

Міністерство освіти і науки України
Університет митної справи та фінансів

Факультет управління
Кафедра публічного управління та митного адміністрування

Кваліфікаційна робота

на здобуття освітнього ступеня магістр
за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»

за темою: **РОЗВИТОК ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ
ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ**

Виконала: студентка
групи ПУ24-1зм
спеціальність 281
«Публічне управління та адміністрування»
СІКОРА Ганна Ігорівна

Керівник
доктор наук з державного управління,
професор АНТОНОВА Ольга Валеріївна

Рецензент
НТУ «Дніпровська політехніка»
професор кафедри державного управління
і місцевого самоврядування
ННІ державного управління
доктор наук з державного управління,
професор ХОЖИЛО Ірина Іванівна

впливом пандемії COVID-19, воєнного конфлікту, міграційних процесів та зниження рівня народжуваності; визначення ролі репродуктивного здоров'я у зміцненні національної безпеки та досягненні Цілей сталого розвитку, визначених ООН

5. Перелік графічного матеріалу: 4 таблиці, 2 рисунки, що ілюструють ключові аспекти дослідження

6. Дата видачі завдання 13.07.25-19.07.2025

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи *	Строк виконання етапів роботи	Примітка
	Визначення теми кваліфікаційної роботи	23.01.25-01.02.2025	
	Складання змісту роботи, оформлення та затвердження завдання	13.07.25-19.07.2025	
	Опрацювання літературних джерел, нормативних документів	до 10.11.25	
	Збір та обробка статистичних і звітних даних	до 10.11.25	
	Проведення розрахунків та аналізу	до 10.11.25	
	Написання вступу	до 10.11.25	
	Написання розділу 1	до 10.11.25	
	Написання розділу 2	до 10.11.25	
	Написання розділу 3	до 12.12.25	
	Підготовка висновків	до 20.12.25	
	Оформлення роботи	до 30.12.25	
	Подання на кафедру електронного варіанту роботи для перевірки на плагіат	до 30.12.25	
	Підготовка тексту доповіді і демонстраційного матеріалу	до 16.01.26	
	Подання на кафедру кваліфікаційної роботи	до 09.01.26	

Здобувач освіти

_____ (підпис)

Сікора Г.І.

(прізвище та ініціали)

Керівник роботи

_____ (підпис)

Антонова О.В.

(прізвище та ініціали)

* Зазначено орієнтовний перелік етапів, який коригується керівником роботи

АНОТАЦІЯ

Сікора Г.І. **Розвиток публічного управління у сфері допоміжних репродуктивних технологій**

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістр за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». Університет митної справи та фінансів, Дніпро, 2026.

У кваліфікаційній роботі здійснено комплексне дослідження теоретико-методологічних та прикладних аспектів розвитку публічного управління у сфері застосування програм допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) в Україні. Обґрунтовано актуальність проблематики в контексті глибокої демографічної кризи, що посилилася під впливом пандемії COVID-19, воєнного конфлікту, міграційних процесів та зниження рівня народжуваності. Особливу увагу приділено ролі репродуктивного здоров'я у зміцненні національної безпеки та досягненні Цілей сталого розвитку, визначених ООН.

У роботі проведено аналіз сучасного стану правового регулювання застосування ДРТ в Україні, виявлено його фрагментарність та невідповідність сучасним викликам і медичним технологіям. Здійснено компаративний аналіз міжнародного досвіду з питань публічного управління програмами ДРТ, на основі якого сформульовано пропозиції щодо адаптації ефективних моделей до українського контексту. Досліджено динаміку та встановлено, що повномасштабне вторгнення в Україну 2022 року посилило розрив між потребою та наявними можливостями у доступі громадян до програм ДРТ. Попит на програми ДРТ в суспільстві навіть збільшився, але державний сектор не в змозі задовольнити запити на такий вид послуг.

Наукова новизна дослідження полягає у розробці системного підходу до удосконалення публічного управління у сфері репродуктивної медицини, що включає нормативно-правовий, інституційний, етичний та фінансовий компоненти. Практичне значення роботи полягає у можливості використання її результатів для формування національної політики в галузі репродуктивного здоров'я, розроблення стратегій демографічного відновлення та підвищення ефективності державного управління охороною здоров'я.

Ключові слова: публічне управління, репродуктивне здоров'я, демографічна криза, нормативне регулювання, біоетика, державне фінансування, стратегічне планування, управлінські моделі, охорона здоров'я, цифрова медицина.

SUMMARY

Sikora G.I. Development of public administration in the field of assisted reproductive technologies.

Qualification work for the Master's degree in the specialty 281 «Public Management and Administration». University of Customs and Finance, Dnipro, 2026.

This qualification work provides a comprehensive study of the theoretical, methodological, and practical aspects of public administration development in the field of assisted reproductive technologies (ART) in Ukraine. It emphasizes the relevance of the topic amid a severe demographic crisis exacerbated by the COVID-19 pandemic, military conflict, migration, and declining birth rates. Special attention is given to the role of reproductive health in strengthening national security and achieving the United Nations Sustainable Development Goals.

The study analyzes the current state of legal regulation in the use of ART in Ukraine, revealing its fragmented nature and lack of compliance with modern medical practices and societal needs. A comparative review of international public governance models in ART was conducted, leading to recommendations for adapting successful approaches to the Ukrainian context.

The scientific novelty of the research lies in the development of a systemic model for improving public administration in reproductive healthcare, integrating legal, institutional, ethical, and financial dimensions. The practical significance of the study is reflected in its applicability to policymaking in reproductive health, demographic recovery strategies, and improved state management of healthcare services.

Keywords: public administration, reproductive health, demographic crisis, regulatory control, bioethics, public funding, strategic planning, management models, healthcare, digital medicine.

Результати досліджень здобувача

1. **Сікора Г.І.** Електронна система охорони здоров'я (eHealth): шлях інновацій. *Економіко-правові, управлінсько-технологічні та соціально-психологічні виміри сьогодення молодіжний погляд* : матер. Міжнародна науково-практична конференція (м. Дніпро, 14 листопада 2025 р.). Дніпро: УМСФ, 2025. 2 стор.

2. **Сікора Г.І.** Розвиток системи митної безпеки в умовах інтеграції України до ЄС. *Світовий досвід публічного регулювання зовнішньоекономічної діяльності : митна безпека та протидія корупції*: матер. II Міжнародної наук.-практ. конф. (м. Дніпро, 16 травня 2025 року). Дніпро: УМСФ, 2025. С. 71 – 74.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	7
ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОГРАМ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ	13
1.1. Стан дослідження та проблематика застосування допоміжних репродуктивних технологій в публічно управлінському науковому дискурсі	13
1.2. Інституційна інфраструктура системи охорони репродуктивного здоров'я в умовах воєнного стану	24
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ СТАНУ ЗАСТОСУВАННЯ ТА ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ	33
2.1. Комплексний аналіз публічного управління у сфері застосування програм допоміжних репродуктивних технологій в Україні	33
2.2. Еволюція регулювання репродуктивного здоров'я в світі : зарубіжні моделі публічного управління у сфері застосування допоміжних репродуктивних технологій	45
РОЗДІЛ 3 НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОГРАМ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В УКРАЇНІ	58
3.1. Модернізація програм допоміжних репродуктивних технологій	58
3. 2. Розвиток стратегій реформування публічного управління у сфері допоміжних репродуктивних технологій	63
ВИСНОВКИ	82
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	86
ДОДАТКИ	101

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ДРТ – допоміжні репродуктивні технології

МОЗ України – Міністерство охорони здоров'я України

ООН – Організація Об'єднаних Націй

ВОЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

COVID-19 – коронавірусна хвороба 2019 року

ЦСР – Цілі сталого розвитку

НРД – нормативно-правові документи

НДІ – науково-дослідний інститут

РТ – репродуктивні технології

ПКМ – порівняльний компаративний метод

СЗР – сфера застосування репродуктивних технологій

ВСТУП

Актуальність теми. Репродуктивне здоров'я є невід'ємною складовою загального стану здоров'я населення кожної країни та глобального співтовариства, відіграючи ключову роль у забезпеченні сталого демографічного розвитку, соціальної стабільності та національної безпеки. Його збереження, охорона та відновлення мають стратегічне значення для реалізації Цілей сталого розвитку, затверджених Організацією Об'єднаних Націй, а також для підтримки життєздатності нації в умовах багатофакторної кризи, спричиненої повномасштабною війною. Україна стикається з глибокою демографічною кризою, яка посилилася внаслідок пандемії COVID-19, значних людських втрат через воєнні дії, міграційних процесів та зниження рівня народжуваності. Особливу стурбованість викликає зменшення кількості осіб репродуктивного віку, зокрема чоловіків, а також погіршення репродуктивної функції населення внаслідок тривалого впливу стресогенних факторів, пов'язаних із воєнним станом. У цьому контексті питання відновлення демографічного потенціалу України набуває пріоритетного значення та розглядається як один із ключових векторів національної безпеки.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, кожна шоста людина у світі стикається з проблемами безпліддя (близько 17,5% населення). Враховуючи реалії України в умовах війни, цей показник, імовірно, є заниженим. Це обумовлює необхідність всебічного розвитку системи репродуктивної медицини та забезпечення рівного доступу до якісних медичних послуг, зокрема – допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). Ефективна реалізація таких програм може стати важливим інструментом державної демографічної політики.

Наразі в Україні спостерігається фрагментарне правове регулювання у сфері застосування ДРТ. Основним нормативним документом залишається наказ МОЗ України від 09.09.2013 № 787, що застарів у контексті розвитку медичних

технологій, трансформації системи охорони здоров'я та соціальних очікувань. Відсутність комплексного нормативно-правового регулювання створює низку управлінських викликів, серед яких – обмежений доступ до ДРТ для певних соціальних груп, недостатній рівень захисту прав усіх учасників програм (пацієнтів, донорів, майбутніх дітей), відсутність чіткої системи фінансування та державної підтримки, недосконалий моніторинг і контроль. З огляду на вищезазначене, нагальною потребою є формування ефективної моделі публічного управління у сфері репродуктивного здоров'я, що базується на принципах доступності, якості, безпеки, прав людини та етичних норм. Розвиток відповідної інфраструктури, в тому числі управлінської, має стати системним елементом державної політики у сфері охорони здоров'я.

Аналіз наукової літератури засвідчує, що проблематика публічного управління в охороні здоров'я досліджувалася українськими науковцями, зокрема О. Вашевим, О. Роговою, Т. Пустовойт, М. Криштановичем, О. Сидорчук, С. Круком, І. Солоненко, І. Рожковою, І. Семчук, Г. Кукель, В. Роледерсом, В. Прасолом, Л. Сабліною, А. Єною, Г. Терешкевич, Н. Калашник, О. Худобою та іншими. Їхні праці висвітлюють питання інноваційного розвитку медичної галузі, удосконалення управлінських механізмів, інтеграції державного та приватного секторів у сфері охорони здоров'я.

З іншого боку, специфіка правового, етичного та управлінського регулювання допоміжних репродуктивних технологій вивчається у роботах Д. Пугача, А. Головащук, В. Чечерського, О. Юзько, О. Григоренко, І. Синюти. Дослідження цих авторів стосуються переважно юридичних та біоетичних аспектів, однак комплексного підходу до публічного управління у зазначеній сфері в українському науковому просторі поки що не сформовано.

Значний науковий внесок у розвиток міжнародного дискурсу зробили дослідники із США (Д. Адамсон, К. Уїрка, І. Малдонадо Росас), Австралії (Л.

Хілдер, З. Жічао, М. Паркер), а також Європи (Дж. М. Чамберс, А. Фарретті, Дж. Пенінг, М. Маглі), які розробляють порівняльні моделі фінансування, управління та етичного забезпечення програм ДРТ.

Таким чином, розвиток ефективної моделі публічного управління у сфері застосування програм допоміжних репродуктивних технологій в Україні потребує міждисциплінарного підходу, врахування міжнародного досвіду та адаптації його до вітчизняного контексту з урахуванням поточних демографічних, соціальних і політичних реалій.

Мета дослідження полягає на основі узагальнення наукових підходів розробити та обґрунтувати пріоритетні напрями розвитку публічного управління у сфері запровадження програм допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) в Україні з урахуванням сучасних викликів, трансформацій та міжнародного досвіду.

Для досягнення зазначеної мети передбачається вирішення таких наукових завдань:

- проаналізувати сучасні наукові підходи до публічного управління у сфері репродуктивного здоров'я;
- охарактеризувати інституційну інфраструктуру системи охорони репродуктивного здоров'я з позицій публічного управління та викликів, які стоять перед Україною;
- оцінити поточний стан застосування та впровадження програм програм ДРТ в Україні та світі;
- здійснити порівняльний аналіз зарубіжних моделей публічного управління у сфері застосування ДРТ;
- запропонувати та обґрунтувати пріоритетні напрями удосконалення національної системи публічного управління у сфері використання програм ДРТ.

Об'єктом дослідження є суспільні відносини у сфері впровадження програм допоміжних репродуктивних технологій.

Предмет дослідження – розвиток публічного управління у сфері допоміжних репродуктивних технологій в сучасній Україні.

Методи дослідження. Теоретико-методологічну основу дослідження становлять загальноприйняті наукові підходи та методи фундаментальної, загальнонаукової та спеціальної методології пізнання явищ і процесів публічного управління. У рамках дослідження використано: компаративний метод – для порівняльного аналізу моделей публічного управління та інфраструктурних, ієрархічних і правових компонентів регулювання у сфері ДРТ; діяльнісний підхід – з метою інтерпретації публічно-управлінських відносин як системи дій суб'єктів управління, спрямованих на ініціювання та впровадження механізмів реалізації програм ДРТ; конфліктологічний підхід – для аналізу біоетичних, соціальних та правових колізій у процесі регулювання доступу до репродуктивних технологій; економічні методи – для оцінки ефективності, доцільності та фінансової спроможності впровадження програм ДРТ у рамках системи публічного фінансування охорони здоров'я.

Емпіричну та фактологічну базу дослідження становлять: чинні нормативно-правові акти України; міжнародні договори, конвенції, стандарти та рекомендації у сфері репродуктивного здоров'я; судова практика та правові прецеденти; аналітичні звіти міжнародних організацій (ВООЗ, ООН, ЄС тощо); дані національних і міжнародних статистичних джерел; результати соціологічних опитувань, управлінські кейси та приклади застосування програм ДРТ у зарубіжних країнах на міждержавному, державному, регіональному рівнях.

Апробація матеріалів дипломної роботи. Основні положення та висновки дипломної роботи були представлені у доповідях та обговоренні на всеукраїнських та міжнародних науково-практичних конференціях, зокрема : Міжнародна науково-практична конференція «Економіко-правові, управлінсько-технологічні та соціально-психологічні виміри сьогодення молодіжний погляд»

(м. Дніпро, 14 листопада 2025 р.); II Міжнародна науково-практична конференція «Світовий досвід публічного регулювання зовнішньоекономічної діяльності : митна безпека та протидія корупції» (м. Дніпро, 16 травня 2025 року).

Структура дипломної роботи обумовлена метою дослідження і складається із переліку умовних скорочень, вступу, 3 розділів, які включають 6 підрозділів, висновків, списку використаних джерел. Загальний обсяг дипломної роботи становить 96 сторінки, із них 74 сторінки основного тексту. Робота містить 4 таблиці, 2 рисунки, список використаних джерел містить 114 найменування.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ПРОГРАМ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

1.1 Стан дослідження та проблематика застосування допоміжних репродуктивних технологій у публічно управлінському науковому дискурсі

Публічне управління охороною здоров'я є складним, мультифакторним полем, де зустрічаються традиційні адміністративні підходи, сучасні економічні моделі та нові парадигми, що базуються на необхідності дотримуватись прав людини за будь яких умов. Для комплексного аналізу стану справ із застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) необхідно почати з теоретико-методологічного осмислення цього поля. Аналіз наукових джерел показує, що управління системою охорони здоров'я перебуває в процесі значної трансформації, що обумовлене як внутрішніми реаліями (особливо загострилися після неспровокованої агресії російської федерації, руйнування та знищення інфраструктури та неймовірних жертв серед мирного населення), так і глобальними трендами.

Історично система охорони здоров'я в Україні була створена за радянською моделлю Семашка, яка базувалася на державному фінансуванні та плановому механізмі [1]. Ця модель формувала погляди на охорону здоров'я як на суспільний процес створення та розподілу суспільних послуг, організований та забезпечений державою. Однак з моменту отримання незалежності країна почала активно впроваджувати елементи інших світових моделей. Існують чотири основні моделі: модель Беверіджа (фінансування за рахунок податків), модель

Бісмарка (соціальне медичне страхування), гібридна модель (держава – єдиний страховик, а постачальники послуг – приватні) та модель прямої оплати. В Україні спостерігається часткове застосування моделі прямої оплати, особливо на вторинній та третинній ланках, що свідчить про наявність компонентів ринкового механізму. Основним законодавчим документом, що закріплює правову основу охорони здоров'я, є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ. [2]

Сучасний дискурс у галузі управління охороною здоров'я все більше переходить до нових, міждисциплінарних підходів, що включають інституціональний аналіз, поведінкову економіку, value-based healthcare (VbHC) та design thinking. Інституціональний підхід акцентує увагу на тому, як форми влади, правила гри та культура впливають на ефективність системи. Поведінкова економіка використовує концепцію «нуджингу» для стимулювання корисного поведінки населення, наприклад, прийняття рішення про застосування ДРТ. Value-based healthcare ставить на перше місце результат для пацієнта, а не обсяг наданих послуг, що має прямий відношення до оцінки ефективності ДРТ. Design thinking, у свою чергу, фокусується на потребах користувача, що є ключовим для забезпечення пацієнтоорієнтованого підходу при роботі з ДРТ [3].

Українські науковці також внесли свій внесок у формування теоретичних основ управління. Так, Маркевич Ю. О. запропонував інтегративну модель, яка поєднує стратегічний, інституційний, функціональний та ціннісний рівні управління, що дозволяє комплексно оцінити стан справ. Віктор Алькема виділив ключові умови ефективності управлінських рішень, серед яких важливе місце займають наукові підходи, прогнозування та аналіз [4]. Ці методологічні розробки дають потужний аналітичний апарат для дослідження конкретних проблем, таких як доступність та якість ДРТ. Тобто, теоретична основа для такого дослідження наявна, але вона потребує синтезу загальнонаукових принципів з конкретними нормативно-правовими та соціальними реаліями

українського суспільства. Особливо актуальним стає аналіз у світлі нового законодавства, що набуло чинності в 2019 році, яке передбачає широке самовизначення пацієнта та право на отримання медичної допомоги, що не є безкоштовною за рахунок державного бюджету, але гарантованою.

Аналіз законодавства України є фундаментальною частиною будь-якого дослідження у сфері публічного управління. У контексті ДРТ нормативно-правова база виявляється непрямую, але впливовою. Прямого спеціалізованого закону, що регулює всі аспекти ДРТ, в Україні не існує. Регулювання здійснюється через сукупність нормативних актів, які стосуються репродуктивного здоров'я, права пацієнта, медицини та захисту персональних даних. Це створює певні правові пробіли та труднощі під час здійснення управлінського контролю та планування розвитку напрому.

Ключовим документом, що закріплює основоположні принципи охорони здоров'я, залишається Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ. Незважаючи на те, що він прийнятий в 1992 році, він формує правовий простір для надання медичної допомоги, включаючи репродуктивне здоров'я. Однак найбільш актуальний для нашого дослідження є Наказ МОЗ України «Про удосконалення системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні» № 1030/102 від 29 листопада 2013 року [5], яким удосконалювалася система планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я, а саме створювалися мережі державних центрів, кабінетів та центрів планування сім'ї. Ці установи є потенційними точками входу для пацієнтів, які шукають інформацію про можливість застосування ДРТ.

Проблема вирішується в більшому ступені через міжгалузеву взаємодію. Законодавство про охорону здоров'я переплетене з сімейним, пенсійним, цивільним та кримінальним правом. Наприклад, стаття 50 Закону «Про охорону здоров'я» дозволяє штучне переривання вагітності до 12 тижнів за бажанням

жінки, що створює правову основу для одного з етапів клінічної практики, пов'язаної з ДРТ. Фінансування програм збереження репродуктивного здоров'я часто нестабільне, а контроль держави – мало ефективний, що вказує на слабку координацію між відповідальними відомствами [6].

Таблиця 1.1

Ключові нормативно-правові акти, що формують правовий контекст для управління ДРТ у Україні

Назва закону / документу	Дата	Ключовий зміст для управління ДРТ
Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»	19.11.1992	Формує основи правового поля для охорони здоров'я, включаючи право на здоров'я та медичну допомогу.
Закон України «Про захист прав споживачів медичних послуг»	15.01.2020	Встановлює права пацієнта як споживача медичних послуг, механізми захисту від некваліфікованого лікування.
Наказ МОЗ України № 1030/102	29.11.2013	Удосконалює систему планування сім'ї, створює мережу центрів та кабінетів планування сім'ї.
Наказ МОЗ України № 752	28.09.2012	Встановлює порядок контролю якості медичної допомоги, включаючи стандарти, процедури та відповідальність.
Закон України «Про державні соціальні стандарти та гарантії»	05.10.2000	Встановлює соціальні стандарти, які можуть мати відношення до доступу до певних видів медичної допомоги.

Механізми управління якістю медичних послуг, які мають безпосередній відношення до безпеки застосування ДРТ, детально описані в Наказі МОЗ України № 752 від 28 вересня 2012 року «Порядок контролю якості медичної допомоги» [7]. Цей документ встановлює процедури перевірок, стандарти та

відповідальність, що повинні забезпечувати безпеку пацієнта. Крім того, важливим є Закон України «Про захист прав споживачів медичних послуг» від 15 січня 2020 року № 685-ІХ, який надає пацієнту правову захисту у разі надання некваліфікованої або шкідливої допомоги [8].

Отже, нормативно-правова база для управління ДРТ в Україні є фрагментарною та розподіленою між декількома сферами права. Ефективність управлінських рішень у цій сфері залежить не стільки від одного закону, скільки від ефективності міжвідомчої координації та здатності адміністрації використовувати наявні інструменти для забезпечення якості, безпеки та доступності цих складних технологій.

Ефективне управління допоміжними репродуктивними технологіями в Україні неможливе без аналізу специфічних механізмів, які впроваджуються для забезпечення якості, безпеки та доступності цих послуг. Наукові джерела вказують на комплексний характер управління в сфері охорони здоров'я, який включає кілька взаємопов'язаних механізмів, кожен з яких має свої особливості в контексті ДРТ.

Першим та найважливішим є інституційний механізм, який включає систему органів державної влади, місцевого самоврядування, а також ліцензованих медичних закладів [9]. У контексті ДРТ це означає, що лише ліцензовані заклади, які відповідають встановленим стандартам, можуть проводити такі процедури. Це створює першу ланку контролю, спрямовану на відсіювання непрофесійних установ. Однак, як зазначається в джерелах, діючий механізм має проблеми з ефективністю.

Правовий механізм є невід'ємною частиною управління. Він включає систему правових норм, які регулюють діяльність медичних закладів, права пацієнтів та відповідальність сторін. Для ДРТ це охоплює питання конфіденційності, згоди пацієнта на проведення процедур, відповідальність за

помилки тощо. Законодавство про захист персональних даних (№ 229VI) має особливе значення, оскільки генетична інформація є дуже чутливою [10].

Фінансовий механізм є одним з найважливіших факторів, що визначають доступність ДРТ. Система охорони здоров'я в Україні перебуває в процесі переходу на модель, де «гроші ходять за пацієнтом», реалізація якої почалася з пілотного проекту в 2013–2014 роках. На сьогодні Національна служба здоров'я України (НСЗУ – далі) виступає державним страховиком, який фінансує первинну медичну допомогу. Однак доступ до вторинної та третинної допомоги, до якої відносяться багато процедур ДРТ, часто здійснюється за рахунок приватних коштів пацієнта або через Державний бюджет за договорами. Це створює ситуацію, коли доступність технологій сильно залежить від фінансового стану пацієнта.

Інформаційний механізм набирає особливого значення в епоху цифровізації. Концепція єдиного медичного інформаційного простору (ЄМІП – далі) передбачає створення єдиної цифрової екосистеми для обміну медичною інформацією. Центральною базою даних ЄМІП є Національна служба здоров'я України. Для ДРТ це означає можливість формування повної медичної карти пацієнта, яка буде доступна лікарям у різних закладах, що покращує координацію лікування. Однак, як попереджають експерти, це створює нові ризики, пов'язані з кібербезпекою та конфіденційністю даних [10].

Кадровий механізм забезпечує наявність кваліфікованих кадрів, які здатні ефективно використовувати сучасні технології та забезпечувати якість послуг. Стратегічне управління закладом охорони здоров'я виділяє високу кваліфікацію персоналу як один з ключових стратегічних пріоритетів. Для ДРТ це означає необхідність наявності спеціалістів у галузях репродуктивної медицини, генетики, ембріології та психотерапії.

Механізм управління якістю є прямим відгуком на потреби пацієнтів та суспільства. Якість медичних послуг визначається через кілька вимірювань:

доступність, результативність, безпечність, професійна компетентність, особисті взаємини, економічна ефективність, зручність та безперервність. Для ДРТ важливим є не лише технічна точність процедури («мала якість»), але й загальний досвід пацієнта, його задоволеність та психологічна підтримка («велика якість»). Впровадження системного підходу до управління якістю, включаючи використання статистичних методів та командну роботу, є ключовим завданням для забезпечення безпеки пацієнта [11]. Зменшення якості може відбуватися через множення процедур; наприклад, при 5 процедурах з якістю 97% загальна ймовірність отримання послуги високої якості становить лише 86%, а при 22 процедурах – 50%.

Таким чином, управління ДРТ в Україні базується на синергії цих механізмів. Ефективність кожного з них та їхньої взаємодії визначає загальну картину доступності, якості та безпеки цих технологій для населення [12].

Електронна система охорони здоров'я (eHealth) є однією з найважливіших реформ у сфері публічного управління охороною здоров'я в Україні, яка має потенціал кардинально змінити підхід до управління допоміжними репродуктивними технологіями. Її роль полягає не просто у цифровізації медичних карт, а у створенні нової парадигми управління, яка ґрунтується на даних, прозорості та ефективності. Ідея єдиного медичного інформаційного простору (ЄМП) пропонується як нова парадигма управління, що замінює традиційні бюрократичні механізми.

Центральною ланкою eHealth є Національна служба здоров'я України (НСЗУ), яка виступає адміністратором ЄМП. Центральна база даних НСЗУ містить критично важливі реєстри, які безпосередньо стосуються управління ДРТ. До них входять реєстри пацієнтів, медичних записів, рецептів, медичних висновків, а також реєстр суб'єктів господарювання в охороні здоров'я. Це створює можливість для державного регулювання та контролю за наданням послуг, включаючи вторинну та терарну допомогу, яка часто потребує

застосування ДРТ. Обмін даними між закладами охорони здоров'я та державними органами (системами Мінсоцполітики, реєстрами платників податків, демографічним реєстром) через цей простір забезпечує комплексний аналіз медико-соціальних показників, що є ключовим для стратегічного планування [10].

Для управління ДРТ eHealth може використовуватися на кількох рівнях:

1. Внутрішнє управління закладу: Лікарі та медичний персонал отримують доступ до повної, об'єктивної медичної історії пацієнта, що зменшує ризики помилок, збільшує ефективність координації лікування та дозволяє вести ефективний контроль за якістю. Це реалізує принцип системного підходу до управління якістю.

2. Державне регулювання та контроль: НСЗУ, маючи доступ до масиву даних, може в реальному часі моніторити фінансові потоки, перевіряти відповідність фактично наданих послуг заявленому обсягу, виявляти нецільове використання коштів та оцінювати ефективність програм, пов'язаних з репродуктивним здоров'ям.

3. Стратегічне планування: Дані з ЄМІП можуть бути проаналізовані для визначення регіональних та національних потреб у ДРТ, виявлення епідеміологічних трендів (наприклад, поширеність безпліддя), оцінки ефективності вже застосованих технологій та формування науково обґрунтованих стратегій розвитку.

Проте, впровадження eHealth супроводжується серйозними викликами. Перш за все, це питання безпеки даних, оскільки медична інформація, особливо пов'язана з ДРТ, є дуже чутливою, будь-які порушення конфіденційності можуть мати катастрофічні наслідки. Тому законодавство про захист персональних даних (№ 229-VI) має особливе значення.

Необхідно забезпечити надійний захист від несанкціонованого доступу, кібератак та втрати даних. Поширеною проблемою є «технологічний оптимізм»,

коли очікування від системи перевищують реальну готовність до її впровадження. Експерти наголошують на ризику деперсоналізації медичної допомоги, коли зв'язок між лікарем та пацієнтом знижується через опосередкованість через екран [10]. Це особливо важливо для сфери ДРТ, де емоційна підтримка та довіра є ключовими компонентами успіху.

Крім того, успіх eHealth залежить від кваліфікації персоналу. Лікарі та медсестри повинні бути добре навчені працювати з новими системами, правильно вводити дані та аналізувати результати. Без цього система лишиться лише «електронною скринькою». Впровадження електронної системи державних закупівель «Прозорро» як механізму протидії корупції в медичній сфері також є частиною цієї трансформації, оскільки забезпечує прозорість фінансування закупівлі обладнання для ДРТ.

Таким чином, eHealth є стратегічним інструментом, який має потенціал революційно змінити управління ДРТ в Україні. Він дозволяє перейти від реактивного контролю до проактивного управління на основі даних. Однак його успіх залежить від успішного вирішення проблем безпеки, навчання персоналу та збереження пацієнтоцентричного підходу.

Застосування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) – це довгий, складний процес, який потребує чіткого управлінського підходу на всіх етапах. Аналогія з управлінським процесом, який включає етапи формування мети, збору та аналізу інформації, прийняття рішення, керуючих дій та контролю [13], дозволяє детально розглянути, як кожен з цих етапів реалізується в контексті ДРТ.

Формування мети та аналіз ситуації (планування). Цей етап починається з потреби пацієнта (або пари) – бажання мати дитину. У рамках управлінського процесу це внутрішній мотив, аналогічний стратегічному плануванню в закладі охорони здоров'я. На рівні державного управління це відображається у розробці національних програм з репродуктивного здоров'я, таких як «Репродуктивне

здоров'я нації на період до 2015 року», та пріоритетах, які передбачають розроблення стратегії на 5–10 років [14] На етапі аналізу ситуації відбувається збір та аналіз медичної інформації. Пацієнт звертається до лікаря-репродуктолога. На основі обстеження, медичної анамнези та аналізу причин безпліддя лікар формує діагноз та визначає можливість застосування ДРТ. Це аналог процесу аналізу, який необхідний для прийняття будь-якого управлінського рішення. На державному рівні аналіз проводиться на основі даних Єдиного медичного інформаційного простору (ЄМІП – далі), який дозволяє виявити регіональні та національні потреби у цих технологіях.

Прийняття рішення. Це найважливіший етап, який включає вибір оптимального методу ДРТ. Лікар на основі отриманих даних та враховуючи вік пацієнта, стан здоров'я та інші фактори, рекомендує певну стратегію (наприклад, овуляційну стимуляцію, ІВФ, ІКСІ). Пацієнт має право на самовизначення та повноцінне інформоване обговорення, включаючи ризики, успішність та вартість процедури. Управлінський підхід на цьому етапі передбачає структурування проблеми, аналіз альтернатив та формування механізму реалізації рішення. На державному рівні прийняття рішення стосується фінансування. НСЗУ приймає рішення про виділення коштів на певну процедуру для конкретного пацієнта в рамках національного бюджету або договору з приватним закладом.

Реалізація (контроль). Після прийняття рішення починається сам процес. Це включає овуляційну стимуляцію, підготовку яйцеклітин та сперматозоїдів, проведення процедури опліднення (*in vitro* або *in vivo*), та перенесення ембріона в матку. Керуючі дії включають виконання всіх медичних процедур відповідно до стандартів. На цьому етапі важливим є контроль. Лікар проводить регулярний моніторинг (ультразвукові дослідження, аналізи гормонів) для оцінки прогресу та оперативної корекції курсу лікування. Це відповідає функції контролю в управлінському процесі – виявленню відхилень від плану та внесення коректив. На державному рівні контроль здійснюється через ліцензування закладів,

систему моніторингу якості (Наказ МОЗ № 752) та систему «eHealth», яка фіксує всі кроки лікування.

Оцінка результату. Останній етап – це оцінка результату лікування. Це може бути позитивний результат (настання вагітності та народження здорової дитини) або негативний (неуспіх процедури). Управлінський підхід на цьому етапі передбачає аналіз причин невдачі для подальшого покращення процесу. Для пацієнта це – емоційний та психологічний етап, який вимагає підтримки. На рівні закладу це дозволяє аналізувати статистику успішності та вдосконалювати методики. На державному рівні ці дані використовуються для оцінки ефективності національної політики в галузі репродуктивного здоров'я та для прийняття рішень щодо подальшого фінансування та реформ.

Таким чином, управлінський процес необхідний для ефективної реалізації ДРТ на всіх рівнях – від особистого рішення пацієнта до стратегічного планування держави. Впровадження сучасних підходів, таких як value-based healthcare, який фокусується на результаті для пацієнта, та системний підхід, який враховує всю ланцюжок надання послуг, дозволить покращити якість та ефективність цих життєво важливих технологій.

Синтез теоретичних підходів публічного управління, представленого в наукових джерелах дозволяє виділити ключові виклики та перспективи розвитку системи управління допоміжними репродуктивними технологіями. Загалом, сучасний дискурс у сфері управління охороною здоров'я характеризується переходом від централізованоадміністративної моделі до моделей, які базуються на права людини, ринкових механізмах, цифровізації та пацієнтоцентризмі. Однак цей перехід не є гладким, а супроводжується значною напругою між нормативною модернізацією та інституційною інерцією.

1.2 Інституційна інфраструктура системи охорони репродуктивного здоров'я в умовах воєнного стану

Сукупність демографічних, міграційних і гуманітарних викликів воєнного та повоєнного періодів в Україні, а також динаміка соціально-економічних процесів, тісно пов'язаних із відтворенням населення та акумуляцією людського капіталу, засвідчують, що стан репродуктивного здоров'я є не лише медичним показником, а й одним із чинників національної безпеки та ключовою передумовою стійкої повоєнної відбудови. Можемо говорити про те, що він стає одним з елементів фізичного виживання і існування нації. Формування й підтримка інституційної інфраструктури охорони репродуктивного здоров'я – від профілактики до високоспеціалізованої допомоги – має виразний мультисекторальний ефект, корелюючи з цілями державної демографічної та соціальної політики, довгостроковими трендами на ринку праці й людським розвитком загалом. Зводити проблематику допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) до площини «медичної послуги» було б методологічно обмежено й стратегічно недалекоглядно.

Нормативно-концептуальні орієнтири держави щодо організації медичної допомоги в галузі репродуктивного здоров'я – включно з правовими режимами використання ДРТ і практиками сурогатного материнства – визначально впливають на реалізацію репродуктивних планів громадян, формування сім'ї та народжуваність. Міжнародна практика держав демонструє різноспрямовані моделі правового регулювання ДРТ і їх інтеграцію до ширшої політики відтворення населення [15]. Дані ООН фіксують суттєву еволюцію підходів урядів до впливу на народжуваність: якщо 1976 року понад половина країн (52 %) не декларували офіційної політики у цій сфері, то в 2015–2019 рр. частка таких держав скоротилася до приблизно чверті (27 %). Водночас зростала група урядів, що окреслювали цілі підвищення народжуваності як відповідь на загрозу демографічного старіння; частка ж тих, хто цілеспрямовано знижував народжуваність, у 1986–2019 рр. утримувалася поблизу 33–35 % [15].

Станом на 2019 р. майже три чверті урядів 197 держав декларували політику впливу на рівень народжуваності: 69 урядів ставили за мету її зниження, 55 – підвищення, а 19 – підтримання поточного рівня; 54 уряди не мали сформульованої політики в цій сфері [16]. При цьому розвинуті країни частіше переходили до пронаталістських курсів, адже тривалий час залишаються у зонах нижче рівня простого відтворення ($TFR < 2,1$), а окремі – на рівні $< 1,5$ народження на жінку [15].

Інструментарій урядових втручань варіює від «м'яких» сімейних політик до адресної підтримки репродуктивної автономії. Поширеними є податкові пільги, «дитячі» виплати, оплачувані відпустки з догляду, житлові програми. У межах специфічних пронаталістських пакетів дедалі частіше з'являються й заходи зі зниження вартості доступу до лікування безпліддя, включно із субсидуванням ДРТ, поряд із гарантіями зайнятості для батьків і розширенням спектра програм репродуктивної допомоги [17]. Варіативність правового статусу процедур в різних державах, правил доступу та відшкодування витрат, а також визнання правового статусу дитини, народженої за допомогою ДРТ, формує нерівномірні можливості реалізації репродуктивних прав і, відповідно, – різні демографічні траєкторії.

Для України, де правове регулювання ДРТ розвивалося фрагментарно й нерідко реактивно, актуальною є доктринальна й законодавча кодифікація засад адміністративно-правового регулювання у сфері репродуктивних технологій. Тривалий час ця сфера регулювалася переважно підзаконними нормативними актами. Ключовим документом, який визначив порядок застосування ДРТ, був Наказ Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України № 787 від 9 вересня 2013 року. Незважаючи на свою обмеженість, оскільки він є підзаконним актом, а не повноцінним законом, цей наказ був важливим кроком уперед у розвитку медичного законодавства країни. Він встановлював детальні алгоритми для застосування різних програм ДРТ, а також визначав перелік необхідних

медичних та юридичних документів, які мають надати учасники програм. Таким чином, державне управління в цій галузі залишається фрагментованим і покладалося на обмежений регуляторний інструментарій, що створювало значні юридичні ризики та прогалини, особливо у складних питаннях сурогатного материнства та кріоконсервації.

Стратегія розвитку інституційної інфраструктури передбачає, що вона має узгоджуватися з принципами доказової медицини, прав людини й публічного інтересу, а також із цілями демографічної та соціальної політики. Наукові та експертні оцінки вказують, що непослідовність регулювання гальмує ефективність національної системи охорони здоров'я та породжує обґрунтовані суспільні дискусії – від етики застосування окремих технологій до гарантій рівного доступу та справедливого фінансування.

Нарешті, мотиви урядів також віддзеркалюють макросоціальні виклики: прихильники політики зниження народжуваності апелювали до потреби стримувати надто швидке зростання населення, тоді як прихильники підвищення – до ризиків депопуляції й старіння, а також до вимірів міжпоколінної сталості. При цьому не всі розвинуті країни з помірно низькою народжуваністю (TFR 1,5–2,1) офіційно декларували цілі впливу на фертильність, що ще раз підтверджує: результативність політики визначається не лише наявністю задекларованої мети, а й інституційною якістю її реалізації, узгодженістю з ринком праці, гендерною рівністю та доступністю послуг репродуктивного здоров'я.

В Україні частка безплідних шлюбів серед подружніх пар репродуктивного віку перевищує 15%, а в окремих регіонах наближається до 20% – порогу, який у демографічних дослідженнях кваліфікується як критичний з огляду на вплив на відтворення населення [18, с. 114]. Дані наукової літератури засвідчують, що етіологічні чинники безпліддя розподіляються між жіночими та чоловічими причинами приблизно рівною мірою, причому у значної частки пар фіксується їх

поєднання [19]. Постійна присутність високих показників і тривалості безпліддя можуть бути пояснені хронічними стресовими факторами та впливом війни.

Окреслені та інші бар'єри формують комплекс управлінських викликів у сфері репродуктивного здоров'я. Показовою є невирішеність питання ранньої діагностики: дівчатам 10–12 років (переважно у сільській місцевості) фактично не встановлюють діагноз безпліддя, що зумовлено браком відповідної інфраструктури для скринінгових і лабораторно-інструментальних досліджень. Така прогалина відтерміновує доступ до кваліфікованої допомоги на ранніх етапах, унаслідок чого подальші лікувальні втручання ускладнюються, істотно дорожчають або стають малоефективними.

Крім того, у клінічній практиці зберігається тенденція до механічного застосування стандартизованих протоколів діагностики й терапії без належної персоналізації. Дефіцит індивідуалізованих підходів пролонгує первинну діагностику, зменшує «вікно можливостей» і знижує ймовірність досягнення репродуктивного результату. Вихідною засадою збереження, а за потреби – відновлення репродуктивного потенціалу має бути своєчасне виявлення причинних факторів порушень та поетапне проведення обґрунтованих інтервенцій відповідно до клінічних показань.

Більшість профільних експертів виокремлюють такі ключові ризики для репродуктивного здоров'я (Рис. 1).

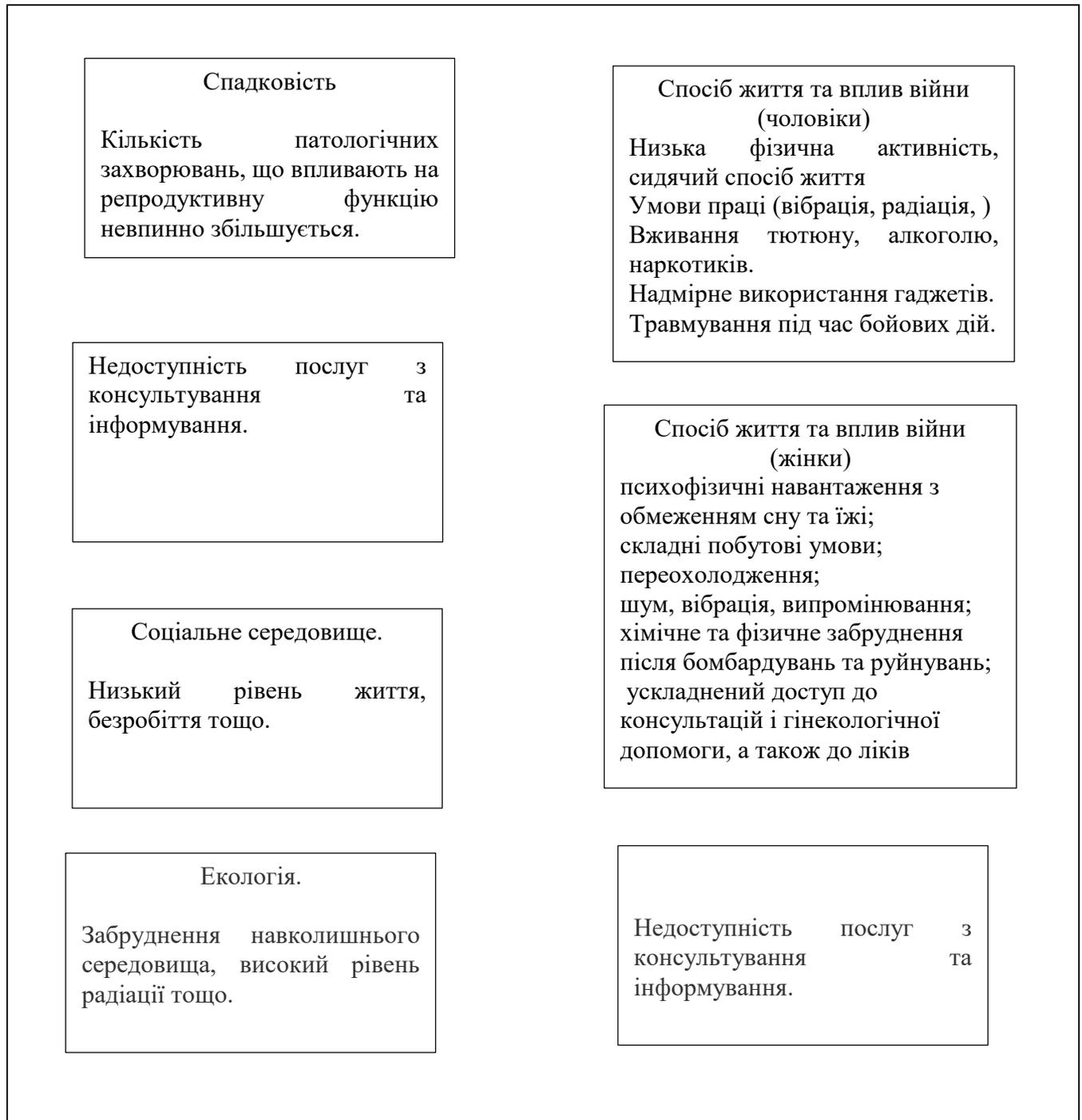


Рис. 1.1. Ризики для репродуктивного здоров'я (створені на основі [20, 21, 22])

На підставі оцінок українських і міжнародних фахівців можна констатувати коло основних проблем репродуктивного здоров'я населення, що існували до початку повномасштабного вторгнення в Україну.



Рис. 1.2. Найпоширеніші проблеми репродуктивного здоров'я населення України до початку повномасштабного вторгнення (створено на основі [20; 23; 24])

Варто наголосити, що у визначенні ВООЗ репродуктивне здоров'я трактується як стан фізичного, психічного та соціального благополуччя, який відображає здатність особи до зачаття й народження дитини; реалізації безпечних сексуальних стосунків без ризику інфікування ЗПСШ; перебігу безпечної вагітності та пологів, виживання і збереження здоров'я дитини; забезпечення материнського благополуччя; а також можливості планування наступних вагітностей, включно із запобіганням небажаних вагітностей [25]. Якщо відповідальність за фізичний компонент благополуччя поділяють індивід і система громадського здоров'я, то психічний та соціальний виміри вимагають регуляторної підтримки і цілеспрямованих публічних політик. Останні мають міжсекторальний характер, охоплюючи соціальні, економічні, освітні та

інформаційні інструменти, а відтак управління у сфері репродуктивного здоров'я не може редукуватися виключно до медичної галузі.

У парадигмі сучасного публічного управління, яку поділяють управлінці, експерти та провідні дослідники систем охорони здоров'я загалом і репродуктивного здоров'я зокрема, цінність здоров'я людини й населення посідає центральне місце у системі пріоритетів будь-якої цивілізованої держави. Вимір ефектів здоров'я важко переоцінити як на рівні індивідуального розвитку, так і в контексті соціально-економічної динаміки спільнот. Саме тому стан репродуктивного здоров'я виступає детермінантою відтворення трудового потенціалу, збереження життя і здоров'я нинішніх та майбутніх поколінь і, відповідно, має бути інтегрований до стратегічних пріоритетів розвитку.

Нормативно-правове регулювання служби планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні спирається на міжнародно-правові засади, оскільки право на здоров'я, включаючи репродуктивне, є невід'ємною складовою прав людини. Попри національні особливості правового забезпечення у різних державах, зазначена проблематика не має суто локального характеру. У цьому контексті на глобальному рівні сформовано програми дій для урядів, неурядових і громадських інституцій, спрямовані на зміцнення здоров'я населення загалом і репродуктивного благополуччя зокрема, що створює рамкові орієнтири для національної політики та інституційної практики.

Принципи управління в системі охорони здоров'я загалом і репродуктивного здоров'я зокрема є властивими для управління в інших галузях функціонування держави, але через суб'єкт та об'єкт впливу мають свої унікальні риси. Прийняття ефективних управлінських рішень на рівні всієї системи охорони здоров'я в цілому чи за галузевою ознакою та ефективне керування закладом охорони здоров'я в умовах конкуренції має базуватись на достовірних аналітичних, економічних, статистичних, бухгалтерських відомостях, отримання та коректна обробка яких стає можливою лише за умови якісного використання

медичних інформаційних систем. Також слід приділити увагу виявленню та локалізації основних викликів, що безпосередньо пов'язані з управлінською діяльністю, зокрема :

1. Непряме та фрагментарне регулювання. Як показав аналіз, ДРТ не мають окремого закону, а їх регулювання розподілено між законами про охорону здоров'я, сімейне право, захист прав споживачів тощо. Це створює правові пробіли, неоднозначність та труднощі при управлінському контролі.

2. Проблеми ефективності та доступності. Незважаючи на реформи, контроль держави за програмами збереження репродуктивного здоров'я залишається малоефективним. Фінансування є нестабільним, а доступність ДРТ сильно залежить від платних послуг, що створює соціальну нерівність.

3. Технологічні та етичні ризики: Впровадження електронної системи охорони здоров'я, хоча й має великий потенціал, супроводжується ризиками кібербезпеки, порушень конфіденційності та деперсоналізації медичної допомоги.

4. Низький рівень поінформованості: Соціологічні дослідження показують, що населення не має достатньої інформації про свої репродуктивні права та доступні технології. Це зменшує ефективність самовизначення пацієнта, яке є ключовим принципом сучасного управління.

5. Наявність мораторію: Вказано, що діє мораторій на затвердження нових національних програм, що ставить під питання можливість стратегічного планування в галузі.

Вищезазначені чинники та протидія викликам провокують та спрямовують зрушення у парадигмі системи управління охороною здоров'я як загалом, так і в галузевому управлінні, зокрема щодо охорони репродуктивного здоров'я. Національні експерти до таких принципових змін в управлінні відносять такі :

- запровадження принципів підприємницької діяльності в галузі охорони здоров'я не тільки для закладів приватного сектору охорони здоров'я, але й для бюджетного сектору;
- формування необхідності бізнес-планування як інструмента планування підприємницької діяльності закладів охорони здоров'я;
- впровадження новітніх механізмів та інструментів фінансового менеджменту для управління активами закладів охорони здоров'я;
- впровадження інструментів стратегічного менеджменту для здійснення середньо- та довгострокового управління закладами охорони здоров'я;
- зміну парадигм управління кадрами закладів охорони здоров'я, що сприяє впровадженню сучасних методів управління кадрами [26].

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СТАНУ ЗАСТОСУВАННЯ ТА ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМИ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ

2.1. Комплексний аналіз механізмів публічного управління у сфері застосування програм допоміжних репродуктивних технологій в Україні

Публічне управління у сфері ДРТ в Україні характеризується складною, фрагментарною та непостійною правовою базою. Основним документом, який багаторазово оновлювався і фактично є ключовим для практичної реалізації ДРТ, є наказ Міністерства охорони здоров'я України № 787 «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні» [27]. Цей наказ набув чинності 9 вересня 2013 року і був предметом численних поправок, найостаннішою з яких стала редакція від 29 січня 2025 року. Проте його тривала дія (близько 12 років на момент початку розгляду нового законопроекту) породжує критичні зауваження експертів щодо його актуальності та відповідності сучасним медичним досягненням. Ключові нормативні акти, які формують правове поле ДРТ, включають Сімейний кодекс України, Цивільний кодекс, Закон «Основи законодавства України про охорону здоров'я», а також міжнародні договори, зокрема Конвенцію про права людини та біомедицину.

Організаційна структура управління визначається повноваженнями Кабінету Міністрів України та центрального органу виконавчої влади у сфері охорони здоров'я – Міністерства охорони здоров'я (МОЗ – далі). Кабінет Міністрів має право затверджувати державні програми, порядки застосування технологій та контролювати їх виконання. МОЗ, у свою чергу, є головним уповноваженим органом, який видає нормативні акти, визначає стандарти якості

медичної допомоги, здійснює ліцензування медичних закладів, провадить контроль та забезпечує підвищення кваліфікації спеціалістів. У рамках МОЗ відповідальними структурними підрозділами є Департамент медичних послуг, який координує оприлюднення наказів, та Державний експертний центр (ДЕЦ), який проводить експертизу лікарських засобів [28]. Відповідальність за виконання наказу № 787 призначено заступникові Міністра охорони здоров'я – головному державному санітарному лікарю.

Приватні клініки, які надають послуги ДРТ, мають бути обов'язково зареєстрованими та мати необхідні ліцензії на медичну практику. Для проведення специфічних процедур, таких як донорство та сурогатне материнство, вони повинні мати окрему акредитацію. Контроль за дотриманням ліцензійних умов та стандартів якості покладено на МОЗ та його структурні підрозділи обласних адміністрацій.

Наразі в Україні діє 50 закладів охорони здоров'я, які застосовують ДРТ, з них 5 – державних або комунальних. Велику роль у галузі відіграє Українська асоціація репродуктивної медицини (УАРМ – далі), яка об'єднує 42 приватні клініки (84% від загальної кількості) та активно взаємодіє з МОЗ та парламентом над проектами законів, спрямованими на врегулювання сфери ДРТ [29]. Аналіз показує, що система управління базується на принципах децентралізованого контролю через ліцензування та акредитацію, де МОЗ виступає в ролі стратегічного планувальника та гарантії якості, а приватний сектор виконує безпосереднє надання медичних послуг (таблиця 2.1).

Механізми фінансування та доступності допоміжних репродуктивних технологій в Україні демонструють гострий конфлікт між двома моделями: масовим, державно-гарантійним підходом, який намагається забезпечити базовий доступ до обмеженого переліку процедур для всіх громадян, та приватним сектором, який надає широкий спектр, часто доволі дорогих, послуг. Ключовою точкою цього протистояння є Програма медичних гарантій (ПМГ)

Національної служби здоров'я України (НСЗУ). З 2024 року ПМГ забезпечує безоплатне лікування безпліддя методом екстракорпорального запліднення (ЕКЗ). На 2025 рік на цю програму виділено понад 380 млн гривень з державного бюджету. Ці кошти направляються до 46 медичних закладів у 13 областях та Києві, де вже розпочали лікування понад 5 тисяч українок, а завдяки програмі народилося 197 дітей [30].

Таблиця 2.1

Розподіл повноважень у сфері ДРТ

Орган/Структура	Повноваження у сфері ДРТ
Кабінет Міністрів України	Затвердження державних програм, порядків застосування ДРТ, контролювання виконання
Міністерство охорони здоров'я (МОЗ)	Розробка та внесення змін до наказу № 787, ліцензування, контроль, підвищення кваліфікації фахівців, експертиза ліків
Департамент медичних послуг МОЗ	Координація реєстрації та оприлюднення нормативних актів
Державний експертний центр (ДЕЦ) МОЗ	Експертиза лікарських засобів для використання в ДРТ
Обласні ради / адміністрації	Контроль за дотриманням ліцензійних умов приватними клініками на території області
Українська асоціація репродуктивної медицини (УАРМ)	Представництво професійного співтовариства, розробка експертних рекомендацій, співпраця з урядом

Доступ до цих безоплатних послуг строго регульований. Пацієнтам потрібно отримати направлення від лікаря-гінеколога, мати діагноз «жіноче безпліддя» та/або «чоловіче безпліддя», а також вік жінки не вище 40 років. Важливим обмеженням є те, що обстеження перед самим ЕКЗ не входять до обов'язкового пакету медичної допомоги, якщо вони не є частиною комплексного пакету №9, що фактично створює бар'єр для доступу для пацієнтів,

які не можуть або не хочуть платити за попередній скринінг. Це свідчить про те, що модель ПМГ є скоріше «пилкоподібною», надаючи лише одну частину процесу безкоштовно, але не вирішуючи проблеми повного лікування.

Іншим напрямком державної підтримки є безоплатна кріоконсервація репродуктивних клітин для особливих категорій населення. З початку 2025 року цю послугу можуть отримати військовослужбовці, поліцейські та інші працівники силових структур у 20 медичних закладах, які уклали договори з НСЗУ. За перші півроку послугою скористалися 65 осіб (64 чоловіки, 1 жінка) [30]. Це свідчить про спробу держави забезпечити соціальну захисту для представників оборонних сил, але цей механізм не є загальнодоступним.

На противагу цьому, приватний сектор пропонує широкий спектр послуг, часто виходячи далеко за рамки того, що забезпечує ПМГ. Такі клініки, як Reprolife у Києві, надають безоплатні послуги ЕКЗ для пацієнтів, які відповідають певним критеріям, навіть якщо вони вже мають дітей. Приватні клініки мають більшу свободу у виборі технологій, встановленні власних цін та умов, що робить їх доступними для заможних пацієнтів. Однак ця доступність має свою ціну. Частковою компенсацією за недостатність державного фінансування є легальне комерційне сурогатне материнство, яке стало однією з ключових статей доходу для української репродуктивної медицини, приваблюючи міжнародних пацієнтів завдяки нижчій вартості порівняно з країнами Західної Європи та США [29]. Таким чином, публічне управління формує систему, в якій доступність ДРТ сильно корелює з соціально-економічним становищем громадян: масова базова допомога надається через державну програму, а високотехнологічні та персоналізовані послуги – через приватний сектор, що функціонує на ринкових принципах.

Ефективність публічного управління у сфері ДРТ безпосередньо залежить від системи ліцензування, контролю та стандартизації, яка забезпечує якість та безпеку медичних послуг. Сучасна система базується на чинному наказі МОЗ №

787, який встановлює детальні вимоги до медичних закладів, які збираються застосовувати ДРТ [27]. Для надання послуг необхідно мати відповідну ліцензію на медичну практику, а для проведення специфічних процедур, таких як донорство сперми або ембріонів, а також сурогатне материнство, – додаткову акредитацію [27]. Перелік необхідного обладнання, яке мають мати заклади, детально описаний у додатку 1 до наказу № 787 і включає гінекологічне крісло, ультразвуковий апарат, CO₂-інкубатори, мікроманіпулятори, центрифугу тощо.

Процедура ліцензування є необхідним кроком для включення закладу до офіційного списку дозволених до діяльності. Контроль за дотриманням ліцензійних умов та виконанням нормативних актів покладено на Міністерство охорони здоров'я та його структурні підрозділи, а також структурні обласних рад та адміністрацій. Заплановані перевірки МОЗ на 2025 рік також свідчать про активний характер контролю. Крім того, важливу роль у стандартизації якості відіграє Державний експертний центр (ДЕЦ) МОЗ, який проводить експертизу лікарських засобів, що використовуються в програмах ДРТ. Накази МОЗ від 03 жовтня 2025 року та 8 травня 2025 року, які стосуються державної реєстрації лікарських засобів, підкреслюють наявність механізму контролю за медикаментозним супроводом [28; 31]. Цей механізм включає оновлення референтних препаратів, перерахунок даних щодо показань, протипоказань та побічних реакцій, а також введення планів управління ризиками, що забезпечує постійний моніторинг безпеки препаратів.

Однак, наявність формальної системи ліцензування та контролю не завжди гарантує її ефективність на практиці. Критика, яку отримує чинний наказ № 787, вказує на його відсталість від сучасних реалій. Більш того, існують системні проблеми, які ослаблюють контроль. Однією з найбільших слабких сторін є відсутність обов'язкового нотаріального посвідчення договору про сурогатне материнство у чинному законодавстві. Це створює серйозні правові ризики для всіх сторін, оскільки договір є ключовим документом, який регулює їхні права та

обов'язки. Без нотаріального підтвердження його юридична сила та довіра до нього зменшуються, що може призвести до конфліктів, особливо у випадках, коли сурогатна мати відмовляється від своїх зобов'язань після народження дитини. Інша проблема полягає в тому, що в законодавстві відсутні чіткі положення щодо статусу сурогатної матері в пологовому будинку, що створює ситуації, коли медперсонал не має підстав для особливого ставлення до неї в порівнянні з новонародженою дитиною. Ці пробіли в системі контролю та стандартизації свідчать про те, що публічне управління все ще має пройти значний шлях для удосконалення механізмів публічного управління, щоб забезпечити справжню безпеку пацієнтів та правову стабільність у цій складній сфері.

Сурогатне материнство (СМ – далі) в Україні є одним з найбільш комерціалізованих та регульованих аспектів сфери ДРТ. Його правове поле є результатом еволюції законодавства, яка почалася з прийняття Сімейного кодексу України в 2004 році, який вперше легалізував цю практику. Однак, формальна легальність не завжди супроводжувалася детальними регуляторними актами, що призвело до створення «правового простору» для приватних домовленостей та комерціалізації. Основним документом, який детально регулює СМ, є Наказ МОЗ № 787 від 09.09.2013 року [27]. Цей наказ встановлює ряд строгих вимог: програма доступна лише для офіційно зареєстрованого подружжя; має бути наявність медичних показань для пари (наприклад, відсутність матки, важкі соматичні захворювання, які загрожують вагітністю); сурогатна мати не повинна мати генетичного зв'язку з дитиною; вона повинна бути громадянкою України, мати власну здорову дитину, бути психічно здоровою, не мати шкідливих звичок та мати позитивний резус-фактор крові.

Важливим елементом є вимога про укладення договору про сурогатне материнство, який має бути у письмовій формі та містити умови щодо компенсації, медичного обслуговування, проживання тощо. Проте, як

відзначається в джерелах, ця вимога не є обов'язковим для нотаріального посвідчення, що є системним недоліком. Це означає, що сторони можуть обирати для себе менш формальну, але більш ризикову форму договору. Характерною особливістю є те, що в чинному законодавстві не обмежується розмір винагороди сурогатній матері, що створює умови для комерціалізації вагітності.

Практика СМ в Україні має велику популярність, особливо серед іноземних пацієнтів, через ліберальність законодавства та нижчу вартість порівняно з багатьма країнами Європи. Про це свідчать дані УАРМ, які зафіксували 383 цикли СМ у 2016 році [29]. Однак ця популярність створює серйозні етичні та правові дилеми. Експерти вказують на можливу експлуатацію сурогатних матерів через економічну нерівність, стигматизацію та комерціалізацію процесу. Крім того, виникають міжнародні правові конфлікти щодо визнання батьківства та громадянства дитини в країнах проживання замовників.

На фоні цих викликів та критики з боку експертного співтовариства, зокрема Української асоціації репродуктивної медицини (УАРМ), яка виступає проти повної заборони для іноземців через негативний вплив на медичний туризм, Верховна Рада розглядає два суперечливих законопроекти, які призводять до кардинальних змін у регулюванні. Законопроект Кабінету Міністрів (№13683) пропонує ввести поняття «замінного материнства», обов'язкове нотаріальне посвідчення договору, заборонити СМ для іноземців та подружжя, де один з партнерів є громадянином країни, де СМ заборонено. Законопроект нардепа Дануці О.А. (№13683-1), наперекор позиції УАРМ, пропонує повернутися до комерційної моделі, встановити ліцензійний збір у розмірі 1000 неоподатковуваних мінімумів, не передбачаючи нотаріального посвідчення, а також дозволити СМ для самотніх жінок [33]. Ці два проекту представляють два різні підходи: перший – більш консервативний та обмежувальний, другий – більш ліберальний, але з підвищеними ризиками. Обидва, однак, спільно вказують на те, що чинний наказ № 787 більше не

відповідає потребам суспільства та вимагає комплексної реформи. У цьому контексті аналізується також етичний аспект (таблиця 2.2). Європейське товариство репродуктивної медицини (ESHRE) закликає до некомерційного СМ, обмеження кількістю ембріонів при імплантації та обов'язкової реєстрації даних [33]. Чинне українське законодавство частково суперечить цим рекомендаціям, що вказує на необхідність його адаптації до міжнародних стандартів.

Правове регулювання донорства та кріоконсервації в Україні є важливим елементом системи ДРТ, оскільки ці технології дають шанс на створення родини багатьом парам, які не могли б цього зробити інакше. Система донорства в Україні базується на принципі анонімності, який є ключовим для захисту як донора, так і реципієнта [27]. Однак, законодавство дозволяє винятки: донорство може бути неанонімним за спільною заявою донора та пацієнта, а також за умови, що донором є кровний родич. Це створює гнучку модель, яка враховує особисті та емоційні потреби сторін. Встановлені вікові межі для донорів є науково обґрунтованими: донорами ооцитів можуть бути жінки віком від 18 до 36 років, які народили хоча б одну здорову дитину. Донорами сперми – чоловіки віком від 20 до 40 років з аналогічними вимогами щодо наявності здорової дитини [27]. Ці вікові обмеження спрямовані на максимізацію якості генетичного матеріалу та мінімізацію ризиків для майбутньої дитини.

Таблиця 2.2

Державне регулювання СМ

Аспект регулювання СМ	Положення чинного законодавства (наказ № 787)	Пропозиції законопроекту КМ (№13683)	Пропозиції законопроекту Дануці О.А. (№13683-1)
Поняття	Сурогатне материнство	Замінне материнство	Сурогатне материнство
Партнерство	Подружжя	Подружжя / Самотня жінка	Подружжя (можливо, самотні чоловіки)

Громадянство	Не обмежується	Заборона іноземців для	Не обмежується
Договір	Обов'язковий письмовий договір	Обов'язкове нотаріальне посвідчення	Ні нотаріального посвідчення
Компенсація	Комерційне, без обмежень	Альтруїстична (компенсація не менше середнього заробітку)	Компенсація за рахунок пацієнтів
Вікова межа	Не встановлена	21–35 років (до 49 років як родичка)	Вік встановлюється лікарем
Права батьків	Запис у свідоцтві про народження	Запис у свідоцтві про народження	Запис у свідоцтві про народження

Фінансова компенсація донорам є важливим аспектом, який регулюється різними документами. З одного боку, законодавство дозволяє фінансову компенсацію донорам. З іншого боку, в наказі МОЗ № 787 прямо зазначено, що компенсація донорам не може здійснюватися за рахунок державного чи місцевого бюджету [27]. Це означає, що компенсація повинна бути покрита коштом самого пацієнта. Така двоїстість створює певну плутанину, але в цілому дозволяє створити систему, де донорство не є повністю безкоштовним, що може бути мотивацією для людей допомагати іншим. Грошова компенсація надається як пацієнтам (донори репродуктивних клітин), так і закладам охорони здоров'я (при донорстві ембріонів, які не отримали замороження).

Кріоконсервація (замороження) репродуктивних клітин та ембріонів є ключовою технологією, яка дозволяє не лише зберігати репродуктивний потенціал, а й оптимізувати процеси лікування безпліддя. Законодавство дозволяє пацієнтам зберігати власні репродуктивні клітини та ембріони за плату [27]. Термін зберігання не є нескінченним. Якщо пацієнт не продовжує оплату, його права на ембріони втрачаються. У разі смерті пацієнта або визнання його недієздатним без письмового розпорядження, використання заморожених

ембріонів забороняється. Якщо пацієнт не залишив розпорядження, а донорами були анонімні донори, матеріал утилізується за закінченням терміну зберігання або після смерті донора. Ці правила забезпечують баланс між правом пацієнта на використання своїх клітин та необхідністю вирішення складних етичних питань, пов'язаних з долею ембріонів.

Особливим випадком є кріоконсервація для військовослужбовців, поліцейських та працівників силових структур. З листопада 2023 року ці категорії громадян отримали право на безоплатну кріоконсервацію репродуктивних клітин. На початку 2025 року цією послугою скористалися 65 осіб, що підкреснює державну політику у сфері соціального захисту певних категорій громадян. Власністю на заморожений матеріал, як правило, залишаються пацієнти, які його надали, що відповідає загальним принципам автономії та самоствердження. Законодавство також дозволяє проводити преімплантаційну генетичну діагностику (ПГД) для виявлення спадкових захворювань, що дозволяє пацієнтам вибирати здорові ембріони для перенесення. Однак, коли репродуктивний матеріал стає анонімним донорським, його власником стає заклад охорони здоров'я, який зобов'язаний зберігати його за власний рахунок. Це створює систему, де особисті права зустрічаються з колективними обов'язками державного або приватного медичного закладу щодо забезпечення донорського матеріалу. Усі процедури повинні проводитися з письмової заяви пацієнтів, що підкреслює важливість вибору та згоди особи. Таким чином, правова система ДРТ в Україні намагається створити баланс між індивідуальними правами пацієнтів, соціальною політикою держави щодо захисту певних груп населення та етичними нормами щодо використання донорського матеріалу та ембріонів.

Сфера допоміжних репродуктивних технологій в Україні перебуває в стані глибокої трансформації, що викликає численні дискусії та створює простір для подальшого реформування законодавства. Одним з найбільш обговорюваних

питань є вікова межа для застосування ДРТ. Чинний наказ МОЗ № 787 не встановлює жодних вікових обмежень, що дозволяло пацієнтам різного віку звертатися за допомогою. Однак, два законопроекти, подані до парламенту, пропонують кардинальні зміни. Законопроект №13683-1, схвалений урядом, встановлює вікову межу 49 років, але дозволяє винятки для старших осіб за рішенням консиліуму. Законопроект №13683, поданий народним депутатом, передбачає аналогічну вікову межу, але також вводить заборону для осіб, позбавлених батьківських прав, з непогашеною судимістю, недієздатних або обмежено дієздатних. Ці пропозиції викликали сильну критику з боку експертного співтовариства, яке вказує на порушення прав людей з інвалідністю та нечіткість формулювань, оскільки не визначено, хто саме є «особою з інвалідністю».

Іншим гострим питанням є термінологія та саме поняття «замінне материнство». Законопроект Кабміну (№13683) вводить цей термін, намагаючись відмовитися від «сурогатного», яке має негативний конотатив. Однак саме введення цього нового терміну може створити правову невизначеність та потребує детального визначення у законі. Це відображає бажання уряду адаптувати законодавство до сучасних соціальних реалій, але одночасно створює ризики для правових очікувань пацієнтів.

Етичні питання, пов'язані з правами ембріона, також залишаються дискусійними. В Україні ембріон визначається як «біологічний матеріал пацієнта» до перенесення в матку, а не як окремий суб'єкт права. Це орієнтується на натусіальну концепцію, за якою права починаються з народження [34, 35]. Проте сам факт перенесення ембріонів у матку створює складну ситуацію. Законопроекти пропонують різні механізми. Законопроект №13683-1 дозволяє використовувати ембріони після смерті або визнання недієздатними обох партнерів лише за письмовою згодою. Законопроект №13683 забороняє використання ембріонів у разі смерті одного з партнерів без нотаріального

розпорядження. Ці різні підходи свідчать про відсутність єдиного етичного погляду на статус ембріона, який є актуальним питанням для всієї глобальної біоетичної.

Не менш важливим є питання контролю над переміщенням біоматеріалу. Законопроект №1368 передбачає заборону на його переміщення на тимчасово окуповані території. Це є прямою реакцією на поточну геополітичну ситуацію та свідчить про те, що публічне управління ДРТ пов'язане не лише з медичними, а й з національними безпековими інтересами.

Наразі надана правова база, зокрема наказ МОЗ № 787, який має 12-річну давність, вже не задовольняє потреб галузі. Він не відповідає сучасним етичним вимогам, таким як рекомендації ESHRE щодо обмеження кількості ембріонів при перенесенні. Він не вирішує проблему нотаріального посвідчення договорів, що є ключовим фактором захисту прав сурогатних матерів. Він не враховує нові технології та практики, як-от кріоконсервація для військових. Таким чином, належить висновок, що сучасна система публічного управління ДРТ в Україні перебуває на перехідному етапі. Новий законопроект, який буде прийнятий, не просто оновить наказ МОЗ, а повністю перебудує всю систему. Він має вирішити фундаментальні питання: чи буде модель більш обмежувальною, як пропонує законопроект №13683, з метою захисту найбільш маргіналізованих груп? Чи буде модель більш гнучкою та привабливою для міжнародного ринку, як у законопроекті №13683-1, з ризиком експлуатації? Або, як пропонує УАРМ, буде модель, яка знаходить компроміс, забезпечуючи максимальний захист, але не блокуючи доступ? Результат цієї боротьби ідей визначить образ української системи ДРТ на багато років уперед. Важливим кроком у цьому процесі є зміна форми статистичної звітності № 41-здоров, яка тепер називається «звітністю» та має бути оприлюднена, що має покращити прозорість діяльності медзакладів. Це ознаменує початок нової ери, у якій публічне управління буде орієнтоване на

докази, прозорість та більш чітке визначення прав та обов'язків усіх учасників процесу.

2.2. Еволюція регулювання репродуктивного здоров'я : зарубіжні моделі публічного управління у сфері застосування ДРТ

Формування сучасних підходів до регулювання репродуктивного здоров'я є результатом довготривалого історичного процесу, який набрав особливої інтенсивності у другій половині ХХ століття. У військовому періоді глобальна політика у сфері охорони здоров'я була спрямована переважно на контроль зростання населення, що відображало демографічні тривоги тих часів [36]. Однак з розвитком біомедичної науки, індустріалізацією та зміною соціокультурних норм акцент змістився від контролю над народжуваністю до забезпечення репродуктивних прав та здоров'я окремої особи [37]. Цей перехід став особливо помітним та пришвидшився, завдяки таким факторами, як поширення ВІЛ/СНІДу, зростання рівня безпліддя, а також стрімкий науково-технічний прогрес у галузі репродуктивної медицини. Кульмінаційним моментом цього процесу стало ухвалення Каїрської програми на Міжнародній конференції з народонаселення та розвитку 1994 року, яка визначила репродуктивне здоров'я як стан фізичного, психічного та соціального благополуччя у всіх питаннях, пов'язаних із репродуктивною системою [38]. Цей документ став основоположним для формування національної політики в багатьох країнах світу.

Безпосередньо питання регулювання допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) вийшли на політичну арену в кінці 1970-х – на початку 1980-х років, після народження першої дитини за допомогою екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) у 1978 році [39]. Ця подія викликала глобальну етичну, правову та соціальну дискусію, яка продовжується донині. Відповідь на цей

виклик були різними в різних країнах, що призвело до формування різноманітних моделей регулювання, від мінімального втручання до жорсткого державного контролю. Цей досвід є виключно цінним для України, який перебуває на етапі формування власної системи управління цією стратегічно важливою сферою, й методи та механізми публічного управління мають відігравати в ній важливу роль.

Регулювання преімплантаційного генетичного тестування (PGT) та секс-селекції відображає суспільне сприйняття меж втручання у процес створення життя. Загальновизнаним міжнародним стандартом є заборона секс-селекції ембріонів за PGT-A, за винятком випадків скринінгу на статтєво-зчеплені захворювання. У Франції PGT дозволено лише для діагностики тяжких генетичних захворювань. Ще однією сферою, де регулювання відстає від технологій (зокрема, швидкого заморожування вітрифікацією), є кріоконсервування яйцеклітин. Хоча медичне заморожування гамет (наприклад, перед лікуванням раку) дозволено в усіх країнах, регулювання соціального, або немедичного, заморожування є предметом суперечок. Публічна влада Австрії, Франції, Норвегії, Угорщини та Литви забороняє соціальне заморожування яйцеклітин. Ця заборона відображає позицію, що відкладене батьківство через соціальні причини може розглядатися як неетичний вибір або надмірне медичне втручання. Загальна регуляторна пауза у сфері кріоконсервування свідчить про те, що законодавство часто реагує на вже існуючі медичні можливості, а не випереджає їх, що призводить до існування «сірих зон» у праві [40]. Розглянемо декілька, на нашу думку, показових прикладів та системних підходів. Австралія, яскравий приклад моделі багаторівневого регулювання зі змішаним фінансуванням. Австралія є однією з країн-піонерів у сфері законодавчого регулювання ДРТ. У 1984 році штат Вікторія став першою юрисдикцією у світі, яка прийняла комплексне законодавство, що регулює використання ДРТ [41]. Цей досвід заклав основу для розвитку унікальної австралійської моделі, яка

поєднує національні стандарти із застосуванням окремих норм прийнятих відповідно до законодавства штатів. Наразі приблизно 4% дітей у країні народжуються за допомогою ДРТ, що свідчить про високий рівень інтеграції цих технологій у систему охорони здоров'я [42].

Ключовим елементом австралійської системи є Національний закон про допоміжні репродуктивні технології 2004 року та супутні Національні принципи та керівні положення, які встановлюють загальні етичні та медичні стандарти для всієї країни [43]. Однак паралельно з цим у шести з восьми штатів і територій діє власне спеціальне законодавство щодо ДРТ, що дозволяє уникнути регіональних особливостей [44]. Такий підхід створює гнучку, але в той же час узгоджену систему регулювання. Центральну роль у забезпеченні якості та безпеки послуг виконує Комітет з акредитації репродуктивних технологій (RTAC), який завершує обов'язкову акредитацію всіх клінік ДРТ [45]. RTAC не тільки встановлює стандарти, але й проводить регулярні інспекції, що забезпечують високий рівень дотримання вимог. Ця модель демонструє, як можна поєднати професійну експертизу з державним наглядом. Однак, незважаючи на розвинуту систему регулювання, Австралія стикається зі складними викликами, пов'язаними з глобалізацією ДРТ. Багато австралійських пар виїжджають за кордон для отримання комерційного сурогатного материнства, яке заборонено в країні, де дозволено лише альтруїстичне сурогатне материнство [46]. Це створює правові та етичні проблеми, зокрема щодо громадянства дітей та прав усіх учасників процесу. Крім того, зростання середнього віку страждає, які звертаються за послугами ДРТ, та вплив факторів способу життя (наприклад, ожиріння) на фертильність залишають нові питання щодо критеріїв доступу до цих технологій [47]. Ці виклики підкреслюють, що найбільш розвинені системи регулювання потребують постійного оновлення та адаптації до змін у суспільстві та науці.

Перейдемо до досвіду Сполучених Штатів Америки з моделю «успадкованого регулювання» та ролі саморегуляції. На противагу централізованим моделям Великобританії або змішаним моделям Австралії Сполучені Штати представляють собою унікальний приклад того, як можна регулювати складну біосферу без єдиного медичного національного регуляторного органу. Цю модель часто помилково називають «нерегульованою», тоді як насправді вона базується на принципі «успадкованого регулювання» (inherited regulation), коли нова технологія регулюється шляхом застосування вже існуючих законів та норм, розроблених для інших цілей [48].

На федеральному рівні регулювання ДРТ в США відбувається через декілька ключових законодавчих актів. Поправки щодо вдосконалення клінічної лабораторії 1988 року (CLIA 88) встановлюють стандарти для лабораторій, які працюють з біоматеріалами, включаючи ембріологічні лабораторії [49]. Управління з контролю за якістю харчових продуктів і медикаментів (FDA) регулює використання лікарських засобів і біологічних продуктів у ДРТ [50]. Акт про успішність і сертифікацію клінік фертильності 1992 року (FCSRCA) зобов'язує всі клініки ДРТ щорічно звітувати про свої показники успішності Центрам контролю та профілактики захворювань (CDC) [51]. Ці дані публікуються щорічно і є кількома інструментами для інформаційного вибору. Для забезпечення точності звітності Товариство допоміжних репродуктивних технологій (SART), яке представляє перший клінік країни, проводить валідаційні перевірки на місці, іноді за участю спостерігачів CDC [52]. На державному рівні регулювання забезпечення через ліцензування медичних практик, будівельні норми та інші загальні правила, які стосуються роботи медичних закладів [53]. Крім того, існує потужний шар немедичного регулювання: Федеральна торгова комісія (FTC) контролює правдивість рекламних тверджень клінік, а Закон про безпеку та небезпеку на виробництві (OSHA) регулює умови праці персоналу [54].

Однак ключову роль у системі США займає саме саморегуляція через професійні організації. SART та Американська колегія акушерів та гінекологів (ACOG) розробили детальні етичні положення та стандарти практики, які, хоча і не мають юридичної сили, є обов'язковими для членів цих організацій [55]. Більшість клінік ДРТ в США є членами SART, що створює ефективний механізм самоконтролю. Ця модель демонструє, що за наявності сильної професійної спільноти та ефективних механізмів звітності можна досягти високого рівня якості та безпеки навіть без централізованого регулятора. Тим не менше, ця система має свої недоліки. Відсутність єдиного законодавства щодо значних розбіжностей між штатами: лише 19 штатів передбачають обов'язкове страхування ЕКЗ, що створює нерівність у доступі до послуг [56]. Крім того, рішення Верховного суду у справі *Dobbs v. Jackson Women's Health Organization* (2022) поставило під загрозу доступ до ДРТ, після чого в деяких штатах ембріони тепер можуть розглядатися як юридичні особи [57]. Це підкреслює вразливість моделі, яка надто сильно залежить від загального правового середовища, а не від спеціалізованого регулювання.

Європейський досвід характеризується значним різноманіттям від ліберальних до суворих, із значними обмеженнями, моделями. Європейські країни демонструють найбільший спектр підходів до регулювання ДРТ, що показує їх різноманітну історичну, культурну та релігійну спадщину. На одному полюсі знаходиться Іспанія, яке має одне з найліберальніших законодавств у світі. Закон 14/2006 гарантує право на лікування безпліддя будь-якої жінки старше 18 років, незалежно від шлюбного стану чи сексуальної орієнтації, що дозволяє використовувати метод ROPA (реципієнтно-овуляційне партнерське запліднення) для одностатевих пар [58]. На іншому полюсі – країна із сильним католицьким впливом, таким як Польща чи Італія, де законодавство є значно більш обмежувальним [59].

Великобританія займає проміжну позицію, поєднуючи ліберальний доступ зі строгим регулюванням. Закон про людське запліднення та ембріологію 1990 року та Уповноважений орган з питань людського запліднення та ембріології (HFEA) створив модель, яка стала зразком для багатьох країн [60]. HFEA забезпечує ліцензування, інспекції, веде національний реєстр та розробляє Кодекс практики, що забезпечує високий рівень прозорості та підзвітності [61]. HFEA виконує низку важливих функцій, що забезпечують безпечну та етичну практику у «дискретній та спеціалізованій сфері» медицини та наукових досліджень. Основними інструментами HFEA є такі, як :

- адміністрування комплексної схеми ліцензування клінік, що здійснюють лікування безпліддя, та установ, які проводять дослідження людських ембріонів;
- проведення регулярних інспекцій, спрямованих на забезпечення постійної відповідності стандартам якості та безпеки;
- розробка та підтримання Кодексу практики (Code of Practice), який деталізує вимоги до професіоналів галузі;
- ведення реєстру всіх наданих послуг та їх результатів для іменованих пацієнтів, що є критично важливим для моніторингу ефективності та безпеки;
- регулювання ліцензування тестування ембріонів (наприклад, для лікування серйозних спадкових захворювань) та зберігання людських гамет та ембріонів.

Модель HFEA демонструє, як публічна влада може здійснювати гнучке управління. Оскільки сфера ДРТ швидко розвивається, можливість адаптувати Кодекс практики та умови ліцензування є більш ефективною, ніж спроба постійно змінювати жорстке законодавство. Це контрастує з підходами, де біоетичні обмеження вбудовані безпосередньо у статутне право, що робить зміни тривалими та політично складними. Для країн, які прагнуть уніфікувати стандарти та забезпечити постійний контроль, модель експертного централізованого регулятора є еталонною.

Особливу увагу заслуговує досвід Ірландії, який до останнього часу не мав жодного спеціального законодавства щодо ДРТ. Криза, пов'язана з припиненням роботи клініки Rotunda IVF у 2020 році через проблеми з її партнерською клінікою в Україні, стала каталізатором для розробки нового законопроекту «Про допоміжну репродукцію» [62]. Цей випадок яскраво демонструє, як транснаціональний характер сучасної індустрії ДРТ може впливати на національну політику. Закриття програми донорства яйцеклітин, яка була одна з небагатьох в Ірландії, поставило питання державно приватного партнерства в цій галузі [63]. Це призвело до того, що Міністерство охорони здоров'я Ірландії спільно з Генеральною прокуратурою розпочало роботу над комплексним законом, який регулює всі аспекти ДРТ, включаючи донорство, сурогатне материнство та генетичну діагностику [64]. Цей досвід підкреслює важливу роль судової системи та громадського тиску як механізмів регулювання у виділеній чіткій законодавчій базі.

Німецьке законодавство є одним із найсуворіших щодо захисту людських ембріонів. Ця жорсткість значною мірою продиктована історичними факторами, зокрема національним бажанням стати «чемпіоном етики» після неетичних експериментів часів Другої світової війни. Закон Німеччини обмежує створення та використання ембріонів: дозволяється переносити максимум три людські ембріони одночасно. Обмеження кількості яйцеклітин, які можуть бути запліднені, де факто призводить до обмеження кріоконсервації ембріонів. Хоча закон безпосередньо не регулює кріоконсервування, він обмежує його необхідність, оскільки лише лікарі можуть зберігати ембріони [65].

Французьке право також накладає значні обмеження. Преімплантаційне генетичне тестування (PGT) дозволено лише у виняткових випадках, коли лікарі підтверджують, що пара має в сімейному анамнезі невиліковне, важке генетичне захворювання. Секс-селекція ембріонів заборонена [65].

Нідерланди є яскравим прикладом регуляторного втручання, спрямованого на захист права дитини на ідентичність. Після 15 років громадських та політичних дебатів у 2004 році було ухвалено закон, згідно з яким донори більше не можуть претендувати на абсолютну анонімність. Хоча донор залишається анонімним під час донорства, дитина, зачата за допомогою донорських гамет, має право отримати інформацію, що ідентифікує донора, після досягнення 16 років. Це рішення, яке віддає пріоритет бажанню нащадка над інтересами донорів та батьків, мало прямий та вимірюваний негативний вплив на пропозицію гамет. Унаслідок дебатів та впровадження закону кількість донорів зменшилася на понад 70%, а кількість банків сперми в країні скоротилася на 50%. Цей досвід встановлює чіткий причинно-наслідковий зв'язок: пріоритет етичного права на ідентичність вимагає від публічної влади прийняти значне зниження доступності донорського матеріалу. Для країн, які розглядають скасування анонімності, це означає необхідність розробки ефективних державних програм заохочення донорства, щоб компенсувати передбачувану втрату пропозиції та уникнути збільшення репродуктивного туризму до країн з анонімним донорством [66].

Різноманіття підходів у Європі проілюстровано ставленням до Конвенції Ради Європи 1997 року про захист прав людини щодо застосування біології та медицини. Конвенція залишає кожній країні відповідальність за законодавче врегулювання допустимості ембріональних досліджень. Показово, що країни відмовилися від її ратифікації з протилежних причин: Велика Британія не ратифікувала її, вважаючи занадто обмежуючою, тоді як Німеччина, Австрія та Ірландія не підписали її, вважаючи недостатньо конкретною. Ця поляризація є свідченням того, що європейський правовий простір функціонує як «експеримент у натурі» (*in vivo experiment*) для контрастуючих правових рішень. Така невідповідність є однією з ключових причин транскордонного руху пацієнтів, які шукають менш обмежувальні юрисдикції [67].

Індія є яскравим прикладом того, як публічна влада кардинально змінила свою регуляторну політику. Після того, як країна стала світовим центром комерційного сурогатного туризму, був ухвалений Закон про регулювання сурогатного материнства 2021 року, який категорично заборонив комерційне сурогатство. Закон 2021 року встановлює вкрай жорсткі вимоги, зокрема :

- дозволено лише альтруїстичне сурогатне материнство, де сурогатна мати не отримує фінансової компенсації, крім медичних та страхових витрат;
- сурогатство дозволено виключно для гетеросексуальних, офіційно одружених індійських пар (включаючи Non-Resident Indians (NRIs) та Overseas Citizens of India (OCIs));
- пара повинна перебувати у шлюбі не менше п'яти років, бути медично сертифікованою як неплідна та не мати біологічних або усиновлених дітей;
- сурогатна мати повинна бути «близькою родичкою» або «доброзичливою жінкою, відомою парі» (після поправки 2023 року), мати вік 25–35 років та щонайменше одну власну здорову дитину.

Ця модель є демонстрацією того, як публічна влада використовує регулювання для соціального захисту та запобігання експлуатації, жорстко контролюючи репродуктивний туризм. Вимоги до президентства / громадянства (NRIs / OCIs) обмежують доступ, забезпечуючи, що послуга залишається переважно для громадян Індії.

Ізраїльське законодавство щодо сурогатного материнства демонструє, як судова система може виступати основним рушієм розширення прав доступу, особливо коли законодавчий орган залишається обережним через вплив релігійних традицій. Закон про сурогатні контракти 1996 року був змінений у 2018 році, щоб дозволити самотнім жінкам, які не можуть виношувати дитину, скористатися цією процедурою. Проте, закон 2018 року свідомо виключив одностатеві пари та одиноких чоловіків. Це призвело до судового оскарження з

боку Асоціації ізраїльських гей-батьків. Досвід Ізраїлю показує, що якщо публічна влада приймає дискримінаційні або недостатньо інклюзивні закони, судова система, посилаючись на конституційні права та принципи недискримінації, може змусити законодавця розширити доступ до ДРТ для всіх громадян [68].

Фінансування ДРТ є одним із ключових факторів, які сприяють доступності цих технологій та їх впливу на суспільство. Міжнародний досвід розвитку трьох основних моделей фінансування: повне державне фінансування (наприклад, Ізраїль), часткове державне фінансування з можливістю доплати (Австралія, країни Скандинавії) та майже повне надання державної підтримки (США, Японія) [69].

Аналіз вартості ДРТ показує значущі розбіжності між країнами. Вартість стандартного циклу ЕКЗ у 2006 році коливалася від 12 513 доларів США в США до 3 956 доларів в Японії [70]. Однак більшою показовою є вартість аналізу з точки зору пацієнта, тобто як відсоток від середнього наявного доходу. До врахування державних субсидій цей показник становив 50% у США та лише 12% в Японії [71]. Після субсидування ситуація кардинально змінюється: у США вартість залишається на рівні 44% (через мінімальне державне фінансування), тоді як в Австралії вона знижується з 19% до 6% [72].

Ці дані прямо корелюють з рівнем використання ДРТ. Країни з низьким фінансовим тягарем для потреб (Австралія, Скандинавія) забезпечують майже весь існуючий попит, тоді як у США заощаджується лише 24% розрахункового попиту [73]. Це підтверджує тезу про те, що основною перешкодою для доступу до ДРТ є саме фінансовий бар'єр, а не медичні чи правові обмеження.

Інноваційним підходом до фінансування є модель, запроваджена в Бельгії, де державне відшкодування витрат на ДРТ прив'язане до всіх ембріонів, що переносяться. Ця політика призвела до значного зниження частки багатоплідних вагітностей (менше 10%) без суттєвого впливу на загальний рівень вмісту [74].

Цей досвід демонструє, як фінансові інструменти можуть бути використані не тільки для підвищення доступності, але й для покращення медичних результатів. Бельгійська модель демонструє, що публічна влада може ефективно досягати клінічних цілей і контролювати витрати через механізм «активного компромісу» – обміну щедрого фінансування на сувору клінічну відповідність протоколам SET. Фінансові важелі виявляються значно потужнішими за регуляторні рекомендації. Крім того, дослідження економічної доцільності ДРТ показують, що інвестиції в цю технологію є вигідними для держави в довгостроковій перспективі. У США було розраховано, що «чисті» податкові нарахування від дитини, народжені за допомогою ДРТ, становлять 700% від початкових інвестицій держави, що має про значний позитивний ефект для бюджету [75]. Ці дані є масивом аргументів на розширення державного фінансування ДРТ, особливо в країнах, які стикаються з демографічною кризою.

Глобалізація індустрії ДРТ призвела до появи явища, відомого як «репродуктивний туризм» – коли пацієнти подорожують до інших країн для отримання послуг, які є недоступними або заборонені в їхній власній країні [76]. Це створює складні біоетичні та правові проблеми, які виходять за межі національних юрисдикцій.

Найгостріша проблема транскордонного ДРТ – юридичне невизнання відносин «батько-дитина» владою домашньої держави, навіть якщо процедура була законною за кордоном. Держави часто мають різні підходи до встановлення та оспорювання законного батьківства, залежно від їхнього культурного, політичного та соціального середовища. Відсутність міжнародного консенсусу з цього питання призводить до колізій. Ці колізії можуть мати далекосяжні наслідки, зокрема, можуть вплинути на громадянство, імміграційний статус та припинення батьківської відповідальності. У найгіршому випадку дитина, народжена в результаті транскордонної репродуктивної допомоги (чи то ЕКЗ, чи сурогатне материнство, чи донорство), може стати особою без громадянства

(stateless) – без правової ідентичності, документів та можливості реалізувати свої цивільні права. Міжнародне право, зокрема Конвенція ООН про права дитини, вимагає, щоб «найкращі інтереси дитини» були головним міркуванням при вирішенні таких питань громадянства та батьківства. Отже, однією з найбільших проблем є регулювання сурогатного материнства. У той час як в Україні дозволено комерційне сурогатне материнство для підприємницьких пар, у багатьох європейських країнах воно повністю заборонено [77]. Це – про ситуації, коли іноземні пари народжують дітей в Україні, але потім стикаються з проблемами отримання громадянства для дитини або з юридичним визнанням батьківства у своїй країні [78]. Подібні випадки часто створюють правову невизначеність для всіх учасників процесу.

Іншою важливою проблемою є питання анонімності донорів. У багатьох країнах (наприклад, у Великобританії з 2005 року) діти, зачаті за допомогою донорських гамет, мають право після досягнення 18-річного віку отримати ідентифіковану інформацію про донора [79]. Проте в багатьох інших країнах, включаючи Україну, анонімність донорів залишається обов'язковою [80]. Це створює проблеми для дітей, які народилися в результаті транснаціонального донорства, оскільки їх права залежать від законодавства країни, де було здійснено процедуру. Проте більшість батьків не розкривають дітям інформацію про їх походження: у Швеції цей показник становить 89% [81]. Проте з ростом доступності генетичного тестування та зміни соціальної норми ця ситуація може змінитися, що вимагає від держави розробки чітких правових механізмів для захисту прав усіх учасників процесу ДРТ.

Аналіз міжнародного досвіду регулювання ДРТ дозволяє зробити кілька ключових висновків, які мають пряме відношення до українських реалій. По-перше, не існує універсальної моделі регулювання; кожна країна розробляє свою систему з урахуванням історичних, культурних та правових особливостей. По-друге, навіть у країнах з мінімальним державним регулюванням (як-от США)

існують ефективні механізми контролю через «успадковане регулювання» та саморегуляцію. По-третє, фінансовий доступ є ключовим фактором, який покращує рівень використання ДРТ та його соціальний вплив.

Для України, яка перебуває в стані «дозвільної» політики з високим рівнем саморегуляції, цей досвід є надзвичайно актуальним. З одного боку, відсутність жорсткого регулювання зробила Україну привабливим центром репродуктивного туризму, що має позитивний економічний ефект. З іншого боку, це створює серйозні ризики для прав допомоги, донорів, сурогатних матерів та дітей. Випадок з ірландською клінікою Rotunda IVF є яскравим прикладом того, як проблеми в українській клініці можуть мати міжнародні дослідження та підірвати довіру до всієї галузі. Тому стратегічним пріоритетом для України має стати розробка збалансованої системи регулювання, яка б поєднувала переваги саморегулювання (гнучкість, інноваційність) з елементами державного контролю (прозорість, підзвітність, захист прав). Це може бути досягнуто шляхом створення незалежного регуляторного органу за зразком HFEA, впровадження обов'язкової системи звітності та клінік-акредитації, а також розробки чітких правових норм щодо таких складних питань, як сурогатне материнство та донорство. Крім того, необхідно розробити механізми державного фінансування ДРТ для громадян України, що зменшить соціальну нерівність та підвищить демографічну безпеку країни у воєнний період.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОГРАМ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В УКРАЇНІ

3.1. Модернізація програм допоміжних репродуктивних технологій в Україні

Гостра необхідність у глибокому аналізі системи органів державного управління, їхніх повноважень та взаємодії у сфері регулювання ДРТ зумовлена хронічною низькою ефективністю публічного адміністрування в цій стратегічно важливій галузі. Ця неефективність, у свою чергу, є одним із ключових чинників, що гальмує реформу системи охорони здоров'я в цілому, зокрема в сегменті репродуктивного здоров'я. У цьому підрозділі здійснюється комплексний аналіз існуючого стану регулювання, його об'єктивних (інституційних, нормативних) та суб'єктивних (політичних, соціокультурних) причин.

Сучасний публічноуправлінський дискурс щодо репродуктивного здоров'я в Україні тісно інтегрований у більш широкий контекст національної безпеки. Це чітко відображено в «Стратегії демографічного розвитку на 2015–2025 роки», де підвищення народжуваності було заявлено як необхідна умова «національного розвитку і благополуччя», а її зниження – як одна з основних «загроз національній безпеці» [82, с. 162]. Хоча строк дії цієї стратегії формально завершився, вона заклала важливе концептуальне підґрунтя для розуміння в державному управлінні того, що репродуктивне здоров'я населення, включаючи доступ до ДРТ, є не лише медичним, а й стратегічним питанням, яке вимагає створення відповідного інституційного, правового та фінансового механізму

регулювання. Однак, як зазначають експерти, між риторикою про «традиційні сімейні цінності» та підтримку материнства і реальною державною політикою у сфері боротьби з безпліддям існує глибокий розрив [83]. Ця невідповідність проявляється в низці системних чинників: відсутності комплексного підходу до соціально-економічних причин безпліддя; недостатнього державного фінансування програм ДРТ; корупційних ризиків у процесі прийняття рішень щодо залучення коштів; високої фінансової та географічної недоступності послуг; а також недостатнього рівня професійної компетентності окремих медичних працівників [84]. Сукупність цих чинників свідчить про існування серйозного дисонансу в системі органів державної влади, які мають формувати та реалізовувати державну політику у сфері ДРТ.

Для подальшого аналізу та формування пропозицій необхідно чітко визначити систему суб'єктів, які беруть участь у формуванні та реалізації державної політики у цій сфері. Науковці виділяють кілька ключових ознак, що характеризують органи державного управління за видом їхньої діяльності [85, с. 45–47; 86, с. 68], які повною мірою застосовні до аналізу управління сферою ДРТ. Метою діяльності цих органів є забезпечення доступності населення до гарантованих державою медичних послуг, включаючи застосування ДРТ. Відтак, для підвищення ефективності публічного управління в цій сфері критично важливо ідентифікувати та проаналізувати повноваження кожного з цих суб'єктів.

Аналіз управлінського поля застосування програм ДРТ в Україні підтверджує, що до формування державної політики у цій сфері залучені різноманітні суб'єкти. До них належать як інституції, визначені Конституцією та законами України, так і суб'єкти ринку медичних послуг, а також інституції громадянського суспільства, діяльність яких не заборонена [87]. Ця розгалужена система суб'єктів спрямована на утвердження та забезпечення реалізації політики у сфері охорони здоров'я, зокрема репродуктивного.

Центральне місце в цій системі належить Верховній Раді України як єдиному законодавчому органу держави. Згідно зі статтею 92 Конституції України, засади регулювання сфери охорони здоров'я, включаючи сферу ДРТ, встановлюються виключно законами [87]. Крім того, згідно зі статтею 13 Основ законодавства України про охорону здоров'я, Верховна Рада визначає засади державної політики шляхом затвердження конституційних і законодавчих норм, встановлення бюджетних нормативів, створення фінансових регуляторів та затвердження загальнодержавних програм [88]. Таким чином, саме законодавчий орган формує вихідні засади для всієї системи управління у сфері ДРТ.

Виконавчу функцію здійснює Кабінет Міністрів України, який є вищим органом у системі органів виконавчої влади. До його повноважень належить забезпечення підготовки проектів законів щодо соціальних гарантій та проведення державної політики у сфері охорони здоров'я, материнства та дитинства [89]. Разом із Верховною Радою України, КМУ відноситься до органів загальних повноважень, які визначають стратегічні напрями, порядок фінансування та ключові правові поняття, такі як «допоміжні репродуктивні технології» або «замінне материнство».

Спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України. Згідно з Положенням, затвердженим постановою КМУ № 267 від 25 березня 2015 року, МОЗ є головним органом, що забезпечує формування та реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я [90]. У контексті ДРТ МОЗ затверджує порядки застосування технологій, медичні показання та протипоказання, стандарти акредитації закладів тощо.

Базовим нормативно-правовим актом у цій сфері є наказ МОЗ України № 787 від 9 вересня 2013 року «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні» [27], який замінив попередній наказ 2008 року. Однак, як зазначають експерти, цей документ не вніс докорінних

змін у систему. Про це свідчить той факт, що Порядок направлення жінок для проведення першого курсу лікування безпліддя за бюджетні кошти, затверджений ще у 2004 році (наказ № 579), діє і досі [91]. Це вказує на інституційну інерцію та відсутність стратегічного оновлення підходів до управління цією сферою.

Перспективним кроком є положення проєкту Закону № 6475-2 від 13.01.2022 року «Про застосування допоміжних репродуктивних технологій та заміне материнство», який передбачає створення спеціалізованого центрального органу виконавчої влади з широкими повноваженнями у сфері ДРТ [92]. Крім того, законопроект пропонує залучити до регулювання сферу замінного материнства центральний орган, що відповідає за питання сім'ї та дітей, зокрема для обліку іноземних замовників послуг, що є абсолютно новим елементом для української практики.

На місцевому рівні управління здійснюють місцеві державні адміністрації, які забезпечують розвиток території та захист прав громадян у сфері охорони здоров'я [93]. На практиці це реалізується через департаменти (управління) охорони здоров'я. У контексті воєнного стану функції цих органів виконують обласні військові адміністрації (ОВА), однак їхні повноваження зосереджені переважно на військових потребах, що робить проблеми ДРТ не пріоритетними для регіонів, які перебувають у зоні активних бойових дій.

Безпосередніми виконавцями державної політики є заклади охорони здоров'я – юридичні особи, які надають медичні послуги на підставі ліцензії [94]. Їхній вплив на процеси у сфері ДРТ значно залежить від джерел фінансування: заклади, що отримують державні кошти, є більш підконтрольними органам влади, ніж приватні клініки.

Невід'ємною частиною системи управління є недержавні організації, такі як Всеукраїнська рада захисту прав пацієнтів, Фондація медичного права та біоетики України, Українська асоціація репродуктивної медицини тощо. Їхня

діяльність спрямована на захист прав учасників програм ДРТ, протидію комерціалізації галузі, вдосконалення законодавства та підвищення якості медичних послуг. Окремо слід зазначити роль громадян як суб'єктів реалізації державної політики. Згідно з Конституцією України, кожен має право захищати свої права всіма засобами, не забороненими законом. Це включає як досудові (самозахист), так і судові механізми захисту, що робить громадян активними учасниками публічно-управлінських відносин у сфері ДРТ.

Повномасштабне військове вторгнення 2022 року стало серйозним викликом для системи охорони здоров'я, включаючи сферу ДРТ. Незважаючи на війну, система продовжує функціонувати, але зі значними змінами. Так, у 2022 році кількість зареєстрованих вагітностей знизилася майже удвічі порівняно з 2021 роком (з 146 тис. до 69 тис.) [95]. Водночас заклади охорони здоров'я повідомляють про зростання кількості звернень щодо ДРТ, що може бути пов'язане зі стратегією «військового батьківства» або бажанням закріпити родинні зв'язки в умовах кризи.

Державна підтримка також зазнала змін. У 2023 році Загальноукраїнською державною програмою лікування безпліддя методами ДРТ планується охопити 573 жінки, при цьому МОЗ пом'якшив критерії відбору, дозволивши участь парам з будь-яким фактором безпліддя та тим, хто вже проходив ЕКЗ [96]. Однак реальна доступність залишається низькою: за 2022 рік послугами державної програми скористалися лише 200 пар, що пов'язано з обмеженою кількістю закладів-виконавців (лише три на всю країну) та недостатньою кількістю направлення з регіонів [97]. Медична реформа, яка впроваджується в Україні, також впливає на доступність ДРТ. Проблема полягає в тому, що реформа первинної медичної допомоги не враховує специфіки репродуктивного здоров'я. Брак фахівців на первинній ланці (за даними 2019 року, нестача лікарів первинної ланки становила до 30% у деяких регіонах [98]) ускладнює своєчасну діагностику безпліддя та направлення пацієнтів на програми ДРТ. Крім того, вимога

доступності первинної допомоги в межах 7 км [99] не враховує реальних умов сільської місцевості, де відсутній громадський транспорт, що робить цю норму формальною.

Аналіз сучасного стану виявляє гостру проблему інформаційної підтримки реформи. У суспільстві панує стійка звичка звертатися до лікаря лише в критичних ситуаціях, а не для профілактики [100, с. 65]. Більшість населення навіть не усвідомлює, що піклування про власне здоров'я є законодавчим обов'язком. Це вимагає проведення масштабної інформаційно-просвітницької кампанії, спрямованої на формування нової культури здоров'я.

Окремим блоком проблем є регулювання немедичних послуг, які супроводжують програми ДРТ. Аналіз приватного сектору виявив широкий спектр таких послуг: юридичний супровід, організація логістики, представництво інтересів, психологічна підтримка тощо. Оскільки більшість із них мають адміністративний або юридичний характер, вони також повинні підпадати під регулювання з боку публічного управління для запобігання зловживанням та захисту прав пацієнтів.

3. 2 Розвиток стратегій реформування публічного управління у сфері допоміжних репродуктивних технологій в Україні

Аналіз стану та перспектив розвитку публічного управління у сфері ДРТ вимагає глибокого теоретичного обґрунтування, яке дозволяє структуровано оцінити існуючу практику та запропонувати ефективні шляхи реформування. Ключовим теоретичним інструментом для такого аналізу є концепція «доброго врядування» (good governance), яка надає комплексну рамку для оцінки якості управління суспільними справами [101]. Ця концепція передбачає наявність таких фундаментальних принципів, як чіткість ролей, незалежність від політичного та корпоративного впливу, прозорість, підзвітність, взаємодія з

зацікавленими сторонами, адекватне фінансування та систематична оцінка результативності [102]. Застосування цих принципів до сфери ДРТ дозволяє переосмислити проблеми саморегуляції як не просто правову лакуну, а як системний недолік, що загрожує довірі до медичної системи, соціальній справедливості та довгостроковому демографічному здоров'ю країни. Конкретно, принципи ОЕСР щодо управління регуляторами можуть бути конкретизовані для українського контексту: чіткий мандат нового регуляторного органу має бути спрямований на забезпечення доступу, безпеки пацієнтів та етичної поведінки; механізми запобігання конфліктам інтересів мають включати строкове призначення членів керівництва та «період очікування» після звільнення; підзвітність – через обов'язкове оприлюднення річних звітів, бюджетів та процедур прийняття рішень [103].

Особливу значущість набуває модель незалежного регуляторного агентства (IRA), яка широко застосовується в розвинених демократіях для регулювання складних технічних сфер. Такий орган характеризується фінансовою, організаційною та функціональною автономією від уряду та регульованих компаній, що є ключовим для запобігання так званому «захопленню регулятора», коли інтереси надавачів послуг домінують над громадськими. Незалежність IRA забезпечується комплексом механізмів: колегіальне керівництво, призначення членів рад на фіксований термін, обмеження на їх звільнення лише за вагомими підставами, прозорі процедури відбору та належний внутрішній контроль [102]. Важливою особливістю є фінансування переважно через платежі операторів (наприклад, ліцензійні збори клінік), а не податки громадян, що підвищує фінансову стабільність та зменшує політичний тиск. Проте, як наголошується в наукових дослідженнях, абсолютна незалежність є ілюзорною: IRAs завжди певною мірою залежать від регульованих суб'єктів щодо фінансування, спеціалізованих знань про галузь та легітимності своїх рішень [104]. Тому ефективність такого органу забезпечується

не лише його автономією, а й сильними механізмами зовнішньої підзвітності перед парламентом, судами та громадськістю. Ця модель є ідеальним зразком для України, де поточна ситуація з саморегуляцією свідчить про повну відсутність балансу між автономією та підзвітністю.

Порівняльний аналіз глобального досвіду регулювання ДРТ демонструє значний спектр підходів, які можуть слугувати джерелом досвіду для України. Однією з найбільш успішних моделей є система Великобританії, заснована на Акті про людське запліднення та ембріологію 1990 року та Уповноваженому органі з питань людського запліднення та ембріології (HFEA) [105]. HFEA є класичним прикладом незалежного регулятора, який здійснює ліцензування клінік, проводить інспекції, підтримує Кодекс практики та веде національний реєстр всіх циклів ДРТ. Його діяльність базується на принципах прозорості та участі: орган публікує детальну статистику по кожній клініці, проводить громадські консультації перед важливими рішеннями та має прозору структуру управління. Система продемонструвала свою ефективність, зокрема, у рамках кампанії «One Child at a Time», яка за допомогою рекомендацій щодо елективного переносу одного ембріона (eSET) знизилася частка багатоплідних вагітностей з 25% до менше ніж 10% [106]. Хоча в 2010 році обговорювалось скасування HFEA, широка підтримка громадськістю (75% учасників консультації) та його визнана ефективність призвели до збереження органу. Цей досвід показує, що добре спроектований регулятор може отримати високий рівень довіри як серед громадськістю, так і серед медичних закладів.

У протилежність до централізованої моделі Великобританії, США представляють собою приклад децентралізованого підходу, який часто помилково називають «нерегульованим». На федеральному рівні нагляд здійснюють три агентства: Центри контролю та профілактики захворювань (CDC), Управління з харчових продуктів та лікарських засобів (FDA) та Центри медикарду та медичних послуг (CMS), кожне з яких відповідає за різні аспекти

(статистика, безпека біоматеріалів, фінансування). До цього додається державне законодавство (лише 19 штатів передбачають обов'язкове страхування ЕКЗ) та саморегулювання через Суспільство допоміжних репродуктивних технологій (SART). Ця модель «успадкованого регулювання» використовує наявні інституційні структури для управління новою технологією, що може бути ефективним транзитним рішенням. Однак вона має суттєві недоліки: дані CDC можуть бути викривлені, оскільки немає механізмів санкцій за неправдиву звітність, а 13 штатів взагалі не мають жодного регулювання [107]. Рішення Верховного суду у справі *Dobbs v. Jackson Women's Health Organization* (2022) поставило під загрозу доступ до ЕКЗ, а рішення суду Алабами (2024) про визнання заморожених ембріонів юридичними особами призвело до призупинення процедур, що свідчить про вразливість такої системи до правових змін [108].

Інший важливий приклад – Іспанія, яка має одне з найліберальніших у світі законодавств у сфері ДРТ [109]. Закон 14/2006 гарантує право на лікування безпліддя будь-якій жінці старше 18 років, незалежно від шлюбного стану чи сексуальної орієнтації, що дозволяє використовувати метод ROPA для одностатевих пар. Регулювання здійснюється через Національну комісію з допоміжних репродуктивних технологій (CNRHA), яка має консультативний характер і видає висновки з ключових питань, таких як ПГД чи фінансове винагородження донорів. Національна система охорони здоров'я покриває до трьох циклів ДРТ для бездітних пар, але середній час очікування становить рік, що змушує більшість пацієнтів (приблизно 75%) звертатися до приватних клінік [110]. Цей досвід показує, що навіть за наявності державної програми, проблеми доступності через довге очікування та відсутність покриття донорства чи ПГД у державних закладах можуть створювати значні бар'єри. Крім того, дослідження в обох країнах виявило загальну проблему: надмірний вплив комерційних інтересів та недостатній вплив наукових доказів на регулювання.

Цей аналіз показує, що найбільш ефективні моделі поєднують сильний незалежний регуляторний орган зі значною мірою державного фінансування, що забезпечує якість, прозорість та широкий доступ (таблиця 3.1). Україні слід прагнути до створення подібної інтегрованої системи, уникаючи як хаотичної саморегуляції, так і надмірної децентралізації без загальної стратегії.

Таблиця 3.1

Застосування моделі ДРТ в різних країнах

Країна	Модель регулювання	Фінансування	Доступність для окремих груп
Великобританія	Незалежний регуляторний орган (HFEA). Ліцензування, інспекції, національний реєстр	Безкоштовно для жінок молодше 40 років (до 3 циклів)	Для всіх жінок, включаючи одностатеві пари
США	Децентралізований підхід: федеральний нагляд (CDC, FDA), державне законодавство, саморегуляція (SART)	Лише 19 штатів передбачають обов'язкове страхування. Вартість циклу – \$12 000–25 000	Для всіх жінок, але доступність сильно залежить від штату та фінансового стану
Іспанія	Національна комісія (CNRHA) консультативного характеру	До 3 циклів за кошти держави для бездітних пар (чекають ~1 рік). Вартість циклу ЕКЗ у приватних клініках – €3500–5500	Для всіх жінок старше 18 років, незалежно від статусу
Франція	Національне фінансування через систему охорони здоров'я	Чотири повних курси ЕКЗ/ІКСІ на вагітність для жінок до 43 років, незалежно від статусу	Для всіх жінок, включаючи самотніх та одностатеві пари

Продовження таблиці 3.1

Країна	Модель регулювання	Фінансування	Доступність для окремих груп
Ізраїль	Державне фінансування через систему охорони здоров'я	Необмежена кількість циклів до досягнення двох живих народжень	Для всіх жінок, включаючи одностатеві пари. Сурогатне материнство легалізоване

Поточна система управління сферою допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) в Україні, яка формально базується на наказі Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) № 787 від 2013 року, фактично зводиться до режиму масштабної саморегуляції, що породжує глибокі інституційні недоліки [108]. Цей стан є результатом невдалої спроби законодавчої реформи, яка почалася у 2013 році, але не мала успіху, що залишило галузь «відданою на саморегуляцію». Головним наслідком цього є тотальна відсутність достовірної статистики, що є фундаментальним порушенням принципів доброго врядування. Як ми добре з Вами знаємо, відсутні статистичні дані щодо застосування програм ДРТ у приватному секторі, робить неможливим об'єктивне оцінювання масштабів проблеми, ефективності лікування та виявлення потенційних ризиків. Для побудови ефективної державної політики необхідно ввести обов'язкове повідомлення до Державної служби статистики України про всі ключові показники: кількість проведених циклів, вагітностей, народжень, кількість донорів та сурогатних матерів, кількість іноземних пацієнтів тощо. Без цих даних будь-які політичні рішення будуть здійснюватися в умовах повної інформаційної невизначеності, що робить їх неефективними та потенційно шкідливими.

Ще одним критичним недоліком є дисбаланс у формуванні політики, де ключову роль відіграють надавачі послуг, а не органи державної влади. Це призводить до того, що напрями розвитку публічно-управлінських відносин визначаються інтересами бізнесу, а не громадськими потребами. Наприклад, відсутність урядових законопроектів з ініціативи МОЗ чи Мінсоцполітики, а замість цього – законопроекти від депутатів за підтримки певних громадських організацій, свідчить про відсутність системної державної стратегії та «невідповідність інтересів і переконань окремих учасників публічних відносин». Така ситуація створює ризик «регуляторного захоплення», коли нормативні акти проектуються таким чином, щоб максимально задовольняти інтереси клінік, а не захищати права пацієнтів або забезпечувати суспільне здоров'я. Міжнародний

досвід, зокрема у фінансовій сфері, показує, що надмірна залежність регуляторів від інформації та ресурсів регульованих суб'єктів може призвести до регуляторних провалів, як це сталося під час фінансової кризи 2008 року. В Україні цей ризик є особливо високим через повну відсутність незалежного регулятора.

Поточна нормативна база також є явно застарілою та недостатньою. Наказ № 787 від 2013 року, який залишається основним документом, не враховує значних змін у медицині, біоетиці та суспільній думці за останнє десятиліття. Наприклад, рекомендація щодо переносу не більше 1–2 ембріонів (а за обґрунтуванням – до 3) не враховує сучасних доказів щодо безпеки елективного переносу одного ембріона (eSET), який активно застосовується в країнах з високорозвиненою системою регулювання для зниження ризику багатоплідних вагітностей [105]. Дослідження пропонують оновити цей порядок, встановивши чітку залежність кількості ембріонів, що переноситься, від віку пацієнтки, що є стандартом світової практики. Крім того, відсутність законодавчої бази призводить до правової невизначеності щодо таких складних питань, як сурогатне материнство, права донорів та дітей, народжених за допомогою ДРТ, і власність на біоматеріали [101]. Ця невизначеність створює простір для конфліктів, які вирішуються в судах, що є дорогою та травматичною процедурою для всіх учасників процесу.

Ще одним проявом інституційної кризи є відсутність ефективних механізмів контролю та підзвітності. При відсутності незалежного регулятора, який би проводив планові інспекції та ліцензування, забезпечити стандарти безпеки та етики практично неможливо. Це створює серйозні ризики для здоров'я пацієнтів. Наприклад, дослідження, проведене серед жінок в Україні та Польщі, виявило, що 74% опитаних жінок стикалися з медичними помилками у сфері репродуктивного здоров'я, що свідчить про системну проблему якості медичних послуг. У репродуктивній сфері частка помилок може сягати 5%, що є дуже

високим показником [108]. Без незалежного наглядового органу, який би міг виявляти такі помилки, проводити розслідування та застосовувати санкції, неможливо забезпечити високу якість та безпеку лікування.

Нарешті, поточна система не відповідає на виклики сучасності, зокрема, на зростаючу комерціалізацію «додатків» до ЕКЗ, які часто не мають достатньої доказової бази щодо своєї ефективності [111]. У США, наприклад, NFEA розробило оновлену систему оцінки таких «addons», яка базується на доказах з рандомізованих досліджень, що дозволяє пацієнтам робити усвідомлений вибір, що базується на доказовості та інформованості. В Україні відсутність такого регуляторного механізму дозволяє клінікам активно пропонувати дорогі та сумнівні процедури, що експлуатує вразливість пацієнтів, які готові на все, щоб стати батьками. Таким чином, інституційні недоліки поточної системи носять системний характер і вимагають не просто поправок до існуючих документів, а фундаментальної реструктуризації всієї системи управління цією критично важливою сферою.

Перехід від стану хаотичної саморегуляції до ефективної системи публічного управління в сфері ДРТ вимагає чіткої стратегії, яка враховує як довгострокові цілі, так і короткострокові можливості. Першим та найпріоритетнішим напрямом є створення незалежного регуляторного агентства (IRA), яке б стало центральним органом управління цією сферою. Такий орган має бути створений на основі окремого закону, який чітко визначає його мандат, повноваження, структуру та механізми прийняття рішень, відповідальність за неналежне виконання, або ігнорування приписів, а також підзвітність й внутрішні правила самого агентства. Він повинен мати функціональну, організаційну та фінансову автономію від уряду та регульованих суб'єктів, що є ключовим для запобігання політичному та корпоративному втручанням. Його основними функціями мають бути: видача та скасування ліцензій клінікам, проведення планових та позапланових інспекцій, розробка та підтримка Кодексу

практики, ведення національного реєстру всіх циклів ДРТ, розгляд скарг пацієнтів та видача рекомендацій з етичних питань. На нашу думку, приклад NFEA у Великобританії є ідеальним зразком для наслідування, оскільки цей орган успішно поєднує незалежність з високим рівнем підзвітності перед парламентом та громадськістю.

Однак створення нового законодавчої та інституційної структури є довгостроковим процесом, який вимагає значних політичних зусиль, та не може бути реалізованим під час повномасштабного вторгнення російської федерації, в держави немає ресурсів не фінансових не інституційних. Тому як транзитний стратегічний напрям слід розглянути концепцію «успадкованого регулювання». Цей підхід полягає у використанні наявних інституційних структур державної влади для управління сферою ДРТ шляхом адаптації їх повноважень та вимог. Наприклад, Міністерство охорони здоров'я може використовувати свої повноваження щодо ліцензування медичних закладів, контролю за якістю медичної допомоги та діяльності лабораторій для встановлення специфічних вимог до клінік ДРТ. Державна служба з лікарських засобів та контролю за наркотиками може посилити контроль за безпекою біоматеріалів, а державна податкова служба – забезпечити прозорість фінансових потоків у цій сфері. Такий підхід дозволить вже зараз почати формувати елементи регуляторного середовища, виграти час для розробки повноцінної системи та продемонструвати політичну волю до реформ. Важливо, щоб цей процес був добре координований, щоб уникнути дублювання функцій та конфліктів між різними відомствами, а також появи можливостей для лобіювання або корупційних проявів.

Ключовим елементом успадкованого регулювання є впровадження обов'язкової системи звітності. Відразу після визначення відповідальних органів (наприклад, МОЗ) має бути видано наказ, який зобов'язує всі клініки ДРТ (як державні, так і приватні) щорічно (для найбільш чутливих напрямів можливо інші терміни але з щорічним звітуванням) подавати повну статистичну

інформацію до Державної служби статистики України. Ця інформація має включати всі ключові показники: кількість проведених циклів, типи процедур, кількість вагітностей та народжень, кількість використаних донорських матеріалів, кількість сурогатних материнств, кількість іноземних пацієнтів тощо. Створення такої бази даних є необхідною умовою для створення можливостей будь-яких подальших управлінських впливів та формування загальнонаціональної політики, оскільки вона дозволить привести інформаційні процеси до зрозумілих і прозорих алгоритмів, провести об'єктивний аналіз стану сфери та обґрунтувати майбутні рішення. Подібна система вже існує в НFEA, де ведення реєстру є основою для порівняння ефективності клінік та моніторингу галузі.

Другим важливим напрямом є активізація ролі органів влади як головних суб'єктів формування публічної політики та реагування на виклики та небезпеки, перед якими може опинитись українське суспільство. Зараз ініціатива належить депутатам та громадським організаціям, що призводить до фрагментарності та відсутності системного підходу, в якому переважає комерційний інтерес окремих корпорацій. Показово що вони можуть використовуватись в темну, та слугувати прикриттям для реалізації політики перерозподілу ресурсів тощо. На нашу думку, ідеальним сценарієм було б розроблення базового законопроекту в Міністерстві охорони здоров'я або Міністерстві юстиції, залежно від того, як буде сприйматися ДРТ – як медичне чи як правове/етичне питання. Процес розробки має бути міжвідомчим, залучаючи Міністерство соціальної політики, Міністерство освіти та науки, Міністерство культури та інформаційної політики, щоб врахувати всі аспекти проблеми. Особливо важливо залучити наукову та професійну спільноту, зокрема експертів з біоетики, правників та представників медичних асоціацій, для забезпечення доказової основи політики. Цей процес повинен бути відкритим, з проведенням громадських консультацій, щоб забезпечити легітимність майбутнього закону.

На третьому етапі, після створення незалежного регулятора, необхідно вирішити питання його функціонування. Фінансування має бути здійснюване переважно через плату клінік за ліцензування та інспекції, що забезпечить фінансову стабільність та зменшить залежність від державного бюджету. Наприклад, NFEA у Великобританії отримує 80% своїх доходів саме від плати клінік [106]. Керівництво органу має призначатися, незалежною конкурсною комісією, на відміну від інших, схожих комісій, залучення іноземних фахівців, може мати суттєві ризики для загальнонаціональних інтересів, на фіксований термін (наприклад, 5 років) з високою кваліфікаційною колегією, що забезпечить професіоналізм та стабільність. Обов'язковою умовою є наявність механізмів внутрішнього та зовнішнього контролю: внутрішнього – через колегіальне керівництво та статутного аудитора, зовнішнього – через парламентський контроль, судову систему та обов'язкове оприлюднення річних звітів. Така комплексна стратегія, що поєднує транзитні заходи з довгостроковою метою створення незалежного регулятора, є єдиним шляхом до побудови ефективної, прозорої та підзвітної системи управління сферою ДРТ в Україні.

Одним із найгостріших викликів у сфері допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) в Україні є проблема доступності, яка прямо пов'язана з питаннями соціальної справедливості та рівності можливостей. Поточна система фінансування є дуже обмеженою та громіздкою, що робить лікування безпліддя недосяжним для більшості громадян, які не мають значних особистих заощаджень. Вартість одного циклу ЕКЗ в Україні є дуже високою, що робить приватне лікування фактично неможливим для середнього класу, особливо в умовах війни та економічної кризи. Це створює ситуацію, коли право на дитину стає привілеєм заможних, що суперечить принципам рівності та справедливості.

Державне фінансування, хоча й існує, є недостатнім. Структура доступу до лікування за кошти державного або регіонального бюджету є складною, довготривалою та обмеженою за обсягом коштів. Це призводить до того, що

пацієнти змушені роками чекати на чергу, що є критично важливим фактором, оскільки ефективність лікування значно знижується з віком жінки [110]. Крім того, така структура серйозно обмежує право пацієнта на вибір лікаря, оскільки доступ надається лише через визначені державні або комунальні заклади. Це порушує основні права пацієнтів на свободу вибору та якісну медичну допомогу. Порівняльний аналіз світового досвіду показує, що більшість розвинених країн вирішують цю проблему через значне державне фінансування. Наприклад, у Данії, Нідерландах та Швеції пацієнтам надають від одного до трьох державно профінансованих циклів [111]. У Франції після реформи 2021–2022 років чотири повних курси ЕКЗ/КСІ фінансуються державою для всіх жінок до 43 років, незалежно від сімейного стану чи сексуальної орієнтації. У Бельгії покриваються шість циклів для жінок до 42 років. У Ізраїлі надають необмежену кількість циклів до досягнення двох живих народжень [107]. Ці приклади демонструють, що забезпечення доступу до ДРТ є частиною національної політики охорони здоров'я та демографічної безпеки.

Проте навіть за наявності державного фінансування, проблеми доступності можуть залишатися. Наприклад, у Франції, незважаючи на універсальну підтримку, 65,4% вагітних жінок не користуються послугами ЕКЗ/КСІ, а рівень ускладнення доступу зростає з рівнем маргінації району проживання [111]. У Іспанії, де державна система покриває до трьох циклів, середній час очікування становить приблизно один рік, що змушує більшість пацієнтів (75%) звертатися до приватних клінік [110]. Це свідчить про те, що для забезпечення справжньої рівності необхідно не лише фінансування, а й ефективна організація послуг, що мінімізує час очікування.

Для України, враховуючи обмежені фінансові можливості, особливо в умовах війни, пропонується розробити комплексну стратегію, що включає різні механізми фінансування. По-перше, необхідно поступово розширювати державне фінансування, починаючи з обмеженої кількості циклів для бездітних

подружжя. По-друге, слід розробити механізми змішаного або солідарного фінансування, де частина вартості покривається державою або регіоном, а решта – пацієнтом. По-третє, можна розглянути механізм пільгового кредитування для лікування безпліддя за зниженими відсотковими ставками, аналогічно до кредитів на придбання житла для молодих сімей. По-четверте, важливим напрямом є розвиток системи медичного страхування, яка б включала покриття витрат на лікування безпліддя. Це може бути як обов'язкове страхування (як у Нідерландах), так і добровільне, з підтримкою держави.

Крім того, слід враховувати, що соціально-економічний статус пацієнта може впливати не лише на доступ, а й на успішність лікування, що може призводити до трансгенераційних нерівностей [111]. Тому політика повинна бути спрямована не лише на фінансову підтримку, а й на забезпечення рівного доступу до якісних послуг для всіх верств населення. Це включає розробку критеріїв оцінки, які враховують не лише об'єктивні показники (кількість циклів), а й суб'єктивні заходи доступності для тих груп, які не можуть собі це дозволити без державної підтримки. Врешті-решт, забезпечення доступності до ДРТ є не лише медичним, а й фундаментальним соціальним та етичним завданням, яке має бути інтегроване в загальну стратегію післявоєнної відбудови та демографічної політики України.

Сфера допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) є однією з найбільш біоетично складних областей сучасної медицини, оскільки вона торкається найглибших питань людського існування: походження життя, природи родини, прав дітей та меж наукового втручання в природу [112]. У відсутності чіткого законодавства та незалежного регулятора, Україна перебуває в стані біоетичної невизначеності, що створює серйозні ризики для всіх учасників процесу. Ключовим напрямом вдосконалення публічного управління є організований діалог щодо біоетичного підґрунтя застосування програм ДРТ, який має бути спрямований на формування суспільного консенсусу. Цей діалог повинен

виходити за межі вузькопрофесійних дискусій і стати частиною ширшої суспільної дискусії про репродуктивне здоров'я як складову загального здоров'я, яке має не лише медичну, а й соціально-економічну та психологічну обумовленість.

Одним із найбільш гострих біоетичних викликів є генетичне тестування та модифікація ембріонів. Попереджене імплантаційне генетичне тестування (PGT) дозволяє виявляти серйозні спадкові захворювання, що є етично виправданим, але викликає питання щодо «селекції» та дискримінації за ознаками здоров'я. Більш складним є питання генетичного редагування ембріонів, наприклад, за допомогою технології CRISPR. Громадська думка в Україні щодо цього питання є чіткою: 65% українських жінок підтримують заборону на модифікацію генів для покращення інтелекту чи фізичних характеристик [108]. Цей консенсус слід закріпити в законодавстві, заборонивши «дизайнерських дітей» та встановивши чіткі межі дозволеного наукового дослідження. Міжнародний досвід показує, що такі технології вимагають найвищого рівня регуляторного нагляду. Наприклад, HFEA у Великобританії вперше у світі дозволив дослідження з редагування генів у людських ембріонах (2015) та ліцензував перший випадок народження дитини з ДНК трьох людей через мітохондріальне донорство, але лише після ретельного етичного розгляду [106]. Це підтверджує необхідність наявності незалежного експертного органу, який би міг оцінювати такі інновації.

Іншим великим біоетичним викликом є сурогатне материнство. Ця практика є дозволеною в Україні і приваблює багатьох іноземних пацієнтів, що робить країну центром транскордонного репродуктивного туризму [113]. Однак відсутність чіткого законодавства створює ризики експлуатації сурогатних матерів, особливо з низьким соціальним статусом. Питання прав сурогатної матері, її відшкодування, медичного супроводу та психологічної підтримки залишаються нерегульованими. У Іспанії, наприклад, сурогатне материнство заборонене, оскільки материнство визначається пологами, що викликає правові

конфлікти для пар, які використовують цю послугу за кордоном. У Ізраїлі сурогатне материнство легалізоване, але лише за умови схвалення комітетом, що забезпечує етичний контроль [110].

Україні, в цьому напрямку ще потрібно багато зробити та слід розробити чітку правову рамку, яка б гармонізувала інтереси всіх сторін: замовників, сурогатних матерів, дітей та суспільства в цілому.

Формування суспільного консенсусу неможливе без ефективної інформаційної політики. Необхідно розвивати збалансовану комунікацію, яка б пояснювала як можливості, так і обмеження ДРТ, їхні ризики та етичні аспекти. Це може бути зроблено шляхом створення офіційних інформаційних порталів, проведення освітніх кампаній та залучення ЗМІ. Важливим інструментом є громадські консультації, які проводяться, наприклад, НФЕА перед прийняттям важливих рішень, що забезпечує легітимність політики, її підзвітність та розуміння та схвалення суспільством. Також слід залучати до дискусії представників релігійних конфесій, правозахисних організацій, жіночих рухів та молодіжних організацій, оскільки різні групи мають різні погляди на ці питання. Наприклад, сильна католицька традиція в Польщі призвела до строгих обмежень абортів, що, у свою чергу, збільшило кількість звернень до ДРТ в Україні. Це показує, що біоетичні норми одного суспільства можуть мати прямий вплив на галузь в іншій країні.

Нарешті, важливим є питання прав дітей, народжених за допомогою ДРТ. Це включає право на знання про своє походження, зокрема про донорів. У Великобританії з 1 квітня 2005 року особи, зачаті за допомогою донорів, мають право після досягнення 18 років отримати ідентифіковану інформацію про донора, що є важливим кроком у напрямку визнання їхніх прав. У Іспанії донорські діти можуть отримати загальну інформацію про донора, а особисті дані розголошуються лише у разі загрози життю чи здоров'ю. Україні необхідно розробити подібну політику, яка б була збалансованою та враховувала інтереси

всіх сторін. Таким чином, вирішення біоетичних викликів вимагає не лише правових норм, а й глибокого суспільного діалогу, який би дозволив знайти компроміс між науковим прогресом, індивідуальними свободами та суспільними цінностями.

Питання управління сферою допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) в Україні не можна розглядати ізольовано від широкого демографічного контексту та викликів, пов'язаних з післявоєнним відновленням.

Стан здоров'я населення, зокрема репродуктивного здоров'я, є ключовим фактором для старого розвитку країни та відновлення її людського капіталу. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), безпліддя є глобальною проблемою, яка становить приблизно 17,5% дорослого населення світу, тобто кожну шосту пару. В Європі показники безпліддя коливаються від 10% до 15%, а в Україні, згідно з неповними даними, цей показник може бути ще вищим через зниження стану здоров'я населення внаслідок війни, стресу, екологічних факторів та обмеженого доступу до медичної допомоги.

Війна має прямий і опосередкований вплив на репродуктивне здоров'я. Пряме враження інфраструктури охорони здоров'я, евакуація населення, розрив сімейних зв'язків та травматичний досвід призводять до зростання рівня стресу, депресії та інших психосоматичних розладів, які негативно впливають на фертильність. Крім того, військові дії часто супроводжуються використанням зброї, яка може мати довгострокові наслідки для здоров'я, зокрема для репродуктивної системи чоловіків та жінок. Дослідження показують, що в умовах конфлікту та після нього значне зниження народжуваності, яке може тривати роками. Це створює серйозну загрозу для демографічної безпеки України, яка вже перебувала в стані кризи до початку повномасштабного вторгнення.

У цьому контексті програми ДРТ перестають бути лише медичною послугою для окремих осіб і набувають стратегічного значення для нації. Вони

залишаються інструментом для відновлення людського потенціалу, збереження генофонду та підтримки демографічної стійкості. Як вірно зазначається в аналізі, ефективне публічне управління у сфері ДРТ «допоможе Україні подолати демографічну кризу військового періоду, служити національним інтересам нашої країни з точки зору збереження генофонду нації та сприяння динаміці біологічного відтворення населення». Однак для реалізації цього потенціалу необхідно інтегрувати політику у сфері ДРТ у загальну стратегію післявоєнного відновлення системи охорони здоров'я.

Експерти пропонують кілька ключових напрямків для такої інтеграції.

- Побудова системи надання послуг на основі місцевих центрів прийняття рішень, що дозволяють громадам самостійно визначати свої потреби у репродуктивних послугах.

- Розширення простору автономії для медичних працівників, що сприяє їх мобільності та інтеграції в нові умови, а також створення національного реєстру лікарів для кращого управління людськими ресурсами.

- Налагодження ефективної комунікації між первинною, вторинною та третинною ланками допомоги для забезпечення безперервності догляду за пацієнтками з проблемами фертильності. Оскільки стрес є одним із ключових факторів безпліддя, інтеграція послуг психічного здоров'я в програму лікування фертильності є критично важливою.

Хоча ці напрямки є загальними для всієї системи охорони здоров'я, їх застосування до сфери ДРТ має особливе значення. Наприклад, створення мережі клінік ДРТ на регіональному рівні може значно підвищити доступність послуг для населення, яке не має можливості доїхати до великих міст. Інтеграція послуг психотерапії в процес лікування ДРТ може підвищити його ефективність та зменшити психологічне навантаження на особу. Однак, як справедливо зазначається, ці загальні заходи «дають незначний позитивний ефект» самі по собі а краще працюють в комплексі з іншими управлінськими рішеннями. Основна

проблема – це фінансова доступність. У найближчі роки, з огляду на обмежені бюджетні ресурси, основні навантаження з оплати лікування буде лежати на самих пацієнтах. Тому розробка нових механізмів фінансової підтримки є не просто бажаною, а стратегічно необхідною, зокрема вони можуть охоплювати :

- цільові державні програми. Наприклад, програма для ветеранів війни, які отримали травми, що вплинули на їхню фертильність;
- міжнародне співробітництво. Залучення коштів міжнародних організацій (наприклад, ВООЗ, ЮНФПА) для підтримки програми ДРТ як частини гуманітарної допомоги;
- інноваційні моделі фінансування. Розробка механізмів соціального страхування або краудфандингу для лікування безпліддя.

У підсумку, демографічний виклик, з яким стикається Україна, вимагає від держави стратегічного підходу до управління сферою ДРТ. Це не просто питання прав окремих осіб на дитину, а питання майбутньої нації.

Ефективна, прозора та доступна система ДРТ може стати статичним інструментом для відновлення людського капіталу та забезпечення демографічної стійкості у воєнний період. Для цього необхідно перейти від поточного стану саморегуляції до створення сильного, незалежного регулятора, який би забезпечив якість, безпеку та рівний доступ до цих критично важливих послуг.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено комплексне теоретико-методологічне та прикладне дослідження публічного управління у сфері застосування програм ДРТ в Україні в умовах глибокої демографічної та безпекової кризи. На основі проведеного аналізу можна сформулювати такі узагальнені висновки.

1. Обґрунтовано, що репродуктивне здоров'я слід розглядати як стратегічний ресурс сталого розвитку та національної безпеки держави. Поглиблення демографічної кризи, зумовленої пандемією COVID-19, повномасштабною війною, міграційними процесами та високими стресогенними навантаженнями на населення, вимагає переорієнтації державної політики з переважно декларативних підходів до проактивного управління відтворенням людського потенціалу, зокрема шляхом розвитку системи ДРТ.

2. Узагальнено сучасні підходи до публічного управління у сфері охорони здоров'я та репродуктивного здоров'я, що дозволило конкретизувати понятійно-категоріальний апарат дослідження (репродуктивне здоров'я, допоміжні репродуктивні технології, публічно-управлінські відносини у сфері ДРТ, публічне управління репродуктивною медициною). Показано, що ефективне управління у цій сфері потребує поєднання ціннісно-орієнтованого, правового, інституційного та економічного підходів із урахуванням прав людини та етичних стандартів.

3. Встановлено, що публічноуправлінський науковий дискурс щодо ДРТ є фрагментованим: більшість наукових праць зосереджується на медичних, правових та біоетичних аспектах, тоді як проблематика публічного управління програмами ДРТ (інституційний дизайн, моделі фінансування, механізми регуляції, моніторинг та оцінювання) залишається недостатньо розробленою. Це зумовлює наукову й практичну потребу в комплексному осмисленні публічно-управлінського виміру застосування ДРТ.

4. Проаналізовано чинне нормативно-правове забезпечення застосування ДРТ в Україні та виявлено його застарілість і неповноту. Ключовим регуляторним актом залишається наказ МОЗ України від 09.09.2013 № 787, який не відповідає сучасному рівню розвитку медичних технологій, умовам медичної реформи та новим викликам воєнного часу. Виявлено низку управлінських проблем: обмежений і нерівномірний доступ окремих груп населення до ДРТ; недостатній рівень захисту прав пацієнтів, донорів та майбутньої дитини; відсутність прозорої системи державного фінансування ДРТ; несформованість єдиної системи обліку, моніторингу та оцінки ефективності програм.

5. Показано, що застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні відбувається в умовах переважання механізмів саморегулювання ринку, що посилює соціальну нерівність у доступі до послуг, сприяє комерціалізації чутливих сфер репродуктивної медицини та створює ризики для дотримання етичних стандартів та прав людини. Відсутність цілісної моделі публічного управління програмами ДРТ обмежує можливості держави впливати на демографічні процеси через інструменти репродуктивної політики.

6. На основі порівняльного аналізу зарубіжного досвіду (країни ЄС, Австралія, США, інші юрисдикції) з'ясовано, що ефективні моделі управління програмами ДРТ ґрунтуються на:

- спеціалізованих національних або наднаціональних регуляторах із чітко визначеними повноваженнями;
- багаторівневому контролю якості й безпеки процедур;
- комбінованих моделях фінансування (страхові механізми, державні програми підтримки, цільові гранти, ко-платежі);
- розвинених системах збору та аналізу статистичних даних;
- чітко регламентованих вимогах щодо інформованої згоди, донорства, сурогатного материнства, транснаціональних програм ДРТ.

Ці компоненти доцільно використовувати як орієнтири для адаптації в Україні з урахуванням національних правових та етичних особливостей.

7. Обґрунтовано пріоритетні напрями розвитку публічного управління у сфері застосування програм ДРТ в Україні, серед яких:

- оновлення та кодифікація нормативно-правової бази із чітким розмежуванням повноважень органів публічної влади, визначенням статусу та відповідальності учасників програм;

- формування спеціалізованої інституційної архітектури (регулятор чи регуляторно-координаційний орган) із функціями ліцензування, нагляду, стандартизації, моніторингу й оцінювання;

- розроблення механізмів справедливого доступу до ДРТ, включно з інструментами державного та страхового фінансування для соціально вразливих категорій;

- створення єдиної інформаційно-аналітичної системи обліку, статистики та звітності щодо програм ДРТ;

- інституціоналізація етичної експертизи та захисту прав усіх сторін (пацієнтів, донорів, сурогатних матерів та дітей, народжених у результаті застосування ДРТ);

- інтеграція питань репродуктивного здоров'я та ДРТ до стратегічних документів демографічної, соціальної та безпекової політики.

Теоретичне значення отриманих результатів полягає в уточненні та розвитку наукових підходів до розуміння публічного управління у сфері репродуктивного здоров'я, конкретизації ролі програм ДРТ як інструменту державної демографічної політики, а також у пропозиції концептуальної моделі пріоритетних управлінських напрямів у цій сфері. Запропоновано міждисциплінарну рамку аналізу, що поєднує категорії публічного управління, медичного права, біоетики та соціальної політики.

Практичне значення роботи полягає у сформульованих рекомендаціях для органів державної влади та місцевого самоврядування щодо удосконалення нормативно-правового регулювання, інституційного забезпечення, механізмів фінансування й моніторингу програм ДРТ в Україні. Результати дослідження можуть бути використані при розробленні проєктів законодавчих і підзаконних актів, галузевих стратегій, програм підтримки репродуктивного здоров'я населення, а також у навчальних курсах з публічного управління та медичного права.

Перспективи подальших наукових розвідок вбачаються у поглибленому емпіричному аналізі ефективності існуючих практик застосування ДРТ в Україні (на рівні окремих регіонів і закладів охорони здоров'я), дослідженні ставлення населення до ДРТ та чинників доступу до таких послуг, моделюванні соціально-економічних наслідків запровадження різних сценаріїв державної підтримки програм ДРТ, а також у вивченні етичних дилем і правозастосовних практик у контексті воєнного та післявоєнного відновлення країни.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що досягнута мета дослідження – систематизовано наукові підходи та обґрунтовано пріоритетні напрями розвитку публічного управління у сфері застосування програм допоміжних репродуктивних технологій в Україні. Поставлені у вступі завдання виконано, а здобуті результати створюють підґрунтя для подальшого наукового і практичного опрацювання проблематики публічного управління репродуктивним здоров'ям у контексті післявоєнної відбудови та довгострокової демографічної стабілізації держави.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Філіпова Н., Левчук Ю. Світові моделі системи охорони здоров'я, адаптація в Україні та вплив на тривалість життя // *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: право, публічне управління та адміністрування*. 2024. DOI: 10.54929/2786-5746-2024-11-02-07. URL: https://www.researchgate.net/publication/379177683_Svitovi_modeli_sistemi_ohoroni_zdorov'a_adaptacia_v_Ukraini_ta_vpliv_na_trivalist_zitta
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ // *Відомості Верховної Ради України*. 1992. № 47. Ст. 647. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.
3. Маркевич Ю. О. Еволюція теоретичних підходів до управління охороною здоров'я в системі економічної науки // *Академічні візії*. 2024. Вип. 38. DOI: 10.5281/zenodo.15353222. URL: <https://academy-vision.org/index.php/av/article/view/1861/1728>
4. Алькема В. Теоретико-методичні засади прийняття рішень в розбудові системи управління закладом охорони здоров'я // *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2025. Вип. 77. С. 186–193. DOI: 10.31732/2663-2209-2025-77-186-193. URL: <https://snku.krok.edu.ua/index.php/vcheni-zapiski-universitetu-krok/article/view/899>
5. Про удосконалення системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні : наказ МОЗ України від 29.11.2013 № 1030/102. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0225-14#Text>
6. Сердюк А. М., Полька Н. С., Медведовська Н. В., Стовбан І. В., Квач М. Д. Аналіз ініціатив нормативно-правового забезпечення формування, збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я // *Журнал Національної академії медичних наук України*. 2021. Т. 27, № 3. DOI: 10.37621/JNAMSU-2021-3-7. – URL: <https://journal.amnu.gov.ua/images/pdf/2021-27-3/27-3-7.pdf>

7. Порядок контролю якості медичної допомоги : наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 752 // *Офіційний вісник України*. 2012. № 76. Ст. 3067. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0486-13>
8. Про захист прав споживачів медичних послуг : Закон України від 15.01.2020 № 685-IX // *Відомості Верховної Ради України*. 2020. № 30. Ст. 225. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/685-20>
9. Гавриченко Д. Теоретичні підходи реформування механізмів публічного управління у сфері охорони здоров'я // *Публічне управління та регіональний розвиток*. 2022. № 1. С. 68–85. DOI: 10.34132/pard2022.15.03. URL: <https://pard.mk.ua/index.php/journal/article/download/285/240>
10. Батрин О. В. Адміністративно-правове забезпечення розвитку єдиного медичного інформаційного простору // *Вісник Кримінологічної асоціації України*. 2024. Т. 31. С. 354–366. DOI: 10.32631/vca.2024.1.29. URL: https://www.researchgate.net/publication/380454857_ADMINISTRATIVNO-PRAVOVE_ZABEZPECENNA_ROZVITKU_EDINOGO_MEDICNOGO_INFOMACIYNOGO_PROSTORU
11. Лесик О. В., Тодорова О. Л. Моделі управління якістю у системі охорони здоров'я: публічно-управлінський вимір // *Публічне управління та регіональний розвиток*. 2022. № 2. DOI: 10.32840/1813-3401.2022.2.2. URL: https://pa.stateandregions.zp.ua/archive/2_2022/2.pdf
12. Томак О. Вплив резильєнтності на прийняття управлінських рішень медичною службою ЗСУ в умовах ризику та невизначеності здоров'язбережувального простору // *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: право, публічне управління та адміністрування*. 2023. DOI: 10.54929/2786-5746-2023-7-02-05.
13. Банчук М. В. Теоретико-методологічні засади державного управління сферою охорони здоров'я // *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2016. № 3. URL: <https://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=953>

14. Шевчук Д. В., Запорожець Т. В., Васюк Н. О. Перспективні напрями розвитку державної політики щодо збереження репродуктивного здоров'я в Україні // *Український журнал «Здоров'я жінки»*. 2021. № 1(157). URL: <https://med-expert.com.ua/journals/wp-content/uploads/2022/01/08-1.pdf>
15. World Population Policies 2021. Policies related to fertility. New York : United Nations, 2021. URL: https://www.un.org.development.desa.pd/files/undesa_pd_2021_wpp-fertility_policies.pdf
16. World Population Policies 2015. ST/ESA/SER.A/374. URL: https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.developmentdesa.pd/files/documents/2020/Jan/un_2015_worldpopulationpolicies.pdf
17. Livi Bacci M. Mortality crises in a historical perspective: The European experience // *The Mortality Crisis in Transitional Economies* / eds. G. A. Cornia, R. Panizza. Oxford : Oxford University Press, 2020. P. 38–58.
18. Пугач Д. О. Допоміжні репродуктивні технології: співвідношення приватно-правових і публічно-правових засад // *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Юридичні науки»*. 2017. Вип. 2, т. 3. С. 112–117.
19. Захворювання репродуктивної сфери. URL: http://www.reprohealth.info/uk/for/men_and_women/diseases/infertility
20. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Що варто знати про репродуктивне здоров'я. 2020. URL: <https://www.phc.org.ua/news/scho-vartoznati-pro-reproduktivne-zdorovya>
21. Медведовська Н., Стовбан І. Вплив соціально-гігієнічних чинників ризику на формування розладів репродуктивного здоров'я в чоловіків // *Україна. Здоров'я нації*. 2023. № 2. С. 5–10. DOI: 10.32782/2077-6594/2023.2/01.
22. Бліхар М., Жаровська І., Комарницька І., Матківська П., Мервінська Ю. Захист репродуктивного здоров'я дітей: проблеми гендерної та вікової

дискримінації // *Репродуктивна ендокринологія*. 2023. № 69. С. 16–23. DOI: 10.18370/2309-4117.2023.69.16-23.

23. Сердюк А. М., Полька Н. С., Медведовська Н. В., Стовбан І. В., Квач М. Д. Аналіз ініціатив нормативно-правового забезпечення формування, збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я // *Журнал Національної академії медичних наук України*. 2021. Т. 27, № 3. DOI: 10.37621/JNAMSU-2021-3-7.

24. Моїсеєнко Р. О., Жилка Н. Я., Гойда Н. Г. та ін. Стан репродуктивного здоров'я жінок України // *Україна. Здоров'я нації*. 2023. № 1 (71). DOI: 10.32782/2077-6594/2023.1/09. URL: <https://journals.uzhnu.uz.ua/index.php/health/article/view/737/869>

25. United Nations Population Fund (UNFPA). Impact of COVID-19 on Family Planning: What we know one year into the pandemic. 2021. URL: <https://www.unfpa.org/resources/impact-covid-19-familyplanning-what-we-know-one-year-pandemic>

26. Семчук І. В., Кукель Г. С., Роледерс В. В. Впровадження нових підходів до управління закладами охорони здоров'я в умовах ринку // *Ефективна економіка*. 2020. № 5. DOI: 10.32702/2307-2105-2020.5.88. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=7910>

27. Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09.09.2013 № 787. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1697-13#Text>

28. Про державну реєстрацію (перереєстрацію) лікарських засобів (медичних імунобіологічних препаратів) та внесення змін до реєстраційних матеріалів : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 08.05.2025 № 787. URL: https://xn--h1adc2i.xn--j1amh/admin/upload/file/NPA%20and%20projects/dn_787_08052025.pdf

29. Суругатне материнство для іноземців в Україні. URL: <https://umj.com.ua/uk/publikatsia-128232-surogatne-materinstvo-dlya-inozemtsiv-v-ukrayini-zaboroniti-ne-mozhna-dozvoliti>
30. Уряд схвалив законопроект, який врегулює використання допоміжних репродуктивних технологій // Міністерство охорони здоров'я України. 21.08.2025. URL: <https://moz.gov.ua/uk/uryad-shvaliv-zakonoprojekt-yakij-vregulyuye-vikoristannya-dopomizhnih-reproduktivnih-tehnologij-drt>
31. Про державну реєстрацію (перереєстрацію) лікарських засобів (медичних імунобіологічних препаратів) та внесення змін до реєстраційних матеріалів : наказ МОЗ України від 03.10.2025 № 1516. URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-03-10-2025-1516-pro-derzhavnu-reyestraciyu-perereyestraciyu-likarskih-zasobiv-medichnih-imunobiologichnih-preparativ-ta-vnesennya-zmin-do-reyestracijnih-materialiv>
32. Правові новини у сфері медичного права: 01.09.2025 – 09.09.2025. – URL: <https://www.hsa.org.ua/blog/pravovi-novini-u-sferi-medicnogo-prava-01092025-09092025>
33. Суругатне материнство: нові правила гри для іноземців та українців? – URL: <https://life.pravda.com.ua/columns/surogatne-materinstvo-novi-pravila-gri-dlya-inozemciv-ta-ukrajinciv-310440/>
34. Калинюк Н. М., Кадобний Т. Б., Бучко А. Т. Право ембріона/плода на життя в контексті громадського здоров'я // *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2021. № 2. С. 74–78. DOI: 10.11603/1681-2786.2021.2.12385. URL: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/visnyk-gigieny/article/view/12385>
35. Право ембріона на життя. URL: <https://www.tdmu.edu.ua/medychna-akademia/>
36. United Nations. World Population Conference, Bucharest, 1974: Report. New York : United Nations, 1975.

37. Dixon-Mueller R. The sexuality connection in reproductive health // *Studies in Family Planning*. 1993. Vol. 24, No. 5. P. 269–282. DOI: 10.2307/2939234.
38. United Nations. Programme of Action of the International Conference on Population and Development. Cairo : United Nations, 1994. URL: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/ICPD_Programme_of_Action.pdf
39. Steptoe P. C., Edwards R. G. Birth after the reimplantation of a human embryo // *The Lancet*. 1978. Vol. 312, No. 8085. P. 366. DOI: 10.1016/S0140-6736(78)92957-4.
40. American Association for the Advancement of Science. Egg donor motivations studied in largest US survey // *EurekAlert!* 02.02.2023. URL: <https://www.eurekalert.org/news-releases/895168>
41. Infertility (Medical Procedures) Act 1984 (Vic). – Victoria, Australia (repealed; replaced by Assisted Reproductive Treatment Act 2008). See historical notes in: Department of Health (Victoria). Assisted reproductive treatment regulation. URL: <https://www.health.vic.gov.au/assisted-reproduction/assisted-reproductive-treatment-regulation>
42. Chambers G. M., Hoang V. P., Sullivan E. A. et al. The economic impact of assisted reproductive technology: a review of selected developed countries // *Fertility and Sterility*. 2009. Vol. 91, No. 6. P. 2281–2294. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2009.04.029.
43. National Health and Medical Research Council (NHMRC). Ethical guidelines on the use of assisted reproductive technology in clinical practice and research. Canberra, 2017 (current web ed. 2023). URL: <https://www.nhmrc.gov.au/file/18959/download>
44. Petersen K., Johnson M. H. SmARTest regulation? Comparing the regulatory structures for ART in the UK and Australia // *Reproductive Biomedicine Online*. 2007. Vol. 15, No. 2. P. 236–244. DOI: 10.1016/S1472-6483(10)60714-6.

45. Reproductive Technology Accreditation Committee (RTAC). Accreditation Standards for ART units. Sydney, 2022. // Fertility Society of Australia & New Zealand (FSANZ) – RTAC & Codes of Practice. URL: <https://www.fertilitysociety.com.au/art-regulation/rtac/>
46. Millbank J. New surrogacy laws in Australia: a critical analysis // *Journal of Law and Medicine*. 2012. Vol. 19, No. 4. P. 729–743; Millbank J. Rethinking “Commercial” Surrogacy in Australia // *Journal of Bioethical Inquiry*. 2014. Vol. 12. DOI: 10.1007/s11673-014-9557-9.
47. Sharma R., Biedenharn K. R., Fedor J. M. et al. Lifestyle factors and reproductive health: taking control of your fertility // *Reproductive Biology and Endocrinology*. 2013. Vol. 11. P. 66. DOI: 10.1186/1477-7827-11-66.
48. Cohen I. G. Inherited regulation: How existing laws shape governance of reproductive technologies // *Harvard Law Review*. 2018. Vol. 131, No. 6. P. 1650–1691.
49. Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988 (CLIA), 42 U.S.C. § 263a. URL: <https://uscode.house.gov/>
50. U.S. Food and Drug Administration (FDA). Human Cells, Tissues, and Cellular and Tissue-Based Products (HCT/Ps), 21 CFR Part 1271. URL: <https://www.ecfr.gov/current/title-21/chapter-I/subchapter-L/part-1271>
51. Fertility Clinic Success Rate and Certification Act of 1992 (FCSRCA), 42 U.S.C. § 263a-1. Overview: CDC ART policy page. URL: <https://www.cdc.gov/art/nass/policy.html>
52. Society for Assisted Reproductive Technology (SART). Clinic Validation Program. Birmingham, 2023. URL: <https://www.sart.org/>
53. American Society for Reproductive Medicine (ASRM). State laws related to infertility treatment. Washington, 2023. URL: <https://www.asrm.org/>

54. Federal Trade Commission (FTC). Guides Concerning Use of Endorsements and Testimonials in Advertising. Washington, 2009. URL: <https://www.ftc.gov>
55. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Provision of fertility services for women at increased risk of complications // *Fertility and Sterility*. 2022. Vol. 117, No. 2. P. 270–275. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2021.12.010.
56. Jain, T., Missmer, S. A., Kawwass, J. F., et al. Socioeconomic and racial disparities in access to assisted reproductive technologies in the United States // *Fertility and Sterility*. 2021. Vol. 115, No. 1. P. 12–18. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2020.07.008. URL: [https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(20\)32289-6/fulltext](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(20)32289-6/fulltext)
57. *Dobbs v. Jackson Women’s Health Organization*, 597 U.S. (2022). URL: https://www.supremecourt.gov/opinions/21pdf/19-1392_6j37.pdf
58. Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida // *Boletín Oficial del Estado*. 2006. No. 126. URL: <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/05/26/14>
59. Pavone V., Goven J. (eds.). *Bioeconomies: Life, Technology, and Capital in the 21st Century*. London : Palgrave Macmillan, 2017. DOI: 10.1057/978-1-137-53583-8.
60. Human Fertilisation and Embryology Act 1990. London : UK Parliament. URL: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1990/37/contents>
61. Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA). *Code of Practice*. 9th ed. London, 2023. URL: <https://www.hfea.gov.uk/code-of-practice/>
62. Irish Times. Rotunda IVF clinic suspends egg donation programme. 15.09.2020. URL: <https://www.irishtimes.com/>
63. Health Service Executive. *Fertility services report 2023–2024*. Dublin, 2023. 36 p. URL: <https://www.hse.ie/eng/about/who/acute-hospitals-division/woman-infants/national-fertility-services/fertility-services-report-2023-2024.pdf>

64. Department of Health (Ireland). General Scheme of the Assisted Human Reproduction Bill. Dublin, 2023. URL: <https://www.gov.ie/en/consultation/>
65. O'Neill K. The treatment of human embryos created through IVF: The U.S. and 15 selected countries – regulations. Charlotte Lozier Institute, 2023. URL: <https://lozierinstitute.org/the-treatment-of-human-embryos-created-through-ivf-the-u-s-and-15-selected-countries-regulations/>
66. Janssens P. M. W., Simons A. H. M., van Kooij R. J., Blokzijl E., Dunselman G. A. J. A new Dutch Law regulating provision of identifying information of donors to offspring: background, content and impact // *Human Reproduction*. 2006. Vol. 21, No. 4. P. 852–856. DOI: 10.1093/humrep/dei407.
67. Taupitz J. Legal Aspects of Research with Human Embryonic Stem Cells // *European Review*. 2017. Vol. 25, No. 1. P. 121–130. DOI: 10.1017/S1062798716000399.
68. Israeli Law Office. Surrogacy for same-sex couples in Israel. Law Office of Cohen, Decker, Pex & Brosh, 2023. URL: <https://lawoffice.org.il/en/surrogacy-for-same-sex-couples-in-israel/>
69. Chambers G. M. et al. The economic impact of assisted reproductive technology: a review of selected developed countries // *Fertility and Sterility*. 2009. Vol. 91, No. 6. P. 2281–2294. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2009.04.029.
70. Ishihara O. et al. Cost of assisted reproductive technologies in Japan // *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2007. Vol. 33, No. 3. P. 303–308.
71. Chambers, G. M., Hoang, V. P., Sullivan, E. A., et al. The economic impact of assisted reproductive technology: a review of selected developed countries // *Fertility and Sterility*. 2009. Vol. 91, No. 6. P. 2281–2294. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2009.04.029. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0015028209012643>.
72. Si Y., Tan T., Pu K., et al. Systematic review of the economic evaluation model of assisted reproductive technology // *Health Economics Review*. 2024. Vol. 14,

Art. 21. DOI: 10.1186/s13561-024-00509-3. URL: <https://healtheconomicsreview.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13561-024-00509-3>

73. Christiansen T., Riis J., Lauritsen J. G. et al. Costs of medically assisted reproduction treatment at a public fertility clinic in Denmark // *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2014. Vol. 93, No. 5. P. 454–461. DOI: 10.1111/aogs.12293. – URL: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.12293>

74. Belva F. et al. Single embryo transfer and the Belgian model // *Human Reproduction*. 2013. Vol. 28, No. 1. P. 1–5.

75. Schwer R. K., Wirt M. The economic impact of infertility treatment: a cost–benefit analysis // *Journal of Health Economics*. 2002. Vol. 21, No. 5. P. 811–826.

76. Inhorn M. C., Patrizio P. Rethinking reproductive “tourism” as reproductive “exile” // *Fertility and Sterility*. 2009. Vol. 92, No. 3. P. 904–906. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2009.01.055.

77. European Court of Human Rights. *Mennesson v. France*, no. 65192/11, Judgment of 26 June 2014. URL: <https://hudoc.echr.coe.int/>

78. Deomampo D. Transnational surrogacy and globalization of reproductive labor // *Signs: Journal of Women in Culture and Society*. 2016. Vol. 41, No. 2. P. 385–409. DOI: 10.1086/682918.

79. Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA). Donor conception: the law and your rights. London, 2023. URL: <https://www.hfea.gov.uk/donation/donor-conception/the-law-and-your-rights/>

80. «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій». Міністерство охорони здоров'я України. Наказ № 787 від 09.09.2013. URL: [https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-](https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-787)

ukraini-vid-09092013--787-pro-zatverdzhennja-porjadku-zastosuvannja-dopomizhnih-reproduktivnih-tehnologij

81. Lalos A. et al. Disclosure to children conceived by donor gametes: a follow-up study // *Human Reproduction*. 2002. Vol. 17, No. 12. P. 3240–3246.
82. Стратегія демографічного розвитку на 2015–2025 роки : затв. Указом Президента України від 15.10.2015 № 578/2015. Київ, 2015.
83. Гавриленко О. Репродуктивне здоров'я в Україні: між політикою та реальністю // *Соціальна політика та соціальна робота*. 2022. № 2. С. 45–58.
84. Українська асоціація репродуктивної медицини. Звіт про стан галузі ДРТ в Україні за 2022 рік. Київ, 2023.
85. Коваленко Л. І. Теорія державного управління : підручник. Київ : Знання, 2018. 320 с.
86. Мельник В. П. Публічне управління : навч. посіб. Київ : Алерта, 2019. 288 с.
87. Конституція України : прийнята 28 черв. 1996 р. // *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 30. Ст. 141.
88. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ // *Відомості Верховної Ради України*. 1992. № 47. Ст. 647.
89. Положення про Кабінет Міністрів України : затв. постановою КМУ від 22.02.2017 № 87 // *Офіційний вісник України*. 2017. № 18. Ст. 456.
90. Положення про Міністерство охорони здоров'я України : затв. постановою КМУ від 25.03.2015 № 267 // *Офіційний вісник України*. 2015. № 27. Ст. 678.
91. Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні : наказ МОЗ України від 09.09.2013 № 787 // *Офіційний вісник Міністерства охорони здоров'я України*. 2013. № 18. Ст. 56.

92. Про затвердження Порядку направлення жінок для проведення першого курсу лікування безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій за абсолютними показаннями за бюджетні кошти : наказ МОЗ України від 29.11.2004 № 579 // *Офіційний вісник Міністерства охорони здоров'я України*. 2004. № 15. Ст. 45.

93. Проект Закону про застосування допоміжних репродуктивних технологій та заміне материнство : № 6475-2 від 13.01.2022. Верховна Рада України. URL: https://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=72583

94. Про місцеві державні адміністрації : Закон України від 09.04.1999 № 586-XIV // *Відомості Верховної Ради України*. 1999. № 18. Ст. 133.

95. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII // *Відомості Верховної Ради України*. 1992. № 47. Ст. 647.

96. Міністерство охорони здоров'я України. Статистична інформація про вагітності в Україні за 2021–2022 роки. Київ, 2023.

97. Міністерство охорони здоров'я України. Інформаційний лист щодо змін у Загальноукраїнській державній програмі лікування безпліддя методами ДРТ на 2023 рік. Київ, 2023.

98. Інтерв'ю з представниками Клініки репродуктивних технологій НУОЗ ім. П. Л. Шупика. Київ, 2023.

99. Державна служба статистики України. Статистичний збірник «Охорона здоров'я України у 2019 році». Київ, 2020.

100. Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги : спільний наказ МОЗ та Мінрегіону від 28.12.2018 № 2550/345 // *Офіційний вісник Міністерства охорони здоров'я України*. 2019. № 2. Ст. 12.

101. Семигіна Т. Ю. Соціологія здоров'я : навч. посіб. Київ : Либідь, 2021. 304 с.

102. Nunes R., Nunes S., Rego G. A New Governance Model for Independent Regulatory Agencies // *Theoretical Economics Letters*. 2015. Vol. 5. P. 4–13. DOI: 10.4236/tel.2015.51002. URL: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=53345>
103. OECD. The Governance of Regulators. OECD Best Practice Principles for Regulatory Policy. Paris : OECD Publishing, 2014. DOI: 10.1787/9789264209015-en. URL: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2014/07/the-governance-of-regulators_g1g3fdb/9789264209015-en.pdf
104. OECD. Independent Regulatory and Oversight (Fourth-Branch) Institutions. International IDEA Constitution-Building Primer 19. 2019. DOI: 10.31752/idea.2019.27. URL: <https://www.oecd.org/governance/regulatory-policy>
105. Koop C., Lodge M. Exploring the co-ordination of economic regulation // *Journal of European Public Policy*. 2014. Vol. 21, No. 9. P. 1311–1329. DOI: 10.1080/13501763.2014.923023. URL: https://www.researchgate.net/publication/264090747_Exploring_the_Co-ordination_of_Economic_Regulation
106. Agrawal R., Burt E., Homburg R. Time-Line in HFEA Developments and Regulatory Challenges: 20 Years of Overseeing Fertility Practices and Research in the UK // *Journal of Obstetrics and Gynaecology of India*. 2013. Vol. 63, No. 6. P. 363–369. DOI: 10.1007/s13224-013-0494-z. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3889279/>
107. Independent review of the Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA): final report and recommendations. Corporate report. Published 23 November 2023. URL: <https://www.gov.uk/government/publications/human-fertilisation-and-embryology-authority-hfea-review-report/independent-review-of-the-human-fertilisation-and-embryology-authority-hfea-final-report-and-recommendations>
108. McDermott O., Ronan L., Butler M. A comparison of assisted human reproduction (AHR) regulation in Ireland with other developed countries //

Reproductive Health. 2022. Vol. 19, No. 1. P. 62. DOI: 10.1186/s12978-022-01359-0. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8898507/>

109. Blikhar M. M., Lychenko I. O., Oliinyk Y. S., Shchyrba M. Y. State legal regulation and patient autonomy in the field of reproductive health // *Reproductive Endocrinology*. 2025. № 1(76). C. 57–64. DOI: 10.18370/2309-4117.2025.76.57-64. URL: https://www.researchgate.net/publication/387599220_State_legal_regulation_and_patient_autonomy_in_the_field_of_reproductive_health

110. De Melo-Martín I. Assisted Reproductive Technology in Spain: Considering Women’s Interests // *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 2009. Vol. 18, No. 3. P. 228–235. DOI: 10.1017/S0963180109090379. URL: <https://resolve.cambridge.org/core/journals/cambridge-quarterly-of-healthcare-ethics/article/abs/assisted-reproductive-technology-in-spain-considering-womens-interests/790F665819304AFD3693E9A4A0C3D75C>

111. Alon I., Pinilla J. Assisted reproduction in Spain, outcome and socioeconomic determinants of access // *International Journal for Equity in Health*. 2021. Vol. 20. P. 156. DOI: 10.1186/s12939-021-01438-x. URL: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-021-01438-x>

112. Shoham Z., Weissman A., Yaron Y. Global Ethics in IVF: Harmonizing Regulation, Ensuring Access, and Governing Innovation // *Journal of IVF-Worldwide*. 2025. Vol. 3, No. 3. P. 62–80. DOI: 10.46989/001c.142396. URL: <https://jivfww.scholasticahq.com/article/142396>

113. Alkorta I. Women’s Rights in European Fertility Medicine Regulation // *Women’s Reproductive Rights. Women’s Rights in Europe Series*. London : Palgrave Macmillan, 2006. DOI: 10.1057/9780230554993_7.

114. Seiz M., Eremenko T., Salazar L. Socioeconomic differences in access to and use of Medically Assisted Reproduction (MAR) in a context of increasing childlessness. European Commission, Joint Research Centre. Seville, 2023.

JRC132097. URL: https://joint-research-centre.ec.europa.eu/system/files/2023-01/JRC132097_socioeconomic_differences_in_access_to_and_use_of_medically_assisted_reproduction.pdf

ДОДАТКИ

Сікора Ганна.¶
 магістрант Університету митної справи та фінансів¶
 (науковий керівник – Ковальов Віктор, к.н. держ. упр., доц.¶
 доцент кафедри публічного управління та митного адміністрування¶
 Університету митної справи та фінансів)¶

ЕЛЕКТРОННА СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (eHealth) ШЛЯХ ІННОВАЦІЙ¶

Формування сучасних підходів до регулювання репродуктивного здоров'я є результатом довготривалого історичного процесу, який набрав особливої інтенсивності у другій половині ХХ століття. У військовому періоді глобальна політика у сфері охорони здоров'я була спрямована переважно на контроль зростання населення, що відображало демографічні тривоги тих часів [1]. Однак з розвитком біомедицини науки, індустріалізацією та зміною соціокультурних норм акцент змістився від контролю над народжуваністю до забезпечення репродуктивних прав та здоров'я окремої особи [2]. Цей перехід став особливо помітним та пришвидшився, завдяки таким факторами, як поширення ВІЛ/СНІДу, зростання рівня безпліддя, а також стрімкий науково-технічний прогрес у галузі репродуктивної медицини.¶

Електронна система охорони здоров'я (eHealth) є однією з найважливіших реформ у сфері публічного управління охороною здоров'я в Україні, яка має потенціал кардинально змінити підхід до управління допоміжними репродуктивними технологіями. Її роль полягає не просто у цифровізації медичних карт, а у створенні нової парадигми управління, яка ґрунтується на даних, прозорості та ефективності. Ідея єдиного медичного інформаційного простору (ЄМП) пропонується як нова парадигма управління, що замінює традиційні бюрократичні механізми.¶

Центральною ланкою eHealth є Національна служба здоров'я України (НСЗУ), яка виступає адміністратором ЄМП. Центральна база даних НСЗУ містить критично важливі реєстри, які безпосередньо стосуються управління ДРТ. До них входять реєстри пацієнтів, медичних записів, рецептів, медичних висновків, а також реєстр суб'єктів господарювання в охороні здоров'я. Це створює можливість для державного регулювання та контролю за наданням послуг, включаючи вторинну та третинну допомогу, яка часто потребує застосування ДРТ. Обмін даними між закладами охорони здоров'я та державними органами (системами Мінсоцполітики, реєстрами платників податків, демографічним реєстром) через цей простір забезпечує комплексний аналіз медико-соціальних показників, що є ключовим для стратегічного планування [3].¶

Для управління ДРТ eHealth може використовуватися на кількох рівнях:¶

1. Внутрішнє управління закладу: Лікарі та медичний персонал отримують доступ до повної, об'єктивної медичної історії пацієнта, що зменшує ризики помилок, збільшує ефективність координації лікування та

дозволяє вести ефективний контроль за якістю. Це реалізує принцип системного підходу до управління якістю.¶

2. Державне регулювання та контроль: НСЗУ, маючи доступ до масиву даних, може в реальному часі моніторити фінансові потоки, перевіряти відповідність фактично наданих послуг заявленому обсягу, виявляти нецільове використання коштів та оцінювати ефективність програм, пов'язаних з репродуктивним здоров'ям.¶

3. Стратегічне планування: Дані з ЄМП можуть бути проаналізовані для визначення регіональних та національних потреб у ДРТ, виявлення епідеміологічних трендів (наприклад, поширеність безпліддя), оцінки ефективності вже застосованих технологій та формування науково обґрунтованих стратегій розвитку.¶

Проте, впровадження eHealth супроводжується серйозними викликами. Перш за все, це питання безпеки даних. Оскільки медична інформація, особливо пов'язана з ДРТ, є дуже чутливою, будь-які порушення конфіденційності можуть мати катастрофічні наслідки. Тому законодавство про захист персональних даних (№ 229-VI) має особливе значення. Необхідно забезпечити надійний захист від несанкціонованого доступу, кібератак та втрати даних. Поширеною проблемою є "технологічний оптимізм", коли очікування від системи перевищують реальну готовність до її впровадження. Експерти наголошують на ризик деперсоналізації медичної допомоги, коли зв'язок між лікарем та пацієнтом зникає через опосередкованість через екран [3]. Це особливо важливо для сфери ДРТ, де емоційна підтримка та довіра є ключовими компонентами успіху.¶

Крім того, успіх eHealth залежить від кваліфікації персоналу. Лікарі та медсестри повинні бути добре навчені працювати з новими системами, правильно вводити дані та аналізувати результати. Без цього система лишиться лише "електронною скринькою". Впровадження електронної системи державних закупівель "Прозорро" як механізму протидії корупції в медичній сфері також є частиною цієї трансформації, оскільки забезпечує прозорість фінансування закупівлі обладнання для ДРТ.¶

Таким чином, eHealth є стратегічним інструментом, який має потенціал революційно змінити управління ДРТ в Україні. Він дозволяє перейти від реактивного контролю до проактивного управління на основі даних. Однак його успіх залежить від успішного вирішення проблем безпеки, навчання персоналу та збереження пацієнтоцентричного підходу.¶

Список використаних джерел¶

- United Nations. World Population Conference, Bucharest, 1974: Report. New York: United Nations, 1975.¶
- Dixon-Mueller R. The sexuality connection in reproductive health. *Studies in Family Planning*. 1993;24(5):269–282. doi:10.2307/2939234.¶
- Батрин О.В. (2024). Адміністративно-правове забезпечення розвитку єдиного медичного інформаційного простору. Вісник Кримінологічної асоціації України. DOI: 31. 354-366. 10.32631/уа.2024.1.29. URL: <https://www.researchgate.net/publication/380454857>.¶

Міністерство освіти і науки України
Університет митної справи та фінансів



«СВІТОВИЙ ДОСВІД ПУБЛІЧНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЗОВНІШНЬОЕКОНОМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ: МИТНА БЕЗПЕКА ТА ПРОТИДІЯ КОРУПЦІЇ»

МАТЕРІАЛИ МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

16 травня 2025 р.



Funded by
the European Union

Дніпро

Міністерство освіти і науки України
Університет митної справи та фінансів

«СВІТОВИЙ ДОСВІД ПУБЛІЧНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЗОВНІШНЬОЕКОНОМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ: МИТНА БЕЗПЕКА ТА ПРОТИДІЯ КОРУПЦІЇ»

МАТЕРІАЛИ МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

16 травня 2025 рік

Дніпро

УДК:346.7+658:316.346.36(008)

Організатори конференції: Міністерство освіти і науки України,
Університет митної справи та фінансів

Склад редакційної групи: Бочаров Д. О., Приймаченко Д. В., Ченцов В. В.,
Антонова Л. В., Івашова Л. М., Комаров О. В.,
Разумей Г. Ю., Разумей М. М., Трескін Д. О.



Світовий досвід публічного регулювання зовнішньоекономічної діяльності: митна безпека та протидія корупції: матеріали міжнародної науково-практичної конференції (Дніпро, 16 травня 2025 р.): Дніпро: Університет митної справи та фінансів, 2025. 209 с.

ISBN

Матеріали науково-практичної конференції, які включені до збірника, присвячені інституційним змінам у регулюванні зовнішньої торгівлі в контексті забезпечення митної безпеки та в умовах інтеграції України до ЄС; досвіду європейських країн у подоланні корупції в державних органах валютного регулювання та в митних органах; ризик-менеджменту як інструменту забезпечення митної безпеки; а також імплементації відповідного досвіду ЄС в Україні.

Збірник матеріалів може зацікавити науковців, викладачів, аспірантів, студентів, а також фахівців у галузі управління, права, економіки та інформаційних технологій.

© Колектив авторів, 2025

ISBN © Університет митної справи та фінансів, 2025

ЗМІСТ

<i>Панель І. Публічне управління та регулювання ЗЕД в контексті забезпечення митної безпеки в умовах інтеграції України до ЄС</i>	7
Адресва К.М., Ковальов В.Г. Адаптація української митниці до вимог Євросоюзу	7
Бахтін Роман. Публічне управління та регулювання ЗЕД в контексті забезпечення митної безпеки в умовах інтеграції України до ЄС	9
Бучко І.С., Ковальов В.Г. Забезпечення митної безпеки в умовах інтеграції України до ЄС	11
Гранік Є.О. Інституційне посилення митного постаудиту як інструмент публічного управління у сфері ЗЕД в умовах євроінтеграції	13
Sotaka Magdalena. Strategy of energy policy in Poland: transformation, challenges, and perspectives	15
Жовнір Вікторія. Управління екологічною безпекою в контексті інтеграції України в ЄС	17
Заболоцька Є. Аналіз ефективності митних стратегій ЄС у забезпеченні безпеки кордонів	19
Карпенко К.С., Івашова Л.М. Розвиток митної служби у контексті забезпечення митної безпеки України	21
Квеляшвілі І.М. Інтеграція України до митного простору ЄС: стан забезпечення митних інтересів	24
Коман М.С. Державне регулювання банківської діяльності у сфері ЗЕД в контексті інтеграції України до ЄС: виклики та значення для забезпечення національної безпеки	27
Коновальчук І.С. Регулювання ринку агропродукції як елемент митної безпеки	30
Корнієв Р.В. Реформи у сфері управління митною політикою та ЗЕД у контексті євроінтеграції	33
Крицький Р.А. Цифрова трансформація: сучасний етап та проблема дефініцій	36
Крутько Д. Міграційні процеси і митна безпека: проблеми та шляхи їх вирішення	37
Кунтій С.М. Ключові компоненти інформаційних технологій у сфері публічного управління в Україні та в ЄС	40
Кухар В.І. Особливості професійної підготовки публічних службовців в умовах російсько-української війни	42
Ларін С. Сучасні інформаційні загрози в сфері публічного управління в умовах російсько-української війни	45
Magzuyak Ihor. Mechanisms of supporting tourism in the conditions of full-scale war in Ukraine	48
Місюрьов Д.М. Реформування політик та процедур інвестиційної діяльності державних органів України: досвід ЄС	51
Міщенко Д.А., Міщенко Л.О. Комунікаційні компетентності державних службовців в умовах інтеграції України до ЄС	53
Мусліовський І.М. Особливості управління людськими ресурсами на публічній службі в умовах російсько-української війни	55

Нешпа О.І. Штучний інтелект в судовій владі України та в країнах Європи: порівняльний аналіз суперечливих підходів	58
Русаachenko I.I. Algorithms of information technologies and systems in the customs security	61
Пляцук В.А. Посилення ролі митної діяльності у забезпеченні економічної безпеки держави в умовах інтеграції України до ЄС	63
Разгонов С.А., Черніков Д.О., Горуля М.М. Щодо деяких аспектів митної безпеки в Україні	66
Самборак М.С. Роль державно-приватного партнерства у забезпеченні продовольчої безпеки України в умовах поствоєнної відбудови	68
Сікора Г.І. Розвиток системи митної безпеки в умовах інтеграції України до ЄС	71
Титенко О. Державне регулювання ЗЕД в контексті забезпечення митної безпеки в умовах інтеграції України до ЄС	73
Федорів С.І. Розвиток експортного потенціалу креативних індустрій України в умовах воєнного стану	75
Шевченко Н.І. Особливості зовнішньоторгової політики ЄС, США та Китаю	78
Шмигель Д.Р. Зміст і складові елементи економічної безпеки підприємства	80
Шмигель К.Р. Свійкий розвиток бізнес структури як передумова економічної безпеки держави	82
<i>Панель 2. Запобігання та протидія корупції у державних інституціях з регулювання ЗЕД та в митних органах</i>	85
Автонова Л.В. Цифрова прозорість як фундамент протидії корупції	85
Абдуллаєв Вагіф Ахмед огли. Особливості боротьби з корупцією в Азербайджані	86
Багров К.В., Разумей Г.Ю. Розвиток кадрового потенціалу персоналу як метод запобігання та протидії корупції в митних органах	88
Васін Д. В., Шаповалов О. В. Цифровізація як інструмент протидії корупції у сфері ЗЕД та митному адмініструванні	91
Галіцина Вікторія, Ларіна Наталія. Ділова репутація посадової особи органу публічної влади як предмет інформаційно-комунікативного дослідження протидії корупції	93
Гнітецька М.С., Івашова Л.М. Взаємодія України з державами ЄС щодо боротьби з корупцією в системі державної служби	95
Гордіснюк Віталій. Інституційні особливості розвитку соціальних послуг у територіальних громадах України	97
Домбровська А.В. Проблеми запобігання та боротьби з корупцією в державних установах України, що регулюють ЗЕД	100
Зайцев В.О. Запобігання та протидія корупції у державних інституціях з регулювання ЗЕД та в митних органах	103
Захарчук А. Запобігання та протидія корупції у державних інституціях з	

регулювання ЗЕД та в митних органах	105
Kolishchenko Paulina. Corruption as a threat to corporate economic security in Poland	107
Kosse D.Yu. Сила цінностей: чому добросовісність стає ключем до стійкого майбутнього	109
Кошора М.С. Державна служба та служба в органах місцевого самоврядування в Україні: співвідношення та взаємозв'язок	110
Кравченко В.І. Роль держави у забезпеченні невідворотності відповідальності у механізмі протидії корупції	112
Ларіна Н., Швидка Л., Усольцева М. Формування медіаційної компетентності публічних службовців у контексті подолання корупції в Україні	114
Левченко Д.Ю. Цифрові інструменти протидії корупції у сфері ЗЕД: досвід ЄС для України	116
Макеєва К.О. Цифрові антикорупційні продукти: ProZorro, Є-декларації та Діа	117
Малышак А.С. Антикорупційний контроль у державній службі України на основі європейських практик	120
Марченко В.В. Проблеми запобігання та боротьби з корупцією в митних органах України	122
Mihus Iryna. Anti-corruption strategies in Estonia in the context of digitalization: trends, innovations, and results	125
Mihus Oleksandr. Detecting corruption in Poland: tools, methods, and policy frameworks	127
Молчанова А.В. Електронний документообіг як засіб протидії корупції в сфері ЗЕД та в митних органах	129
Orlyk Volodymyr. Medical support system of the armed forces of Ukraine: analysis of challenges and strategic directions for overcoming corruption	131
Писаренко В.П. Механізми участі громадськості в діяльності з протидії корупції в Україні та практика впровадження зарубіжного досвіду	134
Послушній І.Р. Запобігання та протидія корупції у державних інституціях з регулювання ЗЕД та в митних органах	138
Рижикова А.Р. Запобігання корупції в системі митної політики та економічної безпеки України	140
Сметана А.В. Цифрові антикорупційні продукти та їх ефективність: Dozorro та data.gov.ua	142
Сухарников В.І. Регулювання надання адміністративних послуг в межах реалізації антикорупційної програми уряду	145
Тестєдов О.А., Ковальов В.Г. Використання поліграфа як один з механізмів запобігання корупційних проявів	147
Фесенко В.В. Аудит добросовісності: європейський досвід і перспективи впровадження в Україні	149
Циглик Н.В., Суранов О.О. Компетентності державних службовців як інструмент зміцнення митної безпеки та запобігання корупції	153
Щурішев Я.А. Інституційні механізми запобігання корупції в митних	155

3.->Guide: Investment potential of public-private partnerships URL: <https://ukraineinvest.gov.ua/en/analytcs-research/guide-investment-potential-of-public-private-partnerships>¶

4.->Ukraine's Road to Recovery: A Strategic Moment for Dutch-Ukrainian Cooperation URL: <https://www.agroberichtenbuitenland.nl/actueel/nieuws/2025/05/22/ukraïnes-road-to-recovery-a-strategic-moment-for-dutch-ukrainian-cooperation>¶

5.->Development of Public-Private Partnerships in The Agrarian Sector of Ukraine: Digitalization as a Priority URL: <https://www.ijrte.org/wp-content/uploads/papers/v8i3c/C10461183C19.pdf>¶

6.->MIGA began to provide guarantees for the insurance of war risks from Trust Fund for the Support of Ukraine's Reconstruction and Economy URL: <https://me.gov.ua/News/Detail/b6974395-42e2-4a35-aae38b618c2f49a9?lang=enGB&title=MigaBeganToProvideGuaranteesForTheInsuranceOfWarRisksFromTrustFundForTheSupportOfUkrainesReconstructionAndEconomy>¶

¶
¶
Сікора Г.І. магістрантка групи ПУ24-1зм, Університет митної справи та фінансів, Дніпро, Україна¶
(науковий керівник – Ковальов В.Г., к.н. держ.упр., доц., кафедри публічного управління та митного адміністрування, Університету митної справи та фінансів, Дніпро, Україна)¶

РОЗВИТОК СИСТЕМИ МИТНОЇ БЕЗПЕКИ В УМОВАХ ІНТЕГРАЦІЇ УКРАЇНИ ДО ЄС¶

¶
Стратегічний курс обраний, вистражаний та постійно підтверджуваний в спротиві на агресію російської федерації, Україною на інтеграцію до Європейського Союзу визначає необхідність адаптації національного законодавства, що включає також і митне законодавство, до загальноєвропейських вимог та стандартів. Угода про асоціацію між Україною та ЄС є основним документом, що регулює співробітництво між сторонами у митній сфері та передбачає поступове наближення митного законодавства України до права ЄС, включаючи Митний кодекс ЄС. [1] Україна, в рамках цієї угоди, взяла на себе зобов'язання щодо імплементації значної частини положень Митного кодексу ЄС, що передбачає реформування митних процедур, митних режимів та підвищення вимог до митної безпеки, запровадження цілої низки процедур та заходів направлених на цифровізацію митної справи, тощо. Порівняльний аналіз митного законодавства України та ЄС показує значний прогрес у напрямку гармонізації, проте залишаються сфери, що потребують подальшого узгодження. [2] Вступ України до Митного союзу ЄС є стратегічною метою, досягнення якої потребує подальшої активної роботи з адаптації законодавства та запровадження європейських практик. Варто розуміти, що Україна займає

позицію не просто копіювати європейській досвід, а пропонує своє бачення розвитку митної справи, адже багато в чому не поступається, а інколи й випереджає пересічні європейські країни. ¶

Інтеграція України до ЄС ставить перед країною низку викликів у сфері розвитку системи забезпечення митної безпеки. Одним з ключових викликів є необхідність повного та якісного впровадження норм Митного кодексу ЄС, що вимагає значних зусиль з боку державних органів та бізнесу. Посилення боротьби з контрабандою та іншими формами митних правопорушень відповідно до європейських стандартів також є важливим завданням. Забезпечення ефективного контролю на митному кордоні з урахуванням високих вимог безпеки ЄС, підвищення рівня кваліфікації та добросовісності працівників митних органів, а також впровадження сучасних інформаційних технологій та систем управління ризиками є необхідними умовами для успішної інтеграції. ¶

Водночас інтеграція до ЄС відкриває нові перспективи для підвищення рівня митної безпеки в Україні. Залучення досвіду та експертної допомоги ЄС у реформуванні митної системи, впровадження кращих європейських практик у сфері митного контролю та оформлення, посилення міжнародного співробітництва з митними службами країн-членів ЄС, а також створення сприятливих умов для розвитку добросовісного бізнесу та авторизованих економічних операторів сприятимуть зміцненню митної безпеки України на якісно новому рівні. ¶

Ризик-орієнтована система митного контролю є сучасним підходом, що дозволяє оптимізувати використання ресурсів митних органів шляхом зосередження уваги на операціях з високим рівнем ризику. В Україні впровадження цієї системи регулюється Концепцією системи управління ризиками у митній службі України. Процес управління ризиками включає ідентифікацію, аналіз, оцінку та застосування заходів реагування на виявлені ризики, а також постійний моніторинг ефективності цих заходів. Ризик-орієнтована система дозволяє митним органам визначати форми та обсяги митного контролю, спрямовуючи зусилля на запобігання та виявлення порушень митного законодавства. [3] Подальше вдосконалення та ефективне застосування ризик-орієнтованої системи з урахуванням досвіду ЄС є важливим напрямом забезпечення митної безпеки України. ¶

Боротьба з митними правопорушеннями та контрабандою є одним з пріоритетних напрямів діяльності державних органів, відповідальних за забезпечення митної безпеки України. До основних видів митних правопорушень належать недекларування товарів, порушення митних режимів, ухилення від сплати митних платежів та контрабанда. Державна митна служба України у тісній співпраці з іншими правоохоронними органами здійснює комплекс заходів, спрямованих на запобігання, виявлення та припинення цих правопорушень. Вивчення досвіду країн-членів ЄС у сфері боротьби з митними правопорушеннями та його адаптація до українських реалій є важливим кроком на шляху євроінтеграції. Посилення співпраці з митними службами країн ЄС,

обмін інформацією та впровадження сучасних методів боротьби з контрабандою сприятимуть підвищенню ефективності протидії митним правопорушенням в Україні.¶

Список використаних джерел:¶

15. Положення Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом: URL: <https://oda.zht.gov.ua/main/mizhnarodna-sprivratsya/evropejska-integratsiya/polozhennya-ugody-pro-asotsiatsiyu-mizh-ukr/>.¶

16. Порівняльний аналіз законодавства про митні режими України та Європи: URL: <https://elar.navy.edu.ua/bitstreams/4926cedf-fb8b-4753-a777-aeb25dea448b/download>.¶

17. Разумей М. Аналіз ризиків у митній справі /- Університет митної справи та фінансів. URL: <http://biblio.umsf.dp.ua/jspui/bitstream/123456789/3508/>.-¶

¶
Гитенко О., студент магістратури, Університет митної справи та фінансів, м. Дніпро, Україна¶

ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ ЗЕД В КОНТЕКСТІ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МІТНОЇ БЕЗПЕКИ В УМОВАХ ІНТЕГРАЦІЇ УКРАЇНИ ДО ЄС¶

Інтеграція України до Європейського Союзу є складним і багатограним процесом, що охоплює різні аспекти державної політики, включаючи митну безпеку. Угода про асоціацію між Україною та ЄС передбачає поступову адаптацію українського законодавства до європейських норм і стандартів, що охоплюють митну політику; боротьбу з незаконною торгівлею; фінансовими злочинами та корупцією.¶

Митна безпека виступає ключовим елементом державного регулювання зовнішньоекономічної діяльності (ЗЕД), оскільки вона забезпечує контроль за переміщенням товарів і послуг, захист державних кордонів, а також сприяє прозорості та ефективності міжнародної торгівлі. У цьому контексті публічне управління є важливим інструментом, що дозволяє інтегрувати сучасні європейські підходи у систему національної безпеки та економічної стабільності.¶

Забезпечення митної безпеки є важливим фактором у процесі євроінтеграції України. Це включає адаптацію законодавчих і інституційних механізмів до стандартів Європейського Союзу. Одним із основних інструментів є Єдиний митний кодекс ЄС (Union Customs Code, UCC), який встановлює єдині правила та процедури для всіх країн-членів [1].¶

Імплементация положень UCC в Україні сприяє:¶

- → гармонізації митних процедур;¶
- → посиленню прозорості та ефективності митного контролю;¶
- → зменшенню можливостей для корупції та інших правопорушень.¶

Важливу роль у цьому процесі відіграють автоматизовані системи аналізу ризиків (CRMS), що дозволяють ідентифікувати потенційні загрози ще до того,

як вантажі потрапляють на територію країни. Використання електронних декларацій забезпечує спрощення обміну інформацією між митними органами та бізнесом, що мінімізує людський фактор і сприяє оперативному прийняттю рішень.¶

Адаптація українського законодавства до європейських стандартів, зокрема впровадження принципів UCC. Це включає зміну нормативних актів, що регулюють митний контроль, і впровадження правових механізмів для боротьби з корупцією. Реформування митних органів із метою підвищення їх прозорості та ефективності. Важливим аспектом є створення інтегрованих структур, здатних ефективно взаємодіяти з європейськими інституціями [1].¶

Інтеграція цифрових технологій, таких як блокчейн для відстеження товарів; автоматизовані системи контролю та аналізу ризиків; а також використання штучного інтелекту для прогнозування та виявлення незаконної діяльності. Організація навчальних програм для підготовки кадрів, здатних працювати в умовах сучасного технологічного середовища та відповідно до міжнародних стандартів [2].¶

Міжнародна взаємодія є ключовим елементом забезпечення митної безпеки. Україна активно співпрацює з європейськими та міжнародними організаціями, зокрема: європол (обмін інформацією про транскордонну злочинність); інтерпол (спільні операції для виявлення злочинних схем); всесвітня митна організація (WCO): участь у розробці глобальних стандартів митного контролю [2].¶

Завдяки цим ініціативам Україна посилює свій потенціал у боротьбі з незаконною торгівлею, фінансовими злочинами та контрабандою.¶

Технологічний прогрес сприяє зміцненню митної безпеки. Зокрема, використання:¶

- → штучного інтелекту для аналізу великих обсягів даних та виявлення підозрілих транзакцій.¶
- → сканування контейнерів для швидкої перевірки вантажів на наявність заборонених предметів.¶
- → системи GPS та блокчейн: для відстеження руху товарів у режимі реального часу [3].¶

Ці інновації забезпечують не лише прозорість, але й підвищують довіру до митних органів як з боку бізнесу, так і громадян.¶

Незважаючи на прогрес, Україна стикається з низкою проблем: недостатня технічна оснащеність митних органів; високий рівень корупції; нерівномірність ресурсного забезпечення на регіональному рівні [4;5;6;7;8].¶

Перспективи розвитку включають: подальшу автоматизацію митних процедур; посилення співпраці з країнами ЄС у рамках інтеграційних проєктів; створення єдиного інформаційного простору для обміну даними про ЗЕД.¶

Забезпечення митної безпеки в умовах інтеграції України до ЄС є важливим фактором економічної стабільності та захисту національних інтересів. Впровадження європейських стандартів, посилення міжнародної