

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра адміністративного, господарського права та фінансово-
економічної безпеки

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА
зі спеціальності 081 «Право»

**Тема: «Правове регулювання допоміжних репродуктивних технологій в
Україні»**

Завідувач кафедри _____ д.ю.н. Гаруст Ю.В.
(підпис)

Керівник проекту _____ д.ю.н. Куліш А.М.
(підпис)

Виконавець

студентка групи Ю.мз-91с _____ Якущенко Ю.М.
(підпис)

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1 ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНОВЛЕННЯ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ.....	9
1.1 Історія виникнення та розвитку допоміжних репродуктивних технологій. Еволюція їх правового регулювання	9
1.2 Поняття та види допоміжних репродуктивних технологій	18
1.3 Морально-етичні аспекти допоміжних репродуктивних технологій. Права людини, пов'язані із застосуванням допоміжних репродуктивних технологій	29
РОЗДІЛ 2 ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В УКРАЇНІ	46
2.1 Сучасний стан правового регулювання допоміжних репродуктивних технологій в Україні	46
2.2 Договір про здійснення допоміжних репродуктивних технологій методом сурогатного материнства.....	65
РОЗДІЛ 3 ВДОСКОНАЛЕННЯ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В УКРАЇНІ.....	73
3.1 Зарубіжний досвід правового регулювання допоміжних репродуктивних технологій	73
3.2 Напрямки вдосконалення правового регулювання допоміжних репродуктивних технологій в Україні	89
ВИСНОВКИ.....	94
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	99

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ДРТ – Допоміжні репродуктивні технології

ЕКЗ – Екстракорпоральне запліднення

ПГД – передімплантаційна генетична діагностика

СК – Сімейний кодекс України

ЦК – Цивільний кодекс

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

ЗУ – Закон України

ВМА – Всесвітня медична асоціація

ООН – Організація Об'єднаних Націй

КПР – Конвенція Організації Об'єднаних Націй Про права дитини

ст. – стаття

ч. – частина

п. – пункт

ВСТУП

Актуальність теми. Конституцією України закріплено норму, яка визнає права людини, її життя та здоров'я, честь і гідність, власне саму людину найвищою соціальною цінністю в державі. Безпосередньо забезпечення та реалізація гарантій захисту прав, свобод та законних інтересів людини і громадянина є однією з пріоритетних функцій правової та соціальної держави та є її обов'язком.

Одним із основних та важливих природних прав людей є репродуктивне право, що може реалізовуватися різними способами, забезпеченими законодавцем. Власне даний вид прав реалізується через батьківство. Проте, на жаль, часто бувають випадки, коли можливості реалізувати дане право перешкоджають медичні причини, а саме безпліддя.

Питання безпліддя є актуальним в усьому світі. Завдяки активному технологічному прогресу в сфері медицини лікарі поповнюють свій арсенал засобів лікування безпліддя різними методиками лікування. Такі методики мають назву допоміжні репродуктивні технології та дають можливість реалізувати право на батьківство.

Спеціалізовані медичні заклади в Україні активно використовують допоміжні репродуктивні технології в практиці лікування безпліддя. Для того, щоб краще пізнати сутність правовідносин у даній сфері, а також визначити особливості правового регулювання сфери застосування допоміжних репродуктивних технологій, необхідно дослідити широку наукову базу. Наявність великої кількості досліджень в сфері права стосовно цього питання, напрацювань про особливості, основні засади та механізми застосування допоміжних репродуктивних технологій з контексту права активно сприятимуть дослідженню встановленої проблематики.

Стан наукової розробки. Певні аспекти досліджуваної теми знайшли своє відображення у роботах вітчизняних та закордонних вчених, а саме аналіз еволюції правового регулювання допоміжних репродуктивних технологій:

Чистякова І.М., Айвар Л. К., Басай Н. М., Хміль С. В., Світнев К. М., Омбелет В. (Ombelet W), Камел Р. М. (Kamel R. M.), Джонсон Л. (Johnson L.).

Питання класифікації допоміжних репродуктивних технологій, їх морально-етичні проблеми, а також права людини, пов'язані з допоміжними репродуктивними технологіями розглядалися такими вченими, як Пугач Д. О., Головащук А. П., Полховська І. К., Аблятіпова Н. А., Чеховська І. В., Таланов Ю. Ю., Інхорн М. К. (Inhorn M. C.), Пеннінгс Г. (Pennings G.).

Питання щодо правового регулювання допоміжних репродуктивних технологій, а також порівняння його з закордонним досвідом досліджують: Басай Н. М., Козіна П. Ю., Пугач Д. О., Головащук А. П., Оніщенко О. В., Сопель М. В., Чистякова І. М., Мартинюк Л. П., Федорченко Н. В., Пеннінгс Г. (Pennings G.), Хеммонд К. (Hammond K.), Ротман Х. (Rothmar H.), Арвідссон (Arvidsson A.).

Питанню правової природи договору сурогатного материнства, його істотних умов, суб'єктів, правових аспектів присвятили праці: Головащук А. П., Булеца С. Б., Вонсович Х. І, Коренга Ю. В., Федорченко Н. В., Розгон О.В., Залесне Д. (Zalesne D.).

Таким чином, на сьогодні існує значна кількість наукових праць, які так чи інакше досліджують питання регулювання допоміжних репродуктивних технологій.

Мета і завдання дослідження. Метою кваліфікаційної роботи є здійснення аналізу правового регулювання допоміжних репродуктивних технологій в Україні, а також розробка пропозицій стосовно його вдосконалення за допомогою використання зарубіжного досвіду.

Задля досягнення поставленої мети були розроблені наступні завдання:

- дослідити історію виникнення допоміжних репродуктивних технологій як в Україні, так і закордоном;
- проаналізувати морально-етичні проблеми, які виникають у зв'язку із застосуванням допоміжних репродуктивних технологій, а також права людини, пов'язані із використанням методик ДРТ;

- проаналізувати визначення методик допоміжних репродуктивних технологій, з'ясувати їх види, розглянути види сурогатного материнства;
- ознайомитися з законодавчими актами, що регулюють допоміжні репродуктивні технології в Україні;
- дослідити правову природу договору сурогатного материнства та його істотні умови, визначити права та обов'язки сторін, відповідальність за порушення умов договору;
- проаналізувати правове регулювання допоміжних репродуктивних технологій в зарубіжних країнах;
- запропонувати шляхи покращення правового регулювання у сфері застосування допоміжних репродуктивних технологій.

Об'єктом дослідження є суспільні відносини, що виникають у результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій.

Предметом дослідження є правове регулювання допоміжних репродуктивних технологій в Україні.

Методологія дослідження. Методи були обрані з урахуванням мети та задач кваліфікаційної роботи, її об'єкта і предмета. В процесі дослідження були використані загальнонаукові, загальнофілософські, загальнологічні та юридичні методи пізнання.

При використанні діалектного методу було встановлено історію виникнення та розвитку допоміжних репродуктивних технологій в цілому.

При тлумаченні понять визначенні їх значення був застосований формально-юридичний метод, а також метод узагальнення. Для дослідження видів допоміжних репродуктивних технологій використовувались методи аналізу та опису.

Регулювання допоміжних репродуктивних технологій в Україні було досліджено за допомогою аналітичного методу.

Використовуючи формально-юридичний метод було досліджено правову природу угоди сурогатного материнства як одного із видів допоміжних

репродуктивних технологій, роль цього договору в системі інших договорів встановлювалася за використання системного методу наукового пізнання, спеціально-юридичного та методу узагальнення.

Зарубіжний досвід правового регулювання допоміжних репродуктивних технологій, а також встановлення спільних рис з вітчизняним законодавством визначалося за використання порівняльно-правового методу.

Наукова новизна отриманих результатів дослідження зазначається у наступних висновках та пропозиціях:

- досліджено становлення та розвиток допоміжних репродуктивних технологій від початку і до сьогодення;
- встановлено морально-етичні проблеми допоміжних репродуктивних технологій, які впливають на їх правове регулювання у світі;
- визначено права людини, що пов'язані з використанням допоміжних репродуктивних технологій;
- досліджено законодавчі акти, що регулюють допоміжні репродуктивні технології та встановлено необхідність їх оновлення;
- встановлено правову природу договору сурогатного материнства, за якою він є подібним до договору про надання послуг;
- досліджено правове регулювання допоміжних репродуктивних технологій у Великобританії, США, Іспанії, Швеції, Російській Федерації, Франції, Німеччині тощо.
- запропоновано удосконалення вітчизняного законодавства, у тому числі шляхом запозичення закордонного досвіду.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що пропозиції та рекомендації, зроблені у даній кваліфікаційній роботі можуть бути використані для подальших наукових досліджень, а також для вдосконалення законодавства.

Достовірність висновків, пропозицій та рекомендацій підтверджується їх апробацією у вигляді публікацій у наукових фахових виданнях, обговоренням на науково-практичних конференціях.

Апробація результатів дослідження

1. Якущенко Ю. М. Адміністративно-правовий захист прав дітей, народжених у результаті застосування сурогатного материнства. *Реформування правової системи в контексті євроінтеграційних процесів* [Текст]: матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф., м. Суми, 21–22 травня 2020 р. Суми: СумДУ, 2020. С. 219-223.

2. Oleg M. Reznik, Yuliia M. Yakushchenko (2020). Legal Considerations Surrounding Surrogacy in Ukraine. *Wiadomości Lekarskie*, LXXIII, 5 :1048-1052. DOI: 10.36740/WLek202005139.

3. Ю. М. Якущенко. Еволюція сурогатного материнства: правовий аспект. *Правові горизонти*. 2020. № 21(34). С. 41-46.

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота магістра визначена її метою, завданнями, об'єктом і предметом дослідження та складається зі вступу, трьох розділів з підрозділами, висновків, списку використаних джерел. Загальний обсяг становить 115 сторінок. Список використаних джерел включає 168 найменувань і розміщений на 16 сторінках.

РОЗДІЛ 1 ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНОВЛЕННЯ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ

1.1 Історія виникнення та розвитку допоміжних репродуктивних технологій. Еволюція їх правового регулювання

Технологічні досягнення у галузі репродуктивної медицини останнього десятиліття значно розширили спектр допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) та підвищили їх ефективність. Проте, на відміну від інтенсивного розвитку цих методів подолання безпліддя, законодавство та державна політика розвиваються значно повільніше і не можуть забезпечити відсутність зловживань та порушень прав людини у цій сфері. Хоча досягнення в галузі репродуктивної медицини подарували багатьом безплідним людям надію на народження дитини, наслідки застосування нових процедур і методів не завжди бувають позитивними. Доволі часто використання методів ДРТ, особливо сурогатного материнства, породжує етичні, правові та соціальні проблеми.

Для того, щоб краще зрозуміти природу правового регулювання методів ДРТ необхідно розглянути усі їх аспекти та правові наслідки. Доцільно почати розгляд даного питання в контексті еволюції правового регулювання ДРТ як у світі загалом, так і в Україні зокрема.

Події, що ведуть до широкого використання методів ДРТ в сьогоденній час, можна прослідкувати до наукових досліджень і експериментів, які відбувалися багато століть назад.

Що стосується різноманітності методів ДРТ, то в стародавні часи таких можливостей, звісно, не існувало з причини відсутності сучасних технологій. Проте використання сурогатного материнства шляхом природної інсемінації, яке є одним із видів ДРТ, було відносно розповсюдженим явищем [1, с. 153].

Перші згадки про сурогатне материнство можна знайти у Старому Завіті (Буття 16: 1-15). Дружина Аврама, Сара, будучи безплідною, запросила свою

служницю Агар, яка завагітніла та виносила дитину Авраама. Історія в різних країнах знає чимало випадків, коли рабині або наложниці ставали сурогатними матерями [2, с. 23].

У Стародавньому Єгипті фараони використовували наложниць для народження спадкоємців чоловічої статі. Таких дітей вважали дітьми фараона, але їх права були доволі обмеженими. Вони підіймалися на трон лише за умови відсутності більш законних спадкоємців. Традиційне сурогатне материнство було також поширене у Стародавній Греції та Римі [3, с. 150]. З часів Стародавнього Риму зберігся запис, відомий як *Laudatio Turiae* (1 століття до н.е.), що описує сурогатне материнство як «розумний засіб» для подолання бездітності [4].

Варто згадати, що існують також згадки про те, що американські індіанці також користувалися послугами сурогатних матерів до початку 1899-х років. У разі якщо жінка не могла завагітніти, її чоловік мав звернутися до вождя свого племені, який давав чоловіку дозвіл звернутися до лікаря. Якщо лікування не допомагало, чоловік повертався до вождя, який дозволяв, щоб інша жінка народила дитину цьому чоловіку, і таким чином, він зміг продовжити свій рід [5].

Отже, що стосується сурогатного материнства як одного із видів ДРТ, то можна погодитися з думкою Л. К. Айвар, що аналіз питання застосування сурогатного материнства крізь призму історії свідчить про те що люди завжди намагалися знайти шлях подолати безпліддя і продовжити свій рід [6]. Проте в давні часи запліднення «природним шляхом» було єдиним варіантом сурогатного материнства. Його застосування завжди було суперечливим питанням і «табу» темою в більшості випадків, але бажання мати дитину та продовжити рід часто превалювало над моральними та етичними аспектами цієї практики. В той період часу сурогатне материнство регулювалося звичаями та нормами моралі, що панували в суспільстві на той час, але відомі також спроби регулювати цю практику на рівні законів [7, с. 43].

Першим юридичним документом, який регулював сурогатне материнство, був Кодекс законів царя Хаммурапі (1780 р. до н.е.). Цей документ підтверджує,

що традиційне сурогатне материнство існувало в шумерській Месопотамії в середині 18 століття до нашої ери і було доволі розповсюдженим явищем. Воно було законодавчо закріплене в Кодексі Хаммурапі і здійснювалося на законних підставах – “§145. Якщо чоловік візьме шлюб із безплідною жінкою, вона не народить йому дітей, і він захоче взяти собі наложницю, цей чоловік може взяти собі наложницю і ввести її в свій дім; цю наложницю не слід прирівнювати до дружини” [8].

До впровадження сучасних допоміжних репродуктивних технологій, «традиційне або часткове сурогатне материнство», коли сурогатна мати була генетичною матір'ю дитини, було варіантом стати матір'ю для жінок без матки чи серйозними патологіями, які унеможлилювали виношування і народження дитини.

Поштовхом до розвитку ДРТ стало винайдення штучного запліднення. Перший дослід був проведений природодослідником і священником Ладзаро Спалланцані в Італії в кінці XVIII століття на собаках [9, с. 138].

Штучне запліднення має давню історію. Повідомляється, що єврейські мислителі в третьому столітті обговорювали можливість штучного запліднення людини. Є відомості про те, що араби практикували штучне запліднення коней в 14 столітті [10, с. 2].

Перше задокументоване застосування штучного запліднення людини було здійснено в Лондоні у 1770-х роках Джоном Хантером. У 1899 році перші спроби розробки практичних методів штучного запліднення, які використовуються в сучасній медицині, були описані Іллею Івановим, який досліджував штучне запліднення сільськогосподарських тварин, собак, кроликів. Штучне запліднення використовували для запліднення сурогатної матері спермою чоловіка, що планує стати батьком. Цей варіант був соціально прийнятний в порівнянні з сурогатним материнством, де запліднення відбувалося «природним шляхом» [9, с. 138–139].

Історія екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) починається з 1890-х років, коли Уолтер Хіп (Walter Heape), професор Кембриджського університету,

повідомив про перший випадок трансплантації ембріона кролика. У 1948 році Міріам Менкен (Miriam Menken) і Джон Рок (John Rock) вдалося отримати понад 800 ооцитів. Однак тільки в 1959 році молодий китайський репродуктивний біолог Мін Чу Чанг (Min Chueh Chang) отримав незаперечні докази екстракорпорального запліднення, коли вперше у білого кролика народився живий кролик з використанням яйцеклітини і сперми чорних кроликів. Перша вагітність у результаті застосування ЕКЗ у людини була зафіксована в 1973 році професорами Карлом Вудом і Джоном Літоніт в Мельбурні. На жаль, ця історія закінчилася ранньою смертю ембріона (менш ніж за тиждень) [11, с. 97].

Грегори Пінкус (Gregory Pincus) був першим, хто опублікував звіти про успішне здійснення ЕКЗ у ссавців в середині 1930-х років. Він разом з іншими вченими згодом став експертом в області ЕКЗ у ссавців, проклавши шлях до успішного використання ЕКЗ у людей у Великобританії в 1978 році [12, с. 129].

Основоположниками сучасного методу запліднення *in vitro* є британські вчені – біолог (ембріолог) Р. Едвардс (Robert Edwards) та акушер-гінеколог П. Степто (Patrick Steptoe). Вони в 1978 р. першими успішно провели ЕКЗ пацієнтки Леслі Браун з абсолютним трубним фактором безпліддя, в результаті якої у неї народилася дочка Луїза [13]. Ембріолог Роберт Едвардс отримав Нобелівську премію з медицини та фізіології в 2010 році терапії за визначні досягнення в розробці штучного запліднення [14, с. 245].

З середини 80-х років 20-го століття почали стрімко розвиватися нові методики ДРТ. Народження першої дитини, зачатої від донорської яйцеклітини, відбулося в Австралії в 1984 році. Ця подія відкрила нову еру можливостей для лікування безпліддя [15]. У 1985 році настала перша вагітність за допомогою ЕКЗ з використанням черезшкірної аспірації сперміїв із придатка яєчка (PESA) [16, с. 120]. В 1986 році Пол Деврої (Paul Devroey) і його колеги повідомили про першу успішну вагітність після перенесення зиготи до фаллопієвої труби (ZIFT) [17, с. 246]. Пряма внутрішньочеревна інсемінація (DIPI) була також вперше проведено в 1986 р. [18, с. 440].

5 липня 1996 року народилася Доллі, перша клонована тварина. Ця вівця була створена ембріологом Яном Вільмутом (Ian Wilmut) в Шотландії з генетичного матеріалу клітини вимені шестирічної вівці. Хоча Вільмут характеризував клонування людей негативно він заявив, що «в принципі відсутні причини, які б його технологічно унеможливили». 13 квітня 1998 р. Доллі народила Бонні, продемонструвавши, що, попри своє незвичайне походження, вона все ще може давати потомство [10, с. 3-4].

Історично сталося так, що питання продовження роду було в основному приватною справою, що залишалася поза увагою влади і поза досяжністю держави. Проте, держава знову і знову поширювали свою владу на репродуктивну сферу, визначаючи, наприклад, незаконність певних народжень або незаконність певних способів контролю над народжуваністю. Навіть в Сполучених Штатах, де нібито панує недоторканність приватного життя, уряди штатів традиційно опікувалися такими інтимних питаннями, як шлюб, контрацепція та аборти. Таким чином, втручається в репродуктивну медицину в двох різних іпостасях: як арбітр продовження роду і як регулюючий орган в галузі охорони здоров'я [19, с. 531]. Отже, хоча регулювання ДРТ іноді описується як нове явище, втручання держави в репродуктивну сферу людини має свою довгу історію. Наприклад, в різних країнах давно діють закони, що стосуються шлюбів і розлучень, контрацепції, усиновлення та абортів.

Першу у світі агенцію, яка надавала послуги з сурогатного материнства, заснував Мічиганський адвокат Ноел Кін, в 1976 році. Перші програми були виключно «традиційними». До 1988 року завдяки цій агенції на світ з'явилося 302 немовля. З цією агенцією пов'язано ознаменування нового етапу розвитку правового регулювання сурогатного материнства – була укладена перша угода про комерційне сурогатне материнство. Вона передбачала здійснення програми традиційного сурогатного материнства між сурогатною матір'ю, яка водночас була і генетичною матір'ю, та потенційними батьками [20].

Перша в світі дитина за програмою повного сурогатного материнства народилася в США в 1986 р. Сурогатна виносила дитину для безплідної пари,

генетичний матеріал якої використовувався при зачатті [21]. Це був перший випадок застосування гестаційного сурогатного материнства, при якому сурогатна мати не мала генетичного зв'язку з дитиною, яку вона виношувала і народила.

В історії також стали зустрічатися випадки, коли сурогатною матір'ю ставала близька родичка безплідної жінки. Перша сурогатна програма серед родичів була реалізована в Південно-Африканській республіці в 1987 році. Сурогатною матір'ю для своєї дочки, якій після перших пологів видалили матку, стала 48-річна Патрісія Антоні. Жінка успішно виносила і народила трьох власних онуків [22, с. 45]. Ця форма сурогатного материнства отримала назву «альтруїстичне», оскільки, на відміну від комерційної форми, сурогатна мати не отримувала грошової компенсації за свої послуги, а робила жест доброї волі, керуючись намірами допомогти безплідній парі.

В 1980 році була здійснена перша у світі успішна скоординована програма сурогатного материнства. Вона була проведена у США компанією Surrogate Parenting Associates, Inc., заснованою доктором Річардом М. Левінім у Луїсвіллі. Близько десяти місяців тривав процес обстежень та погодження необхідних юридичних документів. Сурогатна мати народила цілком здорову дитину, і через п'ять днів офіційно, в місцевому суді, відмовилася від усіх прав на новонароджену дитину на користь біологічного батька [23, с.83].

Варто згадати прецедентні випадки з історії сурогатного материнства, які привели до перших значних спроб законодавчо врегулювати відносини у цій сфері. Найвідоміший випадок в історії сурогатного материнства – це справа «Baby M.», що стосується традиційного сурогатного материнства. Сурогатна мати Мері Бет Уайтхед після пологів і передачі дитини подружній парі Вільяму і Елізабет Штерн впала в післяпологову депресію. Згодом переживання сурогатної матері загострилися і вона вчинила спробу втекти з дитиною до Флориди. Пані Уайтхед подала апеляцію, стверджуючи, що договір повинен бути визнаний недійсним. Розв'язка цієї майже детективної історії наступила в суді, де постало питання: чи повинен закон враховувати почуття сурогатної

матері до дитини або ж в очах закону вона не більше ніж виконавець контракту? Верховний суд Нью-Джерсі заявив, що договір недійсний і суперечить закону і державній політиці штату. Суд заявив, що пані Уайтхед є матір'ю дитини і що її недоречно називали «сурогатною матір'ю». Вона була визнана законною матір'ю дитини, однак права опіки були передані пану Стерну відповідно до принципу якнайкращих інтересів дитини, а пані Уайтхед було надано право відвідування. Керуючись інтересами дитини, а не «замовників» або сурогатної матері, суд постановив визнати батьками Штернів (на користь цього рішення свідчив і нестійкий психічний стан сурогатної матері). Однак суд також пішов на компроміс і надав міс Уайтхед право на спілкування з дитиною. Варто зауважити, що суд розглянув важливе юридичне питання: чи є договір сурогатного материнства договором в класичному розумінні і чи можливе його примусове виконання. Спочатку суд першої інстанції визнав таку логіку цілком законною, проте суд апеляційної інстанції Верховний Суд Нью-Джерсі рішення скасував, вказавши, що таке тлумачення означало б купівлю-продаж дитини, в зв'язку з чим договір сурогатного материнства не може бути виконаний примусово [24]. Цей випадок став значним переломним моментом в історії допоміжних репродуктивних технологій загалом і сурогатного материнства зокрема. Після розгляду цієї справи все більше фахівців схилилися до думки, що прийнятним може бути використання лише гестаційного сурогатного материнства, оскільки традиційне сурогатне материнство тягне за собою етичні та юридичні проблеми.

Лише через декілька років після справи «Baby M» у Каліфорнії в центрі уваги опинилася ще одна справа – справа «Джонсон проти Калверт». Рішення Верховного суду Каліфорнії у цій справі, прийняте у 1993 р., мало значний вплив на подальший розвиток правового регулювання сурогатного материнства. В цьому випадку було здійснено гестаційне сурогатне материнство. Сурогатна мати Анна Джонсон відмовилася передавати дитину генетичним батькам-замовникам Марку и Кріспіні Калверт, які в свою чергу подали на неї позов до суду. Верховний суд розглянув такі правові питання як: що означає бути рідною матір'ю дитини, якщо яйцеклітина не належить жінці, яка виношує плід, і, отже,

генетично не пов'язана з дитиною. Розглянувши справу Верховний суд рішенням від 20 травня 1993 року визнав матір'ю жінку, «яка мала намір народити та виховати дитину» [25]. Таким чином, суд вирішив, що якщо генетичний та гестаційний зв'язок між жінкою та дитиною не збігаються, генетичний зв'язок, що супроводжується наміром народити дитину, превалює.

Перший у світі законом про ДРТ (ЕКЗ) був прийнятий у штаті Вікторія в Австралії в 1984 році. Це був безпрецедентно суворий закон. Законодавство розглядалося як спосіб захисту суспільства і людей, які планують скористатися методом ЕКЗ. Вказаний закон дозволяв розвивати медичні технології у визначених етичних і правових рамках [26, с. 9].

Перший в світі закон, що регулює сурогатне материнство, був прийнятий у Сполученому Королівстві Великобританії та Північної Ірландії в 1985 році. Він передбачав заборону комерційного сурогатного материнства. Поштовхом до його прийняття стала гучна справа, що стосувалася транскордонного сурогатного материнства. Сурогатна мати Кім Коттон (громадянка Великобританії) народила немовля для шведської пари, яка проживала в США. Кім була традиційною сурогатною матір'ю, оскільки використовувалась її яйцеклітина і сперма потенційного батька. Справа обурила громадськість, яка заговорила про продаж немовлят, і викликала резонанс серед британських властей [27, с. 68].

Британський закон «Про запліднення людини і ембріологію», прийнятий у 1990 році, встановлює правові рамки щодо використання та досліджень ДРТ відповідно до ліцензії Управління із запліднення і ембріології людини (HFEA) [19, с. 533].

В Україні перша вдала спроба екстракорпорального запліднення була здійснена в Харкові у 1990 році [28, с. 3], а перша програма сурогатного материнства в Україні (і одночасно на території СНД) була реалізована у 1995 році в Харкові, де сурогатною матір'ю стала жінка, що виносила дитину своєї доньки, яка страждала природною відсутністю матки [23, с. 83].

Закон СРСР «Про внесення змін та доповнень до деяких законодавчих актів СРСР у питаннях, що стосуються жінок, сім'ї і дитинства» від 22 травня 1990 року, який доповнював ст. 17 «Основ законодавства Союзу РСР і союзних республік про шлюб і сім'ю» від 27 червня 1968 року частиною шостою: «Чоловік, який дав згоду на штучне запліднення своєї дружини з допомогою донора, записується батьком народженої нею дитини і не має права оспорювати зроблений запис» став одним із перших нормативно-правових актів, у якому йшлося про застосування методик ДРТ [29].

У 1992 році сурогатне материнство було закріплене на законодавчому рівні в Україні шляхом доповнення статті 56 Кодексу про шлюб та сім'ю України: «Дружина, яка дала письмову згоду своєму чоловіку на запліднення та народження дитини іншою жінкою (донором), записується матір'ю цієї дитини і не має права оспорювати проведений запис» [30].

Першим нормативним актом, в якому зустрічається термін «сурогатне материнство», став наказ Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України від 23 грудня 2008 року № 771 «Про затвердження Інструкції про порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій» [31]. Наразі чинним і єдиним нормативним актом, що детально регламентує застосування ДРТ, є наказ МОЗ України від 9 вересня 2013 року № 787 «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні» [32]. Наказ був прийнятий, щоб удосконалити правове регулювання сурогатного материнства: з'явилася норма про обов'язковий генетичний зв'язок майбутньої дитини з батьками (або одним із майбутніх батьків) та відсутність такого зв'язку із сурогатною матір'ю; було затверджено перелік документів, необхідних для проведення сурогатного материнства. Проте залишається низка невирішених питань, включаючи стосовно форми та змісту договору про сурогатне материнство, доступу іноземців до застосування сурогатного материнства та інші. Ці питання мають бути вирішені в найближчий час, щоб захистити всіх учасників програми сурогатного материнства, а особливо інтереси та права дитини, народженої за допомогою цього методу ДРТ [7, с. 45].

Подолання безпліддя завжди було актуальною проблемою. Традиційне сурогатне материнство, яку було відоме людству ще з давніх часів, стало першим рішенням цієї проблеми. Воно було спірною практикою, тому що сурогатна мати була генетичною матір'ю дитини. Застосування сурогатного материнства на цьому етапі в більшості випадків регулювалося звичаями та нормами моралі, пануючими в певному суспільстві чи групі. Однак здійснювалися спроби регулювати цю практику на рівні законів (Кодекс Хаммурапі). Новий етап розвитку науки з 17 століття до середини 20 століття в сфері штучної прокреації передував відкриттю методів ДРТ. Цей період характеризується активною діяльністю вчених та відсутністю спроб нормативного закріплення. Винайдення методу ЕКЗ змінило історію лікування безпліддя. У Великобританії в 1985 році з'являється перший у світі закон стосовно сурогатного материнства, в судах розглядаються гучні справи «Baby M.» та «Джонсон проти Калверт». Проте у цій сфері залишається багато невирішених етичних та правових питань.

Таким чином, законодавство, як правило, відображає соціальні звичаї конкретного часу і в певному місці. Але в міру того, як соціальні звичаї змінюються разом зі зміною технологій, законодавство не встигає реагувати на ці зміни.

1.2 Поняття та види допоміжних репродуктивних технологій

Протягом двадцятого століття медичні втручання стали частиною процесу дітонародження, починаючи від впровадження хімічних і хірургічних засобів контрацепції до медичного переривання вагітності, ведення вагітності і проведення пологів в медичних закладах. Розвиток репродуктивної медицини в кінці ХХ століття дозволив використовувати процедури забору яйцеклітин, злиття яйцеклітин і сперматозоїдів поза людським тілом для отримання ембріона, імплантації ембріона в матку з метою настання вагітності. Ці процедури відомі як допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) – методики, за яких деякі етапи

запліднення (наприклад, отримання ембріонів) відбуваються поза межами організму людини.

За оцінками експертів, приблизно 3,5 мільйона дітей у всьому світі народилися у результаті використання методик ДРТ, при цьому 4% дітей в деяких європейських країнах були народжені за допомогою ДРТ. Зростаюча популярність ДРТ, ймовірно, відображає тенденцію до народження дітей у більш пізньому віці та пов'язаний з цим вплив на фертильність, ріст захворювань, які унеможливають настання вагітності, а також підвищення обізнаності щодо репродуктивних технологій, а також їх успіх [33, с. 604].

У 2006 році Міжнародний комітет з моніторингу допоміжних репродуктивних технологій (ICMART) опублікував перший глосарій, що складався з 53 термінів і визначень. У 2009 році ICMART спільно з ВООЗ опублікували оновлену версію, розширену до 87 термінів, в якій безпліддя було визначено захворюванням репродуктивної системи, а також збільшилася стандартизація термінології лікування безпліддя. З 2009 року експерти пропонували внесення доповнень в глосарій, особливо що стосується питань чоловічого фактора, демографії, епідеміології та питань громадської охорони здоров'я. Тому наступний глосарій з'явився в 2017 році. Він був розроблений глобальною групою, яка складалася з більш ніж 100 мультидисциплінарних експертів, професійних організацій та представників пацієнтів для досягнення консенсусу стосовно 283 понять та їх визначень. Даний глосарій «Термінів допоміжних репродуктивних технологій» визначає «допоміжні репродуктивні технології» як «всі методи лікування або процедури, які включають в себе маніпуляції *in vitro* з людськими ооцитами, спермою і ембріонами з метою настання вагітності [34].

Хоча ЕКЗ є найбільш поширеною методикою ДРТ, існують і інші методи, які активно використовуються репродуктологами, в тому числі внутрішньоматкова інсемінація, перенесення гамет в фаллопієву трубу (GIFT) і перенесення зиготи в фаллопієву трубу (ZIFT), передімплантаційна генетична діагностика (ПГД), криоконсервація гамет і ембріонів, донорство ооцитів і

ембріонів, а також гестаційне сурогатне материнство. ДРТ не включають штучне запліднення спермою партнера жінки або донора сперми.

Так як існує понад два десятки методів ДРТ, вважаємо за доцільне навести визначення найбільш поширених та найбільш дискусійних методів ДРТ:

- запліднення *in vitro* (відоме також як екстракорпоральне запліднення або штучне запліднення) – процедура ДРТ, яка включає екстракорпоральне запліднення. Це спосіб лікування безпліддя, при якому запліднення яйцеклітини здійснюється поза організмом жінки;
- ін'єкція сперматозоїда в цитоплазму (ICSI) – процедура, під час якої один сперматозоїд вводять в цитоплазму ооцита;
- внутрішньоматкова інсемінація – одна з форм лікування безпліддя, яка може бути проведена шляхом введення підготовлених в лабораторних умовах сперматозоїдів у порожнину матки з метою настання вагітності;
- донорство ембріонів – цикл ДРТ, який складається з переносу в порожнину матки або в маткову трубу жінки-реципієнта ембріонів, отриманих з гамет, які не належать жінці-реципієнту і її партнеру. Процедура проводиться за умови письмово оформленої, добровільної згоди донорів статевих клітин для використання у лікуванні безпліддя інших осіб;
- перенесення гамет в фаллопієві труби (GIFT) – процедура ДРТ, при якій обидві гамети (ооцити і сперматозоїди) переносять в фаллопієві труби;
- передімплантаційна генетична діагностика (ПГД) – аналіз полярних тіл, бластомерів або трофектодерми, взятих з ооцитів, зигот або ембріонів, для виявлення специфічних генетичних, структурних і/або хромосомних змін;
- сурогатне материнство – метод ДРТ, який застосовується для лікування безпліддя, за якого інша жінка виношує та народжує дитину для потенційних батьків. Чинне законодавства України не дає визначення поняття сурогатного материнства, воно існує лише в суспільних відносинах, пов'язаних із сучасними репродуктивними технологіями.

Аналізуючи зміст Наказу МОЗ № 787 можна зробити висновок, що в Україні застосовуються наступні різновиди допоміжних репродуктивних технологій: запліднення *in vitro*, внутрішньоматкова інсемінація, донація гамет або ембріонів, сурогатне материнство, кріоконсервація сперми, ооцитів, ембріонів та біологічного матеріалу, отриманого з яєчка або його придатка, оваріальної тканини, редукція ембріонів, передімплантаційна медико-генетична діагностика [32].

Відповідно до даних, вказаних в Інформаційно-статистичному довіднику про допоміжні репродуктивні технології в Україні, у структурі розпочатих циклів ДРТ перевагу мають інтраплазматичне введення сперматозоїда, цикли з перенесенням кріоконсервованих ембріонів, потім – цикли з проведення біопсії ембріона, донація ооцитів, ЕКЗ, а також MESA-TESE (запліднення сперматозоїдами, одержаними шляхом біопсії яєчка) [35].

Одна з основних причин використання ДРТ – безпліддя. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає безпліддя як “нездатність сексуально активної пари, яка не використовує контрацепцію, домогтися вагітності жінки протягом одного року.” [36].

В Україні з 2013 року спостерігається скорочення народжуваності (2002-2012 рр.), яке стало відчутним у 2015 р., коли чисельність народжень скоротилася, порівняно з попереднім роком, більш ніж на 54 тис. осіб (або на 11,6%) [37].

Як чоловіки, так і жінки можуть страждати від безпліддя або субфертильності. Причини безпліддя у жінок включають порушення овуляції, пошкодження маткових труб, непрохідність маткових труб, ендометріоз та дисгенезію статевих залоз, тоді як у чоловіків безпліддя може бути спричинене дефектами сперматозоїдів, такими як азооспермія (відсутність сперматозоїдів у спермі), олігозооспермія та астенозооспермія. ДРТ також можуть використовувати, щоб уникнути поширення захворювань, які могли б передаватися статевим шляхом партнеру при спробі зачати дитину. Менш поширена і більш спірна мета використання ДРТ – дозволити парам зачати

дитину певної статі, щоб уникнути народження дитини з небезпечним захворюванням, пов'язаним зі статтю [38]. ДРТ можна також використовувати в поєднанні з передімплантаційною генетичною діагностикою (ПГД) для відбору ембріонів зі специфічним лейкоцитарним антигеном людини для зачаття дитини, яка може виступати в якості рідного донора для дитини з захворюванням кісткового мозку, яка потребує трансплантації стовбурових клітин [39, с. 2079].

Чинним законодавством України ДРТ визначаються як методики лікування безпліддя, за яких маніпуляції з репродуктивними клітинами, окремі або всі етапи підготовки репродуктивних клітин, процеси запліднення і розвитку ембріонів до перенесення їх у матку пацієнтки здійснюються в умовах *in vitro* [32].

Д. О. Пугач, досліджуючи правове регулювання ДРТ, виділяє два основних підходи до поняття «допоміжні репродуктивні технології», визначаючи їх як «медичний» і «правовий».

Методи ДРТ розглядаються як спосіб лікування безпліддя в рамках медичного підходу. Д. О. Пугач зазначає, що в Україні як і в більшості держав світу домінуючим є медичний підхід до визначення ДРТ. Такий підхід закріплений в Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні, затвердженому Наказом МОЗ від 09.09.2013 № 787 [40, с. 35].

А. П. Головащук вказує, що чинні нормативно-правові акти в Україні стосовно ДРТ загалом спрямовані на закріплення права на застосування ДРТ та регулювання медичної сторони даного питання, залишаючи юридичний аспект без належної уваги. [41, с. 190]. Саме тому необхідно розробити та прийняти спеціальний закон, який би регулював усі аспекти використання допоміжних репродуктивних технологій.

І. К. Полховська звертає увагу на той факт, що здебільшого на рівні національного законодавства встановлюються правила порядку регулювання відносин між пацієнтами та закладами охорони здоров'я, які забезпечують застосування методик ДРТ, та визначають механізм і умови застосування методик ДРТ, охоплюючи медичну сторону [42, с. 34].

Натомість «правовий» підхід розглядає ДРТ як один із способів появи дітей в сім'ї, а наслідки застосування ДРТ припускають реалізацію права на повагу вже створеного сімейного життя і можливість встановлення юридичних відносин особи з дитиною [40, с. 36].

У своєму дослідженні Д. О. Пугач виділяє наступні ознаки ДРТ:

1. Приналежність до біомедичних технологій.

Найбільш розсудлива відповідь на питання про те, чому біомедичні технології слід регулювати (включаючи більш старі технології, які, можливо, вже вважаються неефективними або вимагають повторного вивчення) – це постійні інтенсивні дебати про ризики, безпеку і майбутнє цих технологій, а також їх вплив на життя людей. Що ще більш важливо, основні аспекти того, що робить наші розвинені сучасні суспільства демократичними (принаймні, в максимально можливій мірі), в рамках дієвості конституційної правової системи, вимагають засобів правового захисту та обмежень [43].

Однією з найбільших проблем регулювання біомедичних технологій, безсумнівно, є обсяг такого регулювання, що вимагає ретельного та аргументованого дослідження. В ідеалі обсяг регулювання повинен враховувати бенефіціарів технологій і надавачів послуг, а також ризики, безпеку, доступ, витрати, наслідки для прав людини і необхідність забезпечити підтримку або зміну соціальних порядків, а також будь-які інші моральні чи етичні проблеми, які можуть супроводжувати використання біомедичних технологій.

2. Характерною ознакою ДРТ є обов'язковість інформованої добровільної згоди пацієнта на відповідне медичне втручання. Концепція згоди і, більш конкретно, інформованої згоди, є ще одним фундаментальним апогеєм в прагненні розглянути і оцінити легітимність нормативного середовища щодо нових біомедичних технологій.

3. Встановлення законодавчих обмежень щодо застосування ДРТ. Вимоги стосовно можливості використання ДРТ лише офіційно зареєстрованим подружжям та заборона використання цих методів одностатевими парами представляють соціально важливий аспект політики ДРТ, оскільки вони

регулюють доступ до лікування методами ДРТ. Слід зазначити, що ці вимоги можуть впливати як із законодавства, так і рекомендацій професійних спільнот. Наприклад, шлюб є необхідною умовою лікування методами ДРТ у більшості країн, включаючи Україну.

4. Специфічне коло суб'єктів правовідносин з ДРТ є наступною ознакою. До них відносяться як фізичні особи, так і юридичні особи. До фізичних осіб можна віднести потенційних батьків, донорів репродуктивних клітин або ембріона, сурогатну матір. До юридичних осіб належать заклад охорони здоров'я у якому проводиться ДРТ, агентство з репродуктивних технологій, яке надає організаційні та консультативні послуги учасникам ДРТ; страхова компанія [40].

Оскільки існує велика кількість методів ДРТ і врахуючи, що кожен потребує глибокого дослідження і правового регулювання, магістрант досліджує в своїй роботі найбільш суперечливий метод ДРТ: сурогатне материнство.

У той час як сурогатне материнство було технічно можливим протягом десятиліть, воно доволі недавно стало процвітаючим бізнесом і, таким чином, створило різні соціально-правові проблеми. Україна стала одним із найпопулярніших місць сурогатного материнства, тоді як українське суспільство є консервативним.

І. В. Міщук підкреслює, що використання методу сурогатного материнства для продовження свого роду породжує не лише правові проблеми, але й морально-етичні та психологічні проблеми [44, с. 75].

У закордонній практиці існує доволі велика кількість визначення даного поняття. В Україні відсутнє визначення сурогатного материнства на законодавчому рівні.

Так, в Великобританії, де з'явився перший закон про сурогатне материнство, сурогатне материнство визначається як процес виношування дитини жінкою, яка в свою чергу уклала договір із подружжям, яке не може мати дітей з огляду на безпліддя.

В Австралії сурогатне материнство – це угода, за якою жінка (біологічна мати) погоджується народити дитину або дітей для людини або пари

(потенційних батьків), які не можуть або не хочуть зачати і мати дітей, з наміром, що потенційні батьки нести відповідальність за виховання дитини або дітей, народжених в результаті домовленості, і що біологічна мати і її партнер не будуть нести цю відповідальність [45].

В США, в країні з багаторічним досвідом застосування сурогатного материнства, відсутній єдиний закон стосовно методу сурогатного материнства, і тому існує доволі велика кількість визначень, що характеризують цю процедуру.

В місті Нью Йорк законодавчо закріплені визначення «сурогатне материнство» та «гестаційне сурогатне материнство». Гестаційне сурогатне материнство передбачає собою певний договір (усний чи письмовий) між жінкою, що погодилася виносити дитину, зачату з використанням генетичного матеріалу чоловіка, який не є її партнером, і жінкою, що згодна всиновити або в дочерити малюка, народженого в такий спосіб [46].

В українському законодавстві відсутнє поняття «сурогатне материнство». Цей факт викликає дискусії серед науковців зараз щодо однозначного і правильного визначення цього терміну.

Термін «сурогатне материнство» вперше з'явився в Наказі Міністерства охорони здоров'я України про затвердження Інструкції про порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій № 771 від 23 грудня 2008 року [31]. Розділ 7 даного наказу був повністю присвячений даному виду лікування безпліддя. Однак визначення цього терміна не було надано.

На це питання звернули увагу багато українських дослідників. Так, І. Чеховська зазначає, що в Україні немає законодавчого акта, який би визначав поняття «сурогатного материнства», «сурогатної матері», «угоди про сурогатне материнство» тощо, і регулював би всі аспекти сурогатного материнства [47, с. 60]. Н. Аблятіпова справедливо зазначає, що ці поняття існують лише у відносинах, пов'язаних із сучасними ДРТ [48].

Як зазначає Т. Е. Борисова, сурогатне материнство – метод допоміжних репродуктивних технологій, відповідно до якого жінка, на основі договору з особами, що звернулися за її послугами, проходить процедуру імплантації

ембріона, що був створений на основі екстракорпорального запліднення, виношує дитину з метою народити і передати її цим особам [49, с. 59].

Ю. Ю. Таланов пропонує розглядати сурогатне материнство як запліднення генетично сторонньої жінки шляхом імплантації або трансплантації ембріона з використанням біологічного матеріалу чоловіка та жінки, що знаходяться у шлюбних відносинах з метою виносити та народити дитину, яка в подальшому буде визнана такою, що походить від подружжя, на підставі укладеного договору між подружжям і сурогатною матір'ю [50, с. 361].

Розглядаючи термін «сурогатне материнство», ми погоджуємося з точкою зору А. П. Головащук, яка пропонує використовувати етимологію терміна сурогатне материнство як основу для визначення його поняття. Вчена пропонує доповнити пункт 1.2 Наказу Міністерства охорони здоров'я України № 787 таким чином: «Сурогатне материнство – це метод допоміжних репродуктивних технологій, який полягає у виношуванні іншою жінкою (сурогатною матір'ю) ембріона людини, зачатого потенційними батьками або одним з них і донором, з метою, народження дитини і передачі її потенційним батькам» [51, с. 22].

Серед головних ознак сурогатного материнства можна виділити наступні:

- відсутність генетичного зв'язку між сурогатною матір'ю та дитиною;
- наявність генетичного зв'язку між потенційними батьками, що надали свій біологічний матеріал для проведення процедури в рамках програми ДРТ і дитиною, що народилася в результаті застосування методу сурогатного материнства;
- наявність заяви сурогатної матері про участь у сурогатному материнстві є обов'язковим документом, необхідним для проведення процедури сурогатного материнства;
- наявність чітко обумовленої угоди, за якою сурогатна мати виношує та народжує дитину з метою подальшої її передачі потенційним батькам.

До ознак гестаційного сурогатного материнства відносять наступні:

1. Суругатне материнство – це допоміжна репродуктивна технологія (ДРТ), при якій суругатна мати грає роль «резервуара» для ембріона, який переноситься в її матку.

2. Ембріон створюється в процесі ЕКЗ, тобто яйцеклітина біологічної матері запліднюється спермою біологічного батька в скляному посуді в лабораторії.

3. Гестаційна суругатна мати не має генетичного зв'язку з дитиною. Дитина має гени потенційних батьків, а не суругатної матері.

4. Оскільки гестаційне суругатне материнство чітко розмежовує відносини між трьома залученими сторонами – потенційними батьками, суругатною матір'ю і дитиною – воно набагато краще традиційного суругатного материнства в морально-етичному та правовому контексті [52].

Беручи за основу класифікації генетичне походження дитини суругатне материнство поділяють на два види:

- гендерне (традиційне);
- гестаційне.

При традиційному суругатному материнстві, яке існувало ще з біблейських часів до винайдення методів ДРТ, суругатна мати запліднюється спермою чоловіка з безплідної пари. Дитина, народжена в результаті використання традиційного суругатного материнства, таким чином генетично пов'язана з суругатною матір'ю та чоловіком, який надав сперму.

В Україні така форма суругатного материнства заборонена, оскільки суругатна мати не може бути одночасно і донором яйцеклітини. Проте, законодавство України не забороняє виношувати вагітність близьким родичам потенційних батьків, таким як мати, сестра, двоюрідна сестра тощо [32].

На відміну від гендерного, гестаційне суругатне материнство стало використовуватися лише після винайдення методу ЕКЗ, однак майже відразу отримало своє закріплення в законодавстві після гучних судових справ.

Гестаційне суругатне материнство (коли суругатна матір народжує дитину, але при цьому не є її генетичною матір'ю). Гестаційне суругатне материнство

реалізується за допомогою штучного запліднення яйцеклітини майбутньої матері або донора. Яйцеклітина дружини запліднюється спермою чоловіка *in vitro* за допомогою процедури ЕКЗ або інтрацитоплазматичної ін'єкції сперматозоїдів, а потім ембріон переноситься в матку сурогатної матері, і вона виношує дитину протягом дев'яти місяців з метою передати її генетичним батькам після народження.

Зокрема, якщо за основу класифікації взяти положення про наявність (відсутність) генетичного споріднення, то згідно з дослідженнями Борисової Т.Е., можна виділити наступні варіанти залежно від того чий біологічний матеріал був використаний у ході застосування цього виду ДРТ:

1) сурогатне материнство при якому використовується генетичний матеріал сурогатної матері та чоловіка (неповний генетичний зв'язок);

2) сурогатне материнство при якому використовується генетичний матеріал сурогатної матері і донора (відсутній генетичний зв'язок);

3) сурогатне материнство при якому використовується генетичний матеріал подружжям (повний генетичний зв'язок між майбутньою дитиною та біологічними батьками);

4) сурогатне материнство при якому використовується генетичний матеріал дружини і донора (неповний генетичний зв'язок);

5) сурогатне материнство при якому використовується генетичний матеріал донора і чоловіка (неповний генетичний зв'язок);

6) сурогатне материнство при якому використовується генетичний матеріал донорів (відсутній генетичний зв'язок) [53].

Сурогатне материнство може бути комерційним або альтруїстичним, в залежності від того, чи отримує сурогатна мати фінансову винагороду за свою вагітність. Якщо сурогатна мати отримує гроші за угоду про сурогатне материнство, цей вид сурогатного материнства вважається комерційним, а якщо вона не отримує ніякої компенсації, крім відшкодування медичних та інших пов'язаних з вагітністю витрат, таке сурогатне материнство вважається альтруїстичним.

Отже, допоміжні репродуктивні технології стали невід'ємною частиною лікування безпліддя. Існує понад два десятка різних методик ДРТ, серед яких найпоширенішими є ЕКЗ, внутрішньоматкова інсемінація, перенесення гамет в фаллопієву трубу, ПГД, донорство ооцитів і ембріонів, сурогатне материнство. Вчені виділяють два підходи до поняття ДРТ: медичний та правовий. Серед ознак ДРТ можна виділити приналежність до біомедичних технологій, обов'язковість інформованої добровільної згоди на відповідне медичне втручання, наявність законодавчих обмежень щодо застосування ДРТ, а також специфічне коло суб'єктів правовідносин. Розглядаючи питання правового регулювання сурогатного материнства як одного з видів ДРТ, варто звернути увагу на відсутність визначення цього терміну у нормативно-правових актах України.

1.3 Морально-етичні аспекти допоміжних репродуктивних технологій. Права людини, пов'язані із застосуванням допоміжних репродуктивних технологій

Безпліддя – розповсюджена проблема репродуктивного здоров'я, від якої страждають не менше 15% пар репродуктивного віку в усьому світі. Глобальне дослідження з використанням даних 47 досліджень демографічних показників здоров'я населення в країнах з обмеженими ресурсами показало, що в 2002 році у понад 186 мільйонів жінок репродуктивного віку (15-49 років), які коли-небудь перебували в шлюбі, було діагностовано безпліддя [54, с. 172].

За даними державних статистичних звітів в Україні у 2017 році було зареєстровано 38168 випадків жіночого безпліддя (77,72% серед усіх випадків жіночого і чоловічого безпліддя) і 10945 випадків чоловічого безпліддя (відповідно у структурі – 22,23%) [35].

В.П. Думанська звертає увагу на те, що в Україні зберігаються низькі показники народжуваності, і попри поступове зниження материнської та перинатальної смертності, ці показники досі є чи не найвищими у Європі.

Показники безпліддя залишаються високими – станом на початок 2017 року зареєстровано понад 50 тис. випадків. До чинників скорочення репродуктивного потенціалу населення В.П. Думанська відносить наступні: зниження природної плідності, зумовлене поширенням безпліддя, а також зменшення соціальної плідності внаслідок відкладання народження дітей та поширення свідомої бездітності [55, с. 83].

До винаходу ДРТ безплідні пари мали лише два варіанти: або усиновити дитину, або залишитися бездітними. Прогрес у сфері репродуктивної медицини надав таким особам різні варіанти народження генетично пов'язаної дитини [56, с. 1048].

Як і у випадку з іншими темами, пов'язаними з продовженням роду, використання ДРТ історично було пов'язане з етично-моральними проблемами та викликами. Сильні пронаталістські норми в багатьох країнах означають, що батьківство є обов'язковим з точки зору культури. В результаті безпліддя може бути особливо згубною формою «порушення репродуктивної функції». Відсутність вагітності у жінок проявляється не тільки в фізичному, але й в соціальному плані, особливо в суспільствах з високою народжуваністю, де жінок зазвичай звинувачують в порушенні репродуктивної функції, навіть у випадках чоловічого безпліддя [54, с. 173].

Проти розвиток методик ДРТ часто стикався зі значним супротивом. Особливий супротив проти використання ДРТ проявила церква. Старікова Н.М. звертає увагу на те, що не всі були в захваті від досягнень науки, а такий підхід до подолання безпліддя в першу чергу не задовольняв церкву міг, оскільки з ним людина втрачала благоговіння перед таїнством і дивом зачаття людського життя [57, с. 156].

Згідно зі звітом дослідницького центру П'ю (Вашингтон), опублікованому в 2012 році, понад вісім з десяти чоловік в світі ідентифікують себе з певною релігійною групою. За даними всеосяжного демографічного дослідження, проведеного у понад 230 країнах, у всьому світі налічується 5,8 мільярда дорослих і дітей, пов'язаних з певною релігією, що становить 84% населення

світу 2010 року. Решта 1,1 мільярда (16%) не належали до жодної релігії (Pew Research Center, 2012). Християни становлять близько 31,5% світового населення (2,2 мільярда). Православні громади складають 12% християн світу [58].

Релігія відіграє важливу роль у ставленні людей до допоміжних репродуктивних технологій, і різні релігії по-різному відреагували на появу цих технологій. Реакції варіюються від повного прийняття до повної відмови від всіх методик ДРТ з безліччю проміжних варіантів. Наприклад, у християнстві існує ряд різних церков, і кожна з них по-різному реагувала на допоміжне відтворення. Православна церква не так строго, як католицька, ставиться до питання допоміжної репродукції. Вона дозволяє проводити медикаментозне і хірургічне лікування безпліддя, включаючи внутрішньоматкову інсемінацію з використанням сперми чоловіка, але не допускає проведення ЕКЗ та інших допоміжних репродуктивних методів, сурогатного материнства, донорства ембріонів. Церква пропонує усиновлення в якості альтернативи тим парам, які не можуть змиритися з проблемою безпліддя [59, с. 38].

Іншим спірним аспектом ДРТ є можливість (яка з'явилася відносно недавно) генетичного скринінгу потенційних ембріонів перед імплантацією і відбору ембріонів, які з найбільшою ймовірністю призведуть до здорової вагітності. Одним із позитивних наслідків ПГД є те, що батьки тепер можуть проводити попередній скринінг ембріонів, щоб уникнути появи захворювань, пов'язаних зі статтю, шляхом вибору статі своєї дитини. Хоча ПГД використовується для медичного вибору статі і проводиться з метою поліпшення життя потенційної дитини, його також можуть використовувати в якості немедичного соціального механізму вибору статі [60, с. 398]. Наслідки технологій, що дозволяють вибирати стать, особливо серйозні в таких країнах, як Індія і Китай, де культурні упередження на користь чоловіків привели до серйозної зміни співвідношення статей в сторону зменшення пропорції жінок. Строгий громадський і науковий нагляд за цими технологіями життєво важливий для забезпечення відповідності наукових досягнень інтересам суспільства.

Слід звернути увагу на той факт, що у країнах з більш «поблажливим» законодавством або менш суворими обмеженнями щодо використання ПГД і ДРТ люди можуть скористатися перевагами технологій для вибору статі; якщо в певному суспільстві існують обмеження щодо кількості дітей в сім'ї і коли народження дитини однієї статі в певному суспільстві вважається більш престижним, пари можуть використовувати ПГД для вибору статі своєї дитини [61, с. 610].

Займаючись питаннями біоетики, М. Дж. Сандел звертає увагу на те, що ера інженерії зародкової лінії, яка колись була можливою тільки в області наукової фантастики, вже настала. Незабаром у багатьох охочих з'явиться можливість визначити як фізичні, так і інтелектуальні критерії, яким мають відповідати їхні майбутні діти. Саме тому науковці та законодавці повинні вирішити, де знаходяться ті кордони, які не варто переходити, коли мова йде про «вдосконалення» наших нащадків. З точки зору етики чесноти, генетичне поліпшення не розглядатиметься позитивно. Характер в результаті наполегливої роботи є чеснота, яка цінується більшістю культур. Результати досягаються дисципліною і наполегливістю. Однак ця особлива чеснота, поряд з іншими, може бути зменшена внаслідок генетичного вдосконалення дітей. Прикладом може служити генетичне вдосконалення мускулатури. Якби батьки вибрали для своїх дітей сильніші, ніж зазвичай, м'язи, вони могли б без особливих зусиль зробити так, щоб їхні діти стали чемпіонами зі спорту. Це не тільки сповільнить розвиток характеру у дітей, але також може значно знизити рівень їх самокритичності [62].

Донорство гамет та ембріонів значно розширило можливості лікування, доступні безплідним парам. Однак кожен з них створює унікальні етичні та юридичні питання, деякі з яких залишаються невирішеними. Урядові та неурядові установи, академічні установи, громадськість і засоби масової інформації обговорюють питання безпеки і благополуччя донорів, безплідних пар і, все частіше, дітей, народжених за допомогою ДРТ. Можливо, двома з найбільш спірних питань, пов'язаних з донорством гамет, є розкриття інформації

дітям, народженим у результаті використання ДРТ і компенсація донорам [63, с. 267]. Інтереси і погляди залучених сторін, наприклад, донорів, посередників, батьків та дітей, щодо розкриття інформації про використання донорських гамет або ембріонів можуть відрізнятися. Добровільне розкриття інформації зрештою є вибором пар-реципієнтів, але в останні роки розкриття інформації дітям, зачатим за допомогою репродуктивного матеріалу донорів, заохочувалося в рекомендаціях. Таким чином, вважається, що права дітей мають пріоритет над правами дорослих, які добровільно брали участь в первинному контракті [64]

Концепція перетворення людських гамет в товар («коммодифікація») викликає етичні питання і приводиться в якості основного аргументу проти ідеї виплати фінансової винагороди донорам ооцитів [65].

Деякі з серйозних проблем пов'язані з великою кількістю ембріонів, створених під час ЕКЗ. Застосування ДРТ тісно пов'язане з дослідженнями на ембріонах, які не використовуються під час циклу ЕКЗ або обрані для використання в більш пізній час, або можуть бути передані для дослідження. У центрі цих етичних дебатів перебуває питання про те, чи мають ембріони такі ж права і моральний статус, як діти або дорослі. Існують різні способи використання надлишкових кріоконсервованих ембріонів: розморожування та утилізація, передача ембріонів іншій парі, що страждає від безпліддя, дарування ембріонів установі з метою подальших досліджень та зберігання протягом невизначеного часу [66].

Існують також етичні проблеми, пов'язані з посмертним відтворенням і клонуванням. Вони ілюструють труднощі для закритих, контрольованих законом систем в прогнозуванні всіх можливостей прогресу в науці та етичну дилему, що виникає у зв'язку з появою нових технологій. Вибір статі, багатоплідна вагітність, сурогатне материнство, лікування літніх безплідних жінок також відкривають численні етично-правові дилеми в застосуванні ДРТ і вимагають мультидисциплінарного експертного підходу при аналізі будь-якого окремого випадку, а також визначенні чітких етико-правових норм з урахуванням можливості подальших досліджень. Етичні постулати використовуються при

вирішенні можливих етичних дилем, захищаючи права лікарів і права будь-якого учасника відповідних процедур, беручи до уваги найважливіший принцип – повага людської гідності. Певні правові принципи повинні бути узгоджені з природними «законами» заради захисту свободи думки і права індивідуального вибору, а також для реалізації мети, спрямованої на збереження життя і виправдання мети існування [67, с. 173].

Суругатне материнство являє собою серйозну етичну та правову проблему. І. К. Полховська підкреслює важливість проблеми латентності суругатного материнства, яка ускладнює правове регулювання цього питання, виливаючись у непоодинокі випадки використання суругатного материнства для торгівлі людьми або здійснення незаконної трансплантації органів. Низка угод та зобов'язань була укладена на міжнародному рівні для запобігання таким випадкам: Протокол про попередження і припинення торгівлі людьми, особливо жінками і дітьми, і покарання за неї, що доповнює Конвенцію ООН проти транснаціональної організованої злочинності (2000 р.), План дій ОБОЄ з протидії торгівлі людьми (2003 р.) та Конвенція Ради Європи про заходи щодо протидії торгівлі людьми (2005 р.) [42, с. 34].

Важливо також розглянути інші негативні аспекти суругатного материнства. Суругатне материнство, ймовірно, призводить до появи нового класу посередників, бізнес яких полягає в тому, щоб спонукати бідних жінок ставати суругатними матерями за певну грошову винагороду, використовуючи вразливість їх соціально-економічного стану. Така практика може привести до появи так званих «фабрик дітей», як це сталося в Індії [68]. Саме тому необхідний контроль ДРТ, а особливо суругатного материнства.

Таким чином, проблема з суругатним материнством полягає в тому, що жінка завагітніла, але визнає той факт, що вона виношує чужу дитину. Таким чином, суругатна мати стає просто «людиною-інкубатором» для чужої дитини. Деякі вчені намагаються обійти цю критику, заявляючи, що ми не зовсім впевнені, які емоції «зазвичай» викликає вагітність. Вони вказують на той факт, що багато жінок не можуть відчутти зв'язок зі своїм плодом, а деякі навіть не

можуть відчувати зв'язок зі своїми немовлятами після пологів. Проте багато етологів вважають, що праця сурогатної матері є «дегуманізуючою» [69]

Спочатку сурогатними матерями ставали члени родини або друзі, які народжували дітей для безплідних членів сім'ї або друзів. Це був альтруїстичний вчинок, оскільки цим сурогатним матерям зазвичай не платили за таку послугу. Однак за останні кілька десятиліть спостерігається помітна тенденція комерціалізації сурогатного материнства. Сурогатне материнство перетворює нормальну біологічну функцію жіночого тіла в комерційний контракт. Рекламуються сурогатні послуги, наймаються сурогатні матері, а агентства отримують прибуток. Комерціалізація сурогатного материнства породжує страх перед чорним ринком і торгівлею немовлятами, перетворюючи збіднілих жінок на «виробників» немовлят.

Розвиток методів ДРТ та етичні проблеми, пов'язані з ними, породжують інтерес до правового регулювання відносин, які виникають при використанні методик ДРТ. Необхідно також визначити та закріпити права людини, пов'язаних з відносинами у сфері ДРТ. Це призводить до появи поняття «репродуктивні права людини» у міжнародних нормативно-правових актах.

Пугач Д.О. зазначає, що репродуктивні технології являють собою такі послуги, які не можуть існувати самотійно, оскільки це створює можливість для медичних працівників та медичних установ, які отримали ліцензію на цей вид діяльності, зловживати своїми повноваженнями. Репродуктивні права дають основи прав громадян у галузі захисту репродуктивної діяльності, декларують їх. Варто зазначити, що розвиток допоміжних репродуктивних технологій привів до появи нових суспільних відносин, інших юридичних конструкцій і презумпції, які не мають достатньої правової регламентації, що, у свою чергу, привело до необхідності розвитку законодавства в цій галузі для найбільш повного і всебічного захисту прав і законних інтересів осіб [70, с. 26].

Сучасне правове регулювання методів ДРТ базується на основних правах людини. Свобода продовження роду як передумова права на створення сім'ї є

реалізацією вільного розвитку особистості та входить у сферу свобод, а не у сферу прав в строгому сенсі слова.

Репродуктивні права, які сьогодні належать до загальноновизнаних прав людини, почали визнаватися світовим співтовариством лише в середині ХХ ст. Основи концепції репродуктивних прав були закладені в 1968 р. на Тегеранській Міжнародній конференції з прав людини, коли за батьками було визнане право вільно з почуттям відповідальності визначати кількість дітей та строки їх народження [71, с. 97].

М. М. Малєїна є однією із перших вчених, яка вела мову про так звані репродуктивні права, прямо не називаючи цю групу прав «репродуктивними», але, тим не менш, окреслюючи їх особливості, вживаючи щодо них більш узагальнююче поняття – «регулювання репродуктивної діяльності». Вона не розглядала репродуктивні права як відокремлене комплексне явище, а окреслювала коло правовідносин, що виникають у зв'язку із реалізацією та захистом відповідних прав [40, с. 28].

К. В. Москаленко наводить перелік ознак репродуктивних прав:

1) термін «репродуктивні права» має умовний характер і використовується не в юриспруденції, а в соціології та демографії;

2) репродуктивні права є правами міжнародного значення, що обговорюються на конференціях з визначенням, зокрема, поняття таких прав у міжнародних документах, ухвалених за підсумками таких конференцій;

3) репродуктивні права не є самостійними суб'єктивними цивільними правами і не є основними правами людини;

4) репродуктивні права є однією з форм реалізації права на життя;

5) репродуктивні права є однією зі складових права на охорону здоров'я;

6) досить численна група дослідників дотримується думки про репродуктивні права як самостійний різновид особистих немайнових прав фізичної особи [72, с. 201].

Р. О. Стефанчук у своєму докторському дисертаційному дослідженні стверджує, що «репродуктивні права повинні розглядатись як система

відокремлених особистих немайнових прав фізичних осіб, що забезпечують їх природне існування та спрямовані на здійснення репродуктивної функції фізичних осіб» [73, с. 349].

А. П. Головащук пропонує власне визначення репродуктивних прав: репродуктивні права – це похідні від права на охорону здоров'я особисті немайнові права фізичної особи, які пов'язані з репродуктивним здоров'ям людини, і полягають у здатності людини вільно приймати рішення стосовно народження дитини, кількості та інтервалів між народженням дітей, застосування ДРТ. Об'єктом репродуктивних прав є репродуктивне здоров'я людини [51, с. 24].

Репродуктивні права людини ґрунтуються на визнанні основного права:

а) всіх подружніх пар та окремих осіб вільно приймати відповідальне рішення відносно кількості своїх дітей, інтервалів між їхнім народженням та часом їх народження;

б) мати необхідні для цього інформацію і засоби;

в) мати максимально високий рівень сексуального та репродуктивного здоров'я, включаючи право приймати рішення з питань, що стосуються репродуктивної поведінки в умовах відсутності дискримінації, примушування та насилля [74, с. 36].

А. О. Дутко та М. Р. Заболотна класифікують репродуктивні права таким чином: основні (право на репродуктивний вибір, право на репродуктивне здоров'я, право на материнство, право на батьківство, право на інформацію про репродуктивні права, право на таємницю щодо реалізації репродуктивних прав, право на захист репродуктивних прав); ті, які спрямовані на покращення репродуктивної функції (право на штучне запліднення та імплантацію ембріону, право на донорство та збереження репродуктивних клітин, право на застосування методу сурогатного материнства); ті, які спрямовані на підтримання та відновлення репродуктивної функції (право на профілактику і лікування безпліддя); ті, які спрямовані на припинення репродуктивної функції (право на

стерилізацію, право на контрацепцію, право жінки на штучне переривання вагітності) [75, с. 87].

Т. І. Длугопольська відносить наступні права до системи репродуктивних прав: право на репродуктивний вибір; право на репродуктивне здоров'я; право жінки на штучне переривання вагітності; право на штучне запліднення та перенесення зародка в організм жінки; право на донорство та збереження репродуктивних клітин; право на застосування методу сурогатного материнства; право на стерилізацію; право на використання контрацепції; право на профілактику і лікування безпліддя; право на інформацію про репродуктивні права; право на конфіденційність інформації щодо реалізації репродуктивних прав; право на захист репродуктивних прав. До репродуктивних прав належать також право на одержання послуг щодо здійснення та охорони репродуктивного здоров'я, право малолітніх та неповнолітніх на охорону репродуктивного здоров'я, право на батьківство та материнство, право на репродуктивну недоторканість та захист від жорстокого і такого, що принижує гідність, поводження та насильства [76, с. 106]. Отже, до системи репродуктивних прав входить, також, право на застосування допоміжних репродуктивних технологій.

В Україні відсутній спеціальний закон, присвячений охороні та захисту репродуктивних прав фізичних осіб, що свідчить про те, що у нашій країні питанню репродуктивних прав досі приділяється недостатньо наукової та соціальної уваги.

Основні умови для реалізації репродуктивних прав в Україні формують на основі наступних норм Конституції України: стаття 3 передбачає, що людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою суспільною цінністю; в статті 24 проголошується рівність конституційних прав і свобод громадян України та неприпустимість обмежень, в тому числі за ознакою статі; в статті 51 йдеться про державний захист сім'ї, дитинства, материнства і батьківства [77].

Право на репродуктивні права регулюється Законом України «Основи законодавства України про здоров'я», Цивільним кодексом України, Сімейним

кодексом України, наказами Міністерства охорони здоров'я України та іншими документами.

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» дозволяє використання штучного запліднення та імплантації ембріона за медичними показаннями дорослої жінки, з якою проводиться така дія, за умови письмової згоди подружжя, забезпечення анонімності донора та збереження медичної таємниці (ст. 48) [78]. Варто зазначити, що вказаний закон не містить вказівок на використання інших методів ДРТ.

Цивільний кодекс України закріплює право на життя (ст. 281), право на інформацію про стан свого здоров'я (ст. 285) і таємницю про стан свого здоров'я (ст. 286). Відповідно до ЦК України дієздатна доросла людина має право бути донором репродуктивних клітин (стаття 289). Частина 7 ст. 281 ЦК України встановлено, що дорослі чоловік і жінка мають право проходити лікувальні програми з використанням допоміжних репродуктивних технологій за медичними показаннями [79]. Так, законодавство України, яке регулює право доступу до репродуктивних прав, спрямоване на встановлення права дорослих чоловіків і жінок на лікування безпліддя за допомогою методик ДРТ.

Сімейний кодекс України містить положення про те, що дружина має право на материнство (ст. 49), а чоловік – на батьківство (ст. 50), тобто право на репродуктивні права передбачено на законодавчому рівні. Сімейний кодекс України визначає, що шлюбний вік для жінок та чоловіків настає у 18 років (стаття 22) та закріплює права та обов'язки подружжя (розділ 3), за виключенням певних вагомих причин, коли одружуватися дозволено з 16 років. Сім'ю складають особи, які спільно проживають, пов'язані спільним побутом, мають взаємні права та обов'язки (стаття 3). Ч. 1 ст. 21 СК України визначає, що шлюбом є сімейний союз жінки та чоловіка, зареєстрований в органі державної реєстрації актів цивільного стану. Однак, відповідно до ч. 2 ст. 21, проживання однією сім'єю жінки та чоловіка без шлюбу не є підставою для виникнення у них прав та обов'язків подружжя [80]. Отже, відповідно до законодавства України, тільки офіційно зареєстроване подружжя має доступ до методик ДРТ.

Також окремі питання охорони репродуктивного здоров'я врегульовані підзаконними нормативно-правовими актами. Так, розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27 квітня 2006 року № 244-р було схвалено Концепцію Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації на 2006–2015 роки» [82]. Однак О. Покальчук звертає увагу на те, що у цьому документі містяться досить суперечливі підходи, розпливчаті формулювання, що можуть призводити до різночитань і складнощів у реалізації, зокрема, «пропагування сімейних цінностей» (хто їх визначає і як вони формуються?), «знизити частоту штучного переривання вагітності на 20–25 відсотків» (яким саме чином?) тощо [82, с. 133].

Етико-правові питання, які виникають у сфері медицини розглядаються у Гельсінській декларації Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження» від 01 червня 1964 року, та у Резолюції 37/194 Генеральної Асамблеї ООН «Принципи медичної етики» від 18 грудня 1982 року [83, 84].

Репродуктивні права закріплені у низці міжнародних нормативно-правових актів. Варто зазначити, що на міжнародному рівні репродуктивні права розглядаються як частина права на охорону здоров'я та права на медичну допомогу.

Міжнародними інструментами, які захищають права фізичних осіб, які беруть участь в домовленостях зі здійснення програм ДРТ, є Конвенція ООН про права людини, Міжнародний пакт про громадянські та політичні права, Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права, Міжнародна конвенція про ліквідацію всіх форм расової дискримінації, Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок, Міжнародна конвенція про захист усіх людей від насильницьких зникнень та Конвенція про права осіб з інвалідністю та інші. Крім міжнародних конвенцій, існують також регіональні інструменти, що стосуються прав людини в Європі (Європейська конвенція з прав людини та Хартія основних прав Європейського Союзу), Америці (Американська декларація про права і обов'язки людини) та в Африці (Африканська хартія прав людини і народів).

Права дітей завжди повинні мати першочергове значення при здійсненні програм ДРТ. Конвенція Організації Об'єднаних Націй про права дитини, підписана Україною 21 лютого та ратифікована Постановою ВР України 28 серпня 1991 р., була першим всеосяжним договором, що містить 42 детальних положення, що закріплюють права всіх осіб у віці до вісімнадцяти років у всіх сферах їх життя, включаючи економічні, соціальні та культурні права, а також цивільні та політичні права. Зважаючи на характер дитинства, КПД також включає спеціальні заходи захисту, які захищають дітей від жорстокого поводження та експлуатації. КПД доповнено двома факультативними протоколами. Коли уряд ратифікує конвенцію та (або) факультативний протокол (протоколи), він зобов'язується забезпечити виконання всіх положень.

Комітет з прав дитини визначає чотири загальні принципи як основоположні для реалізації всіх інших прав:

1. Недискримінація (стаття 2): держави-учасниці повинні забезпечити, щоб жодна дитина в межах їх юрисдикції не зазнала дискримінації, щоб кожна дитина користувалася своїми правами.
2. Найкращі інтереси дитини (стаття 3): при прийнятті рішень, які стосуються дітей, слід якнайкраще враховувати інтереси дитини.
3. Право на життя, виживання та розвиток (стаття 6): включає розумовий, емоційний, когнітивний, соціальний та культурний розвиток та додає якісний вимір.
4. Повага до поглядів дитини (стаття 12): діти мають право бути вислуханими, необхідно серйозно сприймати їхні погляди в будь-якому середовищі, включаючи судові чи адміністративні провадження, які стосуються їх. Поглядам дітей слід приділяти належну увагу відповідно до віку та зрілості [85].

Стаття 7 Конвенції про права дитини визнає право дитини «знати своїх батьків...наскільки це можливо», а також зобов'язання держав-членів забезпечувати ефективність цих прав відповідно до національного законодавства.

Діти, народжені за допомогою методик ДРТ, мають право отримувати доступ до інформації про їх походження (наприклад, через системи реєстрації народжень або статутні реєстри) щодо деталей свого зачаття, а також щодо гестаційних, генетичних та законних батьків. Наприклад, дитина, народжена в результаті здійснення програми сурогатного материнства, може шукати свою сурогатну матір, батька-донора чи матір-донора, тому важливим аспектом штучного запліднення є ідентифікація донора або сурогатної матері. В зв'язку з цим виникає наступне питання: чи мають сурогатні матері або донор право на анонімність?

Швеція – перша країна, яка дає дитині право прослідкувати своє походження. Австрія також дозволяє дитині, яка досягла зрілості, отримати доступ до інформації про своє походження, на противагу Швейцарії, Франції, Канаді, Норвегії та Данії, які не дозволяють дітям, народженим за допомогою ДРТ, отримати доступ до такої інформації. У США немає законодавства ні на федеральному рівні, ні на рівні штату, яке або передбачало б анонімне донорство гамет, або вимагало його. Це питання регулюється професійними рекомендаціями, які не мають обов'язкової юридичної сили, і в яких рекомендується зберігати анонімність донора. У Великобританії Закон 1990 року про запліднення людини і ембріологію людини (Human The Human Fertilisation and Embryology Act 1990) надає обмежений доступ до інформації про походження дитини.

В Україні застосування штучного запліднення та імплантації ембріона здійснюється згідно з умовами та порядком, встановленими МОЗ України, на прохання дієздатної жінки, з якою проводиться така дія, за умови наявності письмової згоди подружжя, забезпечення анонімності донора та збереження лікарської таємниці. Розкриття анонімності донора може бути здійснено в порядку, передбаченому законодавством [32].

Анонімність є багатограним поняттям. Вона включає в себе право на автономію і приватне життя батьків; право донора на недоторканність приватного життя; право дитини знати своє походження.

Анонімність зазвичай розглядається як вічна й абсолютна, хоча насправді це нечасто буває так. В контексті донорства гамет анонімність є вибірковою: це означає, що особистість донора не розкривається одержувачам і/або дітям, народженим із застосуванням ДРТ, і навпаки. [86, с. 786].

Варто зазначити, що в даний час завдяки розвитку технологій в сфері генетичного аналізу можуть бути ідентифіковані всі люди, які коли-небудь зберігали свою ДНК для будь-яких цілей в загальнодоступній базі даних, включаючи учасників досліджень в великих проектах досліджень генома по всьому світу [87, с. 690].

В генеалогічних базах даних можна знайти прізвища потенційних родичів, а потім пошук можна звузити за допомогою неідентифікуючої інформації (наприклад, місце знаходження, освіти, вік). Негенетичну інформацію можна знайти в соціальних мережах, таких як Facebook.

Уряд, який встановлює анонімність донорів, має притягати до відповідальності осіб і компаній, які порушують правила анонімності внаслідок таких генетичних тестувань. Однак державний контроль в цій сфері складний, якщо не неможливий, якщо компанії, що пропонують генетичне тестування в Інтернеті, розташовані в юрисдикції, яка не забороняє таку діяльність.

Таким чином, генеалогічний пошук в генетичних базах даних може порушити право донорів гамет на недоторканність приватного життя, право одержувачів гамет на сімейне життя і генетичну конфіденційність користувачів баз даних, які не хотіли, щоб їх дані використовувалися для цих цілей.

Важливим компонентом прав людини, якому приділяється увага в цих Міжнародних документах, є право на приватність. Стаття 9 Загальної декларації про геном людини та права людини вказує, що «з метою захисту прав людини та основних свобод обмеження принципів згоди та конфіденційності можуть бути запропоновані тільки законом з вагомих причин в рамках міжнародного публічного права і міжнародного права в сфері прав людини» [88].

Відповідно до статті 5 Загальної декларації про біоетику та права людини, «слід поважати автономію осіб приймати рішення, беручи на себе

відповідальність за ці рішення і поважаючи автономію інших, а в статті 9 зазначається, що «слід поважати недоторканність приватного життя зацікавлених осіб і конфіденційність їх особистої інформації» [89].

Відповідно до статті 10 Конвенції Ов'єдо «кожна особа має право на повагу до її особистого життя стосовно інформації про її здоров'я» [90].

В п. 11 Гельсінської декларація вказано, що «обов'язок лікарів, які проводять медичні дослідження, – охороняти життя, здоров'я, гідність, недоторканість, право на самовизначення, недоторканість приватного життя й конфіденційність особистої інформації об'єктів дослідження» [83].

В рамках захисту прав людини право на недоторканність приватного життя охоплює широке коло питань, таких як репродуктивна свобода, недоторканність приватного життя в контексті цифровізації, захист особистої інформації та інші форми захисту даних, сфери сімейних і особистих відносин і т.д. Повага до принципу автономії та індивідуального прийняття рішень дуже тісно пов'язана з правом на недоторканність приватного життя, яке завжди превалює в багатьох конституційних системах.

Ще однією важливою складовою цінністю прав людини є право на рівність та недискримінацію.

Загальні принципи Загальної декларації про геном людини та права людини заперечують доктрину нерівності людей і рас і підтримують «демократичні принципи гідності, рівності та взаємної поваги». У статті 6 цього документу також зазначається, що «ніхто не може зазнавати дискримінації на основі генетичних характеристик, яка має на меті порушити права людини, основні свободи та гідність людини» [88].

В Загальній декларації про біоетику та права людини вказано, що «сприяння рівному доступу до медичних, науково-технічних розробок» та подальші гарантії рівності та недискримінації в статті 10 та статті 11 [89].

Конвенція Ов'єдо також захищає це право в статті 1 («Сторони цієї Конвенції захищають гідність і тотожність всіх людей та гарантують кожній особі – без дискримінації – повагу до її недоторканості та інших прав і

основних свобод щодо застосування біології та медицини»), статті 3 («Сторони, враховуючи медичні потреби та наявні ресурси, вживають відповідних заходів для забезпечення в межах їхньої юрисдикції рівноправного доступу до медичної допомоги належної якості»), а також статті 11 («Будь-яка форма дискримінації особи за ознакою її генетичної спадковості забороняється») [90].

Н. М. Старікова відмічає, що право людини на приватне життя, яке охоплює право мати сім'ю, потомство і в той же час не залежати від урядових інституцій, є фундаментальним правом визнаним Загальною декларацією прав людини. Водночас вона зауважує, що соціально-культурна парадигма змінюється, що тягне за собою розбудову нового праворозуміння, яке спирається на більш глибокі уявлення про саму людину та її права [57, с. 156].

Отже, теми, пов'язані з продовженням роду, а особливо використання методик ДРТ, історично часто були пов'язані з етично-моральними проблемами. Релігія відігравала важливу роль у ставленні людей до ДРТ, схиляючи своїх adeptів до повного прийняття або до повної відмови від використання ДРТ. Проте чим більше розвивалися технології, тим більше виникало проблем: технології, що дозволяють вибирати стать; питання «коммодифікації»; проблеми, пов'язані з посмертним відтворенням і клонуванням; сурогатне материнство. Розвиток методів ДРТ та етичні проблеми, пов'язані з ними, породжують інтерес до правового регулювання відносин у сфері застосування ДРТ. Також виникає потреба визначити та закріпити права, якими наділена людина у сфері ДРТ. Саме тому у міжнародних нормативно-правових актах з'являється нове поняття «репродуктивні права людини» (Конвенція ООН про права людини, Міжнародний пакт про громадянські та політичні права, Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права, Міжнародна конвенція про ліквідацію всіх форм расової дискримінації, Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок та інші). В Україні право на репродуктивні права регулюється Законом України «Основи законодавства України про здоров'я», Цивільним кодексом України, Сімейним кодексом України, наказами Міністерства охорони здоров'я України та іншими документами.

РОЗДІЛ 2 ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В УКРАЇНІ

2.1 Сучасний стан правового регулювання допоміжних репродуктивних технологій в Україні

З самого початку використання допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) супроводжувалося етичними, правовими і соціальними протиріччями. Були розроблені керівні принципи та нормативно-правові акти для вирішення багатьох з цих проблем, однак швидкий розвиток ДРТ вимагає їх постійної переоцінки.

Н. М. Старікова відмічає, що, особливо важливо переконатися у процивілізованому застосуванні нових технологій. Вона вказує, що саме право може вберегти людство від зловживань у цій сфері та дозволить ефективно використати потенційні можливості, бо породжені появою біомедичних технологій проблеми тісно пов'язані з правовими питаннями, що стосуються захисту та гарантій прав людини, а саме права на життя та забезпечення свободи вибору в питаннях приватного життя [57, с. 157].

Варто звернути увагу на те, що поняття «правове регулювання» є багатогранним. У загальній теорії права немає єдиного підходу до тлумачення поняття правового регулювання як однієї з основоположних категорій правової дійсності, адже через регулювання виявляється сутність і соціальне призначення права [91].

Т. І. Тарахонич вказує, що поняття «регулювання» (від лат. *regulo* – правило) означає упорядкування, налагодження, приведення чогось у відповідність з чимось. Він зазначає, що деякі науковці відносять термін «регулювання» лише до права як системи норм та деяких інших специфічних правових явищ (правовідносин, актів реалізації норм права). Норма права встановлює лише модель відносин, у якій суспільні інтереси повинні співвідноситись з інтересами членів суспільства, поряд з цим право широко

використовує такі засоби впливу на поведінку людей, як стимулювання, заохочення, надання прав тощо [92, с. 28].

Правове регулювання завжди має певну мету, зокрема впорядкування відносин відповідно до тих ідеальних моделей, які закладено в норми права [93, с. 189].

О. В. Бабкіна визначає правове регулювання як цілеспрямований вплив права на суспільні відносини і поведінку осіб з метою їх упорядкування за допомогою системи спеціальних юридичних (правових) засобів [94, с.81].

Ю. С. Шемшученко розглядає правове регулювання як різновид соціального регулювання, яке виступає одним з основних засобів державного впливу на суспільні відносини з метою їх упорядкування в інтересах людини, суспільства і держави [95].

Отже, різноманітність визначень правового регулювання у теоретичних джерелах обумовлена різноманітністю підходів до праворозуміння. При цьому кожен з цих підходів має своє обґрунтування, свій понятійно-логічний апарат, а вибір одного з них врешті-решт залежить від дослідника і обумовлений специфікою та завданнями певного дослідження [96, с. 1059].

Зарубіжні дослідники правового регулювання ДРТ починають розгляд теми правового регулювання ДРТ з питання, які теорії регулювання повинні бути застосовні до біомедичних технологій. Наприклад, в регулюванні, заснованому на оцінці ризику, в центрі уваги буде визначення ризиків та їх впливу. В контексті біомедичних технологій, це означає визначення видів ризиків, їх рівня, контролю за допомогою стандартів безпеки, забезпечення якості та інформації, наданої медичними працівниками або фахівцями в галузі охорони здоров'я.

Регулювання в цій сфері проголошується на широкому рівні як засіб ефективного і безпечного управління існуючими та новими технологіями, не обов'язково виключно через втручання держави, але у взаємодії з іншими відповідними регулюючими або професійними органами [43].

Існує безліч дискусій стосовно ДРТ і глобальної індустрії фертильності, які торкаються наступних тем: рушійні соціальні і економічні сили; дослідження, які

проводяться різними феміністичними рухами щодо впливу цих технологій; наслідки сурогатного материнства для жінок в країнах третього світу; правові питання, що стосуються батьківства, громадянства та прав дітей, народжених у результаті використання ДРТ; етичні питання щодо коммодифікації тіла; моральні питання медикалізації і комерціалізації дітонародження і створення сім'ї [97, с. 674]. Саме це призвело до вимог більш суворого державного регулювання і контролю над генетичними дослідженнями людини і процедурами ДРТ.

Варто зазначити, що ці фактори в основному призводять до появи обмежувального законодавства, оскільки негативні випадки, які трапляються в при застосуванні деяких методик ДРТ і обговорюються в новинах, викликають значний резонанс. Тому, метою законів є запобігання майбутнім зловживанням, усуваючи всі можливі прогалини в законодавстві. Більшість законодавчих актів щодо ДРТ у світі базуються на фундаментальних моральних цінностях або принципах, таких як захист людського життя, некомерціалізація людського тіла та відповідальне батьківство [98, с. 15].

Чого слід очікувати від регулювання ДРТ? В першу чергу, захист сторін-учасників відносин з ДРТ, вирішення питань безпеки, ефективності та якості медичної допомоги. По-друге, створення рівних умов доступу до ДРТ, а також для надавачів послуг з ДРТ, оскільки слід пам'ятати, що існує фінансовий стимул і конкуренція між клініками, що може вплинути на процес прийняття рішень. Регулювання також має бути проактивним та реактивним, повинно стосуватися методик ДРТ і досліджень ембріонів в широкому сенсі, включаючи питання терапевтичного клонування, генетичних наслідків ПГД тощо.

Важливо розуміти, що здебільшого ці норми та контролюючі заходи були прийняті тільки після того, як технології набули широкого поширення і стали стандартом практики.

В Україні сфера надання послуг з ДРТ вважається добре розвиненою. Відповідно до звітної інформації за 2019 рік, в Україні працюють 45 медичних

заклади, які займаються допоміжними репродуктивними технологіями, в порівнянні з 32 закладами в 2015 р. [35].

Україна є однією з небагатьох держав, де ДРТ дозволені на законодавчому рівні. Право на проведення ДРТ закріплено в положенні ч. 7 ст. 281 ЦК України, де зазначено: «Повнолітні жінка або чоловік мають право за медичними показаннями на проведення щодо них лікувальних програм допоміжних репродуктивних технологій згідно з порядком та умовами, встановленими законодавством» [79].

Аналізуючи правове регулювання ДРТ, А. П. Головащук виділяє три рівні: міжнародний рівень, рівень національного законодавства, а також договірне регулювання. На міжнародному рівні правовідносини у сфері ДРТ регулюються міжнародними нормативно-правовими актами. На рівні законодавства окремих держав це питання урегульовується нормами конституції, кодифікованих актів, окремих законів та підзаконних нормативно-правових актів. Досліджувані відносини можуть бути врегульовані також за допомогою договорів між учасниками ДРТ у відповідності до норм законодавства конкретної держави [51, с. 45].

Л. П. Мартинюк звертає увагу на те, що договірне регулювання при використанні методик ДРТ здійснюється також на «національному» рівні. Але у даному разі засобом регулювання виступає не норма права, а договір [99, с. 94].

Вважаємо за доцільне розглянути два рівні правового регулювання ДРТ: міжнародне законодавство та національні нормативно-правові акти.

На міжнародному рівні питання регулювання відносин у сфері ДРТ розглядається через призму прав людини (право на охорону здоров'я, на батьківство та материнство, репродуктивні права).

Першим документом, який офіційно закріпив репродуктивні права в рамках прав людини, був Заключний акт Тегеранської конференції з прав людини 1968 року, прийнятий у 1968 році, в якому зазначається, що «батьки мають основне право людини вільно та відповідально приймати рішення щодо

кількості дітей та проміжками часу між народженням дітей, а також право на належну інформацію в цьому відношенні” [100].

Мексиканська декларація 1975 року про рівність жінок і їхній внесок у розвиток і мир підтверджує принцип рівних прав у сім’ї та принцип недоторканності людського тіла. Так, згідно принципу 12, «кожна пара і кожна людина мають право вільно і відповідально вирішувати чи мати дітей, а також визначати їх кількість і інтервали між їх народженням, а також отримувати для цього інформацію, освіту та засоби» [101].

У 1993 р. представники 171 держави ухвалили на консенсусній основі Віденську декларацію та Програму дій, що свідчить про загальносвітовий консенсус щодо права на сексуальне та репродуктивне здоров’я. Розділ 3 Програми дій стосується прав жінок та їх права на доступну та адекватну медичну допомогу та найширший спектр послуг з планування сім’ї, а також рівний доступ до освіти на всіх рівнях, включаючи сексуальну освіту [102].

Представники урядів, громадянського суспільства і агентств Організації Об’єднаних Націй (ООН) зібралися в Каїрі на Міжнародній конференції з народонаселення та розвитку. Уряди всього світу погодилися з тим, що обговорення питання про зростання населення слід чітко розглядати в контексті розвитку і що вперше права і потреби жінок повинні знаходитися в центрі зусиль щодо прискорення розвитку. Зокрема, 179 країн узгодили і схвалили 20-річну Програму дій по досягненню ряду цілей, пов’язаних зі зміцненням здоров’я і прав жінок, а також з підтримкою сталого розвитку [103].

Серед міжнародних нормативно-правових актів, які спрямовані на захист прав людини і стосуються різних аспектів допоміжних репродуктивних технологій, розглянемо наступні: Загальна декларація прав людини, прийнята і проголошена резолюцією 217 А (III) Генеральної Асамблеї ООН від 10 грудня 1948 року; Декларація про використання науково-технічного прогресу в інтересах миру та на благо людства, прийнята резолюцією 3384 (XXX) Генеральної Асамблеї від 10 листопада 1975 року; Конвенція ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок від 18 грудня 1979 року;

Конвенція ООН «Про права дитини» від 20 листопада 1989 року; Конвенція «Про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція Про права людини та біомедицину» від 04 квітня 1997 року; Загальна декларація про геном людини та права людини від 11 листопада 1997 року; Декларація тисячоліття ООН затверджена резолюцією 55/2 Генеральної Асамблеї від 08 вересня 2000 року.

Репродуктивні права – це права людини. У 1948 році була проголошена Загальна декларація прав людини, в якій були закріплені основні права і свободи людини в якості загального стандарту для всіх народів і всіх націй, вони визнали «рівні і невід’ємні права всіх членів людської сім’ї»: цивільні, політичні, економічні, соціальні і культурні права. Найбільш актуальним для репродуктивного здоров’я Загальна декларація прав людини визнала право на недискримінацію, право на життя, свободу та безпеку особи, право на соціальне забезпечення, а також що «материнство та дитинство мають право на особливий догляд та допомогу» [104]. В Декларації не йшла мова про сфери життя, яких ці права особливо стосуються, але вона утверджувала гідність і цінність людської особистості, рівні права жінок і чоловіків та рішучість сприяти соціальному прогресу та кращим стандартам життя.

Декларація про використання науково-технічного прогресу в інтересах миру та на благо людства, прийнята на 30-тій сесії Генеральної Асамблеї ООН 10 листопада 1975 року, належить до числа міжнародних документів, які носять рекомендаційний характер. Роль науки в суспільстві, її переваги і потенційна небезпека обговорювалися на різних міжнародних форумах, але майже ніколи в контексті прав людини. У преамбулі визнано, що науково-технічні досягнення можуть, з одного боку, поліпшити умови життя народів і націй, але, з іншого боку, можуть спричинити соціальні проблеми або загрожувати основним правам та свободам людини. Положення зазначеного документу закріплюють рівний доступ кожної людини до використання досягнень науково-технічного прогресу, зокрема у сфері репродуктивної медицини. У цьому документі аналізуються можливі юридичні зобов’язання держав щодо права користуватися результатами

наукового прогресу та його застосуванням, зокрема, у випадку охорони здоров'я. Таким чином, держави повинні приймати заходи, включаючи законодавчі, для забезпечення прав і основних свобод людини без дискримінації за ознакою раси, статі, мови чи релігійних переконань в контексті використання досягнень науки і техніки, а також задля попередження і недопущення використання науково-технічних досягнень на шкоду правам людини і основним свободам та людській гідності [105].

Положення про запліднення *in vitro* та трансплантацію ембріонів, прийняте 39-ю Всесвітньою медичною асамблеєю 01 жовтня 1987 року у м. Мадрид, є важливим документом, який стосується застосування ДРТ, зокрема, запліднення *in vitro*, донорства гамет та ембріонів. Всесвітня медична асоціація закликає лікарів діяти етично і з належною повагою до здоров'я майбутньої матері і ембріона. У всіх випадках лікар може діяти тільки за умови наявності повної інформованої згоди донорів і реципієнтів. Лікар завжди повинен діяти в інтересах дитини, яка народилася в результаті здійснення програми ДРТ. Будь-яка комерціалізація, при якій яйцеклітини, сперма або ембріон пропонуються для покупки або продажу, категорично засуджується Всесвітньою медичною асоціацією (ВМА). Відповідно до зазначеного міжнародного документа, медична репродуктивна допомога виправдана в усіх випадках безпліддя, яке не можна вилікувати за допомогою класичних медикаментозних чи хірургічних методів. Зазначається також, що метод сурогатного материнства може використовуватися у дорослої жінки, у якої відсутня матка, якщо це не заборонено відповідними законами або етичними правилами ВМА або інших відповідних медичних асоціацій. Таким чином, ВМА визначає сурогатне материнство як метод лікування, який породжує юридичні, етичні та моральні проблеми, що потрібно враховувати, ухвалюючи будь-яке рішення стосовно використання цього методу [106].

До числа міжнародних актів, які стосуються регулювання відносини у досліджуваній сфері, належить Конвенція Організації Об'єднаних Націй (ООН) Про права дитини від 20 листопада 1989 року, яка ратифікована Постановою

Верховної Ради України № 789-ХІІ від 27 лютого 1991 року. Зазначений документ забезпечує захист дитини від усіх форм дискримінації, а також захист інтересів дитини та вживання всіх необхідних законодавчих, адміністративних та інших заходів для здійснення прав, визнаних у цій Конвенції. Пропонується концепція дитини як незалежного тримача ряду всеосяжних прав, що вимагає від держав розробки цілісної нормативної бази, яка захищає ці права, такі як право на громадянство і право знати своїх батьків і право на їх піклування. Відповідно до статті 3 Конвенція ООН Про права дитини (КПР) держави зобов'язані забезпечити, що «в усіх діях щодо дітей, незалежно від того, здійснюються вони державними чи приватними установами, що займаються питаннями соціального забезпечення, судами, адміністративними чи законодавчими органами, першочергова увага приділяється якнайкращому забезпеченню інтересів дитини». У статті 1 стверджується, що: «дитиною є кожна людська істота у віці до вісімнадцяти років» [85]. Крім того, в документі міститься положення про право дитини на захист, турботу і правовий захист як до, так і після народження.

Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину від 04 квітня 1997 року, підписана Україною 22 березня 2002 року, є одним із найвагомішим документів, що забезпечує охорону прав і свобод людини у сфері прокреації людини. Зазначена конвенція виникла в результаті усвідомлення швидкого розвитку біології і медицини і необхідності окремого регулювання прав людини при захисті гідності і свобод в контексті використання сучасної науки. Вона була прийнята в 1997 році разом з розробкою проекту «Геном людини», який є одним з найбільших проектів людства, досягнення якого стосуються всіх і кожного. Конвенція стосується кількох прав, які є центральними в сфері медицини, таких як: згода на лікування; приватне життя та право на інформацію; заборона дискримінації; дослідження; і видалення органів і тканин у живих донорів з метою трансплантації. Метою цієї Конвенції усунення дискримінації у питаннях що стосуються застосування медицини і відповідно застосування ДРТ як методик лікування безпліддя. Вказана Конвенція закріплює рівноправний доступ

до медичної допомоги (ст. 3), а також захищає право на приватне життя і право на інформацію. Конвенція також передбачає, що будь-яке втручання в здоров'я людини повинно здійснюватися за наявності добровільної згоди людини, нагадуючи про принципи, зазначених у звіті Бельмонта, і згідно з відповідними професійними стандартами [90].

Звіт Бельмонта 1978 року, який розглядається як золотий стандарт в сфері етики та охорони здоров'я, визначає три основних принципи в догляді за пацієнтами і дослідженнях. До них відносяться повага до людей (тобто автономія), позитивні кроки медперсоналу для поліпшення стану пацієнта, а також справедливість. Застосування цих принципів до медичної допомоги вимагає від практикуючих лікарів уваги до потреб пацієнтів і належного обговорення з пацієнтами балансів ризиків, переваг і альтернатив. За допомогою інформованої згоди практикуючі лікарі забезпечують дотримання юридичних зобов'язань і етичних норм, що містяться в звіті Бельмонта, з метою забезпечення прав і поваги автономії пацієнтів [107].

Згодом Конвенція про права людини та біомедицину [90] була доповнена трьома додатковими протоколами:

1) Додатковий протокол до Конвенції про захист прав і гідності людини щодо застосування досягнень біології та медицини, стосовно заборони клонування людських істот. Зазначений документ, прийнятий в Парижі 12 січня 1998 року, є законодавчим документом у країнах Європи, який забороняє клонування людини.

2) Додатковий протокол до Конвенції про права людини та біомедицину щодо трансплантації органів і тканин людини. Цей Додатковий протокол, прийнятий 24 січня 2002 р., став першим у світі документом, що врегульовує морально-етичні стосунки лікаря, донора та реципієнта. Він встановлює правила поведінки з померлими та живими донорами, встановлює необхідність санкцій проти осіб, які порушують гідність іншої особи та заважають їх волі, враховує необхідність розповсюдження інформації про відсутність органів і тканин для трансплантації, тощо.

3) Додатковий протокол до Конвенції про права людини та біомедицину, який стосується біомедичних досліджень. В контексті біомедичних досліджень протокол спрямований на забезпечення захисту гідності та ідентичності всіх людей та заборону дискримінації. Протокол визнає, що дослідження можуть як сприяти порятунку і поліпшенню життя людей, так і суперечити фундаментальним принципам гідності та інших правам.

Загальна декларація про геном людини та права людини від 11 листопада 1997 року, яка була прийнята на 29-тій сесії Генеральної конференції ЮНЕСКО, є міжнародним документом, який має рекомендаційний характер. Декларація була відповіддю на дуже швидке і тривожне зростання наукових досягнень, особливо генетичних. Концепція зазначеної декларації базується на кількох темах: страх, що наука завдасть непоправної шкоди фундаментальному аспекту людства; надія на те, що справедливе суспільство знаходиться в межах можливостей людини; і заклопотаність тим, що ми далекі від цього суспільства і рухаємося в неправильному напрямку. Загальна декларація визнає, що наукові дослідження геному людини і практичне застосування їх результатів несуть в собі перспективи для покращення здоров'я окремих людей і всього людства, але водночас такі дослідження мають базуватися на повазі гідності, свобод і прав людини, а також на забороні будь-якої дискримінації за ознакою генетичних характеристик. Декларація виступає проти отримання комерційної вигоди від геному людини, забороняє перетворювати його на об'єкт грошових відносин. Вона зазначає, що права та свободи людини превалюють над медичними дослідженнями. Що стосується регулювання ДРТ, важливо звернути увагу на положення ст. 7 Загальної декларації, яка підкреслює важливість забезпечення конфіденційності генетичних даних людини. Ця норма важлива у питанні донорства статевих клітин та ембріонів, оскільки генетичні дані отримані про особу під час проведення медичного дослідження мають зберігатися та оброблятися відповідно до закону, щоб забезпечити конфіденційність донора [88].

Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок була прийнята в 1979 році Генеральною Асамблеєю ООН. Україна підписала Конвенцію 17 липня 1980 року, а ратифікувала її 19 грудня 1980 року. Відповідно до цієї Конвенції право на приватне життя тісно пов'язане з репродуктивною автономією і доступом до репродуктивних послуг (параграф 146), що підтверджується статтею 16(е) Конвенції про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок. Ця стаття гарантує право приймати рішення про кількість дітей і проміжки між їх народженням. Стаття 12 визнається центральною. В ній сформульовано зобов'язання держав-учасників «вживати всіх відповідних заходів для ліквідації дискримінації щодо жінок в галузі охорони здоров'я, щоб забезпечити доступ до послуг охорони здоров'я, в тому числі пов'язаних з плануванням сім'ї на основі рівності чоловіків і жінок». Крім того, право доступу до спеціальної освітньої інформації і консультацій з планування сім'ї гарантується статтею 10.h вказаної Конвенції. В статті 14.b мова йде про право жінок в сільській місцевості на доступ до відповідних медичних установ, включаючи отримання інформації, консультацій та послуг з планування сім'ї. У статті 11.1.f Конвенції також йдеться про право жінок на охорону здоров'я і безпеку в умовах праці, в тому числі «на збереження репродуктивної функції» [108].

Таким чином, розглянуті вище міжнародні нормативно-правові акти містять положення, що стосуються правового регулювання допоміжних репродуктивних технологій і захисту репродуктивних прав людини. Частина цих документів мають рекомендаційний характер і не є обов'язковими для держав при розробці власного законодавства у сфері використання ДРТ. Варто зазначити, що ці міжнародні нормативно-правові акти наголошують на тому, що сучасні досягнення в галузі науки та медицини не мають порушувати права людини, а також мають на меті усунення будь-якої дискримінації людини стосовно її генетичних характеристик.

Розглянувши міжнародні нормативно-правові акти, які стосуються застосування ДРТ, проаналізуємо деякі нормативні акти Європейського Союзу.

Європейська конвенція з прав людини (Конвенція про захист прав людини та основних свобод), яка була розроблена в 1950 році новоствореною Радою Європи і набрала чинності 3 вересня 1953 року, захищає права людини та політичні свободи у Європі. Зазначений документ захищає сексуальні та репродуктивні права людини: право на приватне та сімейне життя (стаття 8), право на шлюб та створення сім'ї (стаття 12), право на свободу від катувань та жорстокого поводження (стаття 3), право на життя (стаття 2) та заборона дискримінації (стаття 14). Конвенція містить в собі ідею, що концепція приватного життя охоплює доступ до послуг репродуктивної медицини. Держави беруть на себе позитивний обов'язок забезпечити виконання цих прав, включаючи право на продовження роду за допомогою технології ЕКЗ [109].

Європейський суд з прав людини (ЄСПЛ) та Європейська комісія з прав людини (ЄКМПЛ) неодноразово розглядали справи, пов'язані з репродуктивними правами, особливо з приводу переривання вагітності, які суд загалом розглядає відповідно до ст. 8 ЄКПЛ (наприклад, Брюггеманн і Шоутен проти Німеччини; Патон проти Сполученого Королівства; і Тисіак проти Польщі).

Рекомендація 1046 Парламентської Асамблеї Ради Європи від 1986 року «Щодо використання ембріонів і плоду людини в цілях діагностики, терапії, наукових досліджень, промислового використання та торгівлі» вказує на «безперервність» людського ембріона після запліднення протягом усього процесу його розвитку і на неможливість проведення чітких відмінностей між ембріонами на різних стадіях розвитку, і вони вимагають поводження до ембріонів та плоду гідного людини. Використання ембріонів або плоду і вилучення їх тканин з метою діагностики та лікування виправдане тільки в разі, якщо дотримуються принципи і мають місце умови, зазначені в Додатку до Рекомендації. У той же час вони визнають, що думки щодо використання ембріонів або ембріональної тканини різняться, а також вимагають ініціатив, які повинні привести до вироблення загального правового документа щодо цього питань. У Рекомендації 1046 Парламентська асамблея закликає уряди держав-

членів заборонити (серед іншого): створення людських ембріонів за допомогою ЕКЗ для досліджень; дослідження життєздатних людських ембріонів і експерименти на живих людських ембріонах, незалежно від того, життєздатні вони чи ні; створення ідентичних людських ембріонів шляхом клонування чи будь-яким іншим способом; злиття ембріонів або будь-яких інших процедур, які можуть привести до появи химер. Серед норм, наведених у додатку до Рекомендації 1046, зустрічається норма щодо неприпустимості терапії ембріона *in vitro* або *in utero* або плода *in utero*, якщо тільки така не проводиться для лікування за умови наявності точного діагнозу з надзвичайно поганим прогнозом, коли неможливо ніяке інше рішення. Використання тканин мертвих (абортованих) плодів допускається за певних умов [110].

Право на сексуальне і репродуктивне здоров'я розглядається в Резолюції 1399 (2004) та Рекомендації 1675 (2004) «Європейська стратегія заохочення сексуального та репродуктивного здоров'я та прав». Зазначені документи визначають, що приватні особи і пари повинні мати можливість управляти своєю фертильністю без несприятливих або небезпечних наслідків. Вони також заохочують розробку як європейської стратегії для просування репродуктивного здоров'я і прав, так і національних стратегій з охорони репродуктивного здоров'я [111].

Отже, проаналізовані акти ЄС у сфері репродуктивних права та репродуктивного здоров'я в першу чергу зосереджуються на питаннях охорони репродуктивного здоров'я; забезпечення репродуктивних прав (наприклад, права доступності послуг з планування сім'ї), а також питання щодо використання ембріонів.

Перший законодавчий акт, який узаконив допоміжні репродуктивні технології на території незалежної України – Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ «Основи законодавства України про охорону здоров'я». Відповідно до статті 48 зазначеного Закону застосування штучного запліднення та імплантації ембріона здійснюється згідно з умовами та порядком, встановленими центральним органом виконавчої влади, що забезпечує

формування державної політики у сфері охорони здоров'я, на прохання дієздатної жінки, з якою проводиться така дія, за умови наявності письмової згоди подружжя, забезпечення анонімності донора та збереження лікарської таємниці. Розкриття анонімності донора може бути здійснено в порядку, передбаченому законодавством [78].

Відповідно до ст. 3 Конституції України людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю [77].

Чинним і єдиним нормативним актом, що детально регламентує застосування ДРТ, є наказ МОЗ України від 9 вересня 2013 року № 787 «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні» [32]. Н. М. Старікова зазначає, що чинні правові норми є фрагментарними, абстрактними і лише позначають наявність предмета правового регулювання [57, с. 157].

У Наказі МОЗ України «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій» наводяться визначення понять допоміжних репродуктивних технологій, їх види. Цим наказом передбачені показання до застосування методик ДРТ, протипоказання та, власне, організаційно-правові засади їх застосування. Він містить перелік документів, за наявності яких здійснюється донорство гамет чи ембріонів, сурогатне материнство тощо.

Іншими законодавчими актами, що стосуються правового регулювання ДРТ в Україні є Цивільний кодекс України (ЦК України), Сімейний кодекс України (СК України), Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження статистичної документації з питань допоміжних репродуктивних технологій» № 489 від 10 грудня 2001 року тощо.

Цивільний кодекс України містять положення, які регулюють застосування ДРТ. Будь-яке втручання в особисте життя людини є неприпустимим і забороненим згідно з цивільним законодавством України.

Відповідно до ч. 7 ст. 281 ЦК України повнолітні чоловік та жінка мають право за медичними показаннями на проведення щодо них лікувальних програм допоміжних репродуктивних технологій, згідно з порядком та умовами, встановленими законодавством [79].

Таким чином, допоміжні репродуктивні технології можуть застосовуватись в Україні виключно за медичними показаннями. Таким чином, лікування методами ДРТ за соціальними показаннями не передбачено у чинному законодавстві України.

О. В. Оніщенко та П. Ю. Козіна виходять з того, що право на материнство та батьківство осіб належить до основних особистих немайнових прав людини. Таким чином, жодне втручання чи контроль не є допустимим, особи самостійно та на власний розсуд можуть розпоряджатися таким правом [112, с. 103].

Певні положення закріплені стосовно правового регулювання ДРТ закріплені в Сімейному кодексі України. Так, стаття 123 СК України регулює питання щодо визначення походження дитини, народженої в результаті застосування ДРТ:

1) у разі народження дружиною дитини, зачатої в результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій, здійснених за письмовою згодою її чоловіка, він записується батьком дитини;

2) у разі перенесення в організм іншої жінки ембріона людини, зачатого подружжям в результаті застосування допоміжних репродуктивних технологій, батьками дитини є подружжя;

3) подружжя визнається батьками дитини, народженої дружиною після перенесення в її організм ембріона людини, зачатого її чоловіком та іншою жінкою [80].

Частина 1 ст. 123 СК України не встановлює біологічного походження дитини від того хто записаний її батьком, адже інформація про донора є анонімною і, таким чином, донор жодних батьківських прав та обов'язків не має. Частина 2 ст.123 СК України регулює сурогатне материнство. Частина 3 ст. 123 СК України регулює ситуації коли, дружина не здатна до зачаття дитини, але її

організм спроможний забезпечити розвиток зародка і народити дитину, біологічною матір'ю якої є інша жінка [80].

Слід також звернути увагу на те, що питання репродуктивного здоров'я нації розглядалося на державному рівні, що відображається у певних нормативних актах. Наприклад, Указ Президента України від 26 березня 2001 року № 203/2001 «Про Національну програму «Репродуктивне здоров'я 2001–2005» розроблявся з метою поліпшення демографічної ситуації в Україні, охорони материнства і дитинства, а також збереження репродуктивного здоров'я населення [81].

Оскільки в даній роботі неможливо детально розглянути питання правового регулювання всіх чи більшості методів ДРТ, розглянемо правове регулювання сурогатного материнства, як того методу ДРТ, який є найбільш суперечливим та, на думку багатьох вчених, потребує найбільшої уваги з боку законотворців.

Основними нормативно-правовими актами, що регулюють застосування сурогатного материнства в Україні, є Цивільний кодекс України, Сімейний кодекс України, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р., Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні» від 09.09.2013 року № 787, наказ Міністерства юстиції України № 140/5 від 18 листопада 2003 р. «Про внесення змін до Правил реєстрації актів цивільного стану в Україні».

Одним із основних законодавчих актів у сфері правового регулювання сурогатного материнства виступає Сімейний кодекс України, який визначає походження дитини, народженої у результаті застосування ДРТ (ч. 2 ст. 123). Для захисту прав та інтересів подружжя законодавець не допускає оспорювання материнства в таких випадках [80]. Отже, дитині, народженій сурогатною матір'ю, гарантується право мати батьків, а її біологічні батьки мають права, обов'язки та гарантії відповідно до СК України.

Норма ст.123 СК України передбачає можливість використання ДРТ лише для подружжя [80]. Згідно з законодавством України, самотня жінка або чоловік не можуть пройти лікування безпліддя за допомогою програми сурогатного материнства, що обмежує права осіб, які перебувають у фактичних шлюбних відносинах.

Відповідно до ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я», штучне запліднення та імплантація ембріона відбувається відповідно до умов та порядку, що встановлені центральним органом виконавчої влади, який забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я [78].

Термін «сурогатне материнство» вперше з'явився в Наказі МОЗ України «Про затвердження Інструкції про порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій» від 23 грудня 2008 року. У зазначеному Наказі даному виду лікування безпліддя була присвячена глава 7, в якій визначались всі необхідні умови для проведення сурогатного материнства, медичні показання та протипоказання для здійснення програми сурогатного материнства, вимоги до жінки, яка виявила бажання стати сурогатною матір'ю, алгоритм проведення ДРТ методом сурогатного материнства. Для реєстрації новонародженої дитини необхідно було надати довідку про генетичний зв'язок потенційних батьків або одного із них з дитиною [31].

Наказом МОЗ України «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні» від 09.09.2013 року № 787 був скасований попередній нормативно-правовий акт. Цим наказом були внесені зміни стосовно сурогатного материнства: з'явилася законодавчо передбачена вимога щодо обов'язкового надання письмової згоди жінки, яка виявила бажання стати сурогатною матір'ю, на проходження процедури сурогатного материнства, письмова згода чоловіка на участь дружини у цій програмі (якщо жінка, яка має намір стати сурогатною матір'ю, перебуває у шлюбних відносинах), а також згода донора на участь у цій процедурі (у разі його залучення до процедури); був визначений перелік документів для здійснення програми сурогатного материнства [32].

Цивільний кодекс України також містять деякі положення, які регулюють застосування сурогатного материнства. Відповідно до ч.7 ст. 281 ЦК повнолітні жінка або чоловік у випадку наявності певних медичних показань мають право на проведення щодо них лікувальних програм методом ДРТ [79].

Щоб захистити учасників процедури ДРТ методом сурогатного материнства укладають договір. Варто зауважити, що в українському законодавстві форма договору про сурогатне материнство не закріплена.

Деякі науковці розглядають питання визначення істотних умов договору сурогатного материнства. Наприклад, Н. В. Федорченко пропонує, серед інших, наступні істотні умови договору сурогатного материнства: зобов'язання сурогатної матері виконувати всі приписи лікаря та надавати всю інформацію щодо власного стану здоров'я та здоров'я плоду; отримання згоди щодо передачі дитини потенційним батькам після її народження у строк, визначений у договорі; зобов'язання потенційних батьків прийняти дитину після її народження у строк, вказаний у договорі; ціну договору, витрати на медичне обслуговування, харчування тощо [113, с. 67].

Такий договір дуже важливий, адже прописавши всі необхідні умови, можливо уникнути настання небажаних наслідків у майбутньому.

Реєстрація новонародженої дитини відбувається згідно з Законом України «Про державну реєстрацію актів цивільного стану» та Наказом Міністерства юстиції України «Про затвердження Правил державної реєстрації актів громадянського стану в Україні». Реєстрація дитини, народженої в результаті застосування сурогатного материнства здійснюється за заявою подружжя, одночасно з яким подається заява сурогатної матері про її згоду на запис цього подружжя біологічними батьками новонародженої дитини, а також довідка, що доводить генетичний зв'язок малюка з батьками [114].

Проблемним питанням в контексті застосування ДРТ, а особливо, сурогатного материнства, залишається питання про доступ до цих послуг іноземців, які часто обирають Україну для здійснення програм ДРТ з огляду на низку переваг: угоди про сурогатне материнство, укладені на комерційній основі,

дозволені в Україні без будь-яких обмежень в розмірі винагороди сурогатної матері; не потрібно отримувати дозвіл спеціального органу; немає необхідності в судовому розгляді справи; не передбачена подальша процедура усиновлення новонародженої дитини; згідно з законодавством сурогатна мати не отримує жодних батьківських прав по відношенню до дитини, народженої в результаті програми сурогатного материнства. Законними батьками дитини, народженої сурогатною матір'ю, вважаються виключно генетичні батьки [40, с. 70].

Важливо зауважити, що не існує міжнародних угод, які б регулювали застосування метода сурогатного материнства на міжнародному рівні. Однак, з огляду на те, що сурогатне материнство пов'язане з правами людини, можна розглядати міжнародні правові акти, які стосуються захисту прав людини. Наприклад, Конвенція про захист дітей та співробітництво в галузі міждержавного усиновлення може застосовуватися при розгляді питань, які виникають під час стосовно договорів транскордонного сурогатного материнства, що означає «будь-яку домовленість про сурогатне материнство, яка включає більше однієї країни, що відбувається через різницю в місці проживання, а також, зазвичай, національності, між майбутніми батьками та сурогатною матір'ю, або з будь-яких інших причин» [115].

Отже, використання допоміжних репродуктивних технологій законодавчо закріплене в нормативно-правових актах України. Певні норми, особливо, що стосується прав людини, пов'язаних з прокреацією людини за допомогою ДРТ, можна знайти в міжнародних правових документах. Вони переважно стосуються прав дитини: Конвенція про права дитини та Конвенція про захист дітей та співробітництво в галузі міждержавного усиновлення. Основними нормативними актами України, що регулюють застосування ДРТ, є Цивільний кодекс, Сімейний кодекс, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Наказ МОЗ Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні № 787, а також Наказ Міністерства юстиції «Про затвердження Правил державної реєстрації актів

цивільного стану в Україні» та Законом України «Про державну реєстрацію актів цивільного стану».

Таким чином, Україна має доволі широку нормативну базу щодо питання регулювання ДРТ. Проте, вище розглянуті законодавчі акти повною мірою не охоплюють всіх аспектів застосування допоміжних репродуктивних технологій, які є важливими.

2.2 Договір про здійснення допоміжних репродуктивних технологій методом сурогатного материнства

У міру того як допоміжні репродуктивні технології стають все більш поширеними, і в міру того, як технології продовжують розвиватися, правові проблеми будуть продовжувати з'являтися. Завдяки швидкому розвитку репродуктивних технологій згода, індивідуальний вибір і автономія замінюють біологічні відносини. Свобода договору протиставляється державній політиці та набирає силу [116, с. 66].

Нездатність закону розвиватися в тандемі з соціальними нормами може також привести до нового, творчого тлумачення існуючих законів, тлумачення яких частково залежить від соціальних стандартів. Найефективніший спосіб не відставати від допоміжних репродуктивних технологій в рамках правового регулювання – це договір. Оскільки сімейні та інтимні стосунки стали ще більш унікальними завдяки безмежним можливостям ДРТ, вони часто не вкладаються в рамки обмежень державних постанов і можуть бути більш функціонально структуровані за допомогою договору.

Договір є головним документом, що визначає відносини біологічних батьків із сурогатною матір'ю, та має складатися відповідно до положень чинного законодавства України, враховуючи індивідуальні вимоги, побажання та можливості самого подружжя і сурогатної матері [117, с. 34].

В законодавстві залишається неврегульованими низка питань, наприклад: що робити, якщо подружжя відмовляється з тих чи інших причин забрати дитину,

народжену сурогатною матір'ю; які дії сторін у разі загибелі дитини до народження або народження неповноцінної чи хворої дитини; яка відповідальність сурогатної матері за невиконання чи неналежне виконання умов договору тощо [50, с. 43-44]. Такі проблеми можна вирішити шляхом укладення належним чином розробленого і продуманого договору про сурогатне материнство.

С. Булеца зазначає, що відносини, які виникають за договором сурогатного материнства, повинні бути поставлені в правові рамки. Оскільки ст. 8 СКУ допускає застосування норм Цивільного Кодексу України (далі – ЦКУ), то вони повинні бути застосовані до вирішення питань про укладення договору і визначення в ньому прав, обов'язків і відповідальності сторін. Саме так можна забезпечити належне виконання зобов'язань і запобігти зловживанням в цій сфері [118, с. 131].

В законодавстві України договір про сурогатне материнство не закріплений в жодному нормативному акті, однак Цивільний кодекс України визначає, що сторони мають право укласти договір, який не передбачений актами цивільного законодавства, але відповідає загальним засадам цивільного законодавства (ч. 1 ст. 6) [79].

Положення ст. 627 ЦК України передбачає свободу договору. Таким чином, сторони є вільними в укладенні договору, виборі контрагента та визначенні умов договору з урахуванням вимог Цивільного кодексу України, інших актів цивільного законодавства, звичаїв ділового обороту, вимог розумності та справедливості [119, с. 74].

Серед науковців існують різні погляди щодо правової природи договору сурогатного материнства. О. Рябенко стверджує, що правова природа договору про сурогатне материнство є дискусійним питанням. Основна увага в рамках обговорення зосереджена на галузевої приналежності цього типу договору. Деякі вчені вбачають в ньому ознаки цивільно-правового договору, в той час як інші розглядають його як один із типів сімейно-правового договору [120, с. 37]. Будь-який договір є підставою виникнення юридичних прав та обов'язків у сторін,

оскільки вони можуть врегулювати свої відносини за допомогою такого договору. Низка науковців не відносять договір сурогатного материнства до цивільних договорів. Однак, багато науковців вбачають, що такий від договору містить цивільно-правові елементи, але має сімейно-правову природу, оскільки норми сімейного права переважають [113, с. 66].

Положення ч. 2 ст. 628 ЦК України надають сторонам право укласти змішаний договір, який містить елементи різних договорів [79]. Договір регулює відносини між потенційними батьками та сурогатною матір'ю, визначає права, обов'язки та відповідальність кожної із сторін. Сторони можуть визначити вирішення різних проблемних питань, які можуть виникнути під час реалізації програми сурогатного материнства. Договір має укладатись на умовах та в порядку, визначених у другому розділі Цивільного кодексу України.

Особливості договору сурогатного материнства полягають в наступному:

– договір сурогатного материнства має певні ознаки договору про надання послуг і, тому, ототожнюється із договором про надання послуг, який регулюється нормами Цивільного кодексу України [121, с. 91]. За договором про надання послуг виконавець зобов'язується надати послугу замовнику, а замовник зобов'язується оплатити виконавцеві зазначену послугу, якщо інше не встановлено договором (ст. 901 ЦК України). Це положення може застосовуватися до усіх договорів про надання послуг [79]. Отже, в рамках договору сурогатного материнства, послуги можна розглядати як обов'язок сурогатної матері виносити і народити дитину для потенційних батьків, які виплачують їй компенсацію;

– сторонами виступають виключно фізичні особи (потенційні батьки і сурогатна матір);

– виконавець повинен надавати послугу особисто відповідно до ч. 1 ст. 902 ЦК України (сурогатна мати персонально виношує і народжує дитину для потенційних батьків). В даному випадку виконавець договору не може покласти свій обов'язок виконання договору про надання послуг на іншу особу. Якщо сурогатна мати не може виконати свої зобов'язання по договору

(наприклад в разі хвороби), то потенційні батьки можуть укласти договір з іншою сурогатною матір'ю, розірвавши попередню угоду.

Договори поділяють на реальні та консенсуальні на основі моменту виникнення прав та обов'язків сторін [122]. Реальний договір починає діяти з моменту передачі речі чи здійснення певної дії, а не з моменту підписання договору, консенсуальний договір – коли сторони домовилися щодо змісту договору та оформили його належним чином [123, с. 719].

Відповідно до ст. 638 ЦК України договір є укладеним, якщо сторони в належній формі досягли згоди з усіх істотних умов договору. Істотними умовами договору є умови про предмет договору, умови, що визначені законом як істотні або є необхідними для договорів даного виду, а також усі ті умови, щодо яких за заявою хоча б однієї із сторін має бути досягнуто згоди [79]. До істотних умов договору сурогатного материнства можна віднести наступні:

1). Предмет договору. Розглядаючи предмет договору про сурогатне материнство, Р. А. Майданик вказує, що в юридичній літературі і правозастосовній практиці неоднозначно вирішено питання щодо предмета договору про сурогатне материнство. За своїм предметом цей договір є договором про надання послуги сурогатного материнства, яка споживається в процесі вчинення відповідних фактичних і юридичних дій сурогатної матері. Ембріон і дитину, народжену сурогатною матір'ю, можна розглядати як своєрідний об'єкт договору [124]. Ю. В. Коренга зазначає, що предметом договору про сурогатне материнство виступають дії сурогатної матері щодо виношування та народження дитини, а також згода сурогатної матері на реєстрацію дитини її генетичними батьками [125, с. 10]. Водночас Н. Федорченко доцільно наголошує, що результатом надання послуги сурогатного материнства є саме народження дитини, а не дитина як така. Адже можливі ситуації смерті дитини під час полог з причин, що не залежать від сурогатної матері. Але у цьому разі смерть дитини неможливо визнати неналежним виконанням договору з боку сурогатної матері, оскільки вона належним чином виконала свої зобов'язання за договором, виносила та народила дитину, тому

цілком має право на отримання передбаченої договором винагороди. [113, с. 67]. Укладаючи договір про сурогатне материнство, слід також врахувати, що в результаті здійснення програми сурогатного материнства можуть народитися двоє та навіть більше дітей. Таким чином, варто зазначити про це у предметі договору.

2) Наступною істотною умовою договору сурогатного материнства є строк.

Ю. Ю. Таланов пропонує вважати момент імплантації ембріона початком дії договору, а передача дитини потенційним батькам та виплата компенсації сурогатній матері розглядатимуться як момент припинення дії такого договору [50, с. 364].

3) Варто також розглянути компенсацію послуг сурогатної матері як істотну умову договору сурогатного материнства. В Україні дозволено використовувати як комерційне так і альтруїстичне (некомерційне) сурогатне материнство. У разі здійснення програми некомерційного сурогатного материнства компенсація за договором включає витрати, такі як оплата усіх медичних процедур та консультацій, пов'язаних із застосуванням ДРТ, вартість медикаментів та продуктів харчування та інші видатки, які можуть виникнути під час реалізації програми сурогатного материнства [126, с. 98]. Якщо здійснюється програма комерційного сурогатного материнства, сурогатній матері, крім перелічених вище витрат, також сплачується грошова компенсація, розмір якої визначається сторонами договору та фіксується в ньому.

4) Істотною умовою є форма договору. Згідно з ч. 1 ст. 639 ЦК України, договір може бути укладений у будь-якій формі, якщо вимоги щодо форми договору не встановлені законом [79]. Крім того, Наказ МОЗ України № 787 від 09 вересня 2013 року «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні» передбачає наявність нотаріально засвідченої копії письмового (п. 6.11 розділу VI «Сурогатне (замінне) материнство») [32]. Деякі вчені звертають увагу на важливість нотаріального посвідчення договору з метою підтвердження добровільності сторін на випадок її оскарження в суді [127, с. 110].

Сторонами договору сурогатного материнства виступають сурогатна матір та потенційні батьки. Медичний заклад, де здійснюється програма сурогатного материнства лише надає відповідні медичні послуги, тобто працює в межах предмета договору про надання медичних послуг. Договір сурогатного материнства регулює відносини між потенційними батьками та сурогатною матір'ю. Чоловік сурогатної матері не виступає стороною договору. Однак, наявність його письмової згоди щодо участі законної дружини є обов'язковою та має своє закріплення в Наказі № 787 [32].

Права, обов'язки а також відповідальність сторін за угодою сурогатного материнства відіграють важливу роль. Відповідно до Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» сурогатна мати має право на отримання інформації про усі медичні аспекти здійснення процедури сурогатного материнства. В частині 3 ст. 39 Закону передбачено обов'язок медичного працівника надати всю інформацію в доступній формі [78]. Перед укладенням договору жінка, яка виявила бажання стати сурогатною матір'ю, має право на отримання інформації щодо усіх умов та наслідків проходження такої процедури, а також із законодавством України про порядок реєстрації новонародженої дитини.

Відповідно до укладеного договору сурогатна мати має право на отримання компенсації за виношування та народження дитини та відшкодування усіх витрат, які виникли під час здійснення такої програми ДРТ.

Що стосується обов'язків сурогатної матері, серед них можна виділити наступні: виносити і народити дитину; дотримуватись рекомендацій та приписів лікаря; своєчасно здавати всі аналізи та проходити необхідну діагностику і процедури; після народження дитини передати її потенційним батькам; надати згоду потенційним батькам на запис їх батьками новонародженої дитини тощо [32].

Потенційні батьки також мають певні права, а саме: мати доступ до інформації про вагітність сурогатної матері, стан її здоров'я; отримати батьківські права на дитину, народжену сурогатною матір'ю, відповідно до

договору про сурогатне материнство, який був укладений між ними та сурогатною матір'ю [80];

До обов'язків потенційних батьків можна віднести наступні: оплата витрат, що пов'язані із процедурою сурогатного материнства; компенсація витрат сурогатній матері відповідно до договору [118, с. 132], реєстрації дитини в книзі записів актів цивільного стану.

Таким чином, основним обов'язком сурогатної матері є зобов'язання стосовно передачі нею новонародженої дитини її біологічним батькам для реєстрації дитини. Доречною є законодавчо передбачена письмова згода жінки на запис потенційних батьків батьками дитини, що народилася у результаті здійснення програми сурогатного материнства [32]. Така норма захищає права та інтереси потенційних батьків.

Порушенням умов договору слугує одностороння відмова від договору сурогатного материнства. Стаття 615 ЦК України зазначає, що у випадку порушення зобов'язання однією із сторін друга має право частково або в повному обсязі відмовитися від зобов'язання, якщо це встановлено договором або законом [79].

Сторони договору несуть передбачену законодавством відповідальність за порушення умов договору. Що стосується сурогатної матері, то вона нестиме відповідальність за невиконання чи неналежне виконання договору, якщо пропускає медичні заходи, визначені в рамках процедури застосування сурогатного материнства, без поважних на те причин, підтверджених відповідними документами. Санкції, що можуть бути застосовані до сурогатної матері, передбачають виплату неустойки згідно з укладеним договором..

Якщо вагітність у сурогатної матері не настане з причин, які не залежать від неї, то доречно було б зробити одноразову виплату жінці, яка погодилася стати сурогатною матір'ю, за проведену спробу (за домовленостями сторін в рамках договору) та розірвати договір [119, с. 70].

Оскільки сурогатне материнство стосується приватного життя потенційних батьків, при укладанні договору про сурогатне материнство

необхідно внести пункт щодо нерозголошення інформації, що стосується цього договору. У разі розголошення умов інформації, що стосується договору або програми сурогатного материнства, потенційні батьки можуть звернутися до суду з вимогою про виплату моральної та матеріальної шкоди [128, с. 68].

Отже, договір сурогатного материнства відіграє важливу роль у врегулюванні усіх відносин, що виникають в рамках здійснення програми сурогатного материнства.

Через відсутність законодавчо закріпленої форми договору про сурогатне материнство у чинному законодавстві України ведуться дискусії щодо його правової приналежності до законодавчо визначених договорів. Більшість науковців вважає, що договір про сурогатне материнство подібний до договору про надання послуг, що передбачений ЦК України. Істотними умовами такого договору є предмет, строк, форма та ціна. В договорі важливо зазначити всі права та обов'язки усіх сторін, можливі форс-мажорні обставини тощо. Необхідно також передбачити відповідальність за порушення будь-яких умов договору про сурогатне материнство з метою захистити законні права та інтереси сторін ще на початку здійснення програми ДРТ.

Таким чином, необхідно законодавчо закріпити форму договору про сурогатне материнство. Проте з метою уникнення проблем, пов'язаних зі здійсненням цього види ДРТ доцільно вказати, що договір про сурогатне материнство повинен бути укладений у письмовій формі, нотаріально посвідчений та зареєстрований державою. Нотаріус засвідчить, що сторони, що підписують угоду, діють добровільно, усвідомлюючи свої дії. Такі кроки необхідні для захисту прав та законних інтересів як учасників договору, так і дитини, народженої сурогатною матір'ю [56].

РОЗДІЛ 3 ВДОСКОНАЛЕННЯ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В УКРАЇНІ

3.1 Зарубіжний досвід правового регулювання допоміжних репродуктивних технологій

Г. Пеннінгс висуває думку про те, що у світі існує правовий мозаїцизм в правовому регулюванні ДРТ. Існує величезна різноманітність законів, які регулюють різні аспекти ДРТ. Наприклад, розуміючи правову ситуацію стосовно ДРТ в одній країні в Європі, є можливість заплутатися в правовій ситуації в сусідніх країнах або європейському законодавстві в цілому. В основі цих законів лежать різні моральні принципи, пов'язані з цінністю життя, благополуччям дитини, належною клінічною практикою і безпекою. Більшість країн вважають важливими всі загальні моральні цінності і принципи. Різниця між країнами в основному пояснюється різним ранжуванням цих цінностей. У деяких випадках це призводить до політики регулювання ДРТ, яка істотно відрізняється або навіть є протилежною. Наприклад, у той час як деякі країни вводять правила для запобігання багатоплідної вагітності, інші, такі як Німеччина та Італія, прийняли закони, що підвищують ризик багатоплідності. Ці закони базуються на значно вищому моральному статусі ембріона *in vitro* в порівнянні з благополуччям майбутньої дитини (дітей) і здоров'ям матері [98, с. 15-16].

Слід зазначити, що найбільші відмінності в правовому регулюванні ДРТ в різних країнах світу спостерігаються в контексті сурогатного материнства. Науковці розрізняють альтруїстичний, дозвільний та заборонний режими. Дозвільний режим дозволяє особам, які бажають скористатися сурогатним материнством, вдатися до такої процедури на території країни (більшість штатів США, Австралія, ПАР, Казахстан, Білорусь та Росія). При альтруїстичному режимі, сурогатна мати отримує лише відшкодування витрат, пов'язаних з вагітністю, оплата послуг не дозволяється законодавством (деякі штати США (Нью-Хемпшир, Вірджинія), Данія, Ізраїль, Канада). Деякі країни взагалі

забороняють застосування: Австрія, Італія, Іспанія, Швеція, Франція, окремі штати США (Арізона, Мічіган) [112].

На міжнародному рівні існує два основних підходи до регулювання методів ДРТ. По-перше, такі країни, як Великобританія, Німеччина і велика частина Скандинавії прийняли закони, що охоплюють більшість аспектів ДРТ. По-друге, в багатьох інших країнах, таких як США, існує менше законів в цій сфері, а регулювання лікування безпліддя контролюється в значній мірі професійними організаціями. В області штучного запліднення ведеться багато суперечок про те, де повинен знаходитися баланс між встановленням професійних стандартів і законодавством [129, с. 194].

Народження Луїзи Браун у результаті застосування ЕКЗ у 1978 році викликало надзвичайний інтерес у ЗМІ та спричинило широкі публічні дискусії у Великобританії. Хоча ретроспективно можна визначити її народження каталізатором законотворчих процесів, законодавство, що регулює запліднення *in vitro* (ЕКЗ) та дослідження ембріонів, розвивалося повільно. В кінці 1970-х - початку 1980-х років процедура ЕКЗ користувалася значним попитом, а етичні дебати, як правило, велися між лікарями та вченими, а не парламентаріями. Ситуація почала змінюватися, оскільки політичні, релігійні та інші зацікавлені групи звернули свою увагу на дослідження ембріонів, і в 1982 році державний секретар заснував «Комітет з дослідження питань запліднення людини та ембріології» під головуванням Мері Уорнок (Mary Warnock) [130]. Великобританія була першою країною у світі, яка значною мірою регулює питання лікування безпліддя і дослідження ембріонів шляхом прийняття Закону від 1990 року про запліднення людини і ембріологію (Human Fertilisation and Embryology Act 1990) [131]. Цим парламентським актом також було створено Управління із запліднення та ембріології людини (HFEA). Цей закон розглядав ДРТ як галузь медицини, яка має регулюватися професійними організаціями. За вказаним законом Управління із запліднення та ембріології людини отримало наступні функції: ліцензування лікувальних послуг; огляд приміщень та діяльності, що проводиться за ліцензією; розслідування серйозних побічних

явищ та реакцій; та ведення реєстру інформації про ліцензовані послуги з лікування.

Після низки консультаційних засідань у 2008 році Парламент прийняв новий закон про запліднення людини і ембріологію (Human Fertilisation and Embryology Act 2008). Закон 2008 року стосується низки нових процедур та технологій, що з'явилися після розробки закону 1990 року, таких як передімплантаційна генетична діагностика та відносно нові галузі досліджень ембріонів. Зазначений закон також вніс ряд помітних змін до положень про батьківство [132].

Ще одним важливим аспектом регулювання ДРТ у Великобританії є згода, яка є наріжним каменем правової бази ліцензованого лікування за допомогою допоміжних репродуктивних технологій в Великобританії. Однак питання згоди також стало джерелом суперечок і судових розглядів. Згода служить для того, щоб привернути увагу до важливості забезпечення того, щоб пацієнти розуміли інформацію, яку їм дають, а також обмірковували наслідки своїх рішень і майбутніх змін їх обставин. Таким чином, можна стверджувати, що нормативне середовище в Великобританії може підтримує наукові інновації та прогрес у сфері ДРТ.

У Великобританії використання сурогатного материнства є законним, але можлива тільки альтруїстична форма. Важливо зауважити, що після народження дитини сурогатна мати вважається матір'ю дитини до передачі права батьківства потенційним батькам. Це відбувається шляхом видачі розпорядженням або за здійсненням процедури усиновлення. Якщо виникають розбіжності з приводу того, кого визнати законними батьками дитини, суд прийматиме рішення, спираючись на найкращі інтереси дитини [133].

Аналізуючи правові аспекти регулювання ДРТ, варто зазначити, що найбільш прогресивною країною стосовно цього питання є США. В даний час в США форми регулювання допоміжних репродуктивних технологій існують на федеральному рівні і рівні штату. На федеральному рівні допоміжні репродуктивні технології контролюються Законом від 1992 року про рівень

успішності і сертифікації клінік з лікування безпліддя (Fertility Clinic Success Rate and Certification Act 1992), Центрами з контролю і профілактики захворювань (CDC), Управлінням із санітарного нагляду за якістю харчових продуктів і медикаментів (FDA) і центрами послуг Medicare і Medicaid. Вказаний закон в першу чергу призначений для того, щоб зробити загальнодоступною точну інформацію про успіхи клінік з лікування безпліддя, вимагаючи щорічного подання даних в CDC.

Медична практика також регулюється на рівні окремих штатів. Наприклад, застосовуються спеціальні правила стосовно допоміжних репродуктивних технологій (в основному, регулюють питання страхового покриття послуг ДРТ). Однак між штатами існують значні відмінності: в деяких штатах регулювання обмежене або взагалі відсутнє, а в інших здійснюється більш повний нагляд за використанням ДРТ. Зважаючи на відносну відсутність правового регулювання на обох цих рівнях професійні керівні принципи та протоколи передової практики відіграють важливу роль у регулюванні ДРТ [134].

Роль FDA в нагляді за допоміжними репродуктивними технологіями також має значні обмеження. FDA має юрисдикцію щодо встановлення стандартів для скринінгу і тестування донорів всіх форм тканин людини та продуктів на їх основі відповідно до частини 1271 Регламенту 21 Кодексу Федеральних правил (CFR). Ці правила були в першу чергу розроблені для запобігання інфекційним захворюванням. Однак зберігання і використання репродуктивних тканин породжує особливі проблеми, які не регулюються цими правилами. Наприклад, вони не включають керівництво щодо генетичного тестування потенційних донорів [135].

Окремі штати також мають право приймати закони, що регулюють допоміжні репродуктивні технології; проте в багатьох штатах законодавство в цій області не прийнято. У звіті, опублікованому Національною конференцією законодавчих зборів штатів у 2007 році (який згодом не оновлювався), вказується, що законодавство про утилізацію ембріонів і гамет (що охоплює такі ключові області, як встановлення законного батьківства дітей, зачатих з

використанням донорських гамет, і процедури згоди на використання та зберігання гамети) було прийняте тільки в 16 штатах [136].

Що стосується регулювання методів таких як ЕКЗ і дослідження ембріональних стовбурових клітин, тільки 15 штатів мають законодавство, що стосується цих питань. У тринадцяти штатах відсутнє законодавство про застосування допоміжних репродуктивних технологій [137].

Серед проблем, що пов'язані з регулюванням ДРТ в США, можна виділити наступні: суперечливі закони, що регулюють сурогатне материнство, відсутність чіткого правового регулювання в деяких штатах щодо законного батьківства дітей, народжених з використанням донорських гамет або ембріонів. Ці дані свідчать про те, що правове регулювання допоміжних репродуктивних технологій є неповним і неоднорідним.

Центром сурогатного материнства в Америці є Каліфорнія, де гестаційне сурогатне материнство дозволено та регулюється Сімейним Кодексом Каліфорнії, а також прецедентним правом. Навпаки, штат Аризона забороняє укладати договори про сурогатне материнство. Аналогічна ситуація спостерігається в штаті Індіана, оскільки її кодексом договори про сурогатне материнство визнаються недійсними [138].

У Канаді законодавство було введено порівняно недавно в 2004 році, і єдиною очевидною причиною цього було висловлення більш проєвропейської та пробританської позиції, що відповідає культурній історії Канади [139]. Вказаний закон визначає, що донорство гамет і ембріонів, а також послуги сурогатного материнства, повинні здійснюватися як альтруїстичні, некомерційні процедури. Однак така норма спричинила потік пацієнтів в деякі штати США, де ці процедури проводяться в саморегульованому комерційному середовищі без несприятливих наслідків. Інші заборони, такі як клонування і маніпуляції з ДНК, тепер також розглядаються як такі, що перешкоджають науковому розвитку в Канаді, всупереч позиції Комітетів з етики, які можуть контролювати розвиток в цих областях [140].

Історія ДРТ в Австралії доволі довга і багата на різні випадки. Кендіс Рід, перша австралійська дитина, народжена за допомогою ЕКЗ, народилася в Мельбурні 23 червня 1980 року. Це було майже через два роки після того, як Луїза Браун народилася в Великобританії [141, с. 303]. В Австралії три штати прийняли конкретні законодавчі акти. Наприклад, у штаті Вікторія в 1982 році був сформований комітет Уоллера (Waller Committee) для «розгляду соціальних, етичних і юридичних питань, що виникають в результаті застосування ЕКЗ». Це призвело до прийняття Закону про допоміжні репродуктивні технології штату Вікторія (VARTA) в 2008 році, дія якого значно розширилася і тепер охоплює також питання донорства статевих клітин та ембріонів, усиновлення, сурогатного материнства. Остання версія VARTA (2016) містить норму щодо обов'язкової наявності дозволу поліції для пар, які планують скористатися послугами ЕКЗ, щоб переконатися, що вони можуть скористатися послугами ДРТ. Ця норма відображена в законодавстві двох інших штатів: Законі Південної Австралії про допоміжної репродуктивні технології 1988 року і Законі Західної Австралії про репродуктивні технології 1991 року. Ці законодавчі акти накладають обтяжливі правила, що обмежують доступ до медичних процедур для пар, оскільки «інтереси народженої дитини мають першорядне значення» і «необхідно враховувати здоров'я матері» [142].

Закон 2002 року про заборону клонування людини в цілях прокреації кваліфікує злочином створення ембріона поза тілом жінки з будь-якою метою, крім настання вагітності у жінки. Дослідження на людських ембріонах дозволяється тільки в тих випадках, коли це конкретне дослідження передбачено ліцензією та проводиться в акредитованій клініці ДРТ. Зазначений закон забороняє комерційну торгівлю будь-якого роду у зв'язку з постачанням людських гамет або ембріонів, а також імпорт або експорт ембріонів [143].

Два федеральних органи опублікували незаконодавчі керівні принципи по ДРТ. Етичні рекомендації Національної ради з охорони здоров'я і медичних досліджень по використанню рекомендацій щодо ДРТ в клінічних дослідженнях і практиці 2007 року лежать в основі регулювання застосування ДРТ, особливо в

тих штатах, які не прийняли всеосяжне законодавство. Комітет з акредитації репродуктивних технологій, заснований австралійським суспільством фертильності, опублікував Звід правил, який останній раз редагували у 2014 році, яких мають дотримуватися постачальники послуг в певних австралійських юрисдикціях.

Що стосується сурогатного материнства, то в Австралії воно безпосередньо регулюється на рівні штату та території. У всіх австралійських юрисдикціях, крім Північної території, комерційне сурогатне материнство заборонено і криміналізоване. Після недавніх реформ альтруїстичне сурогатне материнство тепер дозволено в більшості австралійських юрисдикцій, але форми правового регулювання є доволі різноманітними.

Добре відомо, що Ізраїль пронаталістська країна. Перша в Ізраїлі дитина, народжена з використанням ЕКЗ, п'ята у світі, народилася в 1982 році, що свідчить про розвинену індустрію допоміжних репродуктивних технологій в Ізраїлі: ізраїльські жінки в середньому проходять більше циклів ЕКЗ, ніж жінки в будь-якій іншій країні [144, с. 17]. Фундамент діючої ізраїльської законодавчої бази щодо репродуктивної політики був закладений у 1987 році, коли міністр охорони здоров'я видав розпорядження про охорону здоров'я, які стосувались акредитації клінік, доступу до ЕКЗ, донації яйцеклітин, зберігання та утилізації ембріонів, а також інформованої згоди. У 1994 р. було прийнято Закон, який встановив основний перелік медичних послуг та ліків, на які має право кожен громадянин. Репродуктивні послуги були включені до цього переліку.

Практично всі форми ДРТ дозволені та практикуються в Ізраїлі. Це дозволило сімейним парам подолати своє безпліддя, а населення Ізраїлю загалом збільшуватись [145, с. 42].

В Ізраїлі Міністерство охорони здоров'я час від часу отримує поради від призначених комітетів щодо нового законодавства, тоді як організації, що займаються охороною здоров'я та лікарні, зберігають певну автономію, регулярно займаючись питаннями правозастосування та розподілом ресурсів [146].

В Ізраїлі кожен крок здійснення програми сурогатного материнства контролюється державою та передбачає отримання певних дозволів. В цій країні функціонує спеціальний комітет, у складі якого перебувають соціальні працівники, юристи та лікарі [147, с. 45].

У квітні 1986 року президент спеціальної комісії, створеної Іспанськими кортесами для вивчення екстракорпорального запліднення людини (ЕКЗ) і донорського запліднення, опублікував звіт комісії. Після цього звіту 22 листопада 1988 був прийнятий Закон. Закон стосувався штучного запліднення, ЕКЗ і перенесення гамет в фаллопієву трубу. У ньому викладені загальні принципи застосування цих технологій, в яких особлива увага приділяється інформованій згоді, повному розкриттю ризиків, збору даних про пацієнтів і їх конфіденційності, запліднення яйцеклітин з єдиною метою прокреації і мінімізації надлишкових ембріонів. У зв'язку з науковими та технічними досягненнями, пов'язаними з репродуктивними технологіями, дослідженням стовбурових клітин, закон був змінений у 2003 році. Відповідно до рекомендацій Національної комісії з допоміжної репродукції людини, Закон 45/2003 був прийнятий як спроба розв'язати ці проблеми [148, с. 229].

В Іспанії рекомендації до зміни законодавства надаються Національним комітетом щодо допоміжної репродукції людини (CNRHA), який складається з 25 членів, які призначаються різними міністерствами, науковими товариствами та громадськими організаціями. CNRHA відповідає за оновлення законодавства, оцінку науково-дослідних проєктів, а також санкціонування процедур, які мають суперечливий характер [149].

Порядок правового регулювання ДРТ в Російській Федерації доволі схожий на український. Нормативну базу становить Сімейний кодекс Російської Федерації, Федеральний Закон «Про основи охорони здоров'я громадян Російської федерації», Наказ Міністерства охорони здоров'я Російської Федерації «Про порядок використання допоміжних репродуктивних технологій, протипоказаннях і обмеженнях при їх застосуванні».

В Російській Федерації відсутній спеціальний федеральний закон, що стосується всіх аспектів допоміжних репродуктивних технологій, а також відсутній спеціальний орган в цій сфері на кшталт Управління із запліднення людини та ембріології в Великобританії. Основою правового регулювання допоміжних репродуктивних технологій в Російській Федерації є Основний закон про охорону здоров'я громадян. Відповідно до нього кожна жінка дітородного віку має право на штучне запліднення та імплантацію ембріона. Штучне запліднення жінки та імплантація ембріона здійснюються в ліцензованих установах при отриманні письмової згоди подружжя (незаміжньої жінки) [150].

У чинному законодавстві Російської Федерації конкретно не зазначається, чи можуть чоловік і жінка, які живуть разом або самотня жінка, подати заявку на програму сурогатного материнства. Ця обставина приводить до численних конфліктів в клініках ЕКЗ або при реєстрації дітей, народжених в результаті сурогатного материнства. Також виникає багато питань, пов'язаних з невизначеністю та незахищеністю генетичних батьків, оскільки сурогатна матір просто має право зареєструвати таку дитину як свою власну, а генетичні батьки не можуть оскаржити таку реєстрацію в законному порядку, крім випадків встановлення злочину в діях сурогатної матері. Ст. 51 СК Російської Федерації передбачає, що особи, які надали свою згоду на імплантацію ембріону іншій жінці з метою його виношування, можуть бути записані батьками лише за умови згоди на це жінки, яка народила дитину (сурогатної матері) [151].

Італія належить до країн з доволі суворим законодавством, яке регулює застосування методик ДРТ. В Італії існує закон про ДРТ № 40/2004 «Правила штучного запліднення», який дозволяє використання допоміжних репродуктивних технологій виключно у разі підтвердженого лікарями безпліддя. Вказаний закон забороняє донорство гамет та ембріонів, передімплантаційну діагностику, редукцію ембріонів, а також сурогатне материнство. Відповідальність за порушення вказаної норми передбачає значний штраф. У відповідності із ст. 5 зазначеного Закону скористатися методами ДРТ можуть

лише одружені особи та особи, які спільно проживають. Кріоконсервація ембріонів заборонена, за винятком ситуацій, коли неможливе перенесення свіжих ембріонів, що пов'язано зі здоров'ям жінки. У цій ситуації дозволяється короткострокова кріоконсервація [152].

У квітні 2017 року Конституційний суд санкціонував донорство гамет на тій підставі, що попередній закон порушував право пари на створення сім'ї, право на самовизначення і право на здоров'я. Таким чином, Італія, через сильний релігійний вплив, має більш суворі закони, що регулюють сферу ДРТ.

ДРТ в Норвегії регулюється законом №100/200311. Він визначає, що рішення про використання технологій ДРТ приймає лікар на основі психологічної оцінки пари. У законі вказується, що використання цих технологій дозволено тільки в тому випадку, якщо жінка заміжня або знаходиться в стабільних відносинах. Штучне запліднення дозволено тільки в тому випадку, якщо чоловік безплідний або страждає яким-небудь спадковим захворюванням, або якщо жінка має якесь спадкове захворювання, пов'язане зі статтю. Донорство чоловічих гамет дозволено тільки в тому випадку, якщо донор є повнолітнім, і дитина, народжена в результаті процедури, може отримати інформацію про донора після досягнення 18 років. Законом заборонено посмертне запліднення і донорство ооцитів [153].

За законодавством Білорусі допоміжні репродуктивні технології регулюються Законом Республіки Білорусь «Про допоміжні репродуктивні технології» та Законом Республіки Білорусь «Про шлюб та сім'ю». В Республіці Білорусь Закон «Про допоміжні репродуктивні технології», прийнятий 7 січня 2012 року, став першим спеціальним нормативно-правовим актом, що встановлює правові та організаційні основи ДРТ і гарантії реалізації прав пацієнтів при їх використанні.

Законодавство Республіки Білорусь відносить ЕКЗ, сурогатне материнство, штучну інсемінацію до ДРТ, залишаючи поза полем правового регулювання інші медичні види даних технологій. Стаття 6 Закону про ДРТ дозволяє вдатися до застосування методів репродуктивної медицини особам, у яких є показання

(безпліддя, а також інші захворювання, які унеможливають природне зачаття і (або) народження дитини) і відсутні протипоказання до застосування ДРТ. Таким чином, в законодавстві Республіки Білорусь доступ до застосування методів ДРТ обмежений об'єктивною неможливістю пари або самотньої жінки мати дитину. Стаття 15 Закону Республіки Білорусь «Про допоміжні репродуктивні технології» містить норму щодо заборони вибору статі дитини про застосуванні ДРТ.

Договір про сурогатне материнство в Республіці Білорусь укладається між сурогатною матір'ю та потенційними батьками або одним із них у письмовій формі та нотаріально посвідчується [154].

Правове регулювання допоміжних репродуктивних технологій в Киргизстані визначається Законом Киргизької Республіки «Про репродуктивні права громадян та гарантії їх реалізації». Цей закон передбачає, що громадяни мають право вільно і відповідально приймати рішення щодо числа дітей і часу їх народження в шлюбі або поза шлюбом, інтервалів між народженнями (ст. 9). Вони також мають право на лікування безпліддя з використанням допоміжних репродуктивних технологій, застосування яких дозволено на території Киргизької Республіки. Відповідно до зазначеного закону можливо застосовувати метод сурогатного материнства, але виключно за медичними показаннями [155].

Доступ до ДРТ у Франції регулюється Законом «Про біоетику» від 1994 р., який включає наступні три закони: «Закон 94-654» від 29 липня 1994 р. «Про донорство і використання частин людського тіла. Допоміжні репродуктивні технології та пренатальна діагностика», переглянуті у 2004 р. і повторно у 2011 р., а також два допоміжних закони, що стосуються поваги до людського тіла і використання особистих даних для медичних досліджень. До методик лікування безпліддя, передбачених законодавством, відносяться внутрішньоматкова інсемінація, передімплантаційна генетична діагностика (ПГД), донорство гамет та ембріонів. Сурогатне материнство, подвійне донорство гамет та передімплантаційний генетичний скринінг (PGS) заборонені законодавством.

Послугами ДРТ можуть скористатися жінки віком до 43 років, які перебувають у гетеросексуальній парі, одружені або спільно проживають з чоловіком. Доступу до ДРТ заборонений для одностатевих пар або самотніх жінок [156]. Ключовими проблемами на думку французьких лікарів, вчених та пацієнтів залишаються стигматизація, відсутність достатньої інформації та профілактики.

Сурогатне материнство було заборонене у Франції в 1991 році за рішенням найвищого суду Франції. Така заборона згодом була встановлена Законом про біоетику 1994 року та зазначена в Цивільному кодексі Франції. Таким чином, будь-який договір з третьою стороною стосовно здійснення ДРТ або виношування дитини вважається недійсним. Крім того, закони іншої країни не мають законної сили у Франції, якщо вони суперечать національному законодавству, що означає недійсність договору про сурогатне материнство [156].

Німецьке законодавство вважається обмежувальним стосовно використання допоміжних репродуктивних технологій. У Німеччині ДРТ регулюється Законом про захист ембріонів (Embryonenschutzgesetz) 1990 року [157] і законом, що забезпечує захист ембріонів у зв'язку з ввезенням і використанням людських ембріональних стовбурових клітин 2008 року [158]. Існують також рекомендації Німецької медичної асоціації щодо допоміжних репродуктивних технологій. Зазначений закон забороняє переносити понад 3 ембріони за цикл або запліднювати понад три яйцеклітини за цикл шляхом перенесення гамет у фаллопієву трубу. Всі форми торгівлі ембріонами заборонені. Розділ 3 закону забороняє вибір статі, тоді як розділ 5 забороняє клонування людини та створення химер і гібридів.

Німецьке законодавство у галузі ДРТ не передбачає вікових обмежень для використання методик лікування безпліддя; лише рекомендації професійних організацій рекомендують враховувати вік жінки щодо кількості ембріонів, які збираються імплантувати, з метою уникнути багатоплідної вагітності. Німецьке законодавство дозволяє ПГД перед внутрішньоутробним перенесенням ембріона з метою запобігання генетичним захворюванням. Використання ембріонів для

досліджень в Німеччині суворо обмежено згідно із Законом про захист ембріонів 1990 року (розділ 2), який кваліфікує отримання ліній ембріональних стовбурових клітин як кримінальний злочин [157].

У Португалії закон № 32/2006 регулює застосування ДРТ та дослідження ембріонів. Методики ДРТ повинні розглядатися як допоміжний, а не альтернативний метод продовження роду. Ці процедури можна застосовувати лише у випадку безпліддя або для лікування серйозного захворювання або запобігання ризику передачі генетичних, інфекційних чи інших захворювань (розділ 4). ДРТ можна практикувати лише у державних або приватних центрах, які отримали дозвіл Міністерства охорони здоров'я (розділ 5). Заборонено: репродуктивне клонування; використання методів ДРТ для відбору статі, за винятком випадків пов'язаних з генетичними захворюваннями; використання методів ДРТ для створення химер або гібридів; та використання методів передімплантаційної генетичної діагностики у випадку багатфакторних захворювань, де прогностична цінність генетичного тесту є дуже низькою (розділ 7). Забороняється використання методик ДРТ з метою створення ембріонів для досліджень. Однак наукові дослідження з ембріонами дозволені для цілей профілактики, діагностики або терапії, вдосконалення методик ДРТ та конституції банків стовбурових клітин для трансплантації або інших терапевтичних цілей. Важливо зазначити, що для проведення дослідження потрібно отримати рішення Національної ради з допоміжних репродуктивних технологій (розділ 9). Що стосується сурогатного материнства, то воно було дозволено Законом 25/2016 від 22 серпня після того, як воно було прямо заборонено Законом 2006 року, який надавав жіночим парам, а також будь-якій жінці, незалежно від її цивільного статусу або сексуальної орієнтації, доступ до ДРТ, крім сурогатного материнства. Для того, щоб скористатися сурогатним материнством в Португалії, жінці необхідно укласти письмовий договір в якому мають бути обумовлені всі ризики, пов'язані з сурогатним материнством. Крім того, передбачається тільки альтруїстична форма сурогатного материнства [159].

У Греції перший закон в області ДРТ був прийнятий у 2002 році (закон 3089/2002), а потім у 2005 році був прийнятий інший закон (закон № 3305/2005), який регулює застосування ДРТ. Відповідно до закону 2005 року, застосування ДРТ обумовлено «медичною необхідністю» в разі проблем з фертильністю або якщо існує ризик хвороби, що передається статевим шляхом, або спадкової хвороби дитини [160].

Жінки до 50 років можуть отримати доступ до ДРТ після надання письмової згоди. У разі спільного проживання пар або самотніх жінок необхідний нотаріальний консенсус. Це означає, що неодружені пари та самотні жінки можуть отримати доступ до допоміжного відтворення.

У Греції заборонені такі процедури як клонування людини та вибір статі (дозволяється лише у випадку захворювань, пов'язаних із статтю, або захворювань, що передаються статевим шляхом).

Сурогатне материнство в Греції дозволено, якщо жінка не може виносити вагітність за медичними показаннями. Письмова угода має бути укладена між парою або самотньою жінкою, яка хоче дитину, і сурогатною матір'ю. Необхідно, щоб обидві жінки проживали в Греції.

Посмертне запліднення допускається, якщо чоловік дав письмову згоду на використання сперми після смерті. В цьому випадку штучне запліднення може бути здійснено від шести місяців до двох років після смерті донора [160].

В розділі 1459 закону 3089/2002 про допоміжні репродуктивні технології людини йде мова про те, що запліднені яйцеклітини можуть бути використані для досліджень після отримання письмової згоди від сторін, можуть бути передані іншій парі або знищені. Дослідження на ембріонах старше чотирнадцяти днів заборонені.

У Данії знаходиться один з найбільших у світі банків сперми, і майже кожна десята дитина народжується у результаті застосування ДРТ. Закон № 93 від 19 січня 2015 р. регулює допоміжні репродуктивні технології. Однак, під час прийняття в 1997 році закон називався «Закон про штучну прокреацію», таким чином вважаючи методики ДРТ неприродними за своєю суттю. Відповідно до

чинного закону не тільки гетеросексуальні пари, а й самотні жінки та пари жінок з нетрадиційною сексуальною орієнтацією мають безкоштовний доступ до методик ДРТ в державному секторі. Розділі 1а та розділі 7 закону регулюють доступ до лікування методами ДРТ, дозволяючи доступ самотнім жінкам або парам без спільних дітей. У розділі 2 Закону викладається ряд заборон, що обмежують лікування, діагностику та дослідження в області допоміжної репродукції. Наприклад, методики ДРТ повинні здійснюватися тільки з використанням генетично немодифікованої яйцеклітини і генетично немодифікованої сперми, лікування не повинно пропонуватися, якщо вік жінки перевищує 45 років, потенційні батьки не повинні викликати сумніви у медичного працівника з точки зору їх здатності піклуватися про дитину після народження, вибір статі повинен відбуватися тільки для того, щоб запобігти серйозному генетичному захворюванню у дитини, ембріон не повинен розвиватися за межами матки жінки. Сурогатне материнство заборонено законом в Данії, якщо тільки жінка не використовує власні яйцеклітини та не передає дитину на усиновлення без оплати [161].

У Швеції Закон про генетичну цілісність № 351 від 18 травня 2006 р. [44] регулює застосування методів ДРТ. Скористатися послугами ДРТ можуть самотні жінки, гетеросексуальні пари (одружені або зареєстровані у спільному проживанні). Оскільки одним із заявників на лікування повинна бути жінка, самотнім чоловікам та парам чоловіків заборонено отримувати доступ до ДРТ. Відповідно до зазначеного закону рішення про можливість застосування методик ДРТ у кожному конкретному випадку приймає лікар після консультації з професіоналом, який має відповідну компетенцію [162].

Метою Закону про генетичну цілісність № 351/2006 є встановлення «положень про обмеження на використання певних біотехнологій, розроблених в медичних цілях, і про певні юридичні наслідки їх використання». У Швеції існує надзвичайно суворий регламент щодо “згоди” на використання людських статевих клітин для дослідницьких цілей. Дослідження ембріона можна провести до 14 днів після запліднення. Статеві клітини померлого донора не можна

використовувати для запліднення. Про вік для доступу до ДРТ в главі 7 серед умов для лікування зазначено тільки, що «донор яйцеклітини або сперми повинен бути повнолітнім» [163].

Сурогатне материнство заборонене законом у Швеції. Громадяни, які бажають скористатися послугами сурогатного материнства, обирають такі прогами за кордоном. Існує повністю легальна процедура офіційного оформлення дитини, народженої сурогатною матір'ю в іншій країні, біологічними батьками в Швеції, але така процедура доволі складна [164, с. 24].

Отже, аналізуючи правове регулювання допоміжних репродуктивних технологій в різних країнах можна дійти висновку, що воно має доволі значні відмінності у розрізі країн і не у всіх країнах існує конкретне законодавство. Законодавство дуже відрізняється, починаючи від надзвичайно забороняючого законодавства (наприклад, в Італії, Німеччині, Литві та Австрії), на противагу обережному регуляторному підходу в Данії, та Франції та ліберальній системі регулювання у Великобританії, Іспанії, Греції.

До аспектів використання ДРТ, які відрізняються в різних країнах, належать: відбір ембріонів, особливо шляхом генетичного скринінгу; заморожування та перенесення ембріонів; передімплантаційна генетична діагностика (ПГД); донорство яйцеклітин; анонімність донорів гамет; сурогатне материнство; критерії прийнятності пацієнта (наприклад, сексуальна орієнтація, вік).

При прийнятті відповідної нормативно-правової бази держави керуються, серед іншого, такими факторами, як політична воля, економічне зростання і стійкість, релігійні міркування, суспільні цінності, які є важливими аспектами того, наскільки доцільні конкретні заходи регулювання в конкретній країні.

3.2 Напрямки вдосконалення правового регулювання допоміжних репродуктивних технологій в Україні

З попередніх розділів відомо, що з моменту народження першої дитини із застосуванням ЕКЗ у 1978 році допоміжні репродуктивні технології постійно викликали інтерес та стурбованість серед громадськості з релігійних, правових та етичних причин. Більшість держав, розуміючи це, розробляли закони з метою перевести відносини у сфері ДРТ у правове поле та захистити права людей, що вступають у правовідносини із застосуванням ДРТ. Проте варто зауважити, що законодавство не встигає за змінами, які відбуваються у царині репродуктивної медицини. За останні 40 років репродуктивна медицина рухалася вперед значними темпами, з'являлися нові методики, які породжують ще більше суперечностей і потребують уваги законотворців.

В Україні репродуктивна медицина вважається розвиненою та якісною, а законодавство у цій сфері – лояльним, що породжує значний попит серед іноземців, які з певних причин не можуть скористатися такими послугами в своїй країні. Закріплення на законодавчому рівні ДРТ в Україні є позитивним моментом. Однак, варто зазначити, що в українському законодавстві існують прогалини, які мають бути заповнені з метою забезпечення прав учасників ДРТ, а особливо якнайкращих інтересів дітей, народжених у результаті застосування ДРТ.

В законодавстві України є багато питань, які потребують правового оформлення та закріплення в нормативних актах. Одним із таких основних питань є правове регулювання сурогатного материнства.

Перше на, що слід звернути увагу, аналізуючи напрямки вдосконалення правового регулювання ДРТ, є відсутність законодавчого визначення понять «сурогатне материнство», «сурогатна матір» та «потенційні батьки». Н. Аблятіпова справедливо зазначає, що ці поняття існують лише у відносинах, пов'язаних із сучасними ДРТ [48].

Всесвітня організація охорони здоров'я використовує термін «гестаційний кур'єр» замість терміну «сурогатна мати». «Гестаційний кур'єр — жінка, у якої вагітність наступила в результаті запліднення ооцитів, що належать третій стороні, сперматозоїдами, що належать третій стороні. Можуть використовуватися гамети потенційних батьків та/або третьої сторони (або сторін)» [34]. Важливо, що слово «мати» не використовується в цьому визначенні, що вказує на те, що ВООЗ розглядає відносини між донорами та сурогатною матір'ю як переважно договірними [165, с. 80].

Розглядаючи термін «сурогатне материнство», ми погоджуємося з точкою зору А. П. Головащук, яка пропонує використовувати етимологію терміна сурогатне материнство як основу для визначення його поняття. Вчена пропонує доповнити пункт 1.2 Наказу Міністерства охорони здоров'я України № 787 таким чином: «Сурогатне материнство – це метод допоміжних репродуктивних технологій, який полягає у виношуванні іншою жінкою (сурогатною матір'ю) ембріона людини, зачатого потенційними батьками або одним з них і донором, з метою, народження дитини і передачі її потенційним батькам» [51].

Таким чином, рекомендуємо доповнити термінами «сурогатне материнство», «сурогатна мати», «потенційні батьки» Наказ МОЗ Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій України № 787.

Важливо звернути увагу на те, що відсутнє врегулювання питання застосування допоміжних репродуктивних технологій для самотніх осіб, тих, які не перебувають у шлюбі.

Стаття 123 Сімейного кодексу України передбачає, що лише подружня пара може скористатися допоміжними репродуктивними технологіями. Шлюб є законним, якщо він зареєстрований державним органом для реєстрації актів цивільного стану [80]. Законодавство України не визначає можливості використання ДРТ для одинокої жінки чи чоловіка. Таким чином, це означає, що особам, які перебувають у фактичних стосунках та мають право на продовження роду, обмежений доступ до послуг сурогатного материнства.

Норма про надання права використати послуги сурогатного материнства лише подружнім парам (чоловікові та жінці) суперечить статті 281 Цивільного кодексу України, яка надає право повнолітній жінці чи чоловікові на проходження програми лікування за допомогою допоміжних репродуктивних технологій за медичними показаннями, відповідно до порядку та умов, встановлених законодавством [79].

Таким чином пропонуємо доповнити статтю 123 СК України положенням про надання можливості особам, які не перебувають у шлюбних відносинах, але проживають разом протягом доволі довгого часу, скористатися таким методом допоміжних репродуктивних технологій, як сурогатне материнство.

На законодавчому рівні не передбачено вимог до форми договору про сурогатне материнство. Проте з метою уникнення проблем, пов'язаних зі здійсненням цього виду ДРТ доцільно вказати, що договір про сурогатне материнство повинен бути укладений у письмовій формі, нотаріально посвідчений та зареєстрований державою. Нотаріус засвідчить, що сторони, що підписують угоду, діють добровільно, усвідомлюючи свої дії. Таким чином, було б доцільно розробити модель договору про сурогатне материнство та надалі закріпити його на законодавчому рівні. Такі кроки необхідні для захисту прав та законних інтересів як учасників договору, так і дитини, народженої сурогатною матір'ю [166]. Наприклад, у випадку відмови подружжя забрати дитину, народжену сурогатною матір'ю, з певних причин, у випадку смерті дитини до народження або народження хворої дитини тощо. Такі проблеми можна вирішити шляхом укладення належним чином розробленого і продуманого договору про сурогатне материнство.

Отже, доречно буде доповнити главу VI. Сурогатне (замінне) материнство Наказу № 787 статтею «Договір сурогатного материнства», в якому навести його визначення, зазначити предмет договору, його форму, визначити сторони договору, істотні умови договору, права та обов'язки сторін, строк дії договору, форс-мажорні обставини тощо.

Варто зазначити, що в українському законодавстві відсутнє визначення правового режиму ембріона людини, зачатого *in vitro*, а також норми, які закріплюють його захист на законодавчому рівні. В розумінні ЦК України ембріон не має визначеного статусу ані як людини, ані як речі або майна. Саме тому потрібно розглянути різні аспекти цього питання в контексті правового регулювання.

Особливою популярністю в Україні на сьогоднішній день користується метод лікування безпліддя за допомогою сурогатного материнства. Цьому сприяє ряд факторів, серед яких визначальними є приваблива ціна за послуги сурогатного материнства, простіша процедура встановлення батьківства, а також швидка реєстрація генетичними потенційними батьками новонародженої дитини як своєї рідної. Вагомим фактором є також те, що багато країн не дозволяють здійснювати програми сурогатного материнства на своїй території, тому їх громадян шукають такі послуги в інших країнах.

Законодавством України не передбачено контроль за подальшою долею дитини, що народилася в результаті застосування сурогатного материнства після закінчення угоди та від'їзду потенційних батьків останніх до країни їх проживання.

Слід зазначити, що у пункті 1 статті 7 Конвенції про права дитини, яка була ратифікована Україною 27 лютого 1991 р., зазначено, що дитина має бути зареєстрована відразу після народження і з моменту народження має право на ім'я і набуття громадянства, а також, наскільки це можливо, право знати своїх батьків і право на їх піклування [85].

Так, у Франції, відповідно до правил громадського порядку, закони іншої країни не мають сили, якщо суперечать національному законодавству Франції. Отже, будь-який договір про сурогатне материнство визнається недійсним у Франції [147, с. 46].

М. Грищенко та А. Правдюк також відзначають, що громадяни тих країн, де сурогатне материнство заборонено законом, можуть зіткнутися з труднощами під час привезення дитини, народженої за допомогою сурогатного материнства

в Україні, до їхньої рідної країни, реєстрації дитини та встановлення громадянства дитини [167, с. 253].

Отже, обґрунтованим було б обмежити право доступу іноземних громадян з переліку країн, де на законодавчому рівні заборонені такі угоди, до здійснення програми сурогатного материнства в Україні. Така позиція сприятиме захисту в першу чергу дитини, що з'явилася на світ методом сурогатного материнства, а захист прав дитини має бути головним пріоритетом при використанні методу сурогатного материнства.

Погоджуємося з думкою Костик Е., яка пропонує доповнити Порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні розділом «Особливості проходження програми сурогатного материнства з іноземцями», в якому детально вказати права й обов'язки сторін, конкретний перелік усіх документів, пов'язаних з укладенням договору із сурогатною матір'ю, визнання батьківства та зазначень можливих колізій із законодавством для громадян тих держав, в яких сурогатне материнство не дозволене або не регламентоване [168, с. 40].

Отже, можна визначити ряд питань, які виникають при застосуванні ДРТ і не вирішені на законодавчому рівні: обмеження кола осіб, які можуть скористуватися методами ДРТ (тільки подружжя); відсутність закріплення понять «сурогатне материнство», «сурогатна мати», «потенційні батьки» у законодавчих актах; договір про сурогатне материнство не визначений у законодавстві; визначення статусу ембріона; використання іноземцями процедури сурогатного материнства. Даний підрозділ містить пропозиції щодо усунення або мінімізації зазначених проблем шляхом внесення змін до існуючих законодавчих актів у сфері допоміжних репродуктивних технологій. Тому, враховуючи вище наведене, можна сказати, що правове регулювання застосування ДРТ в Україні потребує вдосконалення.

ВИСНОВКИ

За результатами проведеного наукового дослідження було вирішено проставлені завдання. Відповідно було зроблено ряд наступних висновків.

1) Досліджено питання історії виникнення допоміжних репродуктивних технологій, а також еволюції правового регулювання цих методик. З'ясовано, що подолання безпліддя завжди було актуальною проблемою, а першим рішенням цієї проблеми стало традиційне сурогатне материнство, яке відоме людству ще з давніх часів. Застосування сурогатного материнства на цьому етапі в більшості випадків регулювалося звичаями та нормами моралі, пануючими в певному суспільстві чи групі. Були також здійснені спроби регулювати цю практику на рівні законів (Кодекс Хаммурапі). Визначено, що новий етап розвитку науки з 17 століття до середини 20 століття в сфері штучної прокреації передував відкриттю методів ДРТ. Він характеризувався активною діяльністю вчених та відсутністю спроб нормативного закріплення. З середини 80-х років 20-го століття після винайдення методу ЕКЗ почали стрімко розвиватися нові методики ДРТ, що змінило історію лікування безпліддя. У 1984 був прийнятий перший у світі закон про ДРТ (ЕКЗ) у штаті Вікторія в Австралії, а у 1985 році у Великобританії з'явився перший у світі закон про сурогатне материнство. Зроблено висновок про те, що залишається багато невирішених етичних та правових питань, оскільки законодавство, як правило, відображає соціальні звичаї конкретного часу і в певному місці, але в міру того, як соціальні звичаї змінюються разом зі зміною технологій, законодавство не встигає реагувати на ці зміни.

2) Розглянуто визначення методик допоміжних репродуктивних технологій, з'ясовано їх види. Детально розглянуто класифікацію видів сурогатного материнства. З'ясовано, що існує понад два десятка різних методик ДРТ, серед яких найпоширенішими є ЕКЗ, внутрішньоматкова інсемінація, перенесення гамет в фаллопієву трубу, передімплантаційна генетична діагностика, донорство ооцитів і ембріонів, сурогатне материнство. Вчені виділяють два підходи до поняття ДРТ: медичний та правовий. Серед ознак ДРТ

можна виділити наступні: 1) приналежність до біомедичних технологій; 2) обов'язковість інформованої добровільної згоди на відповідне медичне втручання; 3) наявність законодавчих обмежень щодо застосування ДРТ; 4) специфічне коло суб'єктів правовідносин. Встановлено, що на основі генетичного походження дитини сурогатне материнство поділяють на два види: гендерне та гестаційне. В залежності від того, чи отримує сурогатна мати фінансову винагороду сурогатне материнство поділяють на комерційне або альтруїстичне.

3) Проаналізовано морально-етичні проблеми, які виникають у зв'язку із застосуванням допоміжних репродуктивних технологій, а також права людини, пов'язані із використанням методик ДРТ. З'ясовано, що теми, пов'язані з продовженням роду, історично часто були пов'язані з етично-моральними проблемами. Доведено, що релігія відіграла важливу роль у ставленні людей до ДРТ, схиляючи своїх adeptів до повного прийняття або до повної відмови від використання ДРТ. Сформульовано перелік основних проблем: зловживання технологіями, що дозволяють вибирати стать; питання «коммодифікації»; проблеми, пов'язані з посмертним відтворенням і клонуванням; проблеми, пов'язанні з застосуванням сурогатного материнства. Вказані проблеми породжують інтерес до правового регулювання відносин у сфері застосування ДРТ, а також визначають потребу визначити та закріпити права, якими наділена людина у сфері ДРТ. Наведено перелік міжнародних нормативно-правових актів, які розглядають репродуктивні права людини: Конвенція ООН про права людини, Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права, Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок та інші. В Україні право на репродуктивні права регулюється Законом України «Основи законодавства України про здоров'я», Цивільним кодексом України, Сімейним кодексом України, наказами Міністерства охорони здоров'я України та іншими документами.

4) Розглянуто законодавчі акти, що регулюють допоміжні репродуктивні технології в Україні. З'ясовано, що здійснення допоміжних

репродуктивних технологій має своє законодавче закріплення в нормативно-правових актах України. До основних нормативних актів, що регулюють застосування ДРТ відносять СК України та ЦК України, ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Наказ Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні № 787, а також Наказ Міністерства юстиції «Про затвердження Правил державної реєстрації актів цивільного стану в Україні» та Закон України «Про державну реєстрацію актів цивільного стану». На міжнародному рівні процедура здійснення ДРТ методом сурогатного материнства закріплюється лише положеннями, які прямо стосуються дитини. Міжнародними документами, що забезпечують захист дітей є Конвенція про права дитини та Конвенція про захист дітей та співробітництво в галузі міждержавного усиновлення. Зроблено висновок, що незважаючи на наявність нормативної бази щодо питання регулювання ДРТ, дані законодавчі акти не охоплюють повною мірою весь спектр нюансів, які в даному випадку є важливими.

5) Досліджено правову природу договору сурогатного материнства та його істотні умови, визначено права та обов'язки сторін, відповідальність за порушення умов договору. Доведено, що договір про сурогатне материнство відіграє важливу роль у врегулюванні усіх відносин, що виникають в рамках здійснення програми сурогатного материнства. Через відсутність законодавчо закріпленої угоди про сурогатне материнство у чинному законодавстві України ведуться дискусії щодо її природи та правової приналежності до вже існуючих та законодавчо визначених договорів. Переважна більшість вчених схиляється до думки, що договір про сурогатне материнство подібний до договору про надання послуг, що передбачений ЦК України. На законодавчому рівні не передбачено вимог до форми договору про сурогатне материнство. Аргументовано, що договір про сурогатне материнство повинен бути укладений у письмовій формі, нотаріально посвідчений та зареєстрований державою з метою уникнення проблем, пов'язаних зі здійсненням цього виду ДРТ.

б) Проаналізовано правове регулювання допоміжних репродуктивних технологій в зарубіжних країнах. Зроблено висновок, що воно має доволі значні відмінності у розрізі країн. Крім того, не у всіх країнах існує конкретне законодавство. Законодавство дуже відрізняється, починаючи від надзвичайно забороняючого (наприклад, в Італії, Німеччині, Литві та Австрії), на протиположному обережному регуляторному підході в Данії, та Франції та ліберальній системі регулювання у Великобританії, Іспанії, Греції. Базовими орієнтирами для України, у частині запозичення досвіду, можуть стати Ізраїль, Великобританія, які мають нормативно-правові акти та правові механізми, які детально регламентують проведення різних методик ДРТ. З'ясовано, що до аспектів використання ДРТ, які відрізняються в різних країнах, належать: відбір ембріонів, особливо шляхом генетичного скринінгу; заморожування та перенесення ембріонів; передімплантаційна генетична діагностика; донорство яйцеклітин; анонімність донорів гамет; сурогатне материнство; критерії прийнятності пацієнта (наприклад, сексуальна орієнтація, вік).

7) Виявлено проблемні аспекти регулювання ДРТ в Україні та запропоновано шляхи його покращення. З'ясовано те, що значна частина науковців та дослідників приділяє значну увагу модернізації підходів до теоретичного вивчення даної теми, пропонує вдосконалення та впровадження нових роз'яснювальних та уточнювальних норм у сфері застосування допоміжних репродуктивних технологій. Розглядаючи питання правового регулювання сурогатного материнства як одного з видів ДРТ, звернено увагу на відсутність визначення цього терміну у нормативно-правових актах.

Визначено ряд питань, які не вирішені на законодавчому рівні, однак виникають при застосуванні ДРТ, серед них є: 1) обмеження кола осіб, які можуть скористуватися методами ДРТ (тільки подружжя); 2) відсутність закріплення понять «сурогатне материнство», «сурогатна мати», «потенційні батьки» у законодавчих актах; 3) договір про сурогатне материнство не визначений у законодавстві; визначення статусу ембріона; 4) проблеми, пов'язані з використанням іноземцями процедури сурогатного материнства.

Наголошується на необхідності певної систематизації законодавства. Необхідність даних змін обумовлена тим, що різнобічне вдосконалення цілісного механізму застосування допоміжних репродуктивних технологій сприятиме покращенню ефективності реалізації та захисту репродуктивних прав людини і громадянина.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Чістякова І. М. Генезис міжнародно-правового регулювання допоміжних репродуктивних технологій. *Прикарпатський юридичний вісник*. 2019. № 4(25). С. 153–156.
2. Lones, Mark E. A Christian Ethical Perspective on Surrogacy. *Bioethics in Faith and Practice*. 2016. Vol. 2, No. 1. P/. 21-33. DOI: 10.15385/jbfp.2016.2.1.5.
3. Svitnev K. Legal control of surrogacy – international perspectives. *Ethical Dilemmas in Assisted Reproductive Technologies*. 2011. P. 149-163. DOI: 10.1515/9783110240214.
4. Sills, E. S., & Healy, C. M. Building Irish families through surrogacy: medical and judicial issues for the advanced reproductive technologies. *Reproductive Health*. 2008. No. 5, article 9. DOI: 10.1186/1742-4755-5-9.
5. Ashley Kate. History of Surrogate Motherhood. URL: <http://www.ezinearticles.com> (дата звернення: 12.09.2020).
6. Айвар Л. К. Правовые основы вспомогательных репродуктивных технологий (суррогатное материнство). *Юридический консультант*. 2006. № 3. С. 6-11.
7. Ю. М. Якущенко. Еволюція сурогатного материнства: правовий аспект. *Правові горизонти*. 2020. № 21(34). С. 41-46.
8. Кодекс законів вавилонського царя Хаммурапі (повний текст). Електронна бібліотека Історичного факультету МГУ імені М. Г. Ломоносова. URL: <http://www.hist.msu.ru/ER/Text/hammurap.htm> (дата звернення: 12.09.2020).
9. Ombelet W, Van Robays J. Artificial insemination history: hurdles and milestones. *Facts Vis Obgyn*. 2015. No.7. P. 137–43.
10. Simpson R. Assisted Reproductive Technologies: Research Paper. Simpson R. Assisted Reproductive Technologies. 1998. 69 p.
11. Kamel R. M. Assisted reproductive technology after the birth of Louise Brown. *Journal of Reproduction & Infertility*, 2013. No. 14(3). P. 96–109.

12. Thompson, Charis. IVF global histories, USA: between rock and a marketplace. *Reproductive Biomedicine & Society Online*. 2016. No. 2. P. 128-135.
13. Steptoe P.C., Edwards R.G. Birth after reimplantation of a human embryo. *Lancet*. 1978. No. 12:366. DOI: 10.1016/s0140-6736(78)92957-4.
14. Johnson, Martin. Robert Edwards: the path to IVF. *Reproductive Biomedicine Online*. 2011. No. 23. P. 245-62. DOI: 10.1016/j.rbmo.2011.04.010.
15. Hudson, Nicky & Culley, Lorraine & Herbrand, Cathy & Pavone, Vincenzo & Pennings, Guido & Provoost, Veerle & Coveney, Catherine & Lafuente Funes, Sara. Reframing egg donation in Europe: new regulatory challenges for a shifting landscape. *Health Policy and Technology*. 2020. DOI: 10.1016/j.hlpt.2020.04.007.
16. Temple-Smith PD, Southwick GJ, Yates CA, Trounson AO, de Kretser DM. Human pregnancy by in vitro fertilization (IVF) using sperm aspirated from the epididymis. *J In Vitro Fert Embryo Transf*. 1985. No. 2(3). P. 119-122.
17. Devroey P, Braeckmans P, Smits J, Van Waes-berghe L, Wisanto A, Van Steirteghem A, et al. Pregnancy after translaparoscopic zygote intrafallopian transfer in a patient with sperm antibodies. *Lancet*. 1986. No. 1(8493):1329.
18. Cohen J, Trounson A, Dawson K, Jones H, Hazekamp J, Nygren KG, Hamberger L. The early days of IVF outside the UK. *Hum Reprod Update*. 2005;11(5):439–459.
19. Spar, D. Reproductive tourism and the regulatory map. *New England Journal of Medicine*. 2005. No. 352. P. 531–533.
20. Lawrence Van Gelder. Noel Kean, 58, Lawyer in Surrogate Mother Cases, Is Dead. N.Y. Times (January 28, 1997), URL: <http://www.nytimes.com/1997/01/28/nyregion/noel-keane-58-lawyerin-surrogate-mother-cases-isdead.html> (дата звернення: 17.09.2020 р.).
21. And Baby Makes Four: for the First Time a Surrogate Bears a Child Genetically Not Her Own. URL: <https://people.com/archive/and-baby-makes-four-for-the-first-time-a-surrogate-bears-a-child-genetically-not-her-own-vol-27-no-18/> (дата звернення: 17.09.2020 р.).

22. Лаврентьева Т. В. Особенности правового регулирования вспомогательных методов репродукции человека. *Диалог*. 2018. No. 3(12), С. 43-52.
23. Басай Н. М. Сурогатне материнство в Україні: сутність та окремі аспекти правового регулювання. *Прикарпатський юридичний вісник*. 2014. № 2(5). С. 82 – 89.
24. Audrey W. Latourette. The Surrogate Mother Contract: In the Best Interests of Society? *University of Richmond Law Review*. 1990. No. 25(1). P. 53-92. URL: <http://scholarship.richmond.edu/lawreview/vol25/iss1/3>.
25. Sreenivas, K., & Campo-Engelstein, L. Domestic and international surrogacy laws: implications for cancer survivors. *Cancer treatment and research*. 2010. No. 156. P. 135–152. DOI: 10.1007/978-1-4419-6518-9_10.
26. Johnson L. Regulation of assisted reproductive treatment (ART) in Australia & current ethical issues. *The Indian journal of medical research*. 2014. No. 140. P. 9–12.
27. Rotabi, K.S., Mapp, S., Cheney, K. et al. Regulating Commercial Global Surrogacy: The Best Interests of the Child. *Hum. Rights Soc. Work*. 2017. No. 2. P. 64-73.
28. Хміль С. В. Досягнення та перспективи розвитку сучасних методів допоміжних репродуктивних технологій в лікуванні безпліддя. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2015. № 4. С. 3–7.
29. Про внесення змін та доповнень до деяких законодавчих актів СРСР у питаннях, що стосуються жінок, сім'ї і дитинства: Закон СРСР від 22.05.1990 р. № 1501-І. Відомості Верховної Ради СРСР. 1990. № 23. Ст. 422.
30. Про шлюб та сім'ю : Кодекс України від 20 червня 1969 р. № 2006-VII (назва в ред. Закону № 2488-12 від 23.06.1992. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2006-07>).
31. Про затвердження Інструкції про порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від

23 грудня 2008 року № 771. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/z0263-09/page?text=%E4%EE%EA%F3%EC%E5%ED%F2>.

32. Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09.09.2013 р. № 787. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/z1697-13>.

33. Connolly, Mark & Hoorens, Stijn & Chambers, Georgina. The Costs and Consequences of Assisted Reproductive Technology: An Economic Perspective. *Human reproduction update*. 2010. No. 16. P. 603-613. DOI: 10.1093/humupd/dmq013.

34. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, Dyer S, Racowsky C, de Mouzon J, Sokol R, Rienzi L, Sunde A, Schmidt L, Cooke ID, Simpson JL, van der Poel S. The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. *Fertil Steril*. 2017 Sep; No. 108(3). P. 393-406. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2017.06.005 (дата звернення: 21.09.2020 р.).

35. Заболотько В. М. Інформаційно-статистичний довідник про допоміжні репродуктивні технології в Україні. Київ : ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України», 2020. 24 с.

36. Infertility definitions and terminology. URL: <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/> (дата звернення: 25.09.2020 р.).

37. Проект розпорядження Кабінету Міністрів України Концепція Загальнодержавної програми «Репродуктивне та статеве здоров'я нації на період до 2021 року». URL : <https://www.apteka.ua/article/404360> (дата звернення: 25.09.2020 р.).

38. Mitchell, Virginia. Medically Assisted Reproduction. In: Shackelford T., Weekes-Shackelford V. (eds) *Encyclopedia of Evolutionary Psychological Science*. Springer, Cham. 2017. DOI: 10.1007/978-3-319-16999-6_466-1.

39. Verlinsky, Y., Rechitsky, S., Sharapova, T., Morris, R., Taranissi, M., & Kuliev, A. Preimplantation HLA testing. *Journal of the American Medical Association*, 2004. No. 291(17). P. 2079–2085.
40. Пугач Д. О. Адміністративно-правове регулювання відносин у сфері допоміжних репродуктивних технологій: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07. Київ, 2018. 211 с.
41. Головащук А. П. Правове регулювання допоміжних репродуктивних технологій. *Часопис Київського університету права*. 2013. № 2. С. 189-191.
42. Полховська І. К. Репродуктивні права людини: окремі проблемні аспекти. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2017. № 5. С. 33–35.
43. Lau P.L. The Regulatory Framework in Biomedical Technologies. In: *Comparative Legal Frameworks for Pre-Implantation Embryonic Genetic Interventions*. Springer, Cham. 2019. P. 123-174. DOI: 10.1007/978-3-030-22308-3_4.
44. Міщук І. В., Слаб'як Т. Б.. Правове регулювання сурогатного материнства. *Молодий вчений*. 2017. № 5.1. С. 73-76.
45. Keyes, Mary. Cross-border surrogacy arrangements. *Australian Journal of Family Law*. 2012. No. 26. P. 28-50.
46. The Laws Of New York Consolidated Laws Domestic Relations Article 8: Surrogate Parenting Contracts. URL: <https://www.nysenate.gov/legislation/laws/DOM/121> (дата звернення: 25.09.2020 р.).
47. Чеховська І. В. Сурогатне материнство: теоретико-правові підходи до розуміння сутності. *Міжнародний юридичний вісник: актуальні проблеми сучасності (теорія та практика)*. 2017. Вип. 2–3 (6–7). С. 58–64.
48. Аблятіпова Н. А. Проблеми сурогатного материнства в Україні. *Актуальні проблеми держави і права*. 2009. № 51. С. 167–173.
49. Басай Н. М. Поняття сурогатного материнства. *Прикарпатський юридичний вісник*. 2014. № 3(6). С. 58–64.
50. Таланов Ю. Ю. Актуальні проблеми сурогатного материнства в законодавстві України. *Вісник ХНУВС*. 2012. № 1(56). С. 360–368.

51. Головащук А.П. Цивільно-правове регулювання відносин, пов'язаних із застосуванням допоміжних репродуктивних технологій: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Київ, 2017. 258 с.
52. Charan, Sambhu & Verma, Anuradha & Gupta, Shiv Kumar & Kumar, Babita. Genetic and Gestational Surrogacy: An Overview. *Walailak Journal of Science and Technology*. 2012. No. 9. P. 189-193. DOI: 10.2004/wjst.v9i3.279.
53. Борисова, Т. Е. Суррогатное материнство в Российской Федерации: проблемы теории и практики: монография / Т.Е. Борисова. Москва: Проспект, 2015. 144 с. Библиогр.: с. 130-143.
54. Inhorn, M. C. Right to assisted reproductive technology: Overcoming infertility in low-resource countries. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2009. No. 106. P. 172-174.
55. Думанська В. П. Внесок новітніх репродуктивних технологій у народжуваність в Україні. *Demography and Social Economy*. 2018. № 2(33). С. 82–93. DOI: 10.15407/dse2018.02.82.
56. Oleg M. Reznik, Yuliia M. Yakushchenko (2020). Legal considerations surrounding surrogacy in Ukraine. *Wiadomości Lekarskie*, LXXIII, 5 :1048-1052. DOI: 10.36740/WLek202005139.
57. Старікова Н. М. Допоміжні репродуктивні технології: цивільно-правовий вимір. *Часопис Київського університету права*. 2014. № 4. С. 155-159.
58. Pew Research Center, December 19, 2011. “Global Christianity – A Report on the Size and Distribution of the World’s Christian Population. <https://www.pewforum.org/2011/12/19/global-christianity-exec/> (дата звернення: 01.10.2020).
59. Sallam HN, Sallam NH. Religious aspects of assisted reproduction. *Facts Views Vis Obgyn*. 2016. No. 8(1). P. 33–48.
60. Pennings, G., & De Wert, G. Evolving ethics in medically assisted reproduction. *Human Reproduction Update*. 2003. No. 9(4). P. 397–404.

61. Whittaker, A. M. Reproduction opportunists in the new global sex trade: PGD and non-medical sex selection. *Reproductive BioMedicine Online*. 2011. No. 23(5). P. 609–617.
62. Sandel, M.J. *The Case against Perfection: Ethics in the Age of Genetic Engineering*. Cambridge, MA: Harvard University Press. 2007. 176 p.
63. Londra, L., Wallach, E., & Zhao, Y. Assisted reproduction: Ethical and legal issues. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*. 2014. No. 19(5). P. 264–271. DOI: 10.1016/j.siny.2014.07.003.
64. Turkmendag I. The donor-conceived child's "Right to Personal Identity": the public debate on donor anonymity in the United Kingdom. *J Law Soc* 2012. No.39. P. 58-72.
65. Levine AD. The oversight and practice of oocyte donation in the United States, United Kingdom and Canada. *HEC Forum*. 2011. No. 23:15e30.
66. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Disposition of abandoned embryos: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2013;99:1848e9.
67. Dragojević, Svetlana & Nikolic, Branka & Rakić, Snezana & Pazin, Vladimir & Dikić, Srdan & Damnjanović, Barbara. Ethical legal aspects in assisted reproductive technologies. *Vojnosanitetski preglod. Military-medical and pharmaceutical review*. 2008. No. 65. P. 171-174. DOI: 10.2298/VSP0802171D.
68. Sharma R, Garg D, Khan H. Surrogacy in India: Current Scenario and Ethical Perspective. *J Clin Obstet Gynecol Infertil*. 2019; 3(1): 1041.
69. Kulshrestha, Sandeep. *Problems and Perspectives of Assisted Reproductive Technology: A Socio-Legal Study*. 2015. 285 p. DOI: 10.13140/RG.2.1.4216.3281.
70. Пугач Д.О. Сучасний стан правового регулювання допоміжних репродуктивних технологій. *Прикарпатський юридичний вісник*. № 3(9) том 3, 2015. С. 26–29.
71. Кириченко Т., Старікова Н. Репродуктивні права як предмет цивільно-правового регулювання. *Історико-правовий часопис*, 2015. № 2. С. 95-100.

72. Москаленко К.В. Репродуктивні права фізичної особи в Україні та світі: перспективи розвитку. *Розвиток сучасного приватного права в країнах Європи* : матеріали VIII Міжнародного цивілістичного форуму, м. Київ, 19 – 20 квітня 2018 року. К.: ТОВ «Білоцерківдрук», 2018. с. 200–206.

73. Стефанчук Р. О. Особисті немайнові права фізичних осіб (поняття, зміст, система, особливості здійснення та захисту): моногр. К: КНТ, 2008. 626 с.

74. Рекомендації слухань у Комітеті Верховної Ради України з питань охорони здоров'я на тему: «Про виконання Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року та заходи, що вживаються МОЗ України з метою забезпечення охорони репродуктивного здоров'я населення». *Здоровье женщины*. 2017. № 2. С. 36-40.

75. Дутко А. О., Заболотна М. Р. Репродуктивні права фізичної особи: сутність, поняття та класифікація. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. серія юридична*. 2016. Вип. 3. С. 82-90.

76. Длугопольська Т. І. Правова природа репродуктивних прав фізичних осіб. *Актуальні проблеми правознавства*. 2016. Випуск 2. С. 103–107.

77. Конституція України : Закон України від 28.06.1996 р. № 254к/96-ВР. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80> (дата звернення: 02.10.2020).

78. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ (із змінами та доповненнями). URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення: 02.10.2020).

79. Цивільний кодекс України URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/435-15> (дата звернення: 02.10.2020).

80. Сімейний кодекс України. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2947-14> (дата звернення: 02.10.2020).

81. Про затвердження Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року» : Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2006 р. № 1849. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1849-2006-%D0%BF> (дата звернення: 02.10.2020).

82. Покальчук О. Окремі аспекти застосування ДРТ для осіб, які пройшли процедуру зміни (корекції) статевої належності. *Теорія і практика інтелектуальної власності*. 2019. № 3. С. 132-140.
83. Гельсінська декларація Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження». URL: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/990_005/conv (дата звернення: 02.10.2020).
84. Принципи медичної етики : Резолюція 37/194 Генеральної Асамблеї ООН від 18.12.1982 р. URL: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_285 (дата звернення: 02.10.2020).
85. Про права дитини : Конвенція ООН від 20.11.1989 р. URL: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_021 (дата звернення: 03.10.2020).
86. Pennings G. Genetic databases and the future of donor anonymity. *Hum Reprod*. 2019 May 1. No. 34(5). P. 786-790.
87. Erlich Y, Shor T, Pe'er I, Carmi S. Identity inference of genomic data using long-range familial searches. *Science*. 2018. No. 362. P. 690–694. DOI: 10.1126/science.aau4832.
88. Загальна декларація про геном людини та права людини : прийнята на 29-ій сесії Генеральної конференції ЮНЕСКО 11.11.1997 р. URL: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_575 (дата звернення: 04.10.2020).
89. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights <https://en.unesco.org/themes/ethics-science-and-technology/bioethics-and-human-rights> (дата звернення: 04.10.2020).
90. Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини : Конвенція про права людини та біомедицину від 04.04.1997 р. (Ов'єдо). URL: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/994_334 (дата звернення: 05.10.2020).
91. Невестюк С. В. Механізм цивільного процесуального регулювання : дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.03. Київ, 2016. 210 с.

92. Тарахонич Т. І. Види правового регулювання: теоретичні аспекти розуміння. *Часопис Київського університету права*. 2014. № 4. С. 28-32.
93. Сімутіна Я. В. Щодо механізму правового регулювання трудових відносин у сучасних умовах. *Часопис Київського університету права*. 2015. № 3. С. 188–192.
94. Теорія держави і права у схемах і визначеннях: Навч. Посібник. / О. В. Бабкіна, К. Г. Волинка. Київ: МАУП, 2004. 144с.
95. Юридична енциклопедія: В 6 т. / Редкол.: Ю. С. Шемшученко (відп. ред.) та ін. Київ : «Укр.енцикл.», 2002. Т.4:Н-П. 720с.:іл.
96. І. М. Шопіна. Щодо концептуальних підходів до визначення поняття правового регулювання. *Форум права*. 2011. № 2. С. 1055-1061.
97. Hudson, N., Culley, L., Blyth, E., Norton, W., Rapport, F., & Pacey, A. Cross-border reproductive care: A review of the literature. *Reproductive BioMedicine Online*. 2011. No. 22. P. 673–685.
98. Pennings, G. International evolution of legislation and guidelines in medically assisted reproduction. *Reproductive BioMedicine Online*. 2009. No. 18. P. 15–18. DOI:10.1016/s1472-6483(10)60443-9.
99. Мартинюк Л. П. Правове регулювання застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні: проблемні аспекти. *Вісник ОНУ імені І. І. Мечникова. Правознавство*. 2019. Т. 24. Вип. 1(34). С. 93–105.
100. Заклик Тегеранської конференції (Тегеран, 13 трав. 1968 р.). URL: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_900 (дата звернення: 08.10.2020).
101. Мексиканська декларація 1975 року про рівність жінок та їх вклад в розвиток та мир (2 липня 1975 року). URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_113 (дата звернення: 08.10.2020).
102. Віденська Декларація та Програма дій прийнята Всесвітньою конференцією по правам людини від 25.06.1993 р. (Відень). URL: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_504 (дата звернення: 08.10.2020).
103. Доповідь Міжнародної конференції по народонаселенню і розвитку. Програми дій Міжнародної конференції по народонаселенню та розвитку (Каїр,

05–13 вересня 1994 р.). URL: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_rus.pdf (дата звернення: 09.10.2020).

104. Загальна декларація прав людини : прийнята і проголошена в резолюції 217 А (III) Генеральної Асамблеї ООН від 10.12.1948 р. URL: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_015 (дата звернення: 10.10.2020).

105. Декларація про використання науково-технічного прогресу в інтересах миру та на благо людства : прийнята резолюцією 3384 (XXX) Генеральної Асамблеї ООН від 10.11.1975 р. URL: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_121 (дата звернення: 10.10.2020).

106. Положення про запліднення in vitro та трансплантацію ембріонів : прийняте 39-ю Всесвітньою медичною асамблеєю 01.10.1987 р. URL: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/990_027 (дата звернення: 10.10.2020).

107. The Belmont report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. [Bethesda, Md.]: The Commission. URL: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html>.

108. Про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок : Конвенція ООН від 18.12.1979 р. URL: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_207/page (дата звернення: 11.10.2020).

109. Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод, прийнята 04.11.1950 р. Дата оновлення: 02.10.2013. URL: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_004 (дата звернення: 12.10.2020).

110. Рекомендація 1046 (1986) щодо використання ембріонів та плодів людини для цілей діагностики, терапії, наукових досліджень, промислового використання та торгівлі : прийнята 38-ю черговою сесією Парламентської асамблеї Ради Європи 24.09.1986 р. URL: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/card/994_070 (дата звернення: 12.10.2020).

111. Resolution 1399 (2004) and Recommendation 1675 (2004) on a “European strategy for the promotion of sexual and reproductive health and rights”.

URL: <http://www.assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-DocDetails-en.asp?FileID=17257&lang=en> (дата звернення: 12.10.2020).

112. Оніщенко О. В., Козіна П. Ю. Суругатне материнство в Україні та за кордоном: порівняльно – правовий аспект. *Юридичний вісник*. 2015. № 3 (36). С. 102 – 108.

113. Федорченко Н. В. Особливості укладення договору про суругатне материнство. *Підприємництво, господарство і право*. 2016 р. № 12. С. 65 – 68.

114. Про затвердження Правил державної реєстрації актів цивільного стану в Україні : Наказ Міністерства юстиції України від 18 жовтня 2000 р. № 52/5. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0719-00> (дата звернення: 13.10.2020).

115. Гаазька Конвенція про захист дітей та співробітництво в галузі міждержавного усиновлення від 29 травня 1993 року. URL: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995_365 (дата звернення: 13.10.2020).

116. Zalesne, Deborah, The Intersection of Contract Law, Reproductive Technology, and the Market: Families in the Age of Art. *University of Richmond Law Review*. 2017. 419. P. 419 – 487.

117. Вонсович Х. І. Особливості правової природи договору про суругатне материнство. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2012. № 19 (2). С. 33 – 35.

118. Булеца С. Б. Істотні та випадкові умови договору суругатного материнства. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2014. Випуск 27. Т. 1. С. 129 – 134.

119. Головащук А. П. Правові аспекти договору про суругатне материнство. *Бюлетень Міністерства юстиції України*. 2013. № 9. С. 73 – 78.

120. Рябенко О. В. Право осіб мати дитину шляхом застосування суругатного материнства. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія : Юриспруденція*. 2015. Вип. 17(2). С. 35-38.

121. Сопель М.В. Правові аспекти суругатного материнства: Україна та США. Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його

законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення). Матеріали II Всеук. наук. – практ. конференції 17 – 18.04.2008. Львів. С. 314 – 318.

122. Харитонов Е.О., Саниахметова Н.А. и др. Гражданское и семейное право: учебно – практический справочник. Харьков: ООО «Одиссей». 1999. 544 с.

123. Боброва Д.В., Дзера О.В., Довгер А.С. та ін. Цивільне право України: підручник у 2 – х кн.; За ред. Дзери О.В., Кузнецової Н.С. К.: Юрінком Інтер, 1999. 864 с.

124. Майданик Р. А. Репродуктивні права. Сурогатне материнство / Р. А. Майданик. К.: Алерта, 2013. 48 с.

125. Коренга Ю. В. Договір сурогатного материнства в сімейному праві України: автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Київ, 2014. 18 с.

126. Даниленко С. К., Мінакова М. В. Договір сурогатного материнства: актуальні проблеми та значення в суспільстві. *Південноукраїнський правничий часопис*. 2014. № 4. С. 95 – 98.

127. Розгон О. В. Замовники як сторона договору про сурогатне материнство. *Вісник ХНУ ім. В.Н. Каразіна. Серія «Право»*. 2016. № 21. С. 109 – 112.

128. Головащук А.П. Гражданско-правовая ответственность сторон по договору сурогатного материнства. *Закон и жизнь*. 2013. № 8/3. С. 66 – 69.

129. Granne, I., & Corfield, L. (2013). Legal, ethical and regulatory aspects of Assisted Reproductive Technology (ART). In K. Coward & D. Wells (Eds.), *Textbook of Clinical Embryology* (pp. 193-199). Cambridge: Cambridge University Press. DOI: 10.1017/CBO9781139192736.022.

130. Davies, J., & Thornhill, A. (2013). Regulation of assisted conception in the UK. In K. Coward & D. Wells (Eds.), *Textbook of Clinical Embryology* (pp. 210-218). Cambridge: Cambridge University Press. DOI: 10.1017/CBO9781139192736.024.

131. Human Fertilisation and Embryology Act 1990. URL: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1990/37/contents> (дата звернення: 15.10.2020).
132. Human Fertilisation and Embryology Act 2008. URL: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2008/22> (дата звернення: 15.10.2020).
133. Surrogacy: legal rights of parents and surrogates. URL: <https://www.gov.uk/legal-rights-when-using-surrogates-and-donors> (дата звернення: 15.10.2020).
134. Frith, L., & Blyth, E. Assisted reproductive technology in the USA: is more regulation needed? *Reproductive BioMedicine Online*. 2014. No. 29(4). P. 516–523. DOI: 10.1016/j.rbmo.2014.06.018.
135. Food U. S. Drug Administration Guidance for Industry: Eligibility Determination for Donors of Human Cells, Tissues, and Cellular and Tissue-Based Products (HCT/Ps) //Silver Spring. – 2007.
136. The National Conference of State Legislatures, 2007b. Embryo and Gamete disposition Laws, updated July 2007. <http://www.ncsl.org/default.aspx?tabid=14379> (дата звернення: 15.10.2020).
137. The National Conference of State Legislatures, 2008. Human Cloning Laws, updated January 2008. <<http://www.ncsl.org/default.aspx?tabid=14284> (дата звернення: 15.10.2020).
138. Indiana Code Title 31. Family Law and Juvenile Law. URL: <https://codes.findlaw.com/in/title-31-family-law-and-juvenile-law/>.
139. Hammond, K. Assisted Human Reproduction Act (2004). Embryo Project Encyclopedia 2015. ISSN: 1940-5030. URL: <http://embryo.asu.edu/handle/10776/8686>.
140. Yovich, John & Casper, Robert & Chapman, Michael & Tesarek, Jan & Anderson, Richard. Regulating ART: time for a re-think in the light of increasing efficacy, safety and efficiency. *Reproductive BioMedicine Online*. 2019. No. 38. DOI: 10.1016/j.rbmo.2019.01.002.
141. Niederberger C, Pellicer A, Cohen J, et al. Forty years of IVF. *Fertil Steril*. 2018. No. 110(2). P. 185-324. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2018.06.005.

142. Waller, L., & Dill, S. The Regulation and Legislation of In-Vitro Fertilization. *In-Vitro Fertilization*. 2018. P. 224–231. DOI:10.1017/9781108551946.02.

143. The Prohibition of Human Cloning for Reproduction Act 2002. URL: <https://www.legislation.gov.au/Details/C2017C00306>.

144. Birenbaum-Carmeli, Daphna. Thirty-five years of assisted reproductive technologies in Israel. *Reproductive Biomedicine & Society Online*. 2016. No. 2. P. 16-23. DOI: 10.1016/j.rbms.2016.05.004.

145. Inhorn MC, Birenbaum-Carmeli D, Tremayne S, Gürtin ZB. Assisted reproduction and Middle East kinship: a regional and religious comparison. *Reprod Biomed Soc Online*. 2017. No. 4. P. 41-51. DOI: 10.1016/j.rbms.2017.06.003.

146. Alon, I., Guimón, J., & Urbanos-Garrido, R. Regulatory responses to assisted reproductive technology: a comparative analysis of Spain and Israel. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*. 2019. DOI: 10.1007/s10815-019-01525-7.

147. Домашенко М. В., Грушко Ж. В. Проблемні аспекти сурогатного материнства в Україні. *Журнал східноєвропейського права*. 2014. № 9. С. 42 – 48.

148. De Melo-Martín I. Assisted reproductive technology in Spain: considering women's interests. *Camb Q Healthc Ethics*. 2009. No. 18(3). P. 228-235. DOI: 10.1017/S0963180109090379. PMID: 19460223.

149. Boada M, Veiga A, Barri PN. Spanish regulations on assisted reproduction techniques. *J Assist Reprod Genet*. 2003. No. 20(7). P. 271–275. DOI: [10.1023/A:1024558404061](https://doi.org/10.1023/A:1024558404061).

150. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата звернення: 15.10.2020).

151. Семейный кодекс РФ от 29 декабря 1995 г. № 223-ФЗ (в ред. от 06.02.2020 г.). Собр. законодательства Рос. Федерации. 1996. № 1, ст. 16.

152. Правила штучного запліднення: Закон Італії від 19.02.2004 р. № 40 = Norme in materia di procreazione medicalmente assistita. Official Gazette. 2004. №

45. URL: <http://www.ieb-eib.org/nl/pdf/loi-pma-italie-english.pdf> (дата звернення: 16.10.2020).

153. Norway. Act of 5 December 2003, no. 100. Relating to the application of biotechnology in human medicine, etc. Noruega; 2003. URL : https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hod/red/2005/0081/ddd/pdfv/242718-biotechnology_act_master.pdf (дата звернення: 16.10.2020).

154. Закон Республики Беларусь «О вспомогательных репродуктивных технологиях» от 7 января 2012 года №341-З. Ст. 27. URL: <http://pravo.newsby.org/belarus/zakon0/z175.htm> (дата звернення: 17.10.2020)..

155. Закон Кыргызской Республики «О репродуктивных правах граждан и гарантиях их реализации» от 4 июля 2015 года №148. Ст. 25. URL: <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ru-ru/111191> (дата звернення: 17.10.2020).

156. France. Law No. 94-654 of 29 July 1994 on the donation and use of elements and products of the human body, medically assisted procreation, and prenatal diagnosis. (Journal officiel de la République française, Lois et Décrets, 30 July 1994, No. 175, p. 11060-11068). Int Dig Health Legis. 1994;45(4):473-82. PMID: 11660848 (дата звернення: 17.10.2020).

157. Act for the Protection of Embryos, 1990. URL: <http://www.gesetzeim-internet.de/eschg/BJNR027460990.html> (дата звернення: 18.10.2020).

158. Act ensuring Protection of Embryos in connection with the importation and use of human embryonic stem cells, Stammzellgesetz StZG—Stem Cell Act, 2008, <http://bundesrecht.juris.de/stzg/index.html/> (дата звернення: 18.10.2020).

159. Law no. 32/2006 on medically assisted procreation, URL: <http://www.fd.unl.pt/docentesdocs/ma/tpbMA4022.pdf>. (дата звернення: 18.10.2020).

160. Law on Medically assisted reproduction techniques (No. 3305/2005), 2005, URL : <http://www.nurs.uoa.gr/fileadmin/nurs.uoa.gr/uploads/NomothesiaNosilefton/Nomoi/Nomos3305FEKA172005.pdf> (дата звернення: 18.10.2020).

161. Rothmar Herrmann, Janne, Assisted Reproduction in Denmark (June 19, 2018). URL: <https://ssrn.com/abstract=3198538>.
162. The Genetic Integrity Act (2006:351) (In English). URL: <https://www.icj.org/wp-content/uploads/2013/05/Sweden-Genetic-Integrity-Act-2006-eng.pdf> (дата звернення: 18.10.2020).
163. Health and Medical Services Act No. 763/1982. URL: <http://www.ilo.org/dyn/travail/docs/1643/health%20a%20nd%20medical%20insurance%20act.pdf> (дата звернення: 18.10.2020).
164. Arvidsson, A., Johnsdotter, S., Emmelin, M., & Essén, B. Being questioned as parents: An interview study with Swedish commissioning parents using transnational surrogacy. *Reproductive Biomedicine & Society Online*. 2019. No. 8. P. 23 – 31.
165. Рибак К. О. Поняття та роль сурогатного материнства в сучасному суспільстві. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2015. №3ю С. 79-83.
166. Якущенко Ю. М. Адміністративно-правовий захист прав дітей, народжених у результаті застосування сурогатного материнства. *Реформування правової системи в контексті євроінтеграційних процесів* [Текст]: матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф., м. Суми, 21–22 травня 2020 р. Суми: СумДУ, 2020. С. 219-223.
167. Gryshchenko, M., & Pravdyuk, A. Gestational Surrogacy in Ukraine. In E. Sills (Ed.), *Handbook of Gestational Surrogacy: International Clinical Practice and Policy Issues* (pp. 250-265). 2016. Cambridge: Cambridge University Press.
168. Костик, Емілія. Транскордонне сурогатне материнство: проблеми правового регулювання. *Entrepreneurship, Economy and Law*. 2020. № 4. С. 37-41. DOI: 10.32849/2663-5313/2020.4.06.