд про стан забруднення навколишнього природного середовища на території України у 2015 році (за даними мережі спостережень Національної гідрометслужби України). ЦГО: вебсайт. URL: <http://www.cgo.kiev.ua/data/ukr-zabrud-viz-1/fl60617063459.doc> (дата звернення: 01.12.2020).

40. Васильчук Л. Б. Реалізація права на безпечне для життя і здоров'я довкілля в Україні: дис. ... канд. юр. наук: 12.00.02 — конституційне право; муніципальне право. Ужгород, 2016. С. 20-21.

41. Кобзар Г. Майже половині українців важко дихати у рідній країні. *Харківська правозахисна група*: вебсайт. URL: <http://www.khpg.org/index.php?id=1385422344>

42. Данильцева В. Г. Покоління прав людини. 2017. *Електронний репозитарій Національної академії внутрішніх справ*: вебсайт. URL: [http://elar.naiau.kiev.ua/bitstream/123456789/4103/1/%20%D0%97%D0%91%D0%86%D0%A0%D0%9D%D0%98%D0%9A%20%D0%A2%D0%95%D0%97%20%20%D0%BE%D1%81%D1%82.\\_p046-047.pdf](http://elar.naiau.kiev.ua/bitstream/123456789/4103/1/%20%D0%97%D0%91%D0%86%D0%A0%D0%9D%D0%98%D0%9A%20%D0%A2%D0%95%D0%97%20%20%D0%BE%D1%81%D1%82._p046-047.pdf). (дата звернення: 01.12.2020).

43. Гончаренко О. М. Права людини в Україні: навч. посіб. К. : Знання, 2008. 207 с.

44. Декриміналізація гомосексуальності в Україні: випадкове історичне рішення. *ЛГБТ-портал*: вебсайт. URL: [https://www.lgbt.org.ua/materials/show\\_4784/](https://www.lgbt.org.ua/materials/show_4784/) (дата звернення: 01.12.2020).

45. Кримінальний кодекс Української РСР, прийнятий 28 грудня 1960 року. Верховна Рада УРСР. URL: [https://ips.ligazakon.net/document/view/kd0006?an=480034&ed=1968\\_10\\_02](https://ips.ligazakon.net/document/view/kd0006?an=480034&ed=1968_10_02) (дата звернення: 01.12.2020).

46. Про правовий режим території, що зазнала радіоактивного забруднення внаслідок Чорнобильської катастрофи : Закон України від 27 лютого 1991 року № 791а-ХІІ. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/791%D0%B0-12#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

47. Про охорону атмосферного повітря : Закон України від 16 жовтня 1992 року № 2707-ХІІ. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2707-12#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

48. Дутко А. О., Заболотна М. Р. Репродуктивні права фізичної особи: сутність, поняття та класифікація. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. 2016. № 3. С. 82-90.

49. Декларация относительно трансплантации человеческих органов: принята 39-й Всемирной медицинской ассамблеей, Мадрид, Испания, от 30 октября 1987 г. URL: [https:// zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_330](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_330) (дата звернення: 01.12.2020).

50. Подорожна Т. С., Євхутич І. М. Юридичні аспекти трансплантації органів і тканин людського організму: окремі аспекти кримінальної відповідальності. Матеріали міжнародної наук.-практ. конф. «Забезпечення прав людини четвертого покоління у системі охорони здоров'я» (12 квітня 2019 р., м. Ужгород) / Зб. наук. ст. ; [за. заг. ред. С. Б. Булеци, Я. В. Лазура, М. В. Менджул]. Ужгород: Вид-во Олександри Гаркуші, 2019. С. 100-105.

51. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-XII. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

52. Про порядок штучного переривання вагітності від 12 до 28 тижнів: Постанова Кабінету Міністрів України від 12 листопада 1993 року № 926. Кабінет Міністрів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/926-93-%D0%BF> (дата звернення: 01.12.2020).

53. Коротка історія гомосексуальних репресій в Україні. *PinchukArtCentre*: вебсайт. URL: [https://pinchukartcentre.org/files/img/fgap/files/motta\\_newspaper\\_ua.pdf](https://pinchukartcentre.org/files/img/fgap/files/motta_newspaper_ua.pdf) (дата звернення: 01.12.2020).

54. Про поводження з радіоактивними відходами : Закон України від 30 червня 1995 року № 255-95-ВР. Верховна Ради України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/255/95-%D0%B2%D1%80> (дата звернення: 01.12.2020).

55. Про використання ядерної енергії та радіаційну безпеку : Закон України від 8 лютого 1995 року № 39/95-ВР. Верховна Ради України. URL:



<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/39/95-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

56. Конституція України, прийнята 28 червня 1996 року. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80> (дата звернення: 01.12.2020).

57. Шукліна Н. Г. Конституційно-правове регулювання прав і свобод людини і громадянина в Україні (проблеми теорії та практики) : Монографія. К. : Центр навчальної літератури, 2005. 297 с.

58. Про захист людини від впливу іонізуючого випромінювання: Закон України від 14 січня 1998 року № 15/98-ВР. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/15/98-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

59. Про доступ до публічної інформації : Закон України від 13 січня 2011 року № 2939-Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2939-17#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

60. Про відходи : Закон України від 5 березня 1998 року № 187/98-ВР. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/187/98-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

61. Таких звалищ, як під Львовом, 80%. Сміттям завалено 5% території країни – еколог. *newsradio*: вебсайт. URL: <http://newsradio.com.ua/archives/20160531/1340422.html> (дата звернення: 01.12.2020).

62. Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини: Закон України від 16 липня 1999 року № 1007-XIV (утратив чинність). Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1007-14#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

63. Цивільний кодекс України, прийнятий 16 січня 2003 року № 435-IV. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

64. Про реалізацію статті 281 Цивільного кодексу України : Постанова Кабінету Міністрів України від 15 лютого 2006 року № 144. Кабінет Міністрів

України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/144-2006-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

65. Про затвердження Положення про порядок надання екологічної інформації : Наказ Міністерства охорони навколишнього природного середовища України від 18 грудня 2003 року № 169, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 04 лютого 2004 року за № 156/8755 (втратив чинність). Міністерство охорони навколишнього природного середовища України. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0595-12> (дата звернення: 01.12.2020).

66. Про Основні напрями державної політики України у галузі охорони довкілля, використання природних ресурсів та забезпечення екологічної безпеки : Постанова Верховної Ради України від 05 березня 1998 року № 188/98-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/188/98-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

67. Порядок обстеження осіб, які потребують зміни (корекції) статевій належності, затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 03 лютого 2011 року № 60 (утратив чинність). Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0241-11#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

68. Аналіз тексту Уніфікованого клінічного протоколу «Гендерна дисфорія». *Інсайт*: вебсайт. URL: <https://www.insight-ukraine.org/uk/news/article/27/analiz-tekstu-unifikovanogo-klinichnogo-protokoly-genderna-disforiya> (дата звернення: 01.12.2020).

69. МОЗ дивиться у стаття: міністерство вирішило зайнятися проблемами транссексуалів. *РБК-Україна*: вебсайт. URL: <https://daily.rbc.ua/ukr/show/minzdrav-smotrit-polministerstvo-reshilo-1478274018.html> (дата звернення: 01.12.2020).

70. Про ратифікацію Європейської конвенції про усиновлення дітей (переглянутої) : Закон України від 15 лютого 2011 року. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3017-VI#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

71. Європейська конвенція про усиновлення дітей (переглянута) від 27 листопада 2008 року. *Рада Європи*. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994\\_a17](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_a17) (дата звернення: 01.12.2020).

72. Законодавство України не дозволяє усиновлювати дитину особам однієї статі — роз'яснення. *Міністерство юстиції України*: вебсайт. URL: [https://minjust.gov.ua/m/str\\_34711](https://minjust.gov.ua/m/str_34711) (дата звернення: 01.12.2020).

73. Заліська О. М., Гуз В. С. Допоміжні репродуктивні технології у світі й Україні та їхні фармакоєкономічні аспекти. *Раціональна фармакотерапія*. 2011. Спеціальний номер. С. 35-37.

74. Про затвердження порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 787 від 09 вересня 2013 року. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1697-13> (дата звернення: 01.12.2020).

75. Малеина М. Н. Человек и медицина в современном праве : учебное и практ. пособ. Москва : БЕК, 1995. 260 с.

76. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони, від 27 червня 2014 року. URL: [http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/984\\_011](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/984_011) (дата звернення: 01.12.2020).

77. Цілі сталого розвитку 2016-2030. *United Nations Ukraine*: website. URL: <http://www.un.org.ua/ua/tsili-rozvytku-tysiacholittia/tsili-staloho-rozvytku> (дата звернення: 01.12.2020).

78. Коваленко К. Україна лише частково захищає права ЛГБТ-спільноти — міжнародна платформа Equaldex. *Бабель*: вебсайт. URL: <https://thebabel.com.ua/news/32156-ukrajinalishe-chastkovo-zahishchaye-prava-lgbt-spilnoti-mizhnarodna-platforma-equaldex> (дата звернення: 01.12.2020).

79. Расулова О. Право на повноцінне життя: як трансгендерам в Україні отримати документи про зміну статі. *zmina.info*: вебсайт. URL: [https://zmina.info/articles/pravo\\_na\\_povnocinne\\_zhittja\\_jiak\\_transjenderam\\_v\\_ukraini\\_otrimati\\_dokumenty\\_pro\\_zminu\\_stati/](https://zmina.info/articles/pravo_na_povnocinne_zhittja_jiak_transjenderam_v_ukraini_otrimati_dokumenty_pro_zminu_stati/) (дата звернення: 01.12.2020).

80. Белов О. Права людини: Зміни до статі. *Український юрист*: вебсайт. URL: <http://jurist.ua/?article/1907> (дата звернення: 01.12.2020).

81. Рекомендація CM/Rec (2010) 12 Комітету Міністрів Ради Європи державам-членам щодо суддів: незалежність, ефективність та обов'язки, ухвалено Комітетом Міністрів Ради Європи 17 листопада 2010 року на 1098 засіданні заступників міністрів. Комітет Міністрів Ради Європи. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994\\_a38#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_a38#Text) (дата звернення: 01.12.2020).

82. Про затвердження плану дій з реалізації Національної стратегії у сфері прав людини на період до 2020 року : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 23 листопада 2015 року № 1393-р. Кабінет Міністрів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1393-2015-%D1%80#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

83. Про встановлення медико-біологічних та соціально-психологічних показань для зміни (корекції) статевої належності та затвердження форми первинної облікової документації й інструкції щодо її заповнення : Наказ Міністерства охорони здоров'я від 05 жовтня 2016 року № 1041. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1589-16#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

84. Про затвердження Змін до деяких нормативно-правових актів з питань діяльності у сфері державної реєстрації актів цивільного стану : Наказ Міністерства юстиції України від 28 серпня 2019 року № 2690/5. Міністерство юстиції України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0997-19#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

85. Про затвердження зразка бланка, технічного опису та Порядку оформлення, видачі, обміну, пересилання, вилучення, повернення державі, визнання недійсним та знищення паспорта громадянина України : Постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 302. Кабінет Міністрів України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/302-2015-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

86. Поліцейські Київщини перевіряють факт незаконної трансплантації людських органів: Головне управління Національної поліції в Київській області.

Національна поліція Київської області: вебсайт. URL: <https://kv.npu.gov.ua/news/Informacziya/policzejski-kijivshhiniperevirayut-fakt-nezakonnoji-transplantacziji-lyudskix-organiv/?fbclid=IwAR34b2mLYNCYBoHy8xy2jXgryMFPxnKMY2hkAgDeMidBIg8eYa-wtRI74kk> (дата звернення: 01.12.2020).

87. За час АТО на Донбасі загинуло 68 дітей — Парубій. *Українська правда*: вебсайт. URL: <http://www.pravda.com.ua/news/2016/06/1/7110379/> (дата звернення: 01.12.2020).

88. Права человека и вооруженные конфликты : Учебник для высших военных учебных заведений / А. В. Абабков, А. С. Безнасюк, Ю. Д. Казанчев и др.; отв. ред. В. А. Краташкин. М. : НОРМА, 2001. 384 с.

89. Олійник А. Ю. Конституційно-правовий механізм забезпечення основних свобод людини і громадянина в Україні : Монографія. К. : Алерта, КНТ, Центр навчальної літератури, 2008. 472 с.

90. Про метрологію та метрологічну діяльність: Закон України від 05 червня 2014 року № 1314-VII. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1314-18#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

91. Протокол про стратегічну екологічну оцінку до Конвенції про оцінку впливу на навколишнє середовище у транскордонному контексті від 21 травня 2003 року. URL: [http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995\\_b99](http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_b99) (дата звернення: 01.12.2020).

92. Коломоєць Т. О. Адміністративне право України. Академічний курс : підручник. К. : Юрінком Інтер, 2011. 576 с.

93. Права человека: итоги века, тенденции, перспективы / Под общ. ред. Е. А. Лукашевой. М. : НОРМА, 2002. 448 с.

94. Бородин І. Л. Адміністративно-правові способи захисту прав та свобод людини і громадянина. Монографія. Херсон : Олді-плюс, 2003. 218 с.

95. Грищенко О. Проблема клонування: суспільний та правовий аспект. *Юридичний журнал*. 2005. № 10. URL: <http://www.justinian.com.ua/article.php?id=1976> (дата звернення: 01.12.2020).

96. Чорнобровий М. П. Евтаназія: філософсько-правовий підхід. *Вісник Хмельницького інституту регіонального управління та права*. URL: [www.univ.km.ua/visnyk/693.pdf](http://www.univ.km.ua/visnyk/693.pdf) (дата звернення: 01.12.2020).
97. Ворона В. А. Право на евтаназію як складова права людини на життя. *Право України*. 2010. № 5. С. 199-205.
98. Місюра Л., Лисенков М. Легалізація евтаназії: за чи проти. *Вісник Національної академії прокуратури України*. 2016. № 4. С. 98-104.
99. Мартинюк-Гресь С. Евтаназія: «за» чи «проти»? *Всеукраїнський загальнополітичний освітянський тижневик*. 2008. № 47. URL: <http://www.personal-plus.net/299/4230.html> (дата звернення: 01.12.2020).
100. Un pendio scivoloso. Cosa succede nei paesi che hanno già approvato l'eutanasia? URL: <http://centrostudilivativo.it/un-pendio-scivoloso> (дата звернення: 01.12.2020).
101. Macintyre J. Horror as Dutch doctors euthanise 29-year-old woman with mental health troubles. *Christian Today*: website. URL: <https://www.christiantoday.com/article/horror-as-dutch-doctors-euthanise-29-year-old-woman-with-mental-health-trouble-execute/125200.htm> (дата звернення: 01.12.2020).
102. Крекотін В. Право на смерть: про плюси, мінуси та історію евтаназії. *ua.news*: вебсайт. URL: <https://ua.news/ua/pravo-na-smert-pro-plyusy-minusy-ta-istoriyu-evtanaziyi/> (дата звернення: 01.12.2020).
103. Громовчук М. В. Евтаназія в Нідерландах: право на гідну смерть чи вбивство з милосердя? Матеріали міжнародної наук.-практ. конф. «Забезпечення прав людини четвертого покоління у системі охорони здоров'я» (12 квітня 2019 р., м. Ужгород) / Зб. наук. ст.; [за заг. ред. С.Б. Булеци, Я.В. Лазура, М.В. Менджул]. Ужгород : Вид-во Олександри Гаркуші, 2019. С. 59-64.
104. Лисокінь А. Правові аспекти клонування людини. *Персонал*. 2012. № 21 (478). С. 26.
105. Конюхов Б. В. Етична сторона клонування. *Наука і життя*. 2006. № 5. С. 47.

106. Дахова І. І. Нормативне регулювання соматичних прав людини в Україні. Конституція України в контексті сучасних конституційних парадигм. Х Тодиківські читання : зб. тез наук. доп. і повідомл. Міжнар. наук. конф. (27–28 жовт. 2017 р.). 2017. С. 117-118.

107. Антонюк О. Р. Етико-правові проблеми клонування людського організму. Матеріали II Всеукраїнської наук.-практ. конф. «Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення)» (17–18 квіт. 2008 р., м. Львів). Львів : Високий замок, 2008. С. 7-11.

108. Повалій С. І. Клонування в контексті формування соматичних прав людини: філософсько-правові аспекти. *Вісник Запорізького національного університету*. 2011. № 1. С. 49-54.

109. Третьякова В. До питання формування міжнародно-правових біоетичних засад терапевтичного клонування органів і тканин людини. *Віче*. 2013. № 2. С. 23-25.

110. Загальна декларація про геном людини та права людини ООН від 11 листопада 1997 року. Організація Об'єднаних Націй. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_575](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_575) (дата звернення: 01.12.2020).

111. Декларація Організації Об'єднаних Націй про клонування людини від 08 березня 2005 року. Організація Об'єднаних Націй. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_d57](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_d57) (дата звернення: 01.12.2020).

112. Триньова Я. Клонування людини — одна із сучасних кримінально-правових проблем. *Юридична Україна*. 2014. № 1. С. 72-79.

113. Про заборону репродуктивного клонування людини : Закон України від 14 грудня 2004 року № 2231-IV. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2231IV#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

114. Вир С. Клонирование человека: аргументы в защиту. *Наша планета*: вебсайт. URL: [http://planeta.moy.su/blog/stiven\\_vir\\_klonirovanie\\_cheloveka\\_argumenty\\_v\\_zashhitu/](http://planeta.moy.su/blog/stiven_vir_klonirovanie_cheloveka_argumenty_v_zashhitu/) 201211-11-34772 (дата звернення: 01.12.2020).

115. Хімченко С. А. До питання криміналізації клонування людини. *Актуальні проблеми держави і права*. 2012. № 67. С. 506.
116. Бреус С. М. Міжнародно-правові стандарти і зарубіжний досвід у сфері гендерної ідентичності. *Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України*. 2014. № 3. С. 83-87.
117. Теряев В. Г., Богницкая Т. Н., Кузыбаева М. П. К 120-летию со дня рождения С. С. Юдина. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2012. № 2. С. 59-61.
118. Філатов В. П. 1875–1956 р. / Інститут архівознавства Національної бібліотеки України імені В. І. Вернадського (ІА НБУВ). Ф. 180. Оп. 1. арк. 86.
119. Богомолець О. Трансплантологія в Україні відстала від світу на цілу епоху. *Дзеркало тижня*: вебсайт. URL: [https://dt.ua/HEALTH/transplantologiya-v-ukrayini-vidstala-vidsvitu-nacilu-epohu-277485\\_.html](https://dt.ua/HEALTH/transplantologiya-v-ukrayini-vidstala-vidsvitu-nacilu-epohu-277485_.html) (дата звернення: 01.12.2020).
120. Красавчикова Л. О. Понятие и система личных, не связанных с имущественными правами граждан (физических лиц) в гражданском праве Российской Федерации : автореф. дисс. д-ра юрид. наук : спец. 12.00.03 «Гражданское право; семейное право; гражданский процесс; международное частное право». Екатеринбург, 1994. 42 с.
121. Словник української мови : в 11 томах. Том 4 / за заг. ред. І. К. Білодіда. К.: 1977. 840 с.
122. Тодыка Ю. М. Конституция Украины — основной закон государства и общества : учеб. пособие. Х. : Факт, 2001. 382 с.
123. Алексеев С. С. Теория права. Изд. 2, перераб. М. : БЕК, 1995. 320 с.
124. Скакун О. Ф. Теорія держави і права : Підручник. Х. : Консум, 2001. 656 с.
125. Кельман М. С., Мурашин О. Г. Загальна теорія держави і права. К. : Кондор, 2005. 609 с.
126. Хропанюк В. Н. Теория государства и права : Учебник / под. ред. В. Г. Стрекозова. М. : Интерстиль, 2008. 384 с.



127. Теорія держави та права : навч. посіб. / за заг. ред. С. Д. Гусарєва, О. Д. Тихомирова. К. : НАВС, Освіта України, 2017. 320 с.
128. Волинка К. Г. Теорія держави і права. Навчальний посібник. К. : МАУП, 2003. С. 108.
129. Нерсисянц В. С. Общая теория права и государства : учебник для юрид. вузов и факультетов. М. : Норма-Инфра, 1999. 552 с.
130. Макарейко Н. В. Административное право : [конспект лекций]. М. : Высшее образование, 2009. 212 с.
131. Шишка Р. Б. Механізм правового регулювання правовідносин у сфері інтелектуальної власності. *Aphd*: website. URL: <http://aphd.ua/publication-168/>
132. Шарабанов С. В. Механизм правового регулирования, его понятие и структура: обзор теоретических подходов. Вопросы российского и международного права. 2018. Том 8. № 3А. С. 7-12.
133. Теорія держави і права. Академічний курс : підруч. / за ред. О. В. Зайчука, Н. М. Оніщенко. 2-ге вид., перероб. і допов. К. : Юрінком Інтер, 2008. 688 с.
134. Безпалова О. І. Адміністративно-правовий механізм реалізації правоохоронної функції держави : монографія. Х. : ХНУВС, 2014. 544 с.
135. Середа В. В., Кісіль З. Р., Кісіль Р.-В. В. Адміністративне право. Навчальний посібник. Львів : ЛьвДУВС, 2014. 520 с.
136. Стеценко С. Г. Механізм адміністративно-правового регулювання: сучасні проблемні питання. Актуальні проблеми держави і права. 2007. С. 31-34.
137. Корнеев А. П. Административное право России. Учебник. Часть 1. М. : МА МВД России. Изд-во «Щит М». 2000. С. 44.
138. Тихомиров Ю. А. Административное право и процесс: полный курс. М., 2005. 652 с.
139. Гончарук С. Т. Адміністративне право України. Загальна та Особлива частини: навчальний посібник. К. : НАВС, 2000. С. 23.
140. Голосніченко І. П., Стахурський М. Ф. Адміністративне право України: основні поняття : навч. посібник. К. : ГАН, 2005. 232 с.

141. Матузов Н. И., Малько А. В. Теория государства и права : учебник. М. : Юристъ, 2004. 245 с.
142. Остапенко О. І. Наукові уявлення про механізм адміністративно-правового регулювання. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. 2010. № 2. С. 145-146.
143. Ярмакі Х. П. Адміністративно-наглядова діяльність міліції в Україні: дис. ... д-ра юрид. наук : 12.00.07 / Х. П. Ярмакі. Х., 2006. 438 с.
144. Шестопалова Л. М. Теорія держави та права : навч. посібник. К. : Прецедент, 2006. 197 с.
145. Коломоєць Т. О. Адміністративне право України. К. : Істина, 2012. 528 с.
146. Адміністративне право України / за ред. проф. Ю. П. Битяка. Х. : Право, 2000. Наукова бібліотека НЮУ ім. Ярослава Мудрого: вебсайт. URL: [http://library.nlu.edu.ua/POLN\\_TEXT/090.html](http://library.nlu.edu.ua/POLN_TEXT/090.html) (дата звернення: 01.12.2020).
147. Рабінович П. М. Основи загальної теорії права та держави. Вид. 5-те, зі змінами. Навчальний посібник. К. : Атіка, 2001. 176 с.
148. Легка О. В. Реалізація норм права: теоретико-правові аспекти. *Право і суспільство*. 2012. № 1. С. 30-33.
149. Актуальні проблеми теорії держави та права (Лекції). К. : Національна академія внутрішніх справ, 2014. URL: <http://studies.in.ua/aktualn-problemi-teoryi-derzhavi-ta-prava/3926-formi-realzacyi-prava-ta-mehanzmi-yih-zdysnennya.html> (дата звернення: 01.12.2020).
150. Сердюк І. А. Акт безпосередньої реалізації норм права: поняття, особливості та види. *Вісник Луганського державного університету внутрішніх справ ім. Е. О. Дідоренка*. 2016. № 2. С. 22-29.
151. Адміністративне право України. Повний курс : Підручник / Галунько В., Діхтієвський П., Кузьменко О., Стеценко С. та ін. Херсон : ОЛДІ-ПЛЮС, 2019. 446 с.
152. Общая теория государства и права. Академический курс : в 2-х томах / под ред. проф. М. Н. Марченко. Том 2. Теория права. М. : Зерцало, 1998. С. 379.

153. Бевз С. І. Правосвідомість у правовому регулюванні державного управління у сфері господарської діяльності. *Підприємництво, господарство і право*. 2019. № 8. С. 64-68.
154. Венгеров А. Б. Теория государства и права [Текст]: учебник для вузов. 6-е изд., стер. М.: ОМЕГА-Л, 2009. С. 75.
155. Певцова Е. А. Современные дефинитивные подходы к правовой культуре и правовому сознанию. *Журнал российского права*. 2004. № 3. С. 70-81.
156. Бистрик Г. М. Принцип законності і засоби його правового забезпечення у функціонуванні механізму держави. *Наукові праці МАУП*. 2014. Вип. 1 (40). С. 85-90.
157. Горбунова Л. М. Принцип законності у нормотворчій діяльності органів виконавчої влади : монографія. К. : Юрінком Інтер, 2008. 240 с.
158. Юридична енциклопедія : В 6 т. / Голова ред. кол. Ю. С. Шемшученко. К. : Укр. енциклопедія, 1999. Т. 2. 744 с.
159. Самохвалов В. Законність та справедливість: проблеми співвідношення / В. Самохвалов; [у кн. Міжнародна поліцейська енциклопедія; у 10 т.]; відп. ред. Ю. І. Римаренко, Я. Ю. Кондратьєв, В. Я. Тацій, Ю. С. Шемшученко. – К.: Видавничий Дім «Ін Юре». 2003. Т. 1. С. 220-223.
160. Фридинский С. П. Законность нормотворчества как условие обеспечения прав и свобод человека и гражданина. Права человека в России и правозащитная деятельность государства. Сб. материалов Всероссийской науч.-практ. конф. / Под ред. В. Н. Лопатина. СПб. : Юрид. центр Пресс, 2010. С. 118.
161. Колпаков В. К. Адміністративне право України. К. : Юрінком Інтер, 1999. 736 с.
162. Вопленко Н. Н. Виды и акты официального толкования права. *Ленинградский юридический журнал*. 2008. С. 1-25.
163. Шайхутдинов Е. М., Шафиров В. М. Интерпретационные акты (теоретико-прикладное исследование) : монография. ИЕГН СФУ. Красноярск : РУМЦ ЮО, 2007. 154 с.

164. Кривецька Л. М. Юридична природа актів тлумачення норм права. Науковий вісник ЛДУВС. 2011. № 4. С. 25-33.
165. Рабінович П. М. Основи загальної теорії права та держави : навч. посіб. Вид. 10-те, допов. Л. : Край, 2008. 191 с.
166. Буц О. В. Поняття та основні ознаки правозастосовних актів. *Держава та регіони. Серія: Право*. 2016. № 1. С. 3-8.
167. Теорія держави та права : навч. посіб. / [Є. В. Білозьоров, В. П. Власенко, О. Б. Горова, А. М. Завальний, Н. В. Заяць та ін.] ; за заг. ред. С. Д. Гусарева, О. Д. Тихомирова. К. : НАВС, Освіта України, 2017. 320 с.
168. Скакун О. Ф. Теорія права і держави : Підручник. 4-те видання. К. : Алерта, 2017. 528 с.
169. Лазарев В. В., Липень С. В. Теория государства и права : учеб. М. : Спарк, 2000. С. 359.
170. Общая теория государства и права. Академический курс в 2-х томах. Т. 2. Теор права : учеб. / [В. В. Борисов, Н. В. Витрук, Н. Л. Гранат и др.]. М. : Зерцало, 1998. С. 322.
171. Малахов В. П. Общая теория права и государства. К проблеме правопонимания. М., 2013. С. 127.
172. Крестовська Н. М., Матвеева Л. Г. Теорія держави і права: Елементарний курс. Вид. 2-ге. Х. : ТОВ «Одіссей», 2008. 432 с.
173. Стеценко С. Г., Стеценко В. Ю., Сенюта І. Я. Медичне право України : Підручник / за заг. ред. д. ю. н., проф. С. Г. Стеценка. К. : Правова єдність, 2008. 507 с.
174. W. C. Shiel. Medical Definition of Therapeutic Cloning. *MedicineNet*: website. URL: <https://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=18428> (дата звернення: 01.12.2020).
175. Стамбульская Декларация о торговле органами и трансплантационном туризме, принята участниками Стамбульского Саммита, проведенного в Стамбуле с 30 апреля по 2 мая 2008 года Трансплантационным Обществом (TTS) и Международным обществом нефрологии (ISN). URL: <http://donorstvo.org/zakon-o->

transplantatsii/stambulskaya-deklaratsiya-o-torgovle-organami-i-transplantatsionnom-turizme/ (дата звернення: 01.12.2020).

176. The Ethics Committee of the Transplantation Society. The Consensus Statement of the Amsterdam Forum on the Care of the Live Kidney Donor. Transplantation. 2004. № 78 (4). P. 491-492.

177. Barr M. L., Belghiti J., Villamil F. G., Pomfret E. A., Sutherland D. S. A Report of the Vancouver Forum on the Care of the Life Organ Donor: Lung, Liver, Pancreas, and Intestine Data and Medical Guidelines. Transplantation. 2004. № 81 (10). P. 1373-1385.

178. Стефанчук Р. О. Особисті немайнові права фізичних осіб (поняття, зміст, система, особливості здійснення та захисту) : монографія / за наук. ред. Я. М. Шевченко ; НАН України; Інститут держави і права ім. В. М. Корецького. К. : КНТ, 2008. 415 с.

179. Гладун З. С. Адміністративний примус у сфері охорони здоров'я. *Наукові записки Інституту законодавства Верховної Ради України*. 2014. № 1. С. 45-48.

180. Про ліцензування видів господарської діяльності : Закон України від 02 березня 2015 року № 222-VIII. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/22219#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

181. Кодекс України про адміністративні правопорушення, прийнятий 07 грудня 1984 року Законом № 8073-X. Верховна Рада Української РСР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/80732-10#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

182. Мур Ф. История пересадок органов / Пер. с англ. И. Н. Шаталовой. Под ред. и с предисл. Р. В. Петрова. М. : Мир, 1973. 312 с.

183. Органи свиней можуть незабаром пересаджуватися людині. *zik*: вебсайт. URL: [http://zik.ua/news/2017/08/11/organy\\_svyney\\_mozhut\\_nezabarom\\_peresadzhuvatysya\\_lyudyni\\_1148781](http://zik.ua/news/2017/08/11/organy_svyney_mozhut_nezabarom_peresadzhuvatysya_lyudyni_1148781) (дата звернення: 01.12.2020).

184. Ayala F. J. Cloning humans? Biological, ethical, and social considerations. PNAS. July 21, 2015. Vol. 112. № 29. P. 1-8.

185. Клонування людини. *Bikinedia*: вебсайт. URL: [https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BB%D0%BE%D0%BD%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F\\_%D0%BB%D1%8E%D0%B4%D0%B8%D0%BD%D0%B8](https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BB%D0%BE%D0%BD%D1%83%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F_%D0%BB%D1%8E%D0%B4%D0%B8%D0%BD%D0%B8) (дата звернення: 01.12.2020).

186. Японські вчені виростили «армію» клонів. *Збруч*: вебсайт. URL: <https://zbruc.eu/node/3286?theme=zbruc> (дата звернення: 01.12.2020).

187. Фельдман О. Б. Біоетичний вимір трансплантології. *Науковий вісник. Серія «Філософія»*. Харків : ХНПУ, 2014. Вип. 43. С. 138-148.

188. Jahr F. A Panorama of the Human Being's Ethical Relations with Animals and Plants (Translated by Jose Roberto Goldim). URL: <https://www.ufrgs.br/bioetica/jahr-eng.pdf> (дата звернення: 01.12.2020).

189. Potter Van R. Bioethics: Bridge to the Future. New Jersey : PrenticeHall; Ex-library edition, 1971. 205 p.

190. Медведєва М. О. Місце еко- та біоетичних стандартів у механізмі міжнародно-правового захисту прав людини. *Academia.edu*: вебсайт. URL: [https://www.academia.edu/12560204/%D0%9C%D0%86%D0%A1%D0%A6%D0%95\\_%D0%95%D0%9A%D0%9E-%D0%A2%D0%90\\_%D0%91%D0%86%D0%9E%D0%95%D0%A2%D0%98%D0%A7%D0%9D%D0%98%D0%A5\\_%D0%A1%D0%A2%D0%90%D0%9D%D0%94%D0%90%D0%A0%D0%A2%D0%86%D0%92\\_%D0%A3\\_%D0%9C%D0%95%D0%A5%D0%90%D0%9D%D0%86%D0%97%D0%9C%D0%86\\_%D0%9C%D0%86%D0%96%D0%9D%D0%90%D0%A0%D0%9E%D0%94%D0%9D%D0%9E%D0%9F%D0%A0%D0%90%D0%92%D0%9E%D0%92%D0%9E%D0%93%D0%9E\\_%D0%97%D0%90%D0%A5%D0%98%D0%A1%D0%A2%D0%A3\\_%D0%9F%D0%A0%D0%90%D0%92%D0%9B%D0%AE%D0%94%D0%98%D0%9D%D0%98?email\\_work\\_card=title](https://www.academia.edu/12560204/%D0%9C%D0%86%D0%A1%D0%A6%D0%95_%D0%95%D0%9A%D0%9E-%D0%A2%D0%90_%D0%91%D0%86%D0%9E%D0%95%D0%A2%D0%98%D0%A7%D0%9D%D0%98%D0%A5_%D0%A1%D0%A2%D0%90%D0%9D%D0%94%D0%90%D0%A0%D0%A2%D0%86%D0%92_%D0%A3_%D0%9C%D0%95%D0%A5%D0%90%D0%9D%D0%86%D0%97%D0%9C%D0%86_%D0%9C%D0%86%D0%96%D0%9D%D0%90%D0%A0%D0%9E%D0%94%D0%9D%D0%9E%D0%9F%D0%A0%D0%90%D0%92%D0%9E%D0%92%D0%9E%D0%93%D0%9E_%D0%97%D0%90%D0%A5%D0%98%D0%A1%D0%A2%D0%A3_%D0%9F%D0%A0%D0%90%D0%92%D0%9B%D0%AE%D0%94%D0%98%D0%9D%D0%98?email_work_card=title) (дата звернення: 01.12.2020).

191. Левандовські К. М. До питання правового статусу ембріона людини. *Університетські наукові записки*. 2014. № 1. С. 69-82.

192. Petrova v. Latvia. № 4605/05. ECHR 2014.

193. Теорія держави та права : навч. посіб. / за заг. ред. С. Д. Гусарєва, О. Д. Тихомирова. С. 196-198.

194. Гладун З. С. Адміністративно-правове регулювання відносин у сфері охорони здоров'я за законодавством України. *Вісник Національної академії правових наук України*. 2014. № 1 (76). С. 103-111.

195. Саміло Г. О. Теорія держави і права. Навчальний посібник. Запоріжжя : Просвіта, 2010. 318 с.

196. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики : Постанова Кабінету Міністрів України від 02 березня 2016 року № 285. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-%D0%BF> (дата звернення: 01.12.2020).

197. Про затвердження Інструкції щодо вилучення органів людини в донора-трупа : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25 вересня 2000 року № 226. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0698-00> (дата звернення: 01.12.2020).

198. Загальна теорія держави і права : [Підручник для студентів юрид. вищих навч. закладів] / М. В. Цвік, О. В. Петришин, Л. В. Авраменко та ін.; За ред. д-ра юрид. наук, проф., акад. АПрН України М. В. Цвіка, д-ра юрид. наук, проф., акад. АПрН України О. В. Петришина. Харків : Право, 2009. 584 с.

199. Морозова Л. А. Теория государства и права. Учебник. 4-е издание. М. : Юристъ, 2002. 384 с.

200. Скакун О. Ф. Теория государства и права (энциклопедический курс) : Учебник. Харьков, 2005. 840 с.

201. Рабінович П. М. Основи загальної теорії права та держави. Видання 5-те, зі змінами. Навчальний посібник. К. : Атіка, 2001. 176 с.

202. Бошно С. В. Норма права: поняття, свойства, классификация и структура. *Право и современные государства*. 2014. № 4. С. 49-60.

203. Мохонько А. В. Місце норм права у системі соціальних норм. Держава і право: зб. наук. праць. Юридичні і політичні науки. К. : Інститут держави і права ім. В. М. Корецького НАН України, 2010. Вип. 48. С. 44-49.
204. Валькова Є. В. Зміст та структура механізму адміністративно-правового регулювання у сфері охорони права інтелектуальної власності. *Форум права*. 2012. № 3. С. 84-88.
205. Майданик Р. А. Законодавство України в сфері охорони здоров'я: система і систематизація. *Доктрина медичного права*. 2013. № 2 (12). С. 63-74.
206. Кримінальний кодекс України, прийнятий 05 квітня 2001 року № 2341-III. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2341-14#Text> (дата звернення: 01.12.2020).
207. Сухонос В. В. Теорія держави і права : підручник. Суми : Університетська книга, 2014. 544 с.
208. Стеценко С. Г. Предмет, метод і система медичного права. Медичне право України: проблеми становлення та розвитку. Матеріали I Всеукраїнської наук.-практ. конф. (19-20 квітня 2007 року, м. Львів). С. 298-299.
209. Ніколенко Л. М. Матеріальні та процесуальні норми і правовідносини: їх взаємозв'язок у господарському судочинстві. *Наше право*. 2013. № 10. С. 148-154.
210. Алексеев С. С. Теория государства и права. Учебник для вузов, 3-е издание. М. : НОРМА, 2005. 458 с.
211. Про екстрену медичну допомогу : Закон України від 05 липня 2012 року № 5081-VI. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#Text> (дата звернення: 01.12.2020).
212. Лазур Я. В. Правові норми як елемент адміністративно-правового механізму забезпечення прав і свобод громадян у сфері державного управління. *Актуальні проблеми права: теорія і практика*. 2010. № 17. С. 277.
213. Волинка К. Г. Теорія держави і права. Навчальний посібник. К. : МАУП, 2003. 240 с.



214. Скакун О. Ф. Теорія держави і права : підруч., пер. з рос. Х. : Консум, 2006. 776 с.
215. Головчук В. М. Поняття та види нетипових норм права. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Право»*. 2013. Вип. 23. Ч. I. Т. 1. С. 42-45.
216. Фаршатов И. А. Специализированные и специальные нормы права. *Государство и право*. 2003. № 6. С. 22-28.
217. Энтин М. Л. Международные гарантии прав человека. Практика Совета Европы. М. : Международные отношения, 1992. 324 с.
218. Словник української мови : в 11 томах. Том 2 / за заг. ред. І. К. Білодіда. 1971. 550 с.
219. Словничок юридичних термінів : Навч. посіб. / Уклад. В. П. Марчук. К. : МАУП, 2003. 128 с.
220. Юридична енциклопедія / Ю. С. Шемшученко та ін. (ред.) ; НАН України, Інститут держави і права ім. В. М. Корецького. Т. 1. А-Г. К. : Видавництво «Українська енциклопедія» ім. М. П. Бажана, 1998. 672 с.
221. Семенко А. А. Понятие и содержание категории «юридических гарантий административно-правового статуса граждан». *Научно-практический электронный журнал «Аллея Науки»*. № 9 (48). 2020. URL: [https://alley-science.ru/domains\\_data/files/2September2020/PON-SYaTIE%20I%20SODERZHANIE%20KATEGORII%20\\_YuRIDICHESKIH%20GARANTIIY%20ADMINISTRATIVNO-PRAVOVOGO%20STATUSA%20GRAZhdAN\\_.pdf](https://alley-science.ru/domains_data/files/2September2020/PON-SYaTIE%20I%20SODERZHANIE%20KATEGORII%20_YuRIDICHESKIH%20GARANTIIY%20ADMINISTRATIVNO-PRAVOVOGO%20STATUSA%20GRAZhdAN_.pdf) (дата звернення: 01.12.2020).
222. Фесько Д. С. Административно-правовые гарантии прав граждан и юридических лиц при осуществлении государственного контроля и надзора: природа, понятие, виды. *Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского*. 2018. № 3. С. 165-171.
223. Керимов Д. А. Обеспечение законности в СССР. М.: Госюриздат. 1956. 165 с.

224. Павловский А. И. Административно-правовые гарантии прав и свобод в сфере охраны общественного порядка : автореф. дисс. канд. юр. наук. М., 1998. С. 33-35.

225. Ерчак В. М. Конституционные основы обеспечения неотъемлемых прав человека в Республике Беларусь: дисс. ... канд. юр. наук. Мн., 1998. С. 87-95.

226. Крысь Е. Г. Система гарантий в сфере прав и свобод человека в конституционном законодательстве Республики Беларусь. *core: website*. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/323975013.pdf> (дата звернення: 01.12.2020).

227. Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії : Закон України від 05 жовтня 2000 року № 2017-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2017-14#Text>

228. Про затвердження переліку послуг та тарифів на послуги з надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги методом трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів, які надаються учасниками пілотного проекту щодо зміни механізму фінансового забезпечення оперативного лікування з трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів : Постанова Кабінету Міністрів України від 18 грудня 2019 року № 1083. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1083-2019-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

229. Про Державний бюджет на 2021 рік : Закон України від 15 грудня 2020 року № 1082-Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1082-20#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

230. Середня заробітна плата. *Мінфін*: вебсайт. URL: <https://index.minfin.com.ua/ua/labour/salary/average/2020/> (дата звернення: 01.12.2020).

231. Рабінович П. М. Права людини і громадянина у Конституції України (до інтерпретації вихідних конституційних положень). Харків : Право, 1997. 64 с.

232. Право на повноцінне життя: як трансгендерам в Україні отримати документи про зміну статі. *zmina*: вебсайт. URL: [https://zmina.info/articles/pravo\\_na\\_povnocinne\\_zhittja\\_](https://zmina.info/articles/pravo_na_povnocinne_zhittja_)

jiak\_transjenderam\_v\_ukrajini\_otrimati\_dokumenti\_pro\_zminu\_statu/ (дата звернення: 01.12.2020).

233. Про встановлення медико-біологічних та соціально-психологічних показань для зміни (корекції) статеві належності та затвердження форми первинної облікової документації й інструкції щодо її заповнення : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05 жовтня 2016 року № 1041. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1589-16#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

234. Скакун О. Ф. Теорія держави і права (енциклопедичний курс) : підруч. Х. : Еспада, 2005. 840 с.

235. Про Основні засади розвитку інформаційного суспільства в Україні на 2007-2015 роки : Закон України від 09 січня 2007 року № 537-V. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/537-16#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

236. Єсімов С., Сопільник Р., Ковалів М., Скриньковський Р. Гарантії прав людини та громадянина при забезпеченні інформаційної безпеки. *Traektoria Nauki = Path of Science*. 2018. Vol. 4. No. 5. P. 1008-1016.

237. Про інформацію : Закон України від 02 жовтня 1992 року № 2657-XII. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2657-12#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

238. Про захист персональних даних : Закон України від 01 червня 2010 року № 2297-VI. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2297-17#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

239. Про захист інформації в інформаційно-телекомунікаційних системах : Закон України від 05 липня 1994 року № 80/94-ВР. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/80/94-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

240. Про електронні документи та електронний документообіг : Закон України від 22 травня 2003 року № 851-IV. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/851-15#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

241. Про електронні довірчі послуги : Закон України від 05 жовтня 2017 року № 2155-Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2155-19#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

242. Про Єдиний державний демографічний реєстр та документи, що підтверджують громадянство України, посвідчують особу чи її спеціальний статус : Закон України від 20 листопада 2012 року № 5492-VI. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5492-17#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

243. Козлова Е. И., Кутафин О. Е. Конституционное право Российской Федерации : учебник. М. : Юрист, 1995. 480 с.

244. Ростовщиков И. В. Обеспечение прав и свобод личности в СССР. Саратов : Издательство Саратовского университета, 1998. С. 117

245. Заворотченко Т. М. Гарантії реалізації конституційних політичних прав і свобод людини й громадянина в Україні. *Часопис Київського університету права*. 2013. № 4. С. 95-99.

246. Стеценко С. Г. Адміністративне право України : [навч. посібник]. К. : Атіка, 2007. 624 с.

247. Іванов В. В. Матеріально-правові та процесуальні гарантії законності притягнення до адміністративної відповідальності : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : спец. 12.00.07 «Адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право». Х. : Нац. ун-т внутр. справ, 2001.

248. Гелич Ю. О. Інформаційно-правові гарантії таємниці особистого життя : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : спец. 12.00.07 «Адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право». К. : Нац. ун-т біоресурсів і природокористування, 2010.

249. Головка В. А. Адміністративно-правове забезпечення захисту соціальних та економічних прав учасників дорожнього руху в Україні: проблеми теорії та практики : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : спец. 12.00.07 «Адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право» ; Нац. акад. внутр. справ. К., 2011. 20 с.

250. Какимжанов М. Т. Соблюдение прав и свобод граждан в деятельности милиции : автореф. дисс. ... канд. юрид. наук : спец. 12.00.02 «Конституционное право; государственное управление; административное право; муниципальное право». М., 1995. С. 17-18.

251. Богачова Л. Л. Юридичні гарантії прав і свобод людини і громадянина в європейському та національному праві. Державне будівництво та місцеве самоврядування : зб. наук. пр. / НДІ держ. будівництва та місц. самоврядування Нац. акад. прав. наук України. Х. : Право, 2011. Вип. 22. С. 56-70.

252. Савчин М. В. Вплив біоетики на сутнісний зміст прав людини: окремі думки про природу прав четвертого покоління. Забезпечення прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я. Матер. міжн. наук.-практ. конф. (Ужгород, 17-18 квітня 2019 року). С. 112-116.

253. Пабат О. В. Адміністративно-процесуальні гарантії прав та свобод громадян : автореф. дис. ... канд. юрид. наук : спец. 12.00.07 «Адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право». Х., 2008. 20 с.

254. Бойко І. В., Зима О. Т., Соловійова О. М., Школик А. М. Адміністративна процедура: навч. посіб. / за заг. ред. І. В. Бойко. Х. : Право, 2019. 206 с.

255. Книш С. В. Специфіка адміністративних процедур у сфері охорони здоров'я (на прикладі реєстраційних і дозвільних процедур). *Південноукраїнський правничий часопис*. 2018. № 4. С. 48-51.

256. Про затвердження Порядку, умов та строків розроблення і проведення єдиного державного кваліфікаційного іспиту та критеріїв оцінювання результатів : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 лютого 2019 року № 419. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0279-19#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

257. Про затвердження Порядку акредитації закладу охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 15 липня 1997 року № 765. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/765-97-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

258. Про приватизацію державного і комунального майна : Закон України від 18 січня 2018 року № 2269-VIII. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2269-19#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

259. Про статус народного депутата України : Закон України від 17 листопада 1992 року № 2790. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2790-12#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

260. Про тимчасові слідчі комісії та тимчасові спеціальні комісії : Закон України від 19 грудня 2019 року № 400-IX. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/400-20#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

261. Щорічна доповідь Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини про стан додержання та захисту прав і свобод людини і громадянина в Україні за 2018 рік. Уповноважений Верховної Ради України з прав людини: вебсайт. URL: <https://www.ombudsman.gov.ua/ua/page/secretariat/docs/presentations/> (дата звернення: 01.12.2020).

262. Про створення Консультативної ради : Наказ Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини від 20 грудня 2019 року № 122.15/19. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0122715-19#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

263. Про Комісію з питань правової реформи : Указ Президента України від 21 червня 2019 року № 421/2019. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/421/2019#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

264. Питання Комісії з питань правової реформи : Указ Президента України від 07 серпня 2019 року № 584/2019. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/5842019-28949> (дата звернення: 01.12.2020).

265. Корнієнко П. С. Президент України у системі органів правозахисної діяльності. *Часопис Київського університету права*. 2019. № 1. С. 89-92.

266. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України : Постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2015 року № 267. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

267. Про місцеві державні адміністрації: Закон України від 09 квітня 1999 року № 586-URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/586-14#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

268. Проект Закону про внесення змін до Конституції України (щодо децентралізації влади). Верховна Рада України. URL: [https://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=67644](https://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=67644) (дата звернення: 01.12.2020).

269. Чи потрібні Україні префекти та з яким статусом? *LexInform*: website. URL: <https://lexinform.com.ua/dumka-eksperta/chy-potribni-ukrayini-prefekty-ta-z-yakym-statusom/> (дата звернення: 01.12.2020).

270. Шаповалова І. Правовий статус органів місцевого самоврядування у сфері дотримання прав людини. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2018. Вип. 2 (37). С. 109-117.

271. Про місцеве самоврядування в Україні : Закон України від 21 травня 1997 року № 280/97-ВР. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

272. Про застосування Конституції України при здійсненні правосуддя : Постанова Пленуму Верховного Суду України № 9 від 01 листопада 1996 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v0009700-96#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

273. Білозьоров Є. В. Правові гарантії захисту прав і свобод людини в Україні: реалії та проблеми. *Адвокат*. 2009. № 8 (107). С. 26-30.

274. Про судоустрій і статус суддів : Закон України від 02 червня 2016 року № 1402-VIII. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1402-19#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

275. Постанова Верховного Суду у складі колегії суддів Другої судової палати Касаційного цивільного суду від 28 листопада 2018 року (справа № 318/140/15-ц). URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/78470004> (дата звернення: 01.12.2020).

276. Постанова Верховного Суду Верховний Суд у складі колегії суддів Третьої судової палати Касаційного цивільного суду від 28 квітня 2020 року (справа № 520/12514/18). URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/89006141> (дата звернення: 01.12.2020).

277. Ухвала Вищого адміністративного суду України у складі колегії суддів від 23 листопада 2017 року (справа № К/800/44669/15). URL: <https://reyestr.court.gov.ua/Review/70547888> (дата звернення: 01.12.2020).

278. Корупція в медичній сфері: викоринити, запобігти, перемогти. *Аптека*: вебсайт. URL: <https://www.apteka.ua/article/442446> (дата звернення: 01.12.2020).

279. Про Вищий антикорупційний суд : Закон України від 07 червня 2018 року № 2447-Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2447-19#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

280. Про затвердження Державної програми розвитку трансплантації на 2002-2005 роки: Постанова Кабінету Міністрів України від 12 вересня 2002 року № 1339. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1339-2002-%D0%BF#Text> (дата звернення: 15.01.2021).

281. Про схвалення Концепції Державної програми «Трансплантація» на 2006-2010 роки: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 20 липня 2006 року № 416-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/416-2006-%D1%80#Text> (дата звернення: 15.01.2021).

282. Про затвердження Державної цільової соціальної програми «Трансплантація» на період до 2012 року: Постанова Кабінету Міністрів України від 08 жовтня 2008 року № 894. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/894-2008-%D0%BF#Text> (дата звернення: 15.01.2021).

283. Про затвердження Порядку розподілу анатомічних матеріалів та критеріїв встановлення пар донор-реципієнт: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 18 лютого 2021 року № 293. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0527-21#n15> (дата звернення: 23.02.2021).

284. Примірний табель матеріально-технічного оснащення закладу охорони здоров'я, в якому здійснюються операції з трансплантації органів та їх частин,



затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 23 грудня 2019 року № 2650. URL: [https://moz.gov.ua/uploads/3/16151-dn\\_20191223\\_2650\\_dod\\_1.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/3/16151-dn_20191223_2650_dod_1.pdf) (дата звернення: 15.01.2021).

285. Про затвердження Змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я»: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 січня 2021 року № 42. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-14012021--42-pro-zatverdzhennja-zmin-do--dovidnika-kvalifikacijnih--harakteristik-profesij-pracivnikov--vipusk-78-ohorona-zdorovja> (дата звернення: 18.01.2021).

286. Максим Степанов: У 2021 році видатки на трансплантацію збільшено у понад 4 рази. Міністерство охорони здоров'я України: вебсайт. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/maksim-stepanov-u-2021-roci-vidatki-na-transplantaciju-zbilsheno-u-ponad-4-razi> (дата звернення: 18.01.2021).

287. Розбудова системи трансплантації. Пріоритети. Результати 2020. Заплановані результати 2021-2022. Інфодовідка. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/фотосток/презентація%20ковід/Трансплантація.pdf> (дата звернення: 18.01.2021).

288. Organization Nacional de trasplantes. URL: [https://www-ont-es.translate.goog/Paginas/Home.aspx?\\_x\\_tr\\_sch=http&\\_x\\_tr\\_sl=en&\\_x\\_tr\\_tl=ru&\\_x\\_tr\\_hl=ru&\\_x\\_tr\\_pto=ajax,se,elem,sc](https://www-ont-es.translate.goog/Paginas/Home.aspx?_x_tr_sch=http&_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=ru&_x_tr_hl=ru&_x_tr_pto=ajax,se,elem,sc) (дата звернення: 18.01.2021).

289. Shah P. S., Trivedi H. L., Vanikar A. V. Viable Role of Transplantation Coordinator for Successful Deceased Donor Organ Transplantation Program – A Single-Center Experience from Developing Country. *Transplantation*. November 27, 2012. Vol. 94, Is. 10 S. P. 507.

290. Про надання живим родинним донором гомотрансплантата для трансплантації: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 10 квітня 2012 року № 250. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0963-12#Text> (дата звернення: 18.01.2021).

291. Williams N. J. On Harm Thresholds and Living Organ Donation: Must the Living Donor Benefit, on Balance, from His Donation? *Med Health Care Philos.* 2018. № 21 (1). P. 11–22.

292. Не могу спасти мужа. Как устроена трансплантация органов в России. *anews*: вебсайт. URL: <https://www.anews.com/p/93918670-ne-mogu-spasti-muzha-kak-ustroena-transplantaciya-organov-v-rossii/> (дата звернення: 18.01.2021).

293. Невинная И. Совместимо с жизнью. *Российская Газета*: вебсайт. URL: <https://rg.ru/2018/12/05/zachem-nam-nuzhen-nacionalnyj-registr-donorov-kostnogo-mozga.html> (дата звернення: 18.01.2021).

294. General Information on Living Donation. *National Kidney Foundation*: website. URL: <https://www.kidney.org/transplantation/livingdonors/general-information-living-donation> (дата звернення: 18.01.2021).

295. Про внесення змін до Методики планування та розрахунку кількості лікарських засобів, медичних виробів, що закуповуються за рахунок та у межах відповідного обсягу видатків, затвердженого в державному та місцевих бюджетах на відповідний рік, для забезпечення хворих, що перенесли або готуються до трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 11 травня 2019 року № 1061. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0552-19#Text> (дата звернення: 18.01.2021).

296. Cohen C. The Case for Presumed Consent to Transplant Human Organ After Death. *Transplantation Proceedings.* 1992. Vol. 24. № 5. P. 2168-2172.

297. Анікіна Г. В. Особливості правового регулювання трансплантації органів від померлого донора. *Юридична Україна.* 2010. № 10. С. 68-75.

298. Improving the Request Process to Increase Family Consent for Organ Donation / Gortmaker S. L., Beasley C. L., Sheehy E. and others. *J Transpl Coord.* 1998. № 8 (4). P. 210-217.

299. Kessler J. B., Roth A. E. Don't Take «No» for an Answer: an Experiment with Actual Organ Donor Registrations. Cambridge: NBER, 2014. 40 p.

300. Betreffende het wegnemen en transplanteren van organen: de Wet van het Koninkrijk België. Federaal Parlement van België. 1986. Juni, 13. URL:

[https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg\\_2.pl?language=nl&nm=1987009088&la=N](https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=nl&nm=1987009088&la=N) (дата звернення: 18.01.2021).

301. Gundle K. Presumed Consent: an International Comparison and Possibilities for Change in the United States. *Camb Q Healthc Ethics*. 2005. № 14 (1). P.113-118.

302. Number of organ transplants in the United Kingdom (UK) 2009-2021. *statista*: website. URL: <https://www.statista.com/statistics/380148/total-number-of-organ-transplants-in-uk/> (дата звернення: 18.01.2021).

303. Spain, world leader in organ donation and transplantation, celebrates 30th anniversary of Spanish National Transplant Organisation with 48 donors p.m.p. Gobierno de Espana. URL: <https://translate.google.com.ua/translate?hl=ru&sl=en&tl=ru&u=https%3A%2F%2Fwww.lamoncloa.gob.es%2Flang%2Fen%2Fgobierno%2Fnews%2FPaginas%2F2020%2F20200110organ-donation.aspx&anno=2&prev=search> (дата звернення: 18.01.2021).

304. Organ donation again sets record in 2019. Cision: website. URL: <https://www.prnewswire.com/news-releases/organ-donation-again-sets-record-in-2019-300984527.html> (дата звернення: 18.01.2021).

305. International Registry in Organ Donation and Transplantation. Newsletter 2020, March. 16 p. URL: [https://www.irodat.org/img/database/pdf/Newsletter%20March%202020%20corregida\\_v2.pdf](https://www.irodat.org/img/database/pdf/Newsletter%20March%202020%20corregida_v2.pdf) (дата звернення: 18.01.2021).

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

307. Литвинов В. В. Исследования оплодотворения яйцеклетки человека *in vitro* в 1955 г. *Таврический медико-биологический вестник*. 2001. №3. Т. 14. С. 287-290.

308. Дарій О. С. Оптимізація тактики допоміжних репродуктивних технологій у подружніх пар із обтяженим генетичним анамнезом : дис. ... к-та мед. наук : 14.01.01 ; Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України. Київ, 2019. 165 с.

309. Про внесення змін та доповнень до деяких законодавчих актів СРСР у питаннях, що стосуються жінок, сім'ї і дитинства: Закон Союзу Радянських Соціалістичних Республік від 22 травня 1990 року № 1501-I. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v1501400-90#Text> (дата звернення: 18.01.2021).

310. Кодекс про шлюб та сім'ю України, прийнятий 20 червня 1969 року № 2006-VII (утратив чинність). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2006-07#top> (дата звернення: 18.01.2021).

311. Traditional vs. Gestational Surrogate: What is the Difference. *Conceive Abilities*: website. URL: <https://www.conceiveabilities.com/about/blog/understanding-the-difference-between-a-gestational-carrier-and-surrogate> (дата звернення: 18.01.2021).

312. Сімейний кодекс України, прийнятий 10 січня 2002 року № 2947-III. Верховна Рада України. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2947-14#Text> (дата звернення: 01.12.2020).

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

314. Про Кабінет Міністрів України: Закон України від 27 лютого 2014 року № 794-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/794-18#Text> (дата звернення: 18.01.2021).

315. Про затвердження порядку направлення жінок для проведення першого курсу лікування безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій за абсолютними показаннями за бюджетні кошти: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29 листопада 2004 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0224-05#Text> (дата звернення: 18.01.2021).

316. Методика організації діяльності системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні: Наказ Міністерства охорони здоров'я України, Національної академії медичних наук від 29 листопада 2013 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2162-13#Text> (дата звернення: 18.01.2021).

317. Положення про центр планування сім'ї та репродукції людини : наказ Міністерства охорони здоров'я України, Національної академії медичних наук України від 29 листопада 2013 року № 1030/102. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2164-13#Text> (дата звернення: 18.01.2021).

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

319. Яцишин Н. Г. Безкоштовне ЕКО, або все про Державну програму ДРТ у розмові з членом комісії МОЗ України по Держ. Програмі, завідувачем відділення ДРТ ДЗ «ПЦРЛ». *eco: website*. URL: <https://eco-if.com.ua/ru/besplatnoe-jeko-ili-vse-o-gosudarstvennoj-programme-vrt-v-razgovore-s-chlenom-komissii-mz-ukrainy-po-gos-programme-zavedujushhej-otdeleniem-vrt-gu-pcrch-jacishin-n-g.html> (дата звернення: 18.01.2021).

320. Скільки коштує ЕКО в Україні у 2020 році. *lb.ua: website*. URL: [https://lb.ua/society/2020/06/30/460888\\_skolko\\_stoit\\_eko\\_ukraine\\_2020\\_godu.html](https://lb.ua/society/2020/06/30/460888_skolko_stoit_eko_ukraine_2020_godu.html) (дата звернення: 18.01.2021).

321. Податковий кодекс України, прийнятий 02 грудня 2010 року № 2755-VI. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2755-17#Text> (дата звернення: 18.01.2021).

322. Про державне страхування здоров'я: Закон Ізраїлю від 1994 року. URL: [https://www.nevo.co.il/law\\_html/law01/036\\_001.htm](https://www.nevo.co.il/law_html/law01/036_001.htm) (дата звернення: 18.01.2021).

323. Рішення Конституційного Суду України у справі за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» (справа про безоплатну медичну допомогу): Рішення Конституційного Суду України від 29 травня 2002 року у справа № 1-13/2002 N 10-пп/2002. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v010p710-02#Text> (дата звернення: 18.01.2021).

324. Про врегулювання питань в окремих галузях охорони здоров'я: Проект Закону України. URL: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=67044](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=67044) (дата звернення: 18.01.2021).

325. Юзко О. Донація яйцеклітин: теоретичні та практичні аспекти. *Health & Medicine*. Jun. 26, 2014. URL: <https://www.slideshare.net/UARM/ss-36345179>. (дата звернення: 18.01.2021).

326. Ільющенкова К. О. Еволюція правового регулювання донорства репродуктивних клітин в Україні. *Науковий часопис Національної академії прокуратури України*. 2017. № 2. С. 76–83.

327. Головащук А. П. Цивільно-правові аспекти донорства репродуктивних клітин. Держава і право. *Юридичні і політичні науки*. 2013. Вип. 59. С. 293–298.

328. Болдіжар С. О. Правове регулювання донорства при застосуванні репродуктивних технологій. *Прикарпатський юридичний вісник*. № 1. Т. 3. 2019. С. 13-16.

329. Інформація для донорів. Victoria: website. URL: <https://victoriaclinic.com.ua/donors-info.html> (дата звернення: 18.01.2021).

330. Донорство яйцеклітин. Lita: website. URL: <https://litaclinic.com/procedura-donorstva-jajceklitunu/> (дата звернення: 18.01.2021).

331. Донація статевих клітин. *Yuzko medical center*: website. URL: <https://ivf.ua/donaciya-statevih-klitin/> (дата звернення: 18.01.2021).

332. Mikulic v. Croatia. № 53176/99. ECHR 2002.

333. Odiviere v. France. № 42326/98. ECHR 2004.

334. Москаленко К. Право осіб, народжених із застосуванням допоміжних репродуктивних технологій, на інформацію про своє генетичне походження. *Підприємництво, господарство і право*. 2018. № 1. С. 27-30.

335. De Rycke M., Staessen C. Preimplantation Genetic Diagnosis. Molecular Diagnostics. 3<sup>rd</sup> decision. URL: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/preimplantation-genetic-diagnosis> (дата звернення: 18.01.2021).

336. Merchant J. Preimplantation Genetic Diagnostic. ESHRE at the Council of Europe. 2018. 14 p.

337. Seedhouse E. *Beyond Human Engineering our future evolution*. 2014. 139 p.
338. Коркунов Н. М. *Лекции по теории права*. СПб.: Изд. Юридического книжного магазина Н. К. Мартынова, 1907. 354 с.
339. Болдіжар С. О. Клонування та проблеми цілісності особи. *Visegrad Journal on Human Rights*. 2019. Т. 1. №3. С. 35-40.
340. Ліщинська-Милян О.І. *Філософські та прикладні аспекти біоетики: [текст лекції]*. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2004. 236 с.
341. Єрмакова Г. С. Релігійні норми як морально-етична домінанта правової свідомості. *Наше право*. 2017. № 4. С. 188-193.
342. Папа Римський засудив клонування з трибуни Генасамблеї ООН. *Кореспондент*: вебсайт. URL: <https://ua.korrespondent.net/world/438327-para-rimskij-zasudiv-klonuvannya-z-tribuni-genasambleyi-oon> (дата звернення: 18.01.2021).
343. *Instruction on Respect for Human Life in Its Origin and on the Dignity of Procreation Replies to Certain Questions of the Day*. Congregation for the Doctrine of the Faith. *Vatican*: website. URL: [https://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_19870222\\_respect-for-human-life\\_en.html](https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19870222_respect-for-human-life_en.html) (дата звернення: 18.01.2021).
344. Wachowicz P. The Buddhism's View on Biotechnology. *Biotechnologia*. 2005. № 1 (68). P. 166-171.
345. Alahmad G. Bodily Integrity and Male Circumcision: An Islamic Perspective. *J IMA*. 2012. № 44 (1). P. 1-9.
346. Аристотель. *Метафизика*. Сочинения в 4-х томах. М.: Мысль, 1976. Т. 1. 555 с.
347. Kant I. *Grounding for the Metaphysics of Morals*. Translated by James W. Ellington. Hackett, 1785. 3<sup>rd</sup> ed. Hackett. 92 p.
348. Бодрийяр Ж. *Прозрачность зла*. М.: Добросвет, 2000. 258 с.

349. Американская конвенция о правах человека (Пакт Сан-Хосе, Коста-Рика), принят 22 ноября 1969 года. URL: <https://constituanta.blogspot.com/2011/02/1969.html> (дата звернения: 18.01.2021).

350. Дополнительный протокол к Конвенции о защите прав человека и достоинства человеческого существа в связи с использованием достижений биологии и медицины, касающийся запрещения клонирования человеческих существ (ETS N 168), принят 12 января 1998 года в Париже. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994\\_526#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_526#Text) (дата звернения: 18.01.2021).

351. Kemp P., Rendtorff J. D. The Barcelona Declaration. Towards an Integrated Approach to Basic Ethical Principles. *Synthesis Philosophica*. 2008. № 2. P. 239-251.

352. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. October 19, 2005. URL: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Mxd2yU4rywUJ:portal.unesco.org/en/ev.php-URL\\_ID%3D31058%26URL\\_DO%3DDO\\_TOPIC%26URL\\_SECTION%3D201.html+&cd=5&hl=uk&ct=clnk&gl=ro](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Mxd2yU4rywUJ:portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID%3D31058%26URL_DO%3DDO_TOPIC%26URL_SECTION%3D201.html+&cd=5&hl=uk&ct=clnk&gl=ro) (дата звернения: 18.01.2021).

353. Хельсинкская декларация Всемирной Медицинской Ассоциации. Этические принципы проведения медицинских исследований с участием людей в качестве субъектов исследования, принята на 18-й Генеральной ассамблее Всемирной медицинской ассоциации, Хельсинки, Финляндия, июнь 1964 г. URL: <http://www.sgmru.ru/sci/ethical/files/hd.pdf> (дата звернения: 18.01.2021).

354. Декларация и политике в области обеспечения прав пациента в Европе, принято Европейским совещанием по правам пациента, Амстердам, Нидерланды, март 1994. URL: [https://med.sumdu.edu.ua/images/content/doctors/Deontology/Patients\\_rights\\_WHO.pdf](https://med.sumdu.edu.ua/images/content/doctors/Deontology/Patients_rights_WHO.pdf) (дата звернения: 18.01.2021).

355. Савчин М. В. порівняльне конституційне право. К.: ЮрінкомІнтер, 2019. 328 с.



356. Загальна декларація про геном людини та права людини від 11 листопада 1997 року. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_575](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_575). (дата звернення: 18.01.2021).

357. Про захист ембріонів: Закон Федеративної республіки Німеччина, 1991 рік. URL: [https://www.gesetze-im-internet.de/eschg/\\_\\_6.html](https://www.gesetze-im-internet.de/eschg/__6.html) (дата звернення: 18.01.2021).

358. Про біоетику: Закон Франції від 07 червня 2011 року. URL: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024323102&categorieLien=id>. (дата звернення: 18.01.2021).

359. Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 18. April 1999. URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19995395/index.html>. (дата звернення: 18.01.2021).

360. Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen 8. October 2004 URL: <https://www.admin.ch>. (дата звернення: 18.01.2021).

361. Про сексуальне та репродуктивне здоров'я: Закон Латвії від 29 січня 2004 року. URL: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/legaldocument/wcms\\_127921.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_127921.pdf) (дата звернення: 18.01.2021).

362. Constitution of The Republic of Serbia, September 30, 2006. URL: <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/74694/119555/F838981147/SRB74694%20Eng.pdf> (дата звернення: 18.01.2021).

363. South Koreas Bioethics and Biosafety Act, 2005. URL: <https://embryo.asu.edu/pages/south-koreas-bioethics-and-biosafety-act-2005> (дата звернення: 18.01.2021).

364. Davis v. Davis, 842. S. W. 2nd 588 (Tenn. 1992). URL: <https://www.courtlistener.com/opinion/2431350/davis-v-davis/> (дата звернення: 18.01.2021).

365. Stem Cell Research Enhancement Act of 2005: Act 109<sup>th</sup> Congress, H. R. 810. URL: <https://www.congress.gov/109/bills/hr810/BILLS-109hr810enr.pdf> (дата звернення: 18.01.2021).

366. Stem Cell Research Enhancement Act of 2007: Act 110<sup>th</sup> Congress, S. 5. URL: <https://www.congress.gov/bill/110th-congress/senate-bill/5> (дата звернення: 18.01.2021).

367. Stem Cell Research Advancement Act of 2009: Act 109<sup>th</sup> Congress, H.R. 4808. URL: <https://www.congress.gov/bill/111th-congress/house-bill/4808/text?r=76&s=1> (дата звернення: 18.01.2021).

368. Human Cloning Prohibition Act of 2105: Act 114<sup>th</sup> Congress, 2015-2016, H.R. 3498. URL: <https://www.congress.gov/bill/114th-congress/house-bill/3498/text> (дата звернення: 18.01.2021).

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

370. The Patients First Act of 2017: Act 115<sup>th</sup> Congress, June 15 2017. H. R. 2918. URL: <https://www.congress.gov/115/bills/hr2918/BILLS-115hr2918ih.pdf> (дата звернення: 18.01.2021).

371. The Threat of Human Cloning. Ethics, Recent Developments, and the Case for Action. The Witherspoon Council on Ethics and the Integrity of Science. The New Atlantis. № 46, Summer 2015. P. 5-6. URL: <https://www.thenewatlantis.com/publications/part-four-cloning-policy-in-the-united-states> (дата звернення: 18.01.2021).

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

373. Nabavizadeh S. L., Mehrabani D., Vahedi Z., Manafi F. Cloning: A Review on Bioethics, Lagal, Jurisprudence and Regenerative Issues in Iran. World Journal of Plastic Surgery, 2016. № 5 (3). URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5109382/> (дата звернення: 18.01.2021).

374. Біоетика. *sham.com.ua*: website. URL: [http://sham.com.ua/pdf/bioetyka\\_odessa.pdf](http://sham.com.ua/pdf/bioetyka_odessa.pdf) (дата звернення: 18.01.2021).

375. Про затвердження Положення про Ліцензійну комісію МОЗ України: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 31 серпня 2012 року № 677. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0677282-12#Text> (дата звернення: 18.01.2021).

376. Про затвердження переліку органів ліцензування та визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України: Постанова Кабінету Міністрів України від 05 серпня 2015 року № 609. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/609-2015-%D0%BF> (дата звернення: 18.01.2021).

377. Про затвердження складу Ліцензійної комісії МОЗ України: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 30 грудня 2013 року № 1168. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1168282-13> (дата звернення: 18.01.2021).

378. Про затвердження Положення про Ліцензійну комісію Міністерства охорони здоров'я України: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 жовтня 2002 року № 389. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0389282-02> (дата звернення: 18.01.2021).

379. Letellier P. Ethical eye: Euthanasia - Volume I, ethical and human aspects. Strasbourg: Council of Europe Publishing, 2003. 200 p.

380. Болдіжар С. О. Особливості евтаназії і питання закінчення життя. *Право і суспільство*. 2019. № 5. Ч. 2. С. 9-14.

381. Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод, прийнята 04 листопада 1950 року. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_004#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_004#Text) (дата звернення: 18.01.2021).

382. Andorno R. Biomedicine and international human rights law: in search of a global consensus. *Bulletin of the World Health Organization*. 2002. Vol. 80. № 12. P. 959–963.

383. Pakhu J. Debate on Euthanasia (Pros and Cons). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa Faculdade de Teologia, 2015. 71 p.

384. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (1). URL: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000446240/> (дата звернення: 18.01.2021).

385. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (1) URL: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031970253/> (дата звернення: 18.01.2021).

386. Ravitsky V. Education And Debate. Timers on Ventilators. *BMJ*. 2005. URL: <https://www.bmj.com/content/330/7488/415.full> (дата звернення: 18.01.2021).

387. Про деякі питання удосконалення роботи відділень анестезіології та інтенсивної терапії закладів охорони здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09 листопада 2020 року № 2559. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1259-20#Text> (дата звернення: 18.01.2021).

388. Порядок констатації та діагностичні критерії смерті мозку людини: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09 листопада 2020 року № 2559. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1260-20#Text> (дата звернення: 18.01.2021).

389. Легитимация и легализация эвтаназии в странах ЕС. *SBSNews*: website. URL: <http://www.sbsnews.eu/ru/geopolitika/item/365-legitimatsiya-i-legalizatsiya-evtanaziiiv-stranakh-es> (дата звернення: 18.01.2021).

390. Al-Qaradawi Y. Islam's Stance on Euthanasia. *Islamonline*: website. URL: <https://islamonline.net/servlet/%20Satellite> (дата звернення: 18.01.2021).

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

392. Legemaate J. The Dutch Euthanasia Act and Related Issues. *Journal of Law and Medicine*. 2004. № 11. P. 312-323.

393. Dutch law on Termination of life on request and assisted suicide (complete text), April 1st, 2002. URL: <https://wfrtds.org/dutch-law-on-termination-of-life-on-request-and-assisted-suicide-complete-text/> (дата звернення: 18.01.2021).

394. Романовский Г. Б., Тарусина Н. Н., Мохов А. А. и др. Биомедицинское право в России и за рубежом. М.: Проспект, 2015. 364 с.

395. Стефанчук Р. А. Возвращаясь к вопросу легализации эвтаназии в странах СНГ: Pro et contra. *Государство и право*. 2008. № 5. С. 73-81.

396. Doyal L. The case for physician-assisted suicide and active euthanasia in amyotrophic lateral sclerosis. In: Brown RH, Meininger V, Swash M, editors. *Amyotrophic lateral sclerosis*. London: Martin Dunitz, 2000. P. 423–439.

397. Finnis J. A philosophical case against euthanasia. In: Keown J, editor. *Euthanasia examined*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995. P. 23–35.

398. Gormally L. Walton, Davies, Boyd and the legalization of euthanasia. In: Keown J, editor. *Euthanasia examined*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995. P. 113–140.

399. Harris J. The philosophical case against the philosophical case against euthanasia. In: Keown J, editor. *Euthanasia examined*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995. P. 36–45.

400. Wet betreffende de euthanasie, 28 Mei 2002. № 2002009590. URL: [https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg\\_2.pl?language=nl&nm=2002009590&la=N](https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=nl&nm=2002009590&la=N) (дата звернення: 18.01.2021).

401. Bernheim J. L., Distelmans W., Mullie A., Ashby M. A. Questions and answers on the Belgian model of integral end-of-life care: experiment? Prototype?: Euthanasia: the close historical, and evidently synergistic, relationship between palliative care and euthanasia in Belgium: an interview with a doctor involved in the early development of both and two of his successors. 2014. National Library of Medicine. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25124983/> (дата звернення: 18.01.2021).

402. Swiss Criminal Code. December 21, 1937. URL: [https://www.legislationline.org/download/id/8991/file/SWITZ\\_Criminal%20Code\\_as%20of%202020-07-01.pdf](https://www.legislationline.org/download/id/8991/file/SWITZ_Criminal%20Code_as%20of%202020-07-01.pdf) (дата звернення: 18.01.2021).

403. Andorno R. Nonphysician-assisted suicide in Switzerland. *Camb Q Healthc Ethics*. 2013. № 22 (3). P. 246–253.

404. Voluntary Assisted Dying Act 2017. № 61 of 2017. URL: [https://content.legislation.vic.gov.au/sites/default/files/8caaf3b4-28f6-3ad1-acf3-e3c46177594e\\_17-61aa003%20authorised.pdf](https://content.legislation.vic.gov.au/sites/default/files/8caaf3b4-28f6-3ad1-acf3-e3c46177594e_17-61aa003%20authorised.pdf) (дата звернення: 18.01.2021).

405. Ratini M. Medical Marijuana FAQ. Web MD Medical Reference. 2020. URL: <https://www.webmd.com/a-to-z-guides/medical-marijuana-faq> (дата звернення: 18.01.2021).

406. Bifulco M., Pisanti S. Medical use of cannabis in Europe. *Embo Reports*. 2015. URL: <https://www.embopress.org/doi/full/10.15252/embr.201439742> (дата звернення: 18.01.2021).

407. Germany allows MS patient to grow cannabis in unprecedented case. *DW*: website. URL: <https://www.dw.com/en/germany-allows-ms-patient-to-grow-cannabis-in-unprecedented-case/a-35945560> (дата звернення: 18.01.2021).

408. Cannabis terapeutica; la normative Italiano. Associazione Luca Coscioni. 2016. URL: <https://www.associazionelucacoscioni.it/cannabis-terapeutica-la-normativa-italiana> (дата звернення: 18.01.2021).

409. Decreto Il Ministro Della Salute, 09 Novembre, 2015. URL: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/11/30/15A08888/sg> (дата звернення: 18.01.2021).

410. Cannabis: Legal oder illegal? Die rechtliche Lage zur Verwendung von THC und CBD als Arzneimittel/Medikamente. Netdoktor.at. 2019. URL: <https://www.netdoktor.at/therapie/cannabinoide-rechtliche-lage-7262509> (дата звернення: 18.01.2021).

411. Matysiak P., Maciejewska B., Zielińska U. Marihuana medyczna założenia do zmian ustawowych przygotowane przez Parlamentarny Zespół ds. Legalizacji Marihuany. URL: [https://orka.sejm.gov.pl/opinie9.nsf/nazwa/1666\\_20210115/\\$file/1666\\_20210115.pdf](https://orka.sejm.gov.pl/opinie9.nsf/nazwa/1666_20210115/$file/1666_20210115.pdf) (дата звернення: 18.01.2021).

412. Mandal A. Roberts S. What is Morphine? *News Medical Life Scientific*. 2019. URL: <https://www.news-medical.net/health/What-is-Morphine.aspx> (дата звернення: 18.01.2021).

413. Facts about morphine and other opioid medicines in palliative care. *Palliative Care Australia*: website. URL: <https://palliativecare.org.au/resources/facts->

about-morphine-and-other-opioid-medicines-in-palliative-care/ (дата звернення: 18.01.2021).

414. Global State of Pain Treatment. Access to Medicines and Palliative Care. 2017. *hrw*: website. URL: <https://www.hrw.org/report/2011/06/02/global-state-pain-treatment/access-medicines-and-palliative-care> (дата звернення: 18.01.2021).

415. Walker signs opioid addiction prevention bill. *Alaska Public Media*: website. 2017. URL: <https://www.alaskapublic.org/2017/07/25/walker-signs-opioid-addiction-prevention-bill/> (дата звернення: 18.01.2021).

416. Patients with chronic pain feel caught in an opioid-prescribing debate. *Kaiser Health News*: website. <https://www.healthleadersmedia.com/clinical-care/patients-chronic-pain-feel-caught-opioid-prescribing-debate> (дата звернення: 18.01.2021).

417. Facts about morphine and other opioid medicines in palliative care. *Palliative Care Australia*: website. URL: <https://palliativecare.org.au/resources/facts-about-morphine-and-other-opioid-medicines-in-palliative-care/> (дата звернення: 18.01.2021).

418. *Labassee v. France*. № 65941/11. ECHR 2014.

419. *Mennesson v. France*. № 65192/11. ECHR 2014.

420. *Wagner and J. M. W. L. v. Luxembourg*. № 76240/01. ECHR 2007.

421. *Negrepontis-Giannisis v. Greece*. № 56759/08. ECHR 2011.

422. *C. and E. v France*. № 1462/18. ECHR 2019.

423. Advisory opinion concerning the recognition in domestic law of a legal parent-child relationship between a child born through a gestational surrogacy arrangement abroad and the intended mother. Request no. P16-2018-001. URL: [https://hudoc.echr.coe.int/spa#{%22itemid%22:\[%22003-6380464-8364383%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/spa#{%22itemid%22:[%22003-6380464-8364383%22]}) (дата звернення: 19.02.2021).

424. *Procureur-général v. Cassation, 31 Mai, 1991. D.1991.417*. URL: <https://law.utexas.edu/transnational/foreign-law-translations/french/case.php?id=1429> (дата звернення: 21.02.2021).

425. *Foulon Bouvet v. France*. № 9063/14, 10410/14). ECHR 2016.

426. *Laborie v. France*. № 44024/13. ECHR 2017.

427. Code civil des Français, 21 Mars, 1804. URL: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006070721/LEGISCTA000006089696/#LEGISCTA000006089696](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070721/LEGISCTA000006089696/#LEGISCTA000006089696) (дата звернення: 21.02.2021).

428. Code pénal, 01 Mars, 1994. URL: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006089698/#LEGISCTA000006089698](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006070719/LEGISCTA000006089698/#LEGISCTA000006089698) (дата звернення: 21.02.2021).

429. Questions and Answers on the Paradiso and Campanelli v. Italy judgment (27 January 2015): повідомлення Європейського суду з прав людини. URL: [https://www.echr.coe.int/Documents/Press\\_Q\\_A\\_Paradiso\\_and\\_Campanelli\\_ENG.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/Press_Q_A_Paradiso_and_Campanelli_ENG.pdf) (дата звернення: 19.02.2021).

430. Rules on medically assisted procreation, 19 Fevrier, 2004. URL: <https://www.ieb-eib.org/ancien-site/pdf/loi-pma-italie-english.pdf> (дата звернення: 22.02.2021).

431. Kriari I., Valongo A. International Issues Regarding Surrogacy. *The Italian Law Journal*. 2016. № 2. P. 331-354.

432. Codice Civile Italiano, 16 Marzo, 1942. URL: [http://www.jus.unitn.it/cardoza/obiter\\_dictum/codciv/Lib1.htm](http://www.jus.unitn.it/cardoza/obiter_dictum/codciv/Lib1.htm) (дата звернення: 22.02.2021).

433. D. and other v. Belgium. № 29176/13. ECHR 2014.

434. D v. France. № 11288/18. ECHR 2020.

435. Schlittner-Hay v. Poland. № 56846/15, 56849/15. ECHR 2019.

436. A. L. v. France. № 13344/20. ECHR 2014.

437. Evans v. The United Kingdom. № 6339/05. ECHR 2007.

438. Human Fertilisation and Embryology Act 1990. URL: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1990/37/contents> (дата звернення: 20.02.2021).

439. Human Fertilisation and Embryology Act 2008. URL: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2008/22/notes/division/6/1> (дата звернення: 20.02.2021).

440. S. H. And Others v. Austria. № 57813/00. ECHR 2011.



441. Fortpflanzungsmedizingesetz – FmedG, 1992. № 275/1992. URL: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10003046> (дата звернення: 01.02.2021).

442. Dickson v. The United Kingdom. № 44362/04. ECHR 2007.

443. Costa and Pavan v. Italy. № 54270/10. ECHR 2012.

444. Knecht v. Romania. № 10048/10. ECHR 2012.

445. On the Protection of the Body of Deceased Human Beings and the Use of Human Tissues and Organs in Medicine, 1992. URL: <https://likumi.lv/ta/en/en/id/62843-on-the-protection-of-the-body-of-deceased-human-beings-and-the-use-of-human-tissues-and-organs-in-medicine> (Дата звернення: 02.02.2021).

446. Criminal Law of the Republic of Latvia, 1998. URL: [https://www.legislationline.org/download/id/8266/file/Latvia\\_CC\\_1998\\_am2018\\_en.pdf](https://www.legislationline.org/download/id/8266/file/Latvia_CC_1998_am2018_en.pdf) (дата звернення: 02.02.2021).

447. Elberte v. Latvia. № 61243/08. ECHR 2015.

448. Nedesku v. Romania. № 70035/10. ECHR 2018.

449. Legii nr. 95/2006. URL: <http://legislatie.just.ro/Public/DetaliuDocument/71139> (дата звернення: 04.02.2021).

450. Pretty v. The United Kingdom. № 2346/02. ECHR 2002.

451. Sanles Sanles v. Spain. № 48335/99. ECHR 2000.

452. Haas v. Switzerland. № 31322/07. ECHR 2011.

453. Koch v. Germany. № 497/09. ECHR 2012.

454. Lambert and Others v. France. № 46043/14). ECHR 2014.

455. Suicide Act, 1961. URL: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/Eliz2/9-10/60/section/2> (дата звернення: 05.02.2021).

456. Assisted Dying Bill (HL Bill 6), 2014. URL: [https://publications.parliament.uk/pa/bills/lbill/2014-2015/0006/lbill\\_2014-20150006\\_en\\_1.htm](https://publications.parliament.uk/pa/bills/lbill/2014-2015/0006/lbill_2014-20150006_en_1.htm) (дата звернення: 08.02.2021).

457. From Therapeutic Abstention to the Right to Die? The Case of Lambert and Others v. France. Strasbourg Observers. URL:

<https://strasbourgobservers.com/2015/07/06/from-therapeutic-abstention-to-the-right-to-die-the-case-of-lambert-and-others-v-france/> (дата звернення: 07.02.2021).

458. The EHCR Accepts the Euthanasia of Vincent Lambert. *European Centre for Law and Justice*: website. URL: <https://eclj.org/euthanasia/the-echr-accepts-to-euthanize-vincent-lambert> (дата звернення: 07.02.2021).

459. Sartoria D. Grand Chamber judgment in Lambert v. France. Personal autonomy within the right to life opens the door to the «right to die». *International Law Blog*: website. URL: <https://internationallaw.blog/2015/06/15/lambert-v-france-personal-autonomy-as-part-of-the-right-to-life/> (дата звернення: 07.02.2021).

460. Code de la santé publique. URL: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte\\_lc/LEGITEXT000006072665/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665/) (дата звернення: 22.02.2021).

461. Додатковий протокол до Конвенції про захист прав і гідності людини щодо застосування досягнень біології та медицини: Протокол від 12 грудня 1998 року № 168. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994\\_526#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_526#Text) (дата звернення: 15.01.2021).

462. *Mouvement Raëlien Suisse v. Switzerland*. № 16354/06). ECHR 2012.

463. Federal Constitution of the Swiss Confederation, 18.04.1999. URL: <https://fedlex.data.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/cc/1999/404/20210101/en/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-cc-1999-404-20210101-en-pdf-a.pdf> (дата звернення: 15.01.2021).

464. Federal Act on Medically Assisted Reproduction (Reproductive Medicine Act), 18.12.1998. URL: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2000/554/en> (дата звернення: 15.01.2021).

465. Gesetz zum Schutz von Embryonen (Embryonenschutzgesetz - ESchG): 13. December, 1990. URL: <https://www.gesetze-im-internet.de/eschg/BJNR027460990.html> (дата звернення: 19.01.2021).

466. Gesetz zur Sicherstellung des Embryonenschutzes im Zusammenhang mit Einfuhr und Verwendung menschlicher embryonaler Stammzellen (Stammzellgesetz –

StZG), 28. Juni, 2002. URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/stzg/BJNR227700002.html> (дата звернення: 19.01.2021)

467. Sobre técnicas de reproducción humana asistida, 27.05.2006 № 14/2006. URL: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-9292> (дата звернення: 20.01.2021).

468. Investigación biomédica, 03.07.2007 № 14/2007. URL: <https://www.boe.es/boe/dias/2007/07/04/pdfs/A28826-28848.pdf> (дата звернення: 20.01.2021).

469. Parrillo v. Italy. № 46470/11. ECHR 2013.

470. Seventh Framework Programme (FP7). (Decision No. 1982/2006/EC). URL: [https://ec.europa.eu/growth/sectors/space/research/fp7\\_en](https://ec.europa.eu/growth/sectors/space/research/fp7_en) (дата звернення: 18.01.2021).

471. Horizon 2020 (Regulation (EU). No. 1291/2013). URL: [https://ec.europa.eu/growth/sectors/space/research/horizon-2020\\_en](https://ec.europa.eu/growth/sectors/space/research/horizon-2020_en) (дата звернення: 18.01.2021).

472. Skinner v. Oklahoma ex rel. Williamson. U. S. Supreme Court (U. S. 535 (1942). URL: <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/316/535/#F3> (дата звернення: 16.01.2021).

473. Concurring opinion, Skinner v. Oklahoma, 316 U.S. 535 (June 1, 1942). *Robert H. Jackson Center*: website. URL: <https://www.roberthjackson.org/opinion/concurring-opinion-skinner-v-oklahoma-316-u-s-535-june-1-1942/> (дата звернення: 16.01.2021).

474. Attack of the Clones: Legislative Approaches to Human Cloning in the United States. Duke Law & Technology Review. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/62559416.pdf> (дата звернення: 16.01.2021).

475. Jarden J. J. The Law and Human Cloning. *Knobbe Martens*. 2018. URL: <https://www.knobbe.com/news/2018/06/law-and-human-cloning> (дата звернення: 18.01.2021).

476. Appendix: State Laws on Human Cloning. *The New Atlantis*: website. URL: <https://www.thenewatlantis.com/publications/appendix-state-laws-on-human-cloning> (дата звернення: 18.01.2021).

477. Beauchamp T. L., Childress J. F. Principles of Biomedical Ethics. Oxford: Oxford University Press, 2001. 454 p.

478. Новицька М. М. Основні зміни до законодавства України у сфері трансплантації анатомічних матеріалів людині. *Підприємництво, господарство і право*. 2018. № 9. С. 133-135.

479. Пішта В. І. Регулювання прав людини четвертого покоління в контексті медичної реформи в Україні / Четверте покоління прав людини: особливості правового регулювання, проблеми та перспективи розвитку в сфері охорони здоров'я: монографія / за заг. ред. д. ю. н., проф. С. Б. Булеци; д. ю. н., доц. М. В. Менджул. Ужгород: Вид-во УЖНУ «Говерла», 2020. С. 74-75.

480. Про затвердження Положення про Єдину державну інформаційну систему трансплантації органів та тканин: Постанова Кабінету Міністрів України від 23 грудня 2020 року № 1366. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1366-2020-%D0%BF#Text> (дата звернення: 05.02.2021).

481. Про затвердження Порядку перевезення анатомічних матеріалів людини в межах України, ввезення таких матеріалів на митну територію України та вивезення їх за межі митної території України: Постанова Кабінету Міністрів України від 05 серпня 2020 року № 720. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/720-2020-%D0%BF#Text> (дата звернення: 05.02.2021).

482. Про затвердження нормативно-правових документів з питань трансплантації: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25 вересня 2000 року № 226. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0697-00#Text> (дата звернення: 05.02.2021).

483. Про забезпечення організації направлення громадян України для лікування за кордон: Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017

поку № 1079. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1079-2017-%D0%BF/ed20200312#top> (дата звернення: 05.02.2021).

484. Mission statement. *Matnat Chaim*: website. URL: <https://kilya.org.il/en/mission-statement/> (дата звернення: 05.02.2021).

485. LifeLink Legacy Fund supports transplant patients. *LifeLink Foundation*: website. URL: <https://www.lifelinkfoundation.org/legacy-fund/> (дата звернення: 05.02.2021).

486. Структура НСЗУ. *Національна служба здоров'я України*: вебсайт. URL: <https://nszu.gov.ua/pro-nszu/struktura1> (дата звернення: 05.02.2021).

487. Нові курси: НСЗУ навчить медиків спілкуватися з пацієнтами та надавати якісний сервіс. Медична справа: вебсайт. URL: <https://www.medsprava.com.ua/news/3502-nov-kursi-nszu-navchit-medikov-splkuvatisya-z-patsntami-ta-nadavati-yaksniy-servs> (дата звернення: 05.02.2021).

488. Rithalia A., McDaid C., Suekarran S. A systematic review of presumed consent systems for deceased organ donation. *Health Technology Assessment*. 2009. № 13 (26). URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19422754/> (дата звернення: 05.02.2021).

489. About Eurotransplant. *Eurotransplant*: website. URL: <https://www.eurotransplant.org/about-eurotransplant/international-organ-exchange/%20%20Nbkmrs%20pf%20jcnfyub%20hjrs> (дата звернення: 05.02.2021).

490. Пояснювальна записка до законопроекту «Про допоміжні репродуктивні технології». *Аптека*: вебсайт. URL: <https://www.apteka.ua/article/465497> (дата звернення: 26.02.2021).

491. Жінкам та чоловікам репродуктивного віку. Захворювання репродуктивної сфери. URL: [http://www.reprohealth.info/uk/for/men\\_and\\_women/diseases/infertility](http://www.reprohealth.info/uk/for/men_and_women/diseases/infertility) (дата звернення: 18.02.2021).

492. Чечерський В. І. Право на репродукцію (відтворення) у системі основоположних прав людини: конституційно-правове дослідження : дисертація на здобуття наукового ступеня д. ю. н. : спец. 12.00.02. Ужгород, 2020. 509 с.

493. Длугопольська Т. І. Правова природа репродуктивних прав фізичних осіб. *Актуальні проблеми правознавства*. 2016. Випуск 2. С. 103-107.

494. Гойда Н. Г., Бісярін О. Ю. Нормативно-правове регулювання діяльності служби планування сім'ї та збереження репродуктивного здоров'я. *Український медичний часопис*. 2012. № 4 (90). URL: <https://www.umj.com.ua/article/38690/normativno-pravove-regulyuvannya-diyalnosti-sluzhbi-planuvannya-sim-i-ta-zberezhennya-reproduktivnogo-zdorov-ya> (дата звернення: 16.02.2021).

495. Мухамєдова Е. Е. Репродуктивні права фізичної особи в системі особистих немайнових прав. *Ученые записки Таврического национального университета им. В.И. Вернадского Серия «Юридические науки»*. Том 25 (64). 2012. № 2. С. 136-141.

496. Стефанчук Р. О. Поняття, система, особливості здійснення і захисту репродуктивних прав фізичної особи. *Вісник Хмельницького інституту регіонального управління та права*. 2004. № 1-2. С. 66-72.

497. Григоренко О.В. Принципи реалізації прав фізичних осіб у відносинах, що виникають при застосуванні допоміжних репродуктивних технологій. *Право і суспільство*. 2016. № 3. С. 46-51.

498. Менджул М. В. Порівняльний аналіз правових засад сурогатного материнства. *Порівняльно-аналітичне право*. 2019. № 2. С. 77-79.

499. Проект Закону «Про допоміжні репродуктивні технології» від 19 липня 2018 року. № 8629. URL: [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=64477](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=64477) (дата звернення: 01.02.2021).

500. O'Neill S., Blackmer J. A Canadian Medical Association white paper: assisted reproduction in Canada (an overview of ethical and legal issues and recommendations for the development of national standards). *Canadian Medical Association*. 2015. Ottawa

501. Kooli C. Review of assisted reproduction techniques, laws, and regulations in Muslim countries. *Middle East Fertility Society Journal*. 2020. Vol. 24. № 8. URL:

<https://mefj.springeropen.com/articles/10.1186/s43043-019-0011-0> (дата звернення: 01.02.2021).

502. Banh D., Havermann D. L., Phelps J. Y. Reproduction beyond menopause: how old is too old for assisted reproductive technology? *J Assist Reprod Genet.* 2010. № 27 (7). P. 365-370.

503. Чечерський В. І. Інституційні механізми захисту права людини на репродуктивне відтворення. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія Право.* 2019. Випуск 58. Том 1. С. 94-98.

504. Busardo F. P., Gulino M., Napoletano S., Zaami S., Frati P. The Evolution of Legislation in the Field of Medically Assisted Reproduction and Embryo Stem Cell Research in European Union Members. *BioMed Research International.* Vol. 2014. URL <http://downloads.hindawi.com/journals/bmri/2014/307160.pdf> (дата звернення: 02.02.2021).

505. Триньова Я. О. Закон України «Про заборону репродуктивного клонування людини»: постатейний аналіз. *Право і суспільство.* 2013. № 6-2. С. 105-109.

506. Про захист ембріонів: Закон Федеративної республіки Німеччини, 1991 рік. URL: [https://www.gesetze-im-internet.de/eschg/\\_6.html](https://www.gesetze-im-internet.de/eschg/_6.html) (дата звернення: 02.02.2021).

507. Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen 8. October 2004. URL: <https://www.admin.ch> (дата звернення: 02.02.2021).

508. Prohibition of Human Cloning for Reproduction Act 2002. № 144. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2017C00306> (дата звернення: 02.02.2021).

509. Colombian Constitutional Court Decision № C-239-97. URL: <https://www.corteconstitucional.gov.co/english/Decision.php?IdPublicacion=9214> (дата звернення: 10.02.2021).

510. Гузій О. В. Паліативна допомога в Україні: що має змінитися. *Український медичний часопис.* URL: <https://www.umj.com.ua/article/129968/paliativna-dopomoga-v-ukrayini-shho-maye-zminitisya> (дата звернення: 10.02.2021).

511. Про внесення змін до переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів: Постанова Кабінету Міністрів України від 07 квітня 2021 року № 324. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-vnesennya-zmin-do-pereliku-narkotichnih-zasobiv-psihotropnih-rechovin-i-prekursoriv-i070421-324> (дата звернення: 10.04.2021).

512. Уряд дозволив використовувати у медичних цілях деякі препарати на основі канабісу. *Громадське*: вебсайт. URL: <https://hromadske.ua/posts/uryad-dozvoliv-vikoristovuvati-u-medichnih-cilyah-deyaki-preparati-na-osnovi-kanabisu> (дата звернення: 09.04.2021).

513. Про Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини: Закон України від 23 грудня 1997 року № 776/97-ВР. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/776/97-%D0%B2%D1%80> (дата звернення: 02.02.2021).

514. Exploring the Role of the Commonwealth Ombudsman in Relation to Parliament. *Parliament of Australia*: website. URL: [https://www.aph.gov.au/About\\_Parliament/Senate/Powers\\_practice\\_n\\_procedures/pops/pop63/c03](https://www.aph.gov.au/About_Parliament/Senate/Powers_practice_n_procedures/pops/pop63/c03) (дата звернення: 02.02.2021).

515. Про комітети Верховної Ради України: Закон України від 04 квітня 1995 року № 116/95-ВР. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/116/95-%E2%F0> (дата звернення: 02.02.2021).

516. Про перелік, кількісний склад і предмети відання комітетів Верховної Ради України дев'ятого скликання: Постанова Верховної Ради України. Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/19-IX#Text> (дата звернення: 02.02.2021).

517. Parliamentary human rights Committees. *NDI*: website. URL: [https://www.ndi.org/sites/default/files/parlhrrscommittees\\_080105.pdf](https://www.ndi.org/sites/default/files/parlhrrscommittees_080105.pdf) (дата звернення: 02.02.2021).

518. Draft Principles on Parliaments and human rights. *ohchr*: website. URL: [https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/UPR/Parliaments/DraftPrinciplesParliament\\_EN.pdf](https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/UPR/Parliaments/DraftPrinciplesParliament_EN.pdf) (дата звернення: 02.02.2021).



## ДОДАТКИ

### Додаток 1

### СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

#### Монографії:

1. Публічне урядування, права людини і демократія: регіональний зріз євроінтеграції: монографія [Т. О. Карабін, Я. В. Лазур, М. В. Менджул, П. А. Трачук та ін.]; за заг. ред. М.В. Савчина. Ужгород: Видавництво УжНУ «Говерла», 2015. 320 с.
2. Болдіжар С. О. Четверте покоління прав людини: особливості правового регулювання, проблеми та перспективи розвитку у сфері охорони здоров'я: монографія за заг. ред. Булеци С. Б., Менджул М. В. Ужгород: Видавництво «Говерла» 2020. 444 с.
3. Болдіжар С. О. Адміністративно-правове регулювання прав людини четвертого покоління у системі охорони здоров'я: монографія. Ужгород: РІК-У. 2020. 238 с.

#### Статті у наукових фахових виданнях

4. Болдіжар С. О., Хохлова І. В., Пішта В. І. Особливості кримінальної відповідальності медичних працівників у США. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Право»*. Випуск. 37. Т. 3. 2016. С. 36-39.
5. Болдіжар С. О., Пішта В. І. Право особи розпоряджатись органами та іншими анатомічними матеріалами в контексті реалізації права на особисту недоторканність. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Право»*. Випуск. 45. Т. 1. 2017. С. 44-47.
6. Boldizhar S., Pishta V. ECHR Position on Transplantology and Reproductive Rights: Main Aspects. *Studia Iuridica. Cassoviensia*. Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach. Právnická fakulta. ISSN 1339-3995, 2017. Ročník 5. Číslo 2. P. 25-34.

7. Болдижар С. А. Классификация четвертого поколения прав человека в сфере здравоохранения. *Право и политика*. 2018. № 3. С. 77-83.
8. Болдіжар С.О. Клонування та проблеми цілісності особи. *Visegrad journal on human rights*. 2019. № 3 (1). С. 35-41.
9. Болдіжар С. О. Організаційно-правові кроки у напрямі покращення адміністративно-правового забезпечення прав четвертого покоління у системі охорони здоров'я. *Вісник публічного та приватного права*. 2019. №2. С. 3-8.
10. Болдіжар С.О. Сурогатне материнство: співвідношення медичної та правової визначеності. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Право»*. Випуск 58. 2019. С. 196-200.
11. Болдіжар С. О. Особливості евтаназії і питання закінчення життя. *Право і суспільство*. 2019. № 5-2. С. 9-14.
12. Болдіжар С. О. Поняття «четверте покоління прав людини у сфері охорони здоров'я». *Юридичний бюлетень*. 2019. № 11. Т. 1. С. 238-245.
13. Болдіжар С. О. Правове регулювання донорства при застосуванні репродуктивних технологій. *Прикарпатський юридичний вісник*. 2019. № 1 (26) Т. 3. 2019. С. 13-16.
14. Болдижар С. А. Трансплантация в законодательстве зарубежных государств и практике Европейского суда по правам человека. *Право и Закон*. 2019. № 4. С. 192-196. (Кыргызская Республика).
15. Болдіжар С. О. Механізм адміністративно-правового регулювання та особливості реалізації прав людини четвертого покоління у системі охорони здоров'я. *Порівняльно-аналітичне право*. 2020. №3. С. 106-111.
16. Болдіжар С. О. Еволюція четвертого покоління прав людини у сфері охорони здоров'я. *Підприємництво, господарство і право*. 2020. №6. С. 110-116.
17. Болдіжар С. О. Характеристика правовідносин у сфері забезпечення «медичного виміру» прав людини четвертого покоління. *Юридичний бюлетень*. 2020. № 17. С. 11-18.

18. Болдіжар С. О. До питання про склад правовідносин у сфері забезпечення «медичного виміру» прав людини четвертого покоління. *Право і суспільство*. 2020. № 6-2. Т. 2. С. 3-8.

19. Болдіжар С. О. Інституційні гарантії адміністративно-правового механізму забезпечення прав людини четвертого покоління у системі охорони здоров'я. *KELM (Knowledge, Education, Law, Management)*. 2020. № 5. С. 152-158.

20. Болдіжар С. О. Нормативно-правові засади, спрямовані на удосконалення адміністративно-правового забезпечення репродуктивних прав людини. *Держава та регіони. Серія «Право»*. 2020. № 4-2 (70). Т. 2. С. 54-59.

21. Болдіжар С. О. Проблеми клонування та право на цілісність особи: міжнародно-правовий, релігійний та філософський аспект. *Держава та регіони. Серія «Право»*. 2020. № 4 (70). Т. 2. С. 137-141.

22. Болдіжар С. О. Право на евтаназію у практиці ЄСПЛ та перспективи провадження в Україні. *Право і суспільство*. 2020. № 3. Т. 2. С. 40-45.

23. Болдіжар С. О. Сурогатне материнство у практиці європейського суду з прав людини. *KELM (Knowledge, Education, Law, Management)*. 2020. № 7 (35). Т. 1. С. 129-136.

24. Болдіжар С. О. Роль спеціалізованих норм права у механізмі адміністративно-правового регулювання прав людини четвертого покоління. *Науковий вісник УжНУ. Серія «Право»*. 2021. Випуск 63. С.209-213.

#### Тези виступів на конференціях

25. Болдіжар С. О., Пішта В. І. Механізм адміністративно-правового регулювання щодо забезпечення прав людини четвертого покоління у системі охорони здоров'я: загальна характеристика. Забезпечення прав людини четвертого покоління у системі охорони здоров'я: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Ужгород, 12 квітня 2019 року. Ужгород: Ужгородський національний університет, 2019. С. 44-48.

26. Болдіжар С. О. Четверте покоління прав людини у сфері охорони здоров'я: поняття та класифікація. Забезпечення прав людини четвертого покоління у системі охорони здоров'я: Матеріали II Міжнародної науково-

практичної конференції, м. Ужгород, 30 квітня 2020 року. Ужгород: Ужгородський національний університет, 2020. С. 30-36.

27. Болдіжар С. О., Пішта В. І. Порушення медичної таємниці у зв'язку з суспільною необхідністю. Лікарська таємниця в умовах пандемії: законодавчі, правозастосовчі, соціальні та психологічні аспекти: Збірник тез доповідей Всеукраїнської науково-практичної он-лайн конференції, м. Тернопіль, 15 травня 2020 року. С. 14-19.

28. Болдіжар С. О., Пішта В. І. Посмертне донорство в Україні: нові виклики та перспективи внесення змін до чинного законодавства. Розвиток медичного права України в контексті євроінтеграційних та глобалізаційних процесів: Матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Київ, 10 грудня 2020 року.