

Національний університет «Львівська політехніка»

Міністерство освіти і науки України

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ЮКАЛО ВОЛОДИМИР ВАСИЛЬОВИЧ

УДК: 351.773:618:314.33

ДИСЕРТАЦІЯ

РОЗВИТОК ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ЗАСТОСУВАННЯ
ПРОГРАМ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В УКРАЇНІ

281 – публічне управління та адміністрування

28 – публічне управління та адміністрування

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

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

_____ В. В. ЮКАЛО

Науковий керівник: Калашник Надія Сергіївна, доктор наук з державного
управління, професор

Львів – 2023

АНОТАЦІЯ

Юкало В. В. Публічне управління у сфері застосування програм допоміжних репродуктивних технологій в Україні. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії в галузі публічного управління та адміністрування за спеціальністю 281 – Публічне управління та адміністрування – Національний університет «Львівська політехніка», Міністерство освіти і науки України, Львів, 2023.

Дисертаційна робота є системним дослідженням комплексу сучасних проблем публічного управління у сфері застосування програм допоміжних репродуктивних технологій в Україні. У роботі виокремлено найгостріші проблеми галузі, якими для сучасної України є: відсутність політичної волі щодо вирішення наявних проблем; відсутність статистичних даних щодо застосування ДРТ в недержавному секторі, що ускладнює збір доказової бази для прийняття обґрунтованих управлінських рішень; мінімальне правове врегулювання публічно-управлінських відносин щодо застосування ДРТ; відсутність з боку держави контролю за наданням медичних та немедичних послуг пов'язаних із застосуванням ДРТ; не врегульованість порядку та стандартів їх надання; рівень кадрового забезпечення (нестача кваліфікованих фахівців на первинному рівні надання медичної допомоги, працевлаштування та попередження втрати рівня кваліфікації фахівців з ДРТ серед лікарів – тимчасово переміщених осіб; нестача кваліфікованого середнього медичного персоналу), обмеження доступу до обладнання та ліків (фінансові, організаційні, логістичні); не вирішені питання біоетики щодо меж досліджень, сурогатного материнства, донорства тощо.

В процесі дослідження з'ясовано, що стан реалізації програм ДРТ в Україні нині характеризується суттєвим розривом між потребою населення у програмах ДРТ та їх наявною кількістю (що покриваються державною та регіональними програмами ДРТ). В мінімальному обсязі функціонує

інфраструктура для державних та регіональних програм ДРТ. З іншого боку ці програми мають низький рівень доступності для громадян через звужений порівняно з недержавним сектором перелік послуг, громіздкий механізм документального супроводу, малий охопит інформаційно-просвітницького супроводу. Приватні клініки здійснюють приблизно 6-10 разів більше циклів ДРТ на рік у порівнянні з державними та комунальними закладами охорони здоров'я, але за кошти фізичних осіб.

Досліджено динаміку та встановлено, що повномасштабне вторгнення в Україну 2022 року посилює розрив між потребою та наявними можливостями у доступі громадян до програм ДРТ. Попит на програми ДРТ в суспільстві навіть збільшився, але державний сектор не в змозі на це відреагувати адекватно.

Визначено, методи публічного врядування у сфері застосування ДРТ в Україні: правове регулювання, організаційні, фінансова звітність та контроль, фінансування та дотації, стандартизація медичних послуг, інституційні (функціонування державних/комунальних/відомчих закладів охорони здоров'я, які здійснюють програми ДРТ, служб та структурних підрозділів системи охорони репродуктивного здоров'я), інформаційна та освітньо-просвітницька підтримка, консультування та експертна оцінка, громадський контроль та експертиза тощо. Встановлено, що при наявності певного публічно-управлінського інструментарію, він застосовується в мінімальному обсязі і сфокусований переважно на застосування програм ДРТ у державному секторі. Привалюючий за обсягами надання послуг приватний сектор відданий, фактично, на саморегуляцію.

Здійснено системний аналіз нормативно-правових документів України, міжнародних договорів щодо формування публічної політики з охорони репродуктивного здоров'я людини в Україні, зокрема лікування безпліддя за допомогою програм ДРТ. Встановлено, що нормативне забезпечення носить, переважно дозвільний характер, є застарілим (основні регулюючі документи 2004 рік та 2023 рік), такими, що не відповідають сучасним інституційним,

інноваційним науковим та соціокультурним реаліям сучасного українського суспільства. З 2013 року виносилося сім законопроектів на розгляд, жоден з них не містить соціометрії та статистичних даних для прийняття науково-обґрунтованої публічної політики у галузі застосування програм ДРТ.

Проаналізовано досвід публічного управління у сфері застосування програм ДРТ у світі. Доведено, що країни регулюють питання публічного управління у сфері застосування програм ДРТ по різному, одночасно виявлена схожість базових системних проблем, а відповідно – можливості для пошуку спільних шляхів їх вирішення, а також адаптації досвіду інших країн до реалій України та поширення вітчизняного досвіду.

Встановлено, що нині в Україні науково не розроблені та не відображені в регулюючих документах показники та критерії оцінки ефективності публічного управління в галузі застосування ДРТ. Базуючись на рекомендаціях ВООЗ щодо розвитку галузі охорони здоров'я в ХХІ ст. та програмних документах щодо досягнення Цілей сталого розвитку запропоновано впроваджувати п'ять принципів «доброго врядування» (good governance) для досягнення максимальної ефективності управління у сфері застосування ДРТ. Також розроблено та запропоновано авторське визначення критеріїв оцінки ефективності управління застосування програм ДРТ в Україні, які базуються на міжнародній рамці оцінки ефективності розвитку програм репродуктивного здоров'я (фінансування, людські ресурси та медичні товари, надання послуг з охорони репродуктивного здоров'я, надання послуг з ДРТ, удосконалення встановлення пріоритетів на основі інформації та фактичних даних, мобілізація політичної волі, створення підтримуючої законодавчої та нормативної бази, створення підтримуючої законодавчої та нормативної бази, відомча, міжвідомча та громадська взаємодія).

Обґрунтовано напрями розвитку публічного управління у сфері застосування програм допоміжних репродуктивних технологій в Україні, зокрема: ввести обов'язковий для надавачів послуг з ДРТ збір статистичних даних за встановленими позиціями; розвиток не тільки медичних, але й

соціально-гуманітарних та соціально-економічних досліджень щодо доказовості практик врядування репродуктивного здоров'я в цілому, зокрема застосування програм ДРТ; розбудова збалансованої інформаційної політики; використання інституційного ресурсу системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні; застосовування можливості успадкованого регулювання для досягнення цілей щодо розбудови публічного управління галуззю застосування ДРТ, з урахуванням того, що вона динамічно розвивається; доповнення механізму доступу до лікування безпліддя за допомогою ДРТ за кошти державного/регіонального бюджетів алгоритмами змішаного/солідарного фінансування програм з поділом витрат між людиною та державою/регіоном, пільговим кредитуванням, медичним страхуванням тощо.

Ключові слова: державне управління, охорона здоров'я, механізми реформування, соціально-економічні аспекти трансформацій у системі охорони здоров'я, публічна політика, сім'я, допоміжні репродуктивні технології, медичні послуги.

SUMMARY

Yukalo V.V. Public Administration in the Field of Application of Programs of Assisted Reproductive Technologies in Ukraine – Qualifying scientific work on the rights of manuscript.

Thesis for a candidate degree of Doctor of Philosophy, specialty 281 – Public management and administration. – Lviv Polytechnic National University, Ministry of Education and Science of Ukraine, Lviv, 2023.

The dissertation is a systematic study of the complex of modern issues of public administration in the field of application of assisted reproductive technology programs in Ukraine. This work highlights topical issues in the field, namely the following ones in modern Ukraine: the lack of political will to solve existing issues; the lack of statistical data on the use of ART in the non-state sector, which makes it difficult to collect an evidence base for making informed management decisions; minimal legal regulation of public and administrative relations regarding the use of ART; the lack of state control over the provision of medical and non-medical services related to the use of ART; grey market of ART services, irregularity of procedure and standards of their provision; the level of staffing support (the lack of qualified specialists at the primary level of providing medical care, employment and prevention of loss of the level of qualification of ART specialists among doctors – internally displaced persons; the lack of qualified paramedical personnel), restrictions on access to equipment and medicine (financial, organizational, logistical ones); unsolved bioethical challenges regarding the research limits, surrogate motherhood, donation, etc.

The research shows that the state of implementation of ART programs in Ukraine is currently characterized by a significant gap between the population's need for ART programs and their available quantity (which are covered by state and regional ART programs). Infrastructure for state and regional ART programs is minimal. On the other hand, these programs have a low level of accessibility for citizens due to a narrowed list of services compared to the non-state sector, an

unmanageable documentation support mechanism, insufficient coverage of information and educational support. Private clinics perform approximately 6-10 times more ART cycles per year compared to public and communal health care facilities, but they are funded by individual persons.

The dynamics were studied and it was determined that the full-scale invasion in Ukraine in 2022 increased the gap between the need and the available opportunities in citizens' access to ART programs. Demand for ART programs in society has even increased, but the public sector is unable to respond properly.

The following methods of public governance in the field of ART application in Ukraine are defined: legal regulations, organizational methods, financial accounting and control, financing and grants, standardization of medical services, institutional (functioning of state / communal / departmental health care institutions that implement ART programs, services and structural divisions of the reproductive health care system), informational and educational support, consulting and expert assessment, public control and expertise, etc. It has been established that in the presence of certain public management instruments, they are used in a minimal amount and are focused mainly on the application of ART programs in the public sector. The private sector, which is attractive in terms of service provision, is actually self-regulating.

A systematic analysis of regulatory and legal documents of Ukraine, international treaties on the formation of public policy on the protection of human reproductive health in Ukraine, in particular the treatment of infertility with the help of ART programs, was carried out. It shows that regulatory support is mostly permissive, outdated (main regulatory documents for 2004 and 2013), which do not correspond to current institutional, innovative, scientific and social cultural realities of modern Ukrainian society.

Since 2013, seven draft laws have been submitted to the Parliament of Ukraine for consideration, none of which contained sociometry and statistical data for the adoption of scientifically based public policy in the field of ART programs.

The experience of public management in the field of application of ART programs in the world is analyzed. It has been proven that countries regulate issues of public management in the field of application of ART programs in different ways, at the same time the similarity of basic systemic problems has been revealed, and relatively opportunities for finding common ways to solve them, as well as adapting the experience of other countries to the realities of Ukraine and spreading domestic experience.

It has been established that indicators and criteria for assessing the effectiveness of public administration in the field of ART application have not been scientifically developed in Ukraine and are not reflected in regulatory documents.

Based on the recommendations of the World Health Organization regarding the development of the health care industry in the 21st century and program documents regarding the achievement of the Sustainable Development Goals, it is suggested to implement five principles of good governance to achieve maximum management efficiency in the field of ART application.

The author develops and suggests his definition of criteria for evaluating the effectiveness of the management of ART programs in Ukraine based on the international framework for evaluating the effectiveness of the development of reproductive health programs (financing, human resources and medical goods, provision of reproductive health care services, provision of services with ART, improving prioritization based on information and factual data, mobilizing political will, creating a supportive legislative and regulatory framework, creating a supportive legislative and regulatory framework, departmental, interdepartmental and public interaction).

The directions for the development of public administration in the field of application of assisted reproductive technology programs in Ukraine are justified, namely: the introduction of obligatory provision of statistical data by established positions for ART service providers; the development of not only medical, but also socio-humanitarian and socio-economic research on the evidence of reproductive health management practices in general, in particular the use of ART programs;

development of a balanced information policy; use of the institutional resource of the system of family planning and reproductive health care in Ukraine; applying the possibility of inherited regulation to achieve the goals of building public management of the field of ART application, taking into account the fact that it is dynamically developing; supplementing the mechanism of access to infertility treatment using ART at the expense of state / regional budgets with algorithms of mixed / solidarity financing of programs with cost sharing between the person and the state / region, preferential lending, medical insurance, etc.

Key words: public administration, healthcare, reforming mechanisms, reforming, social and economic transformation aspects in the system of healthcare, public policy, family, assisted reproductive technologies, medical services.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, у яких опубліковані основні результати дисертації

Публікації у наукових фахових виданнях України

1. Yukalo, V., & Yukalo, M.(2020). Right to Health under the Pandemic Conditions: Individual - State Cooperation and Interconnectedness. *Postmodern Openings*, 11(1Supl2), 177-187. <https://doi.org/10.18662/po/11.1sup2/> 150 (WoS)
(*Особистий внесок автора: проаналізовано та надано авторське бачення розуміння права на життя з позиції застосування програм допоміжних репродуктивних технологій з урахуванням викликів світової пандемії COVID-19*).

2. Юкало В.В. (2020) Правові засади управління процесами надання медичних послуг із допоміжних репродуктивних технологій в Україні. *Ефективність державного управління*. 64 (2020) <https://doi.org/10.33990/2070-4011.64.2020.217617>

3. Юкало В. В. (2022). Методологічні підходи до дослідження проблематики публічного управління у сфері допоміжних репродуктивних технологій. *Ефективність державного управління*, (68/69), 65–73. <https://doi.org/10.36930/506806>

4. Nadiia Kalashnyk, Volodymyr Yukalo, Mariia Yukalo, Bohdana Meduna, Hretta Hukova-Kushnir. (2022) Changing Public Policy Emphasis: Aspects of Ethics and Publicity in Health Care. *AD ALTA-JOURNAL OF INTERDISCIPLINARY RESEARCH*. 2022 Secondary Paper Section: AE, AG, AQ. P. 240-243. http://www.magnanimitas.cz/ADALTA/120125/papers/A_43.pdf (WoS)
(*Особистий внесок автора: досліджені та систематизовані вихідні біоетичні засади застосування програм допоміжних репродуктивних технологій, їх вплив на пріоритетність вирішення проблем під час формування публічної політики у галузі охорони громадського здоров'я*).

Опубліковані праці апробаційного характеру

1. Юкало В.В. Надання первинної медичної допомоги в об'єднаних територіальних громадах: на перетині медичної та адміністративної реформ. Розвиток публічного управління в Україні [Текст] : матер. наук.- практ. конф. за міжнар. уч. (23 – 24 квітня 2020 р., м. Львів) / за наук. ред. чл.-кор. НАН України В. С. Загорського, доц. А. В. Ліпенцева. – Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2020. — 304 с. — ISBN 978-617-644-053-6 С. 193-197

2. Юкало В. Гарантування конституційного права на здоров'я людини в контексті медичної реформи та розбудови ОТГ // Проблеми регіонального та місцевого розвитку : матер. наук. конф. молодих учених (22 грудня 2021 р., м. Львів) / за наук. ред. д.е.н., доц. Є.Г.Матвіїшина – Львів : ННІ державного управління Національного університету «Львівська політехніка», 2021. – С.42-43.

3. Юкало В.В. Проблеми реалізації права на життя та здоров'я під час війни. Перспективи розвитку науки і практики публічного управління України в пост воєнний період [Текст]: матер. наук.-практ. конф. (12 травня 2022 р., м. Львів) / за наук. ред. проф. П. М. Петровського. – Львів: НУ «Львівська політехніка», 2022. – 88 с.

4. Yukalo V. Priorities of Health Care Policy in Ukraine During the War: Significance for assisted Reproductive Technologies // II International Scientific and Practical Conference « World science priorities», February 02 – 03, 2023, Vienna, Austria Pp.75-77, URL: <https://conference-w.com/wp-content/uploads/2023/02/AUS.V-0203022023.pdf>

5. Юкало В. Пріоритети політики охорони здоров'я в Україні в період війни (виклики для ДРТ). Міжнародна науково-практична конференція «Глобалізаційні виклики: урядування майбутнього» 26-27 травня 2023 року. КНУШ. с.12. URL: <https://ipacs.knu.ua/pages/osn/1/files/07b10594-6b8a-44d2-926a-bdc1efc3b3ea.pdf>

6. Yukalo V. Development Problems of Assisted Reproductive Technologies Management. International Conference on Global Practice of Multidisciplinary Scientific Studies-IV. April 28-30, 2023 Turkish Republic of Northern Cyprus. p. 172. URL: <https://www.izdas.org/books>

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	14
ВСТУП	15
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОГРАМ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ	23
1.1. Сучасні підходи до управління у сфері репродуктивного здоров'я	23
1.2. Стан дослідженості проблематики застосування допоміжних репродуктивних технологій в управлінському дискурсі	39
1.3. Вихідні методологічні засади розвитку публічного управління у сфері застосування програм допоміжних репродуктивних технологій в Україні	54
Висновки до розділу 1	70
Список використаних джерел до Розділу 1	72
РОЗДІЛ 2. ЗАСТОСУВАННЯ ПРОГРАМИ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В УКРАЇНІ: СТАН ТА ПРОБЛЕМИ	81
2.1. Аналіз сучасного стану застосування програм допоміжних репродуктивних технологій в Україні	81
2.2. Методи публічного управління у сфері застосування програм допоміжних репродуктивних технологій в Україні	101
2.3. Проблеми публічного управління у сфері застосування програм допоміжних репродуктивних технологій в Україні на сучасному етапі розвитку	118
Висновки до розділу 2	133
Список використаних джерел до Розділу 2	135

РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОГРАМ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В УКРАЇНІ	144
3.1. Міжнародний досвід регулювання програм допоміжних репродуктивних технологій органами публічної влади	144
3.2. Критерії ефективності публічного управління у сфері застосування програм допоміжних репродуктивних технологій	159
3.3. Пріоритетні напрями вдосконалення публічного управління у сфері застосування програм допоміжних репродуктивних технологій в Україні	174
Висновки до розділу 3	189
Список використаних джерел до Розділу 3	192
ВИСНОВКИ	198
ДОДАТКИ	206

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ВРУ – Верховна Рада України

ДРТ – допоміжні репродуктивні технології

ЕКЗ – екстракорпоральне запліднення

ЄСПЛ – Європейський суд з прав людини

ЗПСШ – захворювання, що передаються статевим шляхом

КМУ – Кабінет Міністрів України

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

НСЗУ – Національна служба здоров'я України

ОВА – обласна військова адміністрація

ООН – Організація об'єднаних націй

СК – Сімейний кодекс

ФОП – фізична особа підприємець

ЦК – Цивільний кодекс

ЦПК – Цивільний процесуальний кодекс

ВСТУП

Актуальність теми. Репродуктивне здоров'я людини є органічною складовою здоров'я населення кожної країни і світу загалом, його збереження та охорона має стратегічне значення для досягнення Цілей сталого розвитку, а також підтримки національної безпеки держави. Спад природнього відтворення населення останніх десятиріч в Україні, наслідки пандемії Covid-19, демографічна криза останнього року повномасштабного вторгнення, його відкладені наслідки, людські втрати, зокрема чоловіків репродуктивного віку, зниження репродуктивної функції чоловіків та особливо у жінок внаслідок численних стресів ставлять питання відновлення населення в один ряд з питаннями забезпечення національної безпеки України.

За дослідженнями Всесвітньої організації охорони здоров'я, глобальний показник кількості людей, які страждають на безпліддя становить 17,5%, тобто майже кожна шоста людина має проблеми з репродуктивною функцією (World Population Policies 2021 Policies: related to fertility. United Nations). У зв'язку з повномасштабними воєнними діями цей показник в реалії України слід вважати заниженим. Це свідчить про те, що доступ до репродуктивних послуг стає вкрай важливим для населення всього світу. Розбудова системи заходів відновлення репродуктивного здоров'я населення, його збереження та розбудова інфраструктури, зокрема й управлінської, у цій галузі поступово стає одним з дієвих способів стимулювати позитивні демографічні зміни в країні з боку держави. Нині критично важливо для природного відновлення населення України зробити все можливе задля розширення доступу до профілактики, діагностики та лікування безпліддя, зокрема і за допомогою програм допоміжних репродуктивних технологій.

В Україні склалася ситуація, коли досить широке коло суспільних відносин у сфери репродукції людини віддано на саморегуляцію. Застосування допоміжних репродуктивних технологій регулюється відповідним наказом МОЗ України від 09.09.2013 року № 787. Але за десять років технології,

суспільний розвиток, реформування системи охорони здоров'я розвинулися настільки, що вказане регулювання не відповідає сучасним потребам цієї сфери суспільного життя. Маємо наголосити, що в українському соціумі залишається низка управлінських проблем, пов'язаних із застосуванням допоміжних репродуктивних технологій, зокрема щодо доступу до послуг різних категорій населення, захисту прав пацієнтів, донорів репродуктивних клітин, майбутньої дитини, узгодження системи надання медичних послуг з сучасним етапом медичної реформи, фінансування програм допоміжних репродуктивних технологій, можливі джерела такого фінансування, контроль та статистичні відомості щодо застосування ДРТ тощо. Все це актуалізує питання врегулювання публічно-управлінських відносин у сфері репродукції людини, а саме розвитку публічного управління у сфері застосування програм допоміжних репродуктивних технологій в Україні.

Дослідження здійснене з позицій міждисциплінарного наукового пошуку і спирається на розробки українських та іноземних вчених. Проблемам розвитку публічного управління у галузі охорони здоров'я присвячені дослідження сучасних українських вчених, таких як: О. Вашеv, О. Рогова, Т. Пустовойт, М. Криштанович, О. Сидорчук, С. Крук, І. Солоненко, І. Рожкова, І. Семчук, Г. Кукель, В. Роледерс, В. Прасол, Л. Сабліна, А. Єна, Г. Терешкевич., Н. Калашник, О. Худоба та інші. Перелічені науковці досліджують питання розвитку публічного управління системою охорони здоров'я з точки зору впровадження інноваційних технологій, надання медико-соціальних послуг, регулювання державного та недержавного секторів системи охорони здоров'я, специфіки змін в управлінні галуззю охорони здоров'я у постковідний період, соціально-економічних аспектів трансформацій у системі охорони здоров'я тощо.

Проблематиці застосування програм допоміжних репродуктивних технологій присвятили свої роботи такі дослідники: Д. Пугач, А. Головащук (правові аспекти застосування та реформування галузі), В. Чечерський, О. Юзько (стан репродуктивної медицини в Україні та репродуктивні права

людини), О. Григоренко (захист прав учасників програм допоміжних репродуктивних технологій), І. Синюта (співвідношення проблем біоетики та регулюючих норм у сфері застосування допоміжних репродуктивних технологій) та інші. Фокус досліджень зміщений на правові, організаційно-правові та етичні питання застосування допоміжних репродуктивних технологій. Значно краще розробленою є проблематика публічного управління у сфері застосування ДРТ в західноєвропейському, австралійському та північноамериканському науковому середовищі. Так, досліджують зазначені питання науковці: Д. Адамсон, К. Уїрка, І. Малдонадо Росас (США), Л. Хілдер, З. Жічао, М. Паркер та інші (Австралія), Дж. М. Чамберс (порівняльний аналіз підтримки програм ДРТ з боку держави в різних країнах), А. Фарретті, Дж. Пенінг, М. Маглі (транснаціональні програми ДРТ) та інші. Питання розвитку публічного управління в цій сфері досі в науковому дискурсі України комплексно не досліджувалися.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження проведено в межах науково-дослідних робіт Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України, зокрема за темою: «Об'єднані територіальні громади: концепція відповідальності та спроможності» (ДР № 0119U100911, ДО № 0221U103957) комплексного наукового проекту Національної академії державного управління при Президентові України «Державне управління та місцеве самоврядування», у якій автор як виконавець досліджував надання первинної медичної допомоги в об'єднаних територіальних громадах – на перетині медичної та адміністративної реформ.

Мета і завдання дослідження. Метою роботи є систематизація наукових підходів та обґрунтування пріоритетних напрямів публічного управління у сфері застосування програм допоміжних репродуктивних технологій в Україні.

Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити такі завдання:

- розкрити сучасні підходи до публічного управління у сфері репродуктивного здоров'я;
- охарактеризувати стан досліджень щодо застосування допоміжних репродуктивних технологій в державницько-управлінському дискурсі;
- проаналізувати сучасний стан і виявити проблеми реалізації програм допоміжних репродуктивних технологій в Україні на сучасному етапі розвитку;
- проаналізувати світовий досвід публічного управління у сфері застосування програм допоміжних репродуктивних технологій;
- обґрунтувати пріоритетні напрями розвитку публічного управління у сфері застосування програм допоміжних репродуктивних технологій в Україні.

Об'єкт дослідження – суспільні відносини у сфері застосування програм допоміжних репродуктивних технологій в Україні.

Предмет дослідження – теоретико-прикладні аспекти розвитку публічного управління у сфері застосування програм допоміжних репродуктивних технологій в Україні.

Методи дослідження. Теоретико-методологічною базою дослідження є загальноприйняті наукові методи фундаментальної, загальнонаукової і конкретно-наукової методології пізнання явищ і процесів публічного управління та адміністрування. У роботі використано принципи та методи сучасного наукового пізнання, визначальними з яких для досягнення результатів дослідження стали: компаративний аналіз (для зіставлення різних компонентів структури ієрархічних, інфраструктурних та правових компонентів публічно-управлінських відносин у сфері застосування ДРТ); діяльнісний підхід (для дослідження публічно-управлінських відносин у сфері застосування ДРТ як створення та вдосконалення алгоритмів для ініціювання процесів у цій сфері, а також налагодження дієвого співробітництва всіх суб'єктів); конфліктологічний підхід (вирішення питань біоетичного характеру для визначення дозвільної політики та меж досліджень під час застосування ДРТ); часовий вимір (етапи конструкту зміни, зокрема і адаптації регулювання застосування ДРТ з впровадженням медичної реформи та дією правового

режиму воєнного стану), щоб зв'язати разом концепції, взяті з низки теорій; методи економічної обґрунтованості медичних послуг; теорія кризи та теорія запланованої поведінки, чинники, що впливають на поведінку, під час вимірювання ефективності медичних послуг, а також під час розроблення медичних послуг, які мають на меті бути прийнятними для людей у фізіологічному, морально-психологічному та матеріальному сенсах (що є критично важливим для застосування програм ДРТ) та інші.

Емпіричну та фактологічну базу наукової роботи склали нормативно-правові акти, судова практика, міжнародні регулюючі документи, стандарти та угоди, дані міжнародних рейтингів і аналітичних досліджень, матеріали управлінської та зарубіжної практики розвитку публічного управління у сфері застосування програм ДРТ на міжнародному, наддержавному, державному, регіонального рівнях.

Наукова новизна отриманих результатів дослідження полягає в тому, що у роботі систематизовані наукові підходи та обґрунтовані пріоритетні напрями розвитку публічного управління у сфері застосування програм допоміжних репродуктивних технологій в Україні, зокрема:

уперше:

– обґрунтовано напрями розвитку публічного управління у сфері застосування програм допоміжних репродуктивних технологій в Україні, зокрема: організаційно-правове забезпечення, інформаційне забезпечення, фінансова підтримка чи дофінансування програм ДРТ, збір статистичних даних з метою відслідковування результативності управлінських рішень, використання біотичних підходів, гарантування доступності послуг ДРТ, громадська взаємодія, врахування особливостей публічного управління у воєнний та поствоєнний час;

удосконалено:

– понятійно-категоріальний апарат досліджень репродуктивного здоров'я в частині змістового уточнення категорій «доступність до медичних послуг з ДРТ», «транскордонне репродуктивне лікування за допомогою ДРТ»,

«ефективність медичних послуг», «методи економічної обґрунтованості медичних послуг»;

– можливості застосування концепції «доброго врядування» (good governance) для вдосконалення публічного управління у сфері застосування програм ДРТ, через визначення принципів до управління здоров'ям, які поєднуються в загальносуспільному та загальнодержавному підходах саме для потреб управління розвитком ДРТ: управління шляхом співпраці; управління шляхом залучення громадян; управління шляхом поєднання регулювання та переконання; управління через незалежні агентства та експертні органи; управління за допомогою адаптивної політики, стійких структур і прогнозування результатів;

набули подальшого розвитку:

– критерії оцінки ефективності публічного управління у сфері застосування програм ДРТ в Україні, які базуються на Міжнародній рамці оцінки ефективності розвитку програм репродуктивного здоров'я (фінансування, людські ресурси, лікарські засоби та вироби медичного призначення, надання послуг з охорони репродуктивного здоров'я, надання послуг з ДРТ, удосконалення управлінських механізмів встановлення пріоритетів на основі інформації та фактичних даних, створення підтримуючої законодавчої та нормативної бази; відомча, міжвідомча та громадська взаємодії);

– визначення суб'єктів публічного управління, зацікавлених у розвитку публічного управління у сфері застосування ДРТ;

– введення в науковий простір України міжнародного, міждержавного та закордонного досвіду з публічного управління у сфері застосування програм ДРТ;

– методологія дослідження проблем публічного управління охороною репродуктивного здоров'я (методи та концепції, що застосовуються у дослідженнях компаративного характеру та аналітиці щодо ефективності управління застосуванням ДРТ в країнах розвинутих економічних систем, а

також на міждержавному рівні), який у подальшому може бути застосований під час реалізації медичної реформи в Україні;

– пропозиції щодо врегулювання публічних відносин у сфері застосування ДРТ у воєнний та повоєнний період в Україні.

Практичне значення отриманих результатів полягає у тому, що основні положення та результати дослідження, сформульовані висновки, наукові рекомендації можуть слугувати базисом для розробки інноваційних механізмів публічного управління у сфері застосування програм допоміжних репродуктивних технологій в Україні. Вони дозволяють поглибити знання про зміст процесів управління у сфері застосування ДРТ, досягнення балансу інтересів між зацікавленими суб'єктами публічно-управлінських відносин у цій сфері, тому будуть корисними у публічному обговоренні законопроектів щодо репродукції людини, репродуктивного здоров'я, створення загальнодержавних та регіональних програм з ДРТ, підготовці лекційних курсів із публічного управління та адміністрування, реформування галузі охорони здоров'я, правознавства, біоетики, етики та інших суспільних дисциплін, у плануванні роботи парламенту України, Кабінету Міністрів України, органів державної влади, інститутів громадянського суспільства тощо.

Окремі положення дисертаційної роботи використано в практичній діяльності: Національного лісотехнічного університету України щодо впровадження під час викладання освітніх компонентів освітньо-професійної програми «Публічне управління та адміністрування» другого (магістерського) рівня вищої освіти (Акт впровадження від 19.06.2023 року); ТОВ «Медіковер Україна» (довідка від 26.06.2023 року №130/1); Департаменту охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації (довідка від 06.09.2023 року № 22-3124/0/2-23); Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (довідка від 27.09.2023 року).

Теоретичні положення та розробки в межах дослідження, зокрема ті, що характеризують його наукову новизну та практичне значення результатів, отримані автором особисто.

Апробація результатів дисертації. Основні положення та висновки дисертаційного дослідження були представлені у доповідях та обговоренні на всеукраїнських та міжнародних науково-практичних конференціях: «Розвиток публічного управління в Україні (23 – 24 квітня 2020 р., м. Львів); «Перспективи розвитку науки і практики публічного управління України в поствоєнний період» (12 травня 2022 р., м. Львів); II International Scientific and Practical Conference « World science priorities» (February 02 – 03, 2023, Vienna. Austria); Міжнародна науково-практична конференція «Глобалізаційні виклики: урядування майбутнього» (26-27 травня 2023 року, м. Київ); International Conference on Global Practice of Multidisciplinary Scientific Studies-IV. (April 28-30, 2023 Turkish Republic of Northern Cyprus).

Публікації. Теоретичні та практичні результати дисертаційного дослідження висвітлено у 10 наукових публікаціях. Основні результати висвітлено в 4 статтях, із яких: 2 надруковано у виданнях, включених до переліку наукових фахових видань України з присвоєнням категорії Б; 2 статті – в періодичному науковому виданні інших держав, які входять до Організації економічного співробітництва та розвитку та/або Європейського Союзу, з наукового напрямку, за яким підготовлено дисертацію здобувача, та які індексуються у наукометричній базі Web of Science, 6 матеріалів тез доповідей на всеукраїнських та міжнародних науково-практичних конференціях.

Структура дисертації обумовлена метою дослідження і складається із переліку умовних скорочень, вступу, 3 розділів, які включають 9 підрозділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Загальний обсяг дисертації становить 222 сторінки, із них 172 сторінки основного тексту, що приблизно дорівнює 8 авторських аркушів. Робота містить 3 таблиці, 15 рисунків, 6 додатків, список використаних джерел містить 164 найменування.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ЗАСТОСУВАННЯ ПРОГРАМ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

1.1. Сучасні підходи до управління у сфері репродуктивного здоров'я

Демографічна, міграційна, гуманітарна ситуація в сучасній Україні, характер економіко-соціальних процесів, які нерозривно пов'язані з відновленням населення та нарощенням людського потенціалу, доводять, що репродуктивне здоров'я населення є одним чинників національної безпеки країни, запорукою розвитку нашого суспільства у повоєнній розбудові. Проблеми гарантування створення і функціонування інфраструктури для збереження, відновлення, а також надання медичних послуг з охорони репродуктивного здоров'я окремої людини та населення країни в цілому має значний потенціал, який нерозривно пов'язаний із завданнями державної демографічної політики, соціальної політики, довгостроковим розвитком ринку праці тощо. Вважати спектр питань щодо застосування програм допоміжних репродуктивних технологій виключно питаннями надання медичних послуг було б щонайменше недалекоглядним.

Концептуальні позиції органів державної влади зі засадничих питань надання медичних послуг – як галузі репродуктивного здоров'я загалом, так і безпосередньо впровадження допоміжних репродуктивних технологій – мають вирішальне значення для багатьох людей у прагненні створити сім'ї, народити дитину. Країни, які входять до світових та регіональних інтеграційних структур запроваджують різні варіанти правових підходів до використання допоміжних репродуктивних технологій, зокрема і в процесах державних політик відтворення населення, забезпечення допоміжних репродуктивних технологій (далі – ДРТ), сурогатного материнства тощо.

За відомостями ООН, впродовж останніх чотирьох десятиліть все більше урядів намагаються вплинути на рівень народжуваності в межах своїх країн. Хоча більше половини всіх країн (52%) не втручалися або не мали офіційної політики впливу на народжуваність у 1976 році, ця частка зменшилася до трохи більше однієї чверті (27%) протягом періоду 2015-2019 років. До того ж у 1976 році лише одна з кожних чотирьох країн мала на меті зниження народжуваності, і лише 9% усіх країн докладали зусиль для підвищення народжуваності. Зростаюча кількість країн, які прагнуть підвищити народжуваність, схоже, є відповіддю на підвищення стурбованості щодо старіння населення. У період з 1986 до 2019 року частка країн, які прагнуть знизити народжуваність, коливалася між 33% і 35%. Частка урядів, які зосереджуються на підтримці поточного рівня народжуваності, залишається досить стабільною на рівні приблизно 10-15 % [68, с.4].

У всьому світі, до 2019 року, майже три чверті урядів 197 держав-членів і не членів Організації Об'єднаних Націй проводили політику впливу на рівні народжуваності. Серед них 69 урядів мали політику зниження народжуваності, 55 урядів прагнули підвищити народжуваність, а ще 19 урядів мали на меті підтримувати поточний рівень народжуваності. Водночас 54 уряди не мали такої офіційної політики щодо рівня народжуваності [67, с.5].

На національному рівні істотно відрізняються позиції держав щодо законності надання рівного доступу до послуг у сфері репродуктивного здоров'я, компенсації витрат на лікування, а також щодо прав і визнання дітей, народжених внаслідок або за допомогою репродуктивних технологій. Репродуктивне здоров'я і репродуктивні права – новели сучасної демографічної політики / політики відтворення населення. Важливість питань правового, зокрема адміністративно-правового, регулювання відносин у сфері ДРТ зумовлена, з одного боку, надзвичайними досягненнями та результатами науково-технічного прогресу у сфері застосування ДРТ, а з іншого – стрімким і непослідовним розвитком законодавства у цій сфері за роки незалежності України, що не сприяє ефективному функціонуванню національної системи

охорони здоров'я. На думку українських науковців та зарубіжних експертів, сучасний стан правового регулювання відносин у цій сфері загалом не відповідає вимогам становлення і розвитку сучасної соціальної демократичної держави, викликає справедливі зауваження і часто є дискусійним у середовищі як політиків і науковців, так і працівників охорони здоров'я, і, що особливо важливо, – громадян.

Для урядів, які проводили політику зниження народжуваності, однією з головних причин було стримування швидкого зростання населення. І навпаки, головними причинами урядів, які проводили політику підвищення народжуваності, були протидія скороченню населення та вирішення проблеми старіння населення. Крім цих конкретних мотивів, значна кількість урядів заявила, що забезпечення сталості для майбутніх поколінь було основним рушієм їхньої політики щодо народжуваності. Уряди розвинутих країн частіше приймали політику підвищення рівня народжуваності. Більшість із цих країн вже досягла рівня народжуваності, нижчого за відтворення, багато років тому. Деякі країни, включаючи Грецію, Італію, Японію та Іспанію, протягом десятиліть мали рівень народжуваності нижчий від 1,5 народження на жінку. Проте 14 із 30 розвинених країн із помірно низьким рівнем народжуваності (від 1,5 до 2,1 народження на жінку), таких як Австралія, Канада, Німеччина, Швеція та Сполучені Штати Америки, не мали офіційної політики впливу на рівень народжуваності [68, с.7].

Станом на 2019 рік понад 60 % урядів у всьому світі (124 із 197 країн або регіонів) проводили політику, яка намагалася вплинути на поточний рівень народжуваності, а ще 19 урядів прагнули підтримувати поточний рівень народжуваності, хоча щораз більша їх кількість вживає пронаталістських заходів (55 країн або територій зі 143 країн або територій з такою політикою). Багато урядів прийняли приховану або явну пронаталістську сімейну політику, таку як пропонування бонусів для немовлят і відпустки для догляду за дитиною та / або податкових пільг, а також житла та допомоги на дохід, пов'язані з народженням дитини. Деякі країни пішли далі для підвищення рівня

народжуваності, а саме: субсидоване лікування безпліддя, довгострокові гарантії працевлаштування для молодих матерів/батьків, стимулювання розвитку різних програм допоміжних репродуктивних технологій [58, с. 38-40].

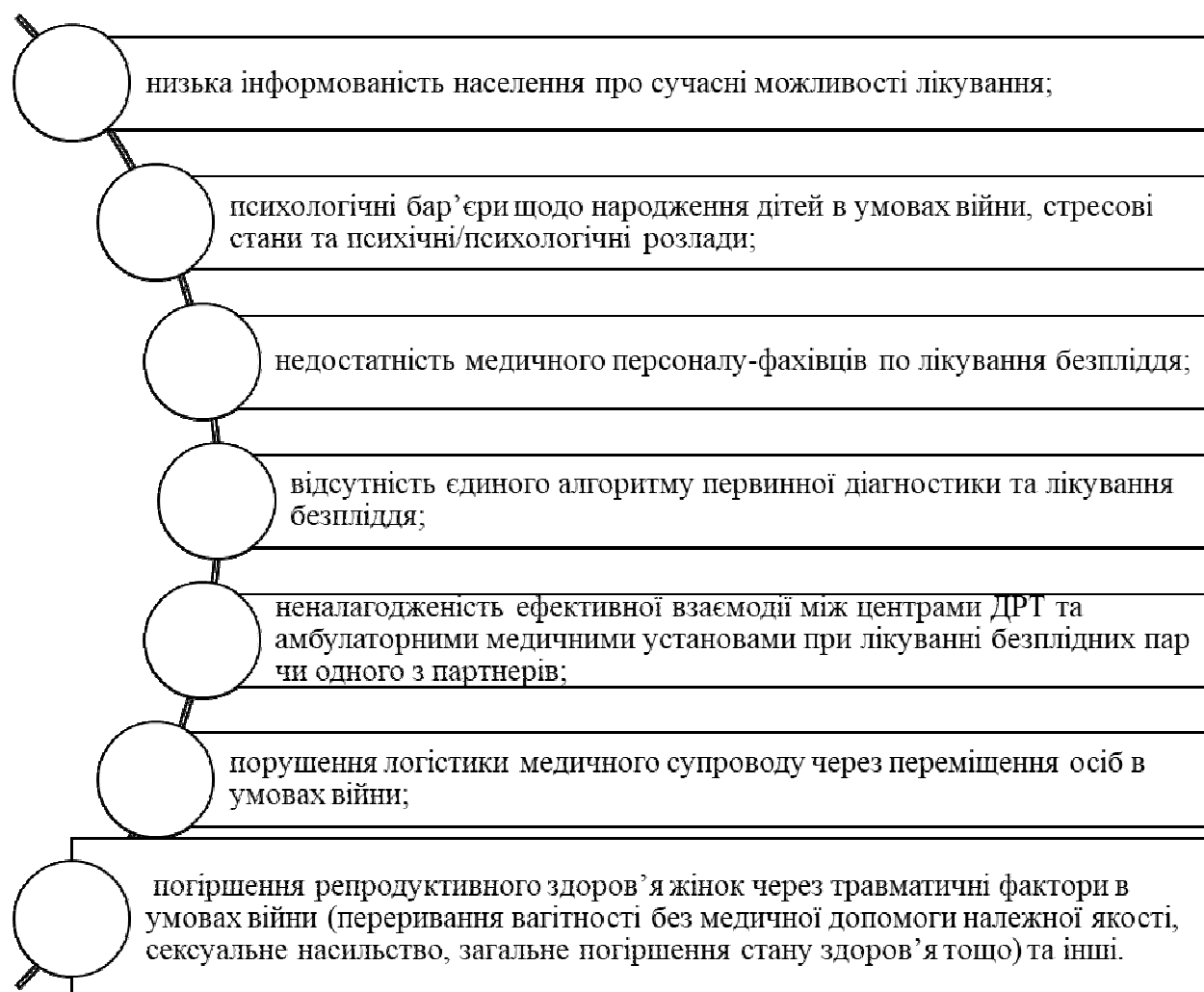


Рис.1. Складові незадовільного демографічного стану через безпліддя в Україні

В Україні частота безплідного шлюбу серед подружніх пар репродуктивного віку становить понад 15%, в окремих регіонах цей показник наближається до 20% – рівня, визначуваного як критичний і такий, що негативно впливає на демографічні показники [26, с.114]. За даними наукової літератури відомо, що чоловічі і жіночі чинники практично з однаковою частотою можуть бути причиною безплідного шлюбу, а у значної частини подружніх пар має місце поєднання цих чинників [12]. Такий незадовільний

стан з тривалістю безпліддя можливо пояснити проблемами, які існують в країні (Рис. 1).

Визначені та інші проблеми є викликами для управління у сфері репродуктивного здоров'я. Наприклад, нерозв'язаною поки що проблемою залишається те, що жінкам у віці 10-12 років (переважно в сільській місцевості) не встановлюють діагнозу безпліддя. Відсутня інфраструктура для досліджень, і це затримує можливість надання кваліфікованої медичної допомоги на ранніх етапах. Надалі це призводить до того, що лікування безпліддя стає складнішим і дорожчим, а подекуди – неможливим. Слід зазначити, що в медичній практиці залишається досить поширеним механічне, стандартне застосування протоколів лікування та програм обстеження. Відсутність або рідкість індивідуального підходу розтягує у часі та ускладнює процес первинної діагностики. Тому пацієнти втрачають час, що знижує шанси на успішне подолання безпліддя. Вихідним положенням збереження репродуктивного здоров'я, а у разі потреби – його відновлення, є раннє виявлення причин проблем репродуктивної функції та послідовне проведення необхідних лікувальних етапів.

Більшість експертів фахового середовища визначають такі ризики для репродуктивного здоров'я (Рис. 2).



Рис. 2. Ризики для репродуктивного здоров'я [38]

Згідно з даними українських та світових експертів названо основні проблеми репродуктивного здоров'я до початку повномасштабного вторгнення в Україну.

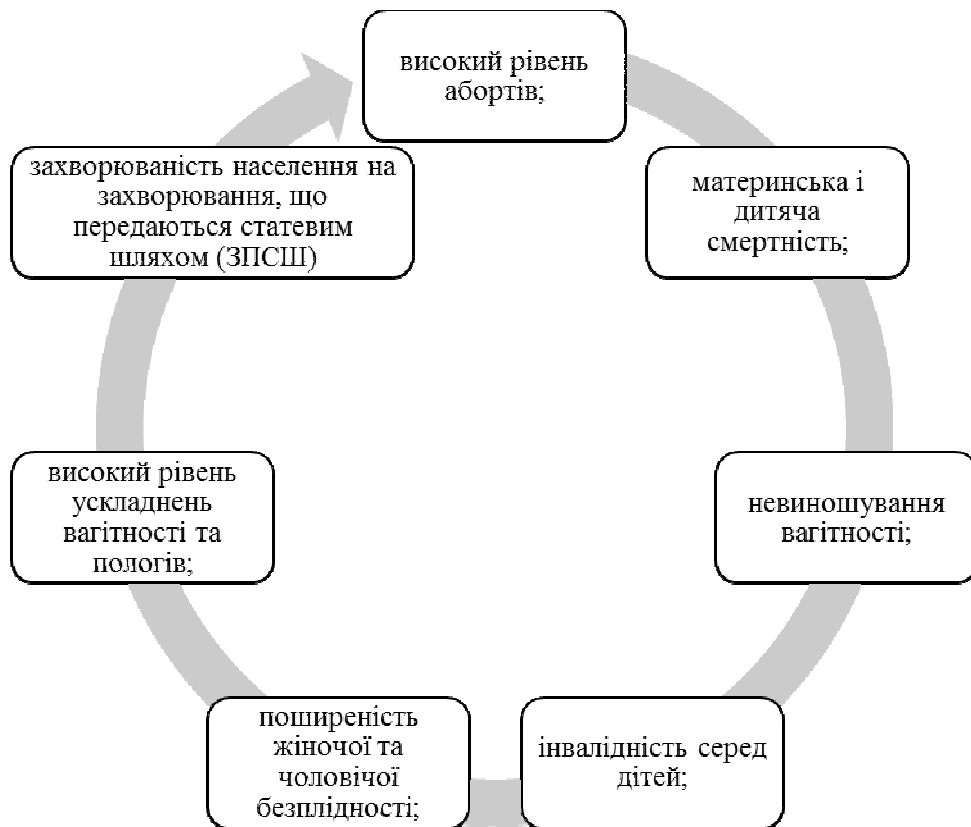


Рис. 3. Найпоширеніші проблеми репродуктивного здоров'я населення України до початку повномасштабного вторгнення [38]

Хочемо зауважити, що репродуктивне здоров'я людини розглядають експерти ВООЗ як стан фізичного, розумового і соціального благополуччя, який характеризує здатність людини до: зачаття і народження дітей; можливості сексуальних стосунків без загрози захворювань, що передаються статевим шляхом; безпечної вагітності, пологів, виживання і здоров'я дитини; благополуччя матері; можливості планування наступних вагітностей, зокрема запобігання небажаним вагітностям [66]. Якщо за спектр фізичного благополуччя відповідальність поділяється між самою людиною та системою громадського здоров'я, питання розумового і соціального благополуччя також потребують певного регулювання та продуманих державних політик. Ці політики

охоплюють собою цілий комплекс соціальних, економічних, інформаційних та інших проблем, саме тому ми не можемо звести управлінські підходи у сфері репродуктивного здоров'я виключно до галузі охорони здоров'я.

На думку управлінців, експертів та провідних науковців світу, які досліджують управління галуззю охорони здоров'я в цілому, а також проблеми репродуктивного здоров'я, в системі цінностей будь-якої цивілізованої країни важливе місце посідає цінність здоров'я людини та населення. Як з огляду на розвиток певної особи, так і з огляду на розвиток цілих спільнот дуже важко знайти інше явище (характеристику), якому б здоров'я як цінність поступилося своєю роллю і впливом на продовження існування, якість різних сфер діяльності. Тому важливе значення для трудового потенціалу країни як пріоритету розвитку, для збереження життя та здоров'я нинішнього і прийдешніх поколінь має стан репродуктивного здоров'я.

Нормативно-правове забезпечення служби планування сім'ї та збереження репродуктивного здоров'я в Україні має міжнародні витоки, адже право на охорону здоров'я, в тому числі репродуктивного, є невід'ємною частиною прав людини взагалі. Незважаючи на те, що кожна країна має свої специфічні особливості правового забезпечення охорони репродуктивного здоров'я, ця проблема не є вузьконаціональною. Тому були розроблені міжнародні програми дій для урядів країн, неурядових і громадських організацій у сфері зміцнення здоров'я, зокрема репродуктивного.

Зважаючи на вихідні положення управління репродуктивним здоров'ям та основні тенденції змін в сучасному суспільстві в цьому напрямі, наголосимо на декількох основних підходах.

Фундаментальним положенням розвитку системи управління репродуктивним здоров'ям є визначення прав людини на самовизначення, на рівність, на життя, особисту недоторканість тощо. Зміст цього управлінського підходу визначається через розуміння репродуктивного здоров'я та прав людини у цій галузі через повагу до тілесної автономії та самовизначенням у сексуальності та репродуктивності, що має особливе значення для гендерної

рівності, і стосуються кожної людини. Доступ до цих прав повинен бути забезпечений без дискримінації за будь-якою ознакою. Ця мета має бути одним із пріоритетів законодавців і політиків у розробці державних політик.

Інновації в науці та техніці в таких сферах, як комунікація, електронні медичні консультації, електронні рецепти тощо, сприяють реалізації цього пріоритету політики. Все ще потрібен прогрес, щоб усунути гендерну упередженість, яка історично вплинула на світ технологій і дизайну, з негативними наслідками для жінок, особливо у сфері охорони здоров'я. Одним з напрямів управлінських дій є розроблення та реалізація заходів для запобігання та протидії репродуктивному примусу чи поведінці, яка перешкоджає репродуктивній автономії людини. Законодавство і політика щодо сексуального та репродуктивного здоров'я та прав людини у цій сфері має ґрунтуватися на позитивному баченні сексуальності, і потрібна зміна менталітету, щоб звільнити жінок і населення в цілому від обмежень традиційного патріархату. І тут управлінські заходи скоріше мають бути спрямовані не на «чисту» медицину, а на соціальну та просвітницьку діяльність, як, наприклад, комплексна сексуальна освіта, що є особливо корисним інструментом для досягнення цієї мети і має бути частиною шкільної програми на всіх рівнях.

У межах цього підходу до управління галуззю охорони здоров'я важливим є усвідомлення того, що репродуктивне здоров'я та пов'язані з ним права – це права, пов'язані з плануванням власної сім'ї, можливістю вести задоволене та безпечне сексуальне життя та свободою вирішувати, чи, коли та як часто мати дітей. Ці права особливо стосуються розширення прав і можливостей жінок і гендерної рівності. Відсутність або недостатній доступ до послуг сексуального та репродуктивного здоров'я впливає насамперед на жінок: наслідки неналежного догляду, які включають небажану вагітність і ризики для здоров'я у разі відмови в аборті, здебільшого лягають на них.

Водночас репродуктивне здоров'я та пов'язані з ним права стосуються кожної людини, незалежно від її статі, сексуальної орієнтації, гендерної

ідентичності, гендерного самовираження, статевих характеристик або віку [69, с.180]. Наприклад, Парламентська асамблея Ради Європи вважає, що доступ до репродуктивного здоров'я має бути наданий усім без дискримінації за будь-якою ознакою. Цей підхід, не зважаючи, що йдеться про репродуктивне здоров'я, стосується цілого спектру прав людини, зокрема права:

на життя;

свободу від тортур і жорстокого поводження;

здоров'я;

приватність;

освіту;

рівність та недискримінація [Систематизовано автором за джерелом 55].

Відповідно до цього підходу законодавці, політики та всі ті, хто залучений до управлінської діяльності в цій галузі мають визнавати пріоритет і дотримуватися послідовних заходів збереження репродуктивного здоров'я та гарантування пов'язаних з ним прав. Прогрес у цій сфері необхідний і стає можливим завдяки різноманітним досягненням та інноваціям у таких сферах, як технології, соціальні науки, інформаційні технології, комунікація та медіа, медицина, а також значний прогрес у сфері охорони здоров'я, що надається дистанційно та за допомогою цифрових засобів.

Звідси впливає другий підхід до управління у сфері репродуктивного здоров'я, а саме – технологічний. Технологічний прогрес за останні роки зробив доступ до послуг репродуктивного здоров'я простішим і безпечнішим із збільшенням використання методів телемедицини, таких як консультації та призначення рецептів через Інтернет і мобільні пристрої, онлайн і домашнє тестування на захворювання, що передаються статевим шляхом, телемедицина для раннього лікування, застосування штучного інтелекту для скринінгу та консультування. Пандемія Covid-19 і заходи, вжиті для стримування її поширення, сприяли цьому процесу [56]. Це варто підтримувати, включати в політику та керівні принципи з метою забезпечення належного та рівного доступу до цього виду медичної допомоги всім тим, хто її потребує.

Ще одним підходом до прийняття управлінських рішень у сфері репродуктивного здоров'я є просвітницько-освітній. Для досягнення прогресу в напрямку покращення показників репродуктивного здоров'я населення необхідна зміна культури та ставлення до контрацепції. Жінки здебільшого несуть цей тягар, і планова контрацепція історично вважалася виключно жіночою відповідальністю. Очікувана поява в осяжному майбутньому нових методів чоловічої контрацепції, включаючи місцеві, пероральні та ін'єкційні контрацептиви, які зараз проходять клінічні випробування, дозволить збільшити розподіл відповідальності між жінками та чоловіками. Слід активно заохочувати та підтримувати дослідження в цій галузі, в тому числі фінансово. Між тим, усі сучасні методи контрацепції, включаючи оборотні контрацептиви тривалої дії, повинні надаватися державними службами охорони здоров'я та бути легкодоступними для всіх, хто може їх потребувати.

Інший бік цього аспекту – це комплексна сексуальна освіта. Вона має вирішальне значення для підготовки молоді до життя. Відповідна до віку, точна з медичної точки зору та заснована на доказах сексуальна освіта має бути обов'язковою частиною шкільної програми на всіх рівнях і доступною для всіх молодих людей, у тому числі поза школами завдяки цифровим технологіям. Комплексна сексуальна освіта повинна охоплювати такі питання, як контрацепція та профілактика інфекцій, що передаються статевим шляхом; гендерна рівність, гендерні норми та стереотипи; запобігання сексуальному, гендерному та домашньому насильству та захист від нього; сексуальна орієнтація та гендерна ідентичність та самовираження; самовизначення і згода у стосунках; збереження репродуктивного здоров'я та особиста взаємодія [55]. Усвідомлене ставлення до власного репродуктивного здоров'я допоможе в довгостроковій перспективі уникнути низки проблем цілим поколінням, що своєю чергою знизить навантаження на систему охорони здоров'я та вирішить демографічні проблеми в країнах, які розробляють політики та вживають заходи освітньо-просвітницького характеру.

На наш погляд, в аспекті сексуальної освіти, окрім шкільної, варто говорити й про забезпечення доступу до всебічної сексуальної освіти з урахуванням віку та використання цифрових технологій; здійснення інформаційної та просвітницької діяльності, у тому числі онлайн, орієнтованої на широку громадськість у тих самих сферах, які охоплюються комплексною сексуальною освітою в школах; сприяння просвітницькими заходами усвідомленню спільної відповідальності жінок і чоловіків у питаннях народжуваності та інтегрування її у відповідне законодавство та політику; підвищення громадської, політичної та корпоративної обізнаності щодо впливу гендерних упереджень та інших форм нерівності на людське здоров'я та добробут, індивідуально та колективно. Важливим для управлінських дій в межах просвітницько-освітнього підходу є напрям діяльності з надання широкій громадськості детальної інформації про репродуктивне здоров'я та пов'язані з ним права через онлайн-платформи органів охорони здоров'я, які мають містити повідомлення про те, де та як отримати медичну допомогу з питань репродуктивного здоров'я, зокрема в сільській місцевості; заохочення засобів масової інформації, в тому числі й через соціальні мережі, передавати точну, засновану на фактах інформацію про питання репродуктивного здоров'я та можливі послуги з його збереження [49].

Ще один з підходів до формування політик управління репродуктивним здоров'ям на загальнодержавному рівні містить активну підтримку наукових досліджень за різними напрямками. Такий підхід передбачає: сприяння науковим дослідженням у сферах, пов'язаних із сексуальністю та репродукцією з метою надання інноваційних методів впливу на репродуктивне здоров'я (контрацепції, у тому числі для чоловіків; допоміжних репродуктивних технологій; підтримуючих терапій; продовження репродуктивного віку тощо); заохочення та підтримку гендерно-чутливих медичних досліджень та практики (мається на увазі дослідження щодо застосування різних програм ДРТ пацієнтам з нетрадиційною сексуальною орієнтацією, трансгендерам); допомогу у зборі даних з метою розширення та покращення послуг з охорони

репродуктивного здоров'я та кращого розуміння потреб жінок і дівчат та решти населення в цій сфері; впровадження та прийняття міжнародно визнаних стандартних визначень і методів збору даних для забезпечення точності та порівнянності даних тощо [65].

Ми не можемо оминати своєю увагою медичний підхід до управління у сфері репродуктивного здоров'я. З точки зору саме управління процесами охорони репродуктивного здоров'я важливим є забезпечення того, щоб керівні принципи та рекомендації щодо гінекологічного та репродуктивного здоров'я враховували потреби всіх пацієнтів, незалежно від їх статі, сексуальної орієнтації, гендерної ідентичності, гендерного самовираження, включно трансгендерних і небінарних осіб; медичні працівники мали сучасну підготовку з питань сексуального та репродуктивного здоров'я, у тому числі щодо відповідних наукових і технологічних інновацій та інклюзивної охорони здоров'я з урахуванням особливих потреб людей з обмеженими можливостями, людей похилого віку; сприяння дослідженням з метою вдосконалення медичних знань у цих галузях [55].

Важливим для роботи всіх зазначених напрямів є ще один підхід до розвитку системи охорони репродуктивного здоров'я – спрямований на розвиток кооперації в цій галузі. Він передбачає зміцнення співпраці органів влади та вповноважених на забезпечення розвитку заходів щодо репродуктивного здоров'я в суспільстві з організаціями громадянського суспільства та іншими зацікавленими сторонами, які працюють у сфері репродуктивного здоров'я та пов'язаних з ним прав, а також підтримку їхньої роботи, досліджень, збору даних, інформації та діяльності з підвищення обізнаності через створення правового підґрунтя такої діяльності та механізмів соціального регулювання [45].

Інституційний підхід забезпечує доступ населення сільської місцевості до послуг з питань репродуктивного здоров'я та забезпечує справедливий географічний розподіл відповідної інфраструктури, гарантує мінімальний рівень необхідного обладнання, наявність механізмів заохочення та підтримки

справедливої кадрової політики тощо. В контексті цього підходу також важливо сприяти прикладним дослідженням і розробкам у громадських організаціях, некомерційних організаціях і підприємствах, щоб гарантувати проектування, виробництво та просування об'єктів, просторів і систем, які використовуються в охороні здоров'я, освіті, на робочих місцях та інших сферах повсякденного життя, усувають нерівність, враховуючи різноманітні потреби всіх осіб, створюючи інфраструктуру доступу до заходів репродуктивного здоров'я [46, 49].

Отже, розглядаючи зміст різних підходів до управління системою охорони репродуктивного здоров'я, ми стикаємося з величезним розмаїттям складових, які необхідно забезпечити державі за підтримки суспільства для успішного розвитку цієї галузі. Це передбачає системний підхід у вирішенні управлінських завдань, потребує чіткого усвідомлення, що галузь репродуктивного здоров'я населення є невід'ємною частиною системи охорони громадського здоров'я в країні та складовою всього спектру гуманітарної політики.

Система охорони здоров'я – це галузь суспільної сфери, що значно ускладнює процес управління, оскільки передбачає двоєдине завдання: подбати про збереження здоров'я нації і водночас забезпечити процвітання власних організацій. У нинішніх соціально-економічних умовах перед керівниками галузі постають досить складні проблеми, вирішення яких потребує неабияких здібностей і принципово нових знань та вмінь (у сфері менеджменту й маркетингу, економіки та юриспруденції) [32]. Сучасному керівникові є життєво необхідним володіти інноваційними методами організації й управління в галузі охорони здоров'я, зокрема репродуктивного. Зазначимо, що основними з таких методів є управління ринком та мережею послуг, що орієнтовані на охорону громадського здоров'я; управління якістю; забезпечення постійного вдосконалення роботи; управління процесами з медичного та немедичного обслуговування в межах закладу охорони здоров'я та за його межами;

управління фінансами та основи аудиту з орієнтацією на раціональність використання ресурсів, їх обмеженість та економічну ефективність організації.

Аналіз сучасних підходів до управління у сфері репродуктивного здоров'я свідчить про тісний, майже нерозривний зв'язок понять репродуктивного здоров'я людини / населення та їх прав, пов'язаних з репродуктивним здоров'ям. Виникає питання щодо розуміння цього терміну.

Так, Перевозчикова О. у своєму дослідженні дійшла висновку, що репродуктивні права – це права, пов'язані з реалізацією різних аспектів продовження роду (дітонародження), зокрема – з прийняттям рішення про зачаття дитини, з визначенням кількості дітей, інтервалів між їх народженням, із застосуванням високих репродуктивних технологій в разі, якщо вагітність не може настати природним шляхом. Репродуктивні права – це різновид так званих особистісних прав, які є підвидом особистих прав людини [39, с.56].

Інша група вчених відстоює позицію, яка полягає в тому, що термін «репродуктивні права» має досить умовний характер, що це не самостійні суб'єктивні права, тим більше не є основними правами людини [7, с. 63]. Нам з такою позицією дослідників важко погодитися, оскільки право на охорону здоров'я, зокрема репродуктивного, право на життя як таке є значною та невід'ємною частиною прав людини. Такий підхід не підтримується і сучасним трактуванням репродуктивних прав в офіційних документах, що регулюють галузь охорони репродуктивного здоров'я на міжнародному рівні. Ми вже зазначали, що Парламентська асамблея Ради Європи дає досить розширений перелік репродуктивних прав, серед яких й особисті права людини, як-от: право на життя, на недоторканість, на самовираження та інші [49]. Розширеного трактування репродуктивних прав дотримуються й ООН та ВООЗ [68]. Отже, й ми у своєму дослідженні будемо виходити з розширеного їх трактування.

Реформа фінансування галузі охорони здоров'я України передбачає перехід від фінансування медичних закладів за затвердженим кошторисом до системи оплати фактично наданої людині медичної допомоги чи послуги від держави. Працює принцип «гроші йдуть за пацієнтом». Створено Національну

службу здоров'я України (НСЗУ), яка розпоряджається фінансовим ресурсом, тобто перераховує бюджетні кошти за надані послуги закладам охорони здоров'я та / або лікарям-ФОПам.

НСЗУ укладає угоди з усіма медичними закладами і гарантує фінансування відповідно до кількості пацієнтів, яким в цих закладах буде надано медичну допомогу. Фінансування відбувається на умовах попередньої оплати. На перехідний період частково (для вторинної й третинної ланки) зберігається діюча система фінансування медичних закладів – через субвенцію місцевим бюджетам. Передбачається, що проведені законодавчі зміни підвищать ефективність фінансування охорони здоров'я України за рахунок бюджету, проте в багатьох випадках (деякі види обслуговування на вторинній і третинній ланках, надання медичних послуг соціально незахищеним верствам населення, розробка і впровадження інноваційних та високотехнологічних видів лікування, лікування тяжких або хронічних захворювань) надання якісної медичної допомоги в необхідному обсязі вимагає розширення і диверсифікації каналів фінансування медичної галузі. Зазначимо, що, на жаль, більшість з медичних послуг щодо збереження або відновлення репродуктивного здоров'я належать до інноваційних та високотехнологічних видів лікування, зокрема ДРТ.

На нашу думку, як і на думку багатьох експертів, управління в галузі охорони здоров'я має змінюватися разом з трансформацією самої системи надання медичних послуг населенню, узгоджуючи ці зміни із зовнішніми об'єктивними факторами впливу на стан здоров'я населення країни, врахуванням змін у підходах і принципах фінансування. Як ми вже зазначали, охорона здоров'я є багатокомпонентною та складно організованою системою, що для підтримки її дієвого функціонування необхідно здійснювати адекватне стратегічне та оперативне управління.

Принципи управління в системі охорони здоров'я загалом і репродуктивного здоров'я зокрема є властивими для управління в інших галузях функціонування держави, але через суб'єкт та об'єкт впливу мають свої

унікальні риси. Прийняття ефективних управлінських рішень на рівні всієї системи охорони здоров'я в цілому чи за галузевою ознакою та ефективне керування закладом охорони здоров'я в умовах конкуренції має базуватись на достовірних аналітичних, економічних, статистичних, бухгалтерських відомостях, отримання та коректна обробка яких стає можливою лише за умови якісного використання медичних інформаційних систем.

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

- запровадження принципів підприємницької діяльності в галузі охорони здоров'я не тільки для закладів приватного сектору охорони здоров'я, але й для бюджетного сектору;

- формування необхідності бізнес-планування як інструмента планування підприємницької діяльності закладів охорони здоров'я;

- впровадження новітніх механізмів та інструментаріїв фінансового менеджменту для управління активами закладів охорони здоров'я;

- впровадження інструментаріїв стратегічного менеджменту для здійснення середньо- та довгострокового управління закладами охорони здоров'я;

- зміну парадигмів управління кадрами закладів охорони здоров'я, що сприяє впровадженню сучасних методів управління кадрами [30].

Принципові зміни в управлінні охороною здоров'я

Критична важливість стратегічного управління, довгострокового планування та програм підтримки заходів репродуктивного здоров'я;

зміна ставлення з боку суспільства до нових наукових досягнень і критеріїв їх використання в медичній практиці (впровадження репродуктивних технологій, викликає бурхливі дискусії щодо етичності штучного запліднення і абортів);

подолання підходу, коли надання медичних послуг щодо збереження та відновлення репродуктивного здоров'я (окрім станів загрози для життя) не відносять до базового рівня забезпечення медичними послугами, а відповідно не виділяють під них державне фінансування;

тісна співпраця з організаціями громадянського суспільства має вирішальне значення для досягнення прогресу в цій сфері, зокрема у питаннях зміни нормативно-правових актів, що регулюють надання послуг в галузі репродуктивного здоров'я;

поступове усвідомлення управлінцями не медичної галузі, що прогрес у застосуванні методів відтворення населення, навіть в умовах криз та війни, потрібен і можливий завдяки різноманітності інструментів та інновацій, які потребують вкладень ресурсів та перебудови існуючої системи надання послуг з охорони репродуктивного здоров'я. З іншого боку питання відтворення населення для України є питанням подальшого існування нашої нації та країни.

Рис. 4. Тенденції змін в управлінні охороною здоров'я сучасної України

Вважаємо, що перелічені зміни (Рис. 4) є важливими і для системи охорони репродуктивного здоров'я так само, як і для загальної, але з урахуванням специфіки заходів збереження та відтворення репродуктивного здоров'я.

1.2. Стан дослідженості проблематики застосування допоміжних репродуктивних технологій в управлінському дискурсі

Комплексний характер ДРТ зумовлює різні наукові підходи до тлумачення їх змісту з точки зору категорійного апарату управлінської діяльності. У сучасних одночасно динамічних та кризових умовах соціальних, економічних та політичних змін в Україні органи публічного управління та

заклади охорони здоров'я здійснюють свою діяльність. Результат таких зусиль залежить від змін у тенденціях суспільного розвитку, що можуть вплинути на сценарії майбутнього, зокрема такі як сучасні демографічні процеси й епідеміологічні особливості, зміна соціальних норм та стандартів розвитку суспільних очікувань, динаміка економічного зростання, пріоритетний розвиток охорони громадського здоров'я, удосконалення медичних технологій, ринку постачальників і покупців послуг, еволюція організаційно-правових засад системи охорони здоров'я тощо. Цілком імовірно, що складові кожного сценарію будуть поєднуватися і впливатимуть на майбутнє забезпечення й підтримку розвитку системи охорони здоров'я, а також на майбутнє самих органів публічного управління та закладів охорони здоров'я.

Багато чинників впливатимуть на еволюцію системи охорони здоров'я в найближчому майбутньому, роль публічного управління та керівництва в цих умовах. У майбутньому на потреби населення щодо охорони здоров'я в Україні насамперед впливатимуть особливості демографічних та епідеміологічних процесів. Найбільшої уваги з боку системи охорони здоров'я вимагатимуть хвороби, спричинені старінням населення, збільшенням його частки в популяції, умовами і способом життя та індивідуальними факторами ризику [52, с.10].

Основні норми і сподівання суспільства є важливими дороговказами для вироблення державної політики у сфері охорони здоров'я, а зміна цих норм і сподівань допоможе виокремити засадничі питання і суперечності, які спрямовують суспільну полеміку щодо майбутнього характеру системи охорони здоров'я та окремих її галузей. В Україні питання доступності послуг з охорони здоров'я та медичного обслуговування, відповідальності системи перед громадянами відіграватимуть у майбутній повоєнній розбудові провідну роль і визначатимуться основними нормами та очікуваннями суспільства. Суспільство оцінює справедливість державної політики і рівність можливостей у доступі до послуг з охорони здоров'я, зокрема й з охорони репродуктивного

здоров'я, але водночас наголошує і на індивідуальному підході до вирішення їх проблем.

Розглядаючи основні характеристики управління суспільними відносинами у сфері ДРТ, під допоміжними репродуктивними технологіями ми пропонуємо розуміти методики лікування безпліддя або процедури щодо медичного забезпечення зачаття дитини, 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* [41, с.67]. Відповідно, говорячи про забезпечення ДРТ, ми вносимо в кола відносин цієї сфери поглиблені наукові знання на основі досягнень вітчизняної юриспруденції, зарубіжного досвіду, аналізу законодавства України, заходи соціально-економічної підтримки, інформаційного та психологічного супроводу, а також нормотворчої та правозастосовної практики для розробки ефективної та дієвої системи застосування ДРТ.

Взаємопроникнення норм приватного і публічного права у регулювання відносин, що виникають під час застосування методів допоміжних репродуктивних технологій викликають серйозні дискусії щодо належності цієї групи суспільних відносин до тієї чи іншої галузі управління та врегулювання.

Нині немає такої галузі суспільного управління, яка повністю врегулювала б весь комплекс відносин в галузі застосування ДРТ. Аналіз нормативно-правового поля засвідчує, що, незважаючи на регулювання відносин щодо застосування ДРТ, нормами декількох галузей права (переважно це медичне, адміністративне, сімейне, цивільне та інші) управління суспільних відносин у цій галузі є фрагментарним та неузгодженим. Ми помітили ще одну тенденцію – застосування ДРТ у практиці медичних послуг випереджає накопичення правової бази та формування сталої практики в цій галузі.

ДРТ досить динамічно розвиваються в науково-медичному напрямі, водночас підвищується рівень сприйняття суспільством застосування таких

медичних технологій, а тому необхідними є заходи щодо відповідності законодавства України, державних та регіональних політик нинішнім потребам.

У сфері регулювання суспільних відносин щодо забезпечення застосування ДРТ дотепер має місце низка системних проблем, що перешкоджає сталому розвитку і досягненню цілей та завдань, які потребують невідкладного вирішення. Серед них: неналежна реалізація повноважень щодо нормативно-правового регулювання державними органами галузевого управління у сфері охорони здоров'я; недостатня ефективність функціонування застосовуваного державною механізму фінансування ДРТ; дефіцит і низький рівень кваліфікації медичних кадрів; низьке малоефективне здійснення контрольних функцій з боку уповноважених органів державного управління у сфері застосування ДРТ [28, с.162].

Зазначеними аргументами окреслюється адміністративно-правовий дискурс питань застосування ДРТ в державницько-управлінській науковій дискусії. Розробленням правового забезпечення, гармонізацією законодавства у галузі застосування ДРТ, оновленням нормативно-правової бази відповідно до потреб суспільства тощо займаються науковці Д. Пугач [25-28], О. Бісярін та Н. Гойда [7], О. Григоренко [9], А. Головащук [8], О. Вашев, О. Рогова, Т. Пустовойт [6] та інші.

Іншим питанням для обговорення в науково-управлінському дискурсі є розуміння ДРТ як медичної послуги.

Коли йдеться про розвиток тієї чи іншої медичної послуги, зазвичай говорять про концепцію управління системою надання якісних медичних послуг, в основу якої покладено: виділення, на основі структурно-функціонального підходу, особливостей якості медичної послуги як соціально-економічної категорії (суб'єктивність і індивідуальна цінність споживання), узгодження принципів і механізмів державного управління та саморегулювання у сфері охорони здоров'я України; методичний підхід до внутрішнього маркетингу системи медичних послуг, який передбачає, окрім наявних чотирьох (люди, ціна, процес, обслуговування пацієнта) елементів чинної

моделі концепції маркетингу, запровадження п'ятого елементу – працівників, спрямованого на тісну міжособистісну комунікацію працівників, комунікацію зі споживачами та лікувальним закладом [36].

Аналіз змісту поняття медичної послуги та розуміння складових і показників її якості продемонстрував два базові підходи до визначення цього поняття: сукупність певних характеристик самої послуги (опис цієї послуги); ступінь, в якому медична послуга задовольняє своє призначення та функції (функціональний підхід) [визначено автором на основі 27, 21].

Багато дослідників визначають особливості якості медичної послуги як соціально-економічної категорії, а саме суб'єктивність й індивідуальна цінність споживання. Дослідження наголошують на неподільності медичних послуг, що визначає їх ексклюзивність та нематеріальну основу, а також підкреслює специфіку галузі [21, с.46]. Послуга з медичного обслуговування населення (медична послуга) – послуга, що надає пацієнтові заклад охорони здоров'я або зареєстрована фізична особа-підприємець, ліцензована в установленому законом порядку на провадження господарської діяльності з медичної практики, яку оплачує її замовник. Замовником послуги з медичного обслуговування населення можуть бути держава, відповідні органи місцевого самоврядування, юридичні та фізичні особи, у тому числі пацієнт [20].

З цього погляду проблематика застосування ДРТ в державницько-управлінському дискурсі розглядається в ракурсі розвитку медичних послуг та покращення їх якості. Цивілізаційні зміни на сферу охорони здоров'я не може не впливати на розвиток медичних послуг, зокрема й у галузі застосування ДРТ. Зміни в суспільних процесах, як-от: науковий прогрес, розвиток технологій, вдосконалення механізмів управління тощо – відповідно прискорюють зрушення в галузі охорони здоров'я. Маємо усвідомлювати, що система охорони здоров'я в цілому, а також окремі її галузі, розширюють зону свого функціонування та впливу (через різні підходи, як на цьому наголошувалося у підрозділі 1.1.): від окремої людини до здоров'я громади / спільноти, а також впливу на стан зовнішнього середовища.

Адже заклади охорони здоров'я та весь спектр інституцій, пов'язаних з наданням медичних послуг (організаційно, інформаційно, управлінськи тощо), зокрема й органи публічного управління, є, по суті, корпоративними виконавцями замовлень суспільства, не важливо – чи то територіальної громади, чи населення країни в цілому. Як зазначають експерти, реформа національної системи охорони здоров'я сприяє вдосконаленню публічного управління організаційними змінами в медичному обслуговуванні, а також залученню громадських організацій підтримки здоров'я, які ефективно передбачають появу різноманітних проблем зі здоров'ям окремих громадян і суспільства загалом та навіть запобігають їм. [32; 18].

Відповідно до дискусії щодо управління системою охорони здоров'я в цілому прийняті рішення, розроблені політики, які впливають і на управлінський дискурс щодо питань публічної політики у сфері застосування ДРТ. Наприклад, за аналітикою Української асоціації медичного туризму (УАМТ), одним з найбільш затребуваних і тих, що швидко розвиваються, сегментів медицини в Україні є репродуктивна медицина [35]. УАМТ є некомерційною організацією, діяльність якої спрямована на: підвищення рівня медичної допомоги; надання пацієнтам зі складними / рідкісними захворюваннями можливості якісної діагностики та лікування; забезпечення безпеки пацієнтів; розвиток медичного туризму як одного з найбільш перспективних напрямків охорони здоров'я України. УАМТ є членом Всесвітньої асоціації медичного туризму (GHTC - Global Healthcare Travel Council). В Україні УАМТ представлена в Громадській раді при МОЗ України (комісія з розвитку медичного туризму) [там само].

Ця впливова інституція громадянського суспільства у своїй діяльності виходить з позиції того, що до початку повномасштабного вторгнення в Україні медичні послуги з репродуктивних технологій були сектором, який давав один з найвищих прибутків, був дуже запитаним і розвивався швидше ніж інші сектори медичних послуг, які були цікаві іноземним клієнтам – споживачам послуг.

В останні десятиліття склалися такі передумови, завдяки яким відбувся швидкий розвиток репродуктивної медицини в Україні. Перш за все потенційних клієнтів приваблює досить висока якість медичних послуг з ДРТ, гарний технічний та технологічний рівень обладнань у поєднанні з невисокою вартістю в Україні послуг ДРТ порівняно з іншими країнами, де послуга надається на такому ж рівні. Ця послуга в нашій країні є абсолютно законною, що також сприяє виходу на міжнародний рівень. Питання в тому, що у низці країн ЄС репродуктивні медичні послуги жорстко зарегульовані законодавчо, що ставить серйозні перепони у розвитку ринку.

Наприклад, генетичне дослідження ембріона щодо вроджених захворювань повністю заборонено в таких країнах як Австрія, Італія, Німеччина та Швейцарія, але не має законодавчих заборон в Україні. Статистика показує, що майже половина пацієнтів клінік репродуктивної медицини в Україні – іноземні громадяни. На першому місці пацієнти з Ізраїлю, за ними слідують італійці, німці, англійці і громадяни інших країн Європейського Союзу. В останні роки значно зріс потік людей з Грузії і Закавказзя. Велика частина пар звертається саме з проблемами безпліддя [там само]. В українському та міжнародному науково-управлінському полі точиться дискусія щодо етичності певних видів процедур у межах репродуктивної медицини, і це ставить питання управління відносинами у галузі застосування ДРТ у кореляцію з проблематики біоетики.

У другій половині ХХ століття напрям, за яким розвивається біоетика, характеризується різними соціальними, релігійними та культурними явищами, до яких можна віднести такі:

- 1) швидкий прогрес біомедичних наук;
- 2) щораз вище усвідомлення факту існування незаперечних прав людини (як, наприклад, право на справедливість, яке ґрунтується на гідності особи);
- 3) необхідність переосмислення зв'язку між людиною та зовнішнім середовищем. Вчені пропонують різні варіанти класифікації історичного розвитку, генезису біоетики [2].

Науковець І. Силуянова запропонувала класифікацію моделей біоетики в її розвитку у різних суспільствах. За її дослідженням, у сучасному суспільстві «існує декілька моделей (етапів) біоетики, кожна з яких визначає становлення та розвиток моральних принципів, що складають ціннісно-нормативний зміст сучасної біомедичної етики. До них відноситься:

- 1) принцип «не зашкодь» (модель Гіппократа);
- 2) принцип «роби добро» (модель Парацельса);
- 3) принцип «виконання обов'язків» (деонтологічна модель);
- 4) принцип «поваги прав та гідності людини» [цитується за 21, с.67].

До біотичних проблем сучасної медицини відносять, перш за все, ставлення до нових наукових досягнень (технічного, технологічного, медикаментозно-хімічного характеру) і весь спектр питань щодо критеріїв застосування в медичній практиці таких досягнень. Галузь медичних послуг з репродукції людини, або прокреації (від лат. *procreatio* – народження, відтворення потомства), висуває низку системоутворюючих біоетичних проблем. Наприклад, застосування ДРТ, традиційно викликають питання до етичності процедур штучного запліднення й абортів як таких.

У міжнародному науковому дискурсі біоетичні проблеми застосування ДРТ, залежно від підходу, поділяють на моральні та етичні. Моральне підґрунтя пов'язане з тим фактом, що ДРТ передбачають інструментальне маніпулювання заплідненням, ігноруючи його природне середовище, статевий акт і наслідки, які можуть виникнути з цього. Етичні наслідки передбачають біоетичні проблеми, пов'язані з медичними аспектами цих методів, які ми не розглянемо в цьому розділі, а тільки наголошуємо на цій проблематиці.

Зазвичай етичні проблеми пов'язані із замороженими надлишковими ембріонами після ДРТ. Ефективність ЕКЗ невисока, щоб її покращити, виробляється велика кількість ембріонів, зазвичай від 6 до 12, з яких 1 або 2 переносяться, а решта заморожується. Така практика неминуче означає, що кількість заморожених людських ембріонів поступово зростає. Усвідомлення

того, що робити з цими замороженими ембріонами, породжує об'єктивні біоетичні проблеми. Для цих ембріонів пропонують чотири рішення:

- а) залишити їх замороженими на невизначений термін;
- б) використовувати їх для біомедичних експериментів;
- в) розморозити їх і дати їм померти;
- г) усиновлення [68].

Врегулювання подібних питань і потребує випрацювання політики з боку держави та законодавчого врегулювання. Питання з цього приводу і викликають величезний соціальний сплеск, наукову і нормотворчу дискусію тощо.

До дискусійних питань біоетики в публічно-управлінському просторі також відносять врегулювання відносин щодо:

адопції (усиновлення) замороженого ембріона в контексті моральної філософії;

адопції (усиновлення) замороженого ембріона з точки зору світської етики;

адопції (усиновлення) замороженого ембріона з точки зору монотеїстичних релігій;

втрати людського ембріона під час ЕКЗ (серед негативних біоетичних аспектів ЕКЗ, мабуть, найважливішим є велика кількість втрачених ембріонів – людських життів);

використання передімплантаційної генетичної діагностики під час ЕКЗ; етичних проблеми, пов'язаних з донорськими гаметами під час ЕКЗ, особливо право донорів на конфіденційність і право дітей знати своїх батьків;

використання ЕКЗ з ціллю вибору статі майбутнього плода;

використання ЕКЗ для соціальних цілей, окрім жіночої фертильності.

Сурогатне материнство – це практика допоміжного відродження, за якої жінка виношує ембріон, з яким у неї немає генетичної спорідненості, від імені подружньої пари чи окремої особи, що має віддати їм дитину після народження. Ця практика зазвичай передбачає фінансову винагороду для

вагітної жінки; коли це не так, це називається альтруїстичним сурогатним материнством; можливої оманливої реклами, яку можуть надавати клініки допоміжної репродукції для залучення клієнтів тощо [укладено автором за 43; 44; 54; 62]

Зрозуміло, що мати дитину для пари, яка бажає її мати, але має труднощі з цим, звертаючись до допоміжної репродукції, безумовно, є об'єктивним благом, яке сприяло широкому суспільному визнанню таких методів. Тим не менш, можливості зловживань у цій галузі мають бути врівноважені біоетичними обмеженнями, пов'язаними з цими методами, які ми окреслили. Українське суспільство має вирішити зазначені питання, і збалансованому рішенню має передувати ґрунтовна наукова дискусія.

Тому ми вважаємо, що важливою біоетичною метою має бути те, щоб у клініках допоміжної репродукції потенційних клієнтів інформували про ризики та побічні ефекти ДРТ, а також надавали достатньо точні дані про шанси на успіх різних варіантів технологій. Таким чином, будучи добре поінформованими, люди можуть прийняти добре обґрунтоване, добре поінформоване особисте або сімейне рішення, тому що, зрештою, особиста свобода – це те, що має визначити вибір. Повага до біоетичного принципу автономії пацієнта вимагає цього, а консультування має бути інформативним і недирективним.

Морально-етичні, соціальні, релігійні та правові питання виникають також у зв'язку з перериванням вагітності, застосуванням методів контрацепції, неможливістю зачати і виносити дитину, розробленням новітніх репродуктивних технологій. Важливою проблемою є також біоетичні конфлікти між матір'ю та плодом, що розглядаються у площині пріоритетності сторін конфлікту.

Ще одним напрямом для дискусії у сфері застосування ДРТ є розвиток медичних технологій, а саме оцінка допустимості таких технологій та наслідки застосування. Ми вже говорили про те, що розвиток науки і медичних технологій стимулює вдосконалення методів лікування, запобігання

захворюванням, ранньої діагностики різних захворювань тощо. Цей безперервний прогрес впливає на очікування від системи охорони здоров'я, напрями її розвитку у майбутньому, розуміння «мінімального рівня / пакету» медичних послуг у майбутньому. Хтось мусить проводити ці дослідження та приймати управлінські рішення щодо перспективності політик і напрямів розвитку системи охорони здоров'я в цілому та окремих її галузях.

Швидкий прогрес та багатовекторність розвитку медичних технологій, зокрема ДРТ, потребує вирішення низки саме управлінських питань: доступ до нових технологічних досягнень, рівність у такому доступі; централізованість та директивність прийняття рішень щодо впровадження і масового застосування нових технологій; доказовість ефективності тієї чи іншої технології: вплив впровадження нової медичної технології на взаємовідносини суб'єктів (медичний персонал, пацієнт, власник/розробник/виробник технології, держава/громада/спонсор. У разі якщо оплачує медичну послугу не сам пацієнт); які нові біоетичні питання виникнуть у зв'язку з впровадження нової технології, і як їх вирішувати.

На жаль, українське законодавство поки що ґрунтується на моральному релятивізмі. Конвенція ООН про права дитини (1989 р.), яку ратифікувала Верховна Рада України, захищає права і ненароджених. Заборону на використання матеріалів, отриманих внаслідок абортів, ухвалив і Європейський Парламент. Згідно з Директивами 98/44/Євросоюзу про правову охорону біотехнологічних винаходів (ст. 6) забороняється патентувати використання людських ембріонів у промислових чи комерційних цілях. Етично неприпустимі: репродуктивне і так зване терапевтичне клонування людини та клонування клітин, що походять від ембріональних стовбурових клітин. З позицій біоетики допустимо клонувати клітини, отримані від стовбурових клітин дорослої людини, проте вони можуть змінювати імунний стан організму людини-рецепієнта і мати онкологічний ефект [25, с.106-107]. Тому над врегулюванням процесів застосування ДРТ з урахуванням постійно прогресуючих технологій потрібно працювати. Правові аспекти використання

ДРТ обов'язково повинні бути врегульовані на законодавчому рівні, оскільки у сфері публічно-уравлінських відносин правове забезпечення відіграє надважливу роль, тому що є обов'язковою передумовою відповідальності за порушення.

Допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) – система методик, які використовуються під час лікування безпліддя, деякі етапи якого (наприклад отримання та культивування ембріонів) відбуваються поза межами організму людини. У майбутньому допоміжні репродуктивні технології можуть розвиватися різними шляхами. Проте основна роль відводиться проведенню наукових та практичних досліджень генетики на молекулярному рівні для вдосконалення знань механізмів процесів розвитку яйцеклітини, сперми, запліднення, імплантації ембріонів та перебігу вагітності. Такі дослідження є підґрунтям розвитку протоколів лікування, збереження та відновлення репродуктивної функції людини.

Розроблення нових медичних технологій (методи ДРТ, нові препарати та схеми стимуляції овуляції, модифікація ендоскопічних операцій, редукція плодів за багатоплідної вагітності та інші), які здійснюватимуться як на базі фундаментальних біологічних досліджень в галузі репродукції, так і на основі розвитку медичної техніки. Подальший напрямок – це вдосконалення методів організації лікувального процесу.

Тільки адекватна організація дозволить впровадити в практичну охорону здоров'я нові медичні технології, розроблені на основі результатів фундаментальних досліджень [8, с. 44]. За останні роки ми спостерігаємо, що медична наука і практика змогли досягти значних успіхів. Пріоритетного напрямку в державі набула охорона здоров'я матері та дитини. Стимулом до таких активних дій стало катастрофічне зниження народжуваності, пов'язане з високим рівнем безпліддя подружніх пар, кількість яких постійно зростає. Це є свідченням наявності інших проблем, що виникають у сфері охорони здоров'я.

Тому ми не можемо розглядати управлінський дискурс застосування ДРТ без дискусій щодо розвитку системи охорони здоров'я не тільки в Україні, але

й у світі. Пандемія 2019-2023 років змусила уряди всього світу переглянути засадничі положення управління системою громадського здоров'я та лікувальних закладів зокрема. Ми є свідками того, що змінюються підходи до управління охороною здоров'я, і певною мірою є агентами таких змін.

Починаючи з грудня 2019 року, світ зіткнувся з новою загрозою для громадського здоров'я – появою SARS-CoV-2. Його поширення було надзвичайно швидким – за лічені тижні країни по всьому світу постраждали, особливо в їхній здатності керувати потребами охорони здоров'я. Це, зокрема, вплинуло і на розвиток ДРТ, супровід жінок, які вже були вагітні за допомогою ДРТ, можливості медичного туризму тощо. Цей виклик стосувався галузі, яка нас цікавить.

Незважаючи на те, що пандемія вплинула на багато секторів державних структур, вона особливо вказала на недоліки в інфраструктурі медичної допомоги в усьому світі, що підтвердило необхідність реорганізації медичних систем, оскільки вони були вкрай не підготовлені та погано обладнані для боротьби з пандемією та одночасного надання загальної та спеціалізованої медичної допомоги, до якої належить і ДРТ. Оскільки з'являються нові віруси та структурні варіанти, важливо знайти рішення для оптимізації медичного обслуговування в лікарнях, що включає розширення цифрової мережевої медицини (тобто телемедицини та мобільних додатків для охорони здоров'я), щоб пацієнти продовжували отримувати відповідну допомогу без ризику зараження інфекцією. З іншого боку, має бути забезпечено право пацієнта на допомогу у того лікаря чи медичного закладу, якого він обрав. Розроблення програм для мобільних пристроїв охорони здоров'я продовжує розвиватися завдяки спеціалізованим діагностичним можливостям через зовнішні приєднання, які можуть забезпечити швидкий обмін інформацією між пацієнтами та постачальниками послуг, усуваючи потребу у відвідуваннях офісів. Телемедицина, яка все ще перебуває на ранніх стадіях впровадження, особливо в країнах, що розвиваються, може забезпечити доступ до медичної інформації та зв'язок з постачальниками послуг, потенційно звільнити

відділення невідкладної допомоги від надмірних випадків і запропонувати міждисциплінарний доступ для пацієнтів і постачальників послуг, які можуть також бути засобом уникнення контакту під час пандемії. Як показала ця пандемія, капітальна реформа для оптимізації охорони здоров'я є важливою, а перехід до більш широкого використання мобільного здоров'я та телемедицини принесе значну користь громадській охороні здоров'я для контролю за поширенням нових варіантів і майбутніх спалахів вірусів.

Можемо зазначити, що більшість світових експертів нині акцентують увагу на таких методах, підходах, моделях та практиках, що були розроблені для подолання викликів і використання нових можливостей, які виникають в управлінні охороною здоров'я у світі після COVID-19, а саме:

- математичне моделювання та оптимізація в управлінні послугами охорони здоров'я;

- імітаційне моделювання в управлінні послугами охорони здоров'я;

- нечіткі множини та експертні системи в управлінні послугами охорони здоров'я;

- обчислювальний інтелект і програмне обчислення в управлінні послугами охорони здоров'я;

- аналітика даних і рішень в управлінні послугами охорони здоров'я;

- багатокритеріальний аналіз рішень в управлінні послугами охорони здоров'я;

- інтернет речей, охорона здоров'я G4.0;

- штучний інтелект та застосування великих даних в управлінні послугами охорони здоров'я;

- прогнозування в управлінні охороною здоров'я;

- управління проектами в сфері охорони здоров'я;

- управління якістю та процесами в медичних послугах;

- ланцюг поставок, логістика та управління запасами в медичних послугах;

- фінансовий менеджмент у сфері охорони здоров'я;

управління людськими ресурсами та персоналом у сфері охорони здоров'я;

розташування закладу та інфраструктура закладу в управлінні послугами охорони здоров'я;

розподіл ресурсів в управлінні послугами охорони здоров'я;

управління потужністю та теорія масового обслуговування в медичних послугах;

управління медичними службами та системою охорони здоров'я в умовах підвищеного ризику, надзвичайних ситуацій та катастроф (останнє є надважливим для України в умовах війни) [систематизовано та укладено автором на основі 48, 49, 69].

Оскільки застосування програм ДРТ є частиною всієї системи охорони здоров'я, то за магістральними напрямками в контексті розвитку галузі розвиток управління відносинами у сфері ДРТ відбуватиметься, зокрема, й за вищезазначеними напрямками.

Завершуючи розгляд стану розроблення проблематики застосування допоміжних репродуктивних технологій в державницько-управлінському дискурсі, зауважимо на його неоднорідному наповненні. Серед напрямів для наукового дискурсу щодо управління відносинами у сфері застосування ДРТ, на яких ми наголосили у цьому підрозділі, є такі, що досить динамічно розвиваються і відносно активно обговорюються в українській науці та практиці управління (питання правового врегулювання, розвитку ДРТ як медичної послуги, медичний туризм), а є такі, які потребують осмислення з управлінського погляду (біоетика, аналітика даних і рішень в управлінні послугами, доступність та недискримінація, фінансування програм тощо).

1.3. Вихідні методологічні засади розвитку публічного управління у сфері застосування програм допоміжних репродуктивних технологій в Україні

Дослідження будь-якої проблематики, особливо якщо вона мультидисциплінарна та багатоконпонентна, потребує належного методологічного обґрунтування. Такий підхід ми обумовлюємо тим, що без чіткої теоретико-методологічної бази наукових розробок, яка б ураховувала ключові тенденції сучасного наукового дискурсу окресленої проблематики, а також суб'єктивні й об'єктивні чинники, формулювання коректних та релевантних висновків, важливих для теорії та практики публічного управління, у майбутньому буде неможливим.

Вихідні методологічні засади проблематики управління відносинами у галузі застосування допоміжних репродуктивних технологій, на наш погляд, доцільно вивчати з позиції досить широкого набору методологічного інструментарію. У дослідженні ми аналізуємо обрану проблему крізь призму гуманістичного, системного, інституціонального, конфліктологічного, структурно-функціонального, діяльнісного, компаративного підходів.

Всі зі зазначених наукових підходів розглядаються як певні компоненти дослідження задля напрацювання цілісного бачення проблематики. З іншого боку, кожен з підходів окремо є самостійним методологічним інструментом, який застосовується для комплексного і різнобічного висвітлення проблеми регулювання надання населенню послуг з допоміжних репродуктивних технологій з точки зору управлінських відносин. У дослідженні ми виходимо з позиції, що чим більш компонентним є об'єкт дослідження, тим ширшим має бути перелік підходів, які застосовуються для його вивчення.

Комплексне дослідження проблематики управління суспільними відносинами у галузі застосування ДРТ здійснюємо на засадах системного підходу. В сучасній науці системний підхід вважається універсальним принципом світоглядного значення, єдина для багатьох наук методологія

пізнання та технологія дослідження [41, с.18]. Системний підхід передбачає декомпозицію, поділ складних об'єктів і явищ дійсності на підсистеми різних порядків з метою їхнього аналізу (системний аналіз), а також наступне їх поєднання для дослідження інтегрованих цілісних характеристик системи (системний синтез) [42, с.398]. Системний підхід дозволяє вивчати явища не відокремлено одне від одного, а у взаємодії та зв'язках, яким чином ці зв'язки впливають на зміни суб'єктів та об'єктів управління. Це неодмінно потребує оцінювання середовища, що визначає чинники й параметри формування, функціонування та розвитку певного явища.

Зазначимо, що нині методологічні засади системного підходу в публічному управлінні перебувають у стані термінологічного і функціонального становлення; не має чітко регламентованих меж, етапів та критеріїв застосування під час здійснення вузькоспеціалізованих досліджень [17, с.167]. Аналіз наукової літератури демонструє, що наведена думка актуальна також для мультидисциплінарних та багатокomпонентних досліджень, яким і є наукові розвідки проблематики управління відносинами у галузі ДРТ.

Відповідно до методологічних засад системного підходу проблематику управлінських процесів у сфері застосування ДРТ розглядаємо як цілісну систему, яка характеризується:

впорядкованістю і цілісністю функціонування;

цілісністю, яка складається з компонентів: управління на різних рівнях, медичних наукових розробок та практики надання медичних послуг, етики, ставлення суспільства (суспільної думки), правової регламентації, організаційного, інфраструктурного та економічного забезпечення тощо;

порядком розташування складових цілого: хід процесів у послідовному пов'язаному порядку як частини суспільного розвитку та реалізації медичної реформи.

Одним з основних принципів дослідження у сфері публічного управління є структурно-функціональний аналіз. Його здійснення базується на твердженні,

що кожне соціокультурне явище або процес може бути досліджене як системно-організована структурна цілісність, в якій кожний елемент відіграє певну роль. Структурно-функціональний підхід спрямований на вирішення проблем, пов'язаних з існуванням, функціонуванням і підтриманням життєздатності системи. Структурний аспект включає в себе визначення елементів, які створюють конкретну систему та виявлення стійких зв'язків і відносин між ними. Функціональний аспект включає вивчення внутрішніх механізмів функціонування елементів і зовнішнього функціонування системи в процесі її взаємодії з зовнішнім середовищем. Структурно-функціональний підхід спрямований на дослідження стійких закономірностей між елементами системи, зовнішніх проявів властивостей об'єкта (системи або її елемента) у цій системі відносин, певного способу взаємодії об'єкта з навколишнім середовищем [8, с.191]. Структурно-функціональний підхід у дослідженні проблематики управлінських процесів у сфері застосування ДРТ дає можливість проаналізувати алгоритм формування морально-етичних основ формування державної політики та регіональних програм у сфері ДРТ через основні функції управління: планування, організацію, координацію, мотивацію, контроль та оцінювання. Послідовна та комплексна реалізація перелічених функцій сприяє формуванню та підтримці стандартів надання медичних послуг та чіткої правової регламентації у сфері проблематики управлінських процесів у сфері застосування ДРТ.

Гуманістичний підхід у процесі дослідження проблематики регулювання у сфері ДРТ пов'язаний перш за все з аналізом місця та ролі людського чинника. Гуманістичний вимір суспільства та посадовців, які приймають управлінські рішення, – це певна якість діяльності, за якої людина, її здоров'я (в нашому контексті – репродуктивне) визнається найвищою соціальною цінністю, а забезпечення її прав і свобод визначає зміст і спрямованість управлінської діяльності в цій сфері. Людський вимір крізь призму гуманістичного підходу розглядається як сприйняття системою державного управління сукупності ідей, поглядів, переконань, поваги до честі, гідності і

прав людини, турботи про її благо, різнобічний розвиток, про створення гідних людини умов суспільного життя [33, с.17]. Отже, гуманістичний підхід у дослідженнях публічного управління у сфері ДРТ може бути застосований перш за все під час формування етичних засад здійснення ДРТ, розроблення алгоритмів захисту прав всіх суб'єктів у процесах застосування ДРТ (медичного персоналу, споживачів послуг, дітей), стратегічних та оперативних планів реформування цього напряму галузі охорони здоров'я, експертизи регулюючих галузь з точки зору біоетики тощо.

Результативність функціонування публічної служби забезпечується, як правило, завдяки інституціоналізації процесів упорядкування, стандартизації та формалізації міжсуб'єктної взаємодії. З огляду на це, відбувається поступове поширення нового керунку державно-управлінської теорії та практики – інституціонального підходу [10, с.176]. Інституційний підхід містить концепцію інститутів та інституціональної динаміки, він сфокусований на пояснення найзагальніших закономірностей розвитку будь-якого суспільства, оскільки саме інституціональне середовище задає систему стимулів, спрямовуючи діяльність людей у певному руслі. Головна роль інститутів у суспільстві – зменшення невизначеності шляхом установа стійкості структури взаємодії між людьми. Інститути визначають і обмежують набір альтернатив, які є в кожній людини, вони включають усі форми обмежень, створених людьми для того, щоб надати певну структуру людським відносинам [13]. Зазначимо, що інститути підтримують соціальні структури та порядок у суспільстві. Вони ґрунтуються на чітко розробленій ідеології, системі правил і норм, а також на соціальному контролі за їх виконанням. Інституціональну діяльність здійснюють люди, що організовані в групи, де проведений розподіл на статуси та ролі відповідно до потреб цієї соціальної групи та суспільства в цілому [42].

Інституціональний підхід дозволяє розглядати процеси публічного управління не лише як процедури чи діяльність, а як сукупність елементів, що взаємодіють між собою. Отже, соціальний інститут, у нашому випадку інститут публічного управління у певній сфері, створює можливості членам суспільства

задовольняти свої потреби та інтереси; регулює дії членів суспільства в межах соціальних відносин; забезпечує стійкість суспільного життя; забезпечує інтеграцію прагнень, дій та інтересів індивідів та здійснює соціальний контроль.

Регулювання відносин та надання послуг у сфері ДРТ визначаються набором специфічних цінностей, принципів, норм та стандартів; інтеграцією їх в соціально-політичну, економічну, соціально-етичну структури суспільства та наявністю матеріальних засобів і умов, які забезпечують здійснення соціального контролю [41]. Отже, можна зробити висновок, що інституційний підхід у дослідженнях публічного управління у сфері ДРТ може бути застосований для визначення стійких комплексів формальних і неформальних правил поведінки та ієрархії всіх суб'єктів взаємодії, цінностей, принципів, норм, завдяки яким спрямовується й контролюється поведінка / функціонування цих суб'єктів.

Окремим напрямом розвитку інституційного підходу в сучасному суспільстві є інструментарій імітаційного моделювання в управлінні медичними технологіями або послугами охорони здоров'я; аналітика великих даних та аналітика рішень в управлінні медичними послугами; застосування обчислювального інтелекту і програмного обчислення в управлінні послугами охорони громадського здоров'я; застосування багатокритеріального аналізу рішень в управлінні послугами охорони здоров'я, зокрема ДРТ.

Одним з найсуперечливіших підходів у сучасній методології наукових досліджень є конфліктологічний підхід. Але оминати його увагою ми вважаємо неможливим через гостру суспільну суперечку щодо застосування ДРТ як виду медичної послуги, а також наявності певних неврегульованостей та суперечок щодо кожного етапу застосування ДРТ. Через це вже багато років затягується прийняття нормативної бази щодо врегулювання суспільних відносин у сфері ДРТ. Як і з трансплантологією, суспільство неоднозначно сприймає наукове втручання в процес зародження нового життя. Ми вже наголошували на колі найсуперечливіших проблематик. Методологічний інструментарій

конфліктологічного підходу є динамічним та базується на методах прогнозування та управління ризиками.

Конфліктологічний підхід показує суперечливий характер взаємодії між керуючою системою та системою, якою керують, специфіку управлінської діяльності, спрямованої на регулювання і вирішення конфліктів між загальними та приватними інтересами, між вимогами, які висуваються до лікаря та споживача медичної послуги з боку держави та суспільства. Оскільки суспільство не може повністю задовольнити інтереси і потреби всіх соціальних груп, які займають в ньому різне соціально-економічне та політичне положення, то держава діє в якості легального та легітимного інституту, який має вирішувати і управляти соціальними конфліктами на основі закону та встановлених правових норм [9, с.17-18].

З позицій конфліктологічного підходу публічно-управлінські відносини у сфері ДРТ ми розглядали крізь призму потреби суспільства в гармонізації відносин між окремими громадянами, групами громадян, інституціями громадянського суспільства та органами публічної влади, між якими можуть виникнути серйозні суперечності, розходження, конфлікти у підходах та трактуваннях застосування ДРТ тощо.

Досить поширеним у сучасному публічно-управлінському дискурсі є діяльнісний підхід. Він ставить за мету пояснити соціальний процес з огляду свідомої активності суб'єкта та категоріальної визначеності його структур, до яких можна віднести мету, мотив, стратегію, програму, ресурси, засоби, методи, способи дії та результат. Суттєвою ознакою людської діяльності (включно із публічною службою) є її визначеність метою, і тому вона характеризується як цілепокладання – свідоме формування і практичне досягнення мети, тобто продукування оновленої дійсності [19, с.150]. Діяльнісний підхід базується на тому, що суспільство, державне регулювання, суспільні сфери діяльності, публічне управління тощо створені і функціонують лише завдяки активній діяльності їх суб'єктів. Це повністю актуально для досліджень сфери застосування ДРТ, оскільки без особистої активності

споживачів цього виду послуг та інших суб'єктів взаємодії в цій сфері галузь застосування ДРТ в нашій країні не була б створена і не розвивалася б у принципі. Тому із засад діяльнісного підходу дослідження публічно-управлінських відносин у сфері застосування ДРТ вивчаються як створення та вдосконалення алгоритмів для ініціювання процесів в цій сфері, а також налагодження дієвого співробітництва всіх суб'єктів.

Питання дослідження різних моделей взаємодії публічно-управлінських відносин у сфері застосування ДРТ на сучасному етапі потребують, на нашу думку, застосування компаративного підходу. Компаративним аналізом прийнято вважати опис і пояснення схожості і відмінностей (головним чином відмінностей) умов або результатів розвитку соціальних одиниць, зазвичай – регіонів, країн, суспільств і культур. Такий підхід може бути застосований до будь-якого соціального явища чи процесу, оскільки, як зазначає один із засновників компаративного методу Н. Смелзер, його обмеженість виникає лише за умови наявності відмінностей, які не можуть бути безпосередньо порівняні. Він зазначає, що будь-яка соціогуманітарна наука будується на відмінностях між людьми і соціальними устроями [36, с. 6–7]. В основі компаративного методу лежить порівняння, яке пронизує весь процес пізнання від його найнижчих форм до найвищих. Головне у порівнянні полягає не у встановленні відношень, а в їх пізнанні шляхом порівняння [16, с. 54].

Тобто, в контексті нашого дослідження, компаративний аналіз передбачає зіставлення різних компонентів структури ієрархічних, інфраструктурних та правових компонентів публічно-управлінських відносин у сфері застосування ДРТ з метою встановлення загальних та специфічних подібностей і відмінностей між ними. Незважаючи на наявність певної свободи у виборі параметрів для зіставлення, компаративний аналіз завжди будується за такими принципами як: порівнянність явищ, інститутів та інституцій; відповідності один одному різних рівнів, форм і видів елементів порівнюваних систем; врахування історичних, національних, економічних, соціально-політичних та інших умов, в яких виникають і функціонують порівнювальні

явища чи процеси; встановлення не тільки загальних рис і ознак, а й особливостей; порівняння процесів і явищ не лише у статиці, а й у динаміці [41]. На нашу, думку, перелічені принципи є актуальними і для дослідження публічно-управлінських відносин у сфері застосування ДРТ.

Оскільки трансфер технологій та інтернаціоналізація результатів досліджень у сучасному світі є дуже динамічними, для забезпечення актуальності та обґрунтованості дослідження вважаємо за потрібне окреслити і методологію наукових розробок у галузі управління охороною здоров'я, застосування ДРТ зокрема, в європейському та світовому наукових площинах. Наголосимо зразу, що західноєвропейська та американська (проамериканська) наукові школи управління, зокрема і охороною здоров'я, не тяжіють до сталої методології. Зазвичай методи дослідження та вихідні положення окреслюються на початку кожного дослідження окремо. Але ми спробуємо охарактеризувати загальні тенденції.

Коли мова йде про такий складний та багатокомпонентний об'єкт дослідження як управління охороною здоров'я та певною його галуззю, зокрема ДРТ, науковці всього світу основну увагу зосереджують на суспільстві та особистості у зв'язку з деякими основними соціальними та поведінковими теоріями і концепціями дослідження здоров'я та хвороб. Для дослідників важливо розуміти непрофесійні визначення та теорії здоров'я і хвороб, а чинники, що впливають на поведінку, під час вимірювання ефективності медичних послуг, а також розроблення медичних послуг, які мають на меті бути прийнятними для людей у фізіологічному, морально-психологічному та матеріальному сенсах. Немає змісту розробляти послуги або вимірювати результати медичної допомоги пацієнту без розуміння того, як переконання та очікування людей щодо здоров'я, хвороби та терапевтичних схем можуть суперечити переконанням та очікуванням медичних працівників (таким чином впливаючи на використання послуг та прихильність до терапії). Тим паче у такій чутливій сфері, як народження дитини, а особливо за неможливості народити без додаткового втручання.

Соціологи, які досліджують здоров'я та послуги охорони здоров'я, прагнуть зрозуміти сприйняття, поведінку та досвід людей у зв'язку зі здоров'ям і хворобою, їхній досвід медичної допомоги, їхні стратегії подолання та управління у зв'язку зі стресовими подіями (наприклад, хворобою), їхні суспільні реакції на хвороби та функціонування служб охорони здоров'я у зв'язку з їх впливом на людей. На думку осіб, які приймають управлінські рішення на державному та наддержавному рівнях, соціальні дослідження здоров'я мають велике відношення до досліджень інституційної спроможності служб охорони здоров'я, а також управління якістю медичних послуг, тому їх не слід відокремлювати від дослідження з управління [45].

Це має особливе значення для розуміння як процесу, так і результатів медичної та соціальної допомоги, включаючи ініціативи щодо зміцнення та профілактики здоров'я. Такі дослідження мають вагомий внесок, зокрема в оцінку медичних і соціальних потреб, вимірювання результатів, оцінених пацієнтом, і оцінку поглядів громадськості щодо пріоритетів у сфері охорони здоров'я. Наголосимо, що дослідження з поєднання медичних послуг і їх соціального супроводу застосовується вже і в українській науковій думці. Наприклад, О. Худоба, працюючи над проблематикою емпіричного обґрунтування державної політики протидії захворюванню на деменцію в Україні, наголошує на важливості надання саме медико-соціальних послуг [37, с. 134].

З іншого боку, деякі представники соціологічної школи управління вважають позитивізм оманливим. Вони стверджують, що людську поведінку неможливо виміряти кількісно, і що «реальність» соціально сконструйована через взаємодію індивідів та їхню інтерпретацію подій; тому дослідник повинен розуміти інтерпретації та досвід окремих людей. Вони дотримуються філософії феноменології та належать до «інтерпретаційної» школи думки. Перевага віддається якісним методам дослідження; наприклад, неструктуровані, глибинні інтерв'ю та спостереження. Так, теоретичні

перспективи впливають на вибір методу дослідження (якісного чи кількісного) [47, с.19].

Ми вже характеризували методологію конфліктологічного підходу до управління у сфері охорони здоров'я, подібний кластер методології існує в західноєвропейській науці і має назву варіативний. Він ґрунтується на варіативності у професійних медичних і непрофесійних (побутових) поглядах щодо певних проблем управління галуззю. Варіанти в поглядах не обмежуються непрофесійною громадськістю. Наприклад, невизначеність у сучасній медицині призвела до ситуацій, коли захворювання сприймаються як хвороби в одній країні, але не в інших, чи законодавчі заборони на певні процедури в межах проведення ДРТ в різних країнах є різними. Якісні та кількісні дослідження показали чіткі культурні відмінності в діагностичних критеріях і порогових медичних значеннях у всьому світі, а відповідно і в протоколах лікування.

Наприклад, за дослідженнями в США, більшість лікарів дотримується умовно «агресивної», інтервенціоністської позиції у наданні медичних послуг, тобто у разі виявлення проблеми працює принцип «зроби щось» (тобто, тіло людини розглядається як працюючий механізм, що піддається атаці ззовні чи внутрішньому збою, а медична послуга – це технологія, доступна для підтримки функціонування такого механізму), з високими показниками хірургічних втручань і діагностичних тестів, сильніших ліків (включно з безрецептурними) і широкого занепокоєння непрофесіоналів щодо вірусів. Повідомлялося, що Британія має менш інтервенціоністське ставлення, менше хірургічних операцій, менше тестів, менше ліків (окрім антибіотиків для незначних захворювань), хоча з вищим рівнем занепокоєння щодо кишківника. Німеччина мала вищі показники медичних консультацій, велике використання ліків і діагностичних технологій, і було визнано популярне занепокоєння щодо кровообігу та емоційних і духовних елементів хвороби. Французи, очевидно, більше поважали тіло як біологічний організм і надавали перевагу щадному

лікуванню: вони, швидше за все, використовували гомеопатію, наприклад, і призначали поживні речовини; була популярна тривога про печінку [53, с.32].

У науковому полі західноєвропейських країн, США та Канади щодо розробок управління охороною здоров'я досить активно застосовують ся теорія кризи та теорія запланованої поведінки. Теорія кризи, яка пов'язана з впливом зриву на людину, була застосована до здатності справлятися з проблемами. Теорія стверджує, що люди прагнуть до гомеостазу та рівноваги у своєму пристосуванні, і тому кризи самообмежуються. Процес подолання хвороби включає когнітивну оцінку серйозності та значущості хвороби, адаптаційні завдання (наприклад, лікування) і навички подолання. Визначаються три типи копінг-навички: копінг, орієнтований на оцінку, копінг, орієнтований на проблему, і копінг, орієнтований на емоції. Для управління відносинами у сфері застосування ДРТ ця теорія застосовується у контексті ставлення до проблем із зачаттям та виношуванням дитини одночасно як до довготривалої медичної і соціально-психологічної терапії [51, с.134].

Теорія запланованої поведінки зазначає, що на поведінку можуть впливати як соціальні структури, медичні технології, так і індивідуальні установки. Відповідно до теорії запланованої поведінки, не інвалідність передбачає те, що людина може зробити, а ставлення до неї. Намір є найважливішим попереднім фактором поведінки, на який впливають суб'єктивні норми (наприклад, вплив сім'ї та однолітків), ставлення, очікування майбутнього здоров'я та здібностей, самоефективності та сприйнятого контролю над ситуацією. Теорія також включає компоненти, які припускають, що люди не завжди мають повний контроль над своїми діями через зовнішні впливи, такі як фінансове становище та надання різноманітних схем / програм матеріальної підтримки за хворобою. Щодо управління у сфері застосування ДРТ ця теорія забезпечує вирішення питань доступності медичних послуг ДРТ для різних категорій населення через матеріальні, фізичні чи інфраструктурні чинники [53, с.58].

Модель процесу дій у сфері охорони здоров'я розробив Шварцер (1992), який бачив потребу в часовому елементі в розумінні переконань та поведінки щодо здоров'я. Ця модель також включає самоефективність як детермінант передбачуваної та фактичної поведінки, на додаток до критеріїв із попередніх моделей. Ця модель містить етап прийняття рішення (мотиваційний етап) і етап дії (планує ініціювати та підтримувати поведінку). Мотиваційний етап включає самоефективність (наприклад, впевненість у здатності виконувати поведінку), очікування результату (наприклад, переваги) та оцінку загрози (наприклад, переконання щодо тяжкості хвороби та особистої вразливості). Етап дії включає когнітивні (вольові), ситуаційні та поведінкові фактори, які визначають ініціацію та підтримку поведінки. Ця модель не враховує ірраціональність і зовнішній соціальний світ. Зазначимо, що на неї поклалися багато досліджень з управління охороною здоров'я до пандемії COVID-19. Але зараз багато експертів вважає за необхідним її переглянути та скорелювати з урахуванням значного впливу саме зовнішніх чинників.

Транстеоретична модель управління у сфері охорони здоров'я використовує часовий вимір (етапи конструкту зміни), щоб зв'язати разом концепції, взяті з низки теорій. Ця модель дослідження була розроблена для розуміння та сприяння змінам поведінки в контексті лікування наслідків куріння, а потім отримала розповсюдження й на дослідження в інших галузях охорони здоров'я. Модель була популярною у зміцненні здоров'я, хоча вона також викликала критику щодо її здатності інтегрувати соціальні та економічні фактори та обґрунтованості її побудови етапів змін [50, с.22].

Ще одним напрямом розвитку методології досліджень у всьому світі є методи економічної обґрунтованості медичних послуг. У зв'язку з тим, що нині наголошується на закупівлі медичних і соціальних послуг, які є ефективними, а також рентабельними, зростає потреба в тому, щоб політики, медичні працівники та управлінці, а також дослідники були обізнані з основними концепціями економіки охорони здоров'я. Існує відповідна потреба знати тип даних, які слід збирати для економічного аналізу. У цьому розділі описано

основні концепції та методи, які використовують економісти, а також типи даних, які потрібні для кожного з них. Дані про вартість складно зібрати, тому в дослідницьких проектах, спрямованих на оцінку витрат, а також медичних і соціальних результатів послуг, потрібна співпраця з професійним економістом охорони здоров'я.

Економічна оцінка у сфері охорони здоров'я має свої основи в економіці добробуту. Основне припущення економіки полягає в тому, що ресурси, доступні суспільству в цілому, є дефіцитними, і тому необхідно приймати рішення щодо їх найкращого використання. На думку економістів, ресурси використовуються найкраще, коли вони максимізують вигоду для суспільства. Це стосується охорони здоров'я так само, як і будь-якої іншої сфери ресурсів. Отже, економіка охорони здоров'я стосується того, як використовуються ресурси охорони здоров'я, щоб отримати найбільшу користь для населення. Це неминуче передбачає вибір між конкуруючими заявками на обмежені ресурси (наприклад, чи варто витратити ресурси на будівництво ще однієї громадської клініки чи на працевлаштування більшої кількості медсестер у наявних клініках?). Рішення мають враховувати те, від яких послуг потрібно відмовитися або які заплановані послуги відкласти, щоб оплатити альтернативу. Іншими словами, необхідно оцінити альтернативну вартість.

Основне припущення економічного аналізу полягає в тому, що «раціональні» особи чи організації діють на «ідеальному» ринку, де товари та послуги обмінюються на ресурси. «Ідеальний» ринок – це те, де багато покупців і продавців мають вільний вхід і вихід, усі організації прагнуть максимізувати прибуток, максимальний прибуток отримується, коли граничні витрати виробництва дорівнюють ринковій ціні та існує ситуація «досконалого знання». Таке знання необхідне, тому що люди повинні мати можливість здійснювати свідомий вибір, який досягає бажаного результату (їхній вибір, звичайно, обмежений наданими їм можливостями, які визначаються ціною та доходом, пов'язаними з проданою кількістю). Кажуть, що вони віддають перевагу товару чи послугі, які приносять задоволення (корисність), і вони

працюють над тим, щоб максимізувати цю корисність у світі, де фінансові ресурси обмежені. «Ідеальний» ринок не завжди досягається, і йому загрожують монополії (ситуація, в якій існує лише один виробник, який має владу впливати на ціну та може дискримінаційно встановлювати ціни на товари та послуги, продаючи різним покупцям за різними цінами), моносонії (це ситуація, в якій є один покупець) та олігополії (конкурують декілька виробників, а обсяг виробництва та ціни залежать від взаємовідносин між виробниками) [50, с. 38-42]. Запобігти такій ситуації та оперативно на них впливати і має публічне управління. Для управління відносинами у сфері ДРТ економічна методологія є досить важливою, оскільки в сучасній Україні цей сектор фінансується переважно за рахунок клієнтів, тому що державних програм вкрай мало.

Для визначення економічної доцільності медичних послуг, зокрема і з ДРТ, більшість експертів застосовує такий метод, як економічна оцінка (це порівняльний аналіз альтернатив з точки зору їх вартості та наслідків і може приймати різні форми). Економічна оцінка охоплює низку методів, але основні підходи (які включають мінімізацію витрат, аналіз ефективності витрат, аналіз витрат і вигод і аналіз витрат і корисності) передбачають систематичні підходи до ідентифікації та вимірювання витрат і наслідків конкретної послуги чи втручання. З іншого боку, багато економічних оцінок не підпадають під одну з перелічених вище складових. Наприклад, деякі дослідники повідомляють про низку витрат і наслідків, не намагаючись агрегувати витрати чи користь для здоров'я чи обчислити співвідношення витрат і ефективності. Цей підхід називається аналізом витрат і наслідків. Потім особа, яка приймає рішення чи покупець медичних послуг, повинна прийняти компроміси [51, с. 18-19]. Також застосовуються методи мінімізації витрат, ефективності витрат, шляхи подій, альтернативні витрати, дисконтування, аналіз витрат і корисності, аналіз витрат і корисності та зведені індекси здоров'я, виявлення цінностей тощо [47, с. 122-140].

Наголосимо ще на одній надзвичайно важливій проблемі для досліджень у галузі застосування ДРТ, властивій саме для України. Це катастрофічна відсутність статистичних даних. Для здійснення аналізу того, яким чином розвиваються соціально-економічні процеси цієї галузі надання медичних послуг, як саме здійснюється управління ними та суспільними відносинами у галузі застосування ДРТ, необхідно мати коректні вихідні дані та відомості для поточного контролю. Ситуація в Україні така, що переважну більшість послуг щодо застосування ДРТ у лікуванні безпліддя надають приватні клініки за кошти приватних осіб, до якого навіть на засадах субсидіарності не залучається фінансування за кошти державного бюджету. В Україні створене юридичне підґрунтя для такої діяльності, і воно є повністю легальним, законодавство у галузі застосування ДРТ є галузевим, досить широким у формулюванні, містить не деталізоване нормативно-правове регулювання.

Мова про сувору звітність та оприлюднення інформації про кількість проведених циклів і їх вартість йде лише у випадках застосування програм ДРТ за допомогою загальноукраїнської державної програми лікування безпліддя методами ДРТ за бюджетні кошти та програм, фінансування яких здійснюється за рахунок місцевих бюджетів. Приватні заклади охорони здоров'я не зобов'язані звітувати про кількість, вартість і характер наданих послуг щодо застосування ДРТ, і вони того не роблять переважно з міркувань конфіденційності та питань оподаткування, бо тоді легко зіставити кількість наданих послуг, їх вартість та задекларований дохід. Інформація приватними закладами охорони здоров'я викладається на їх офіційних веб-ресурсах хіба що з рекламною метою і подається у відсотках успішності проведених циклів ДРТ. Вся інша інформація щодо вартості послуги, кількості спроб, супутніх медичних і не медичних послугах тощо має уточнюватися клієнтами індивідуально [13,35,38].

Точні відомості у відкритому доступі ми можемо отримати тільки у випадках фінансування циклів ДРТ за кошти державного або місцевого бюджету. Це створює величезну проблему для принципу

науковообґрунтованості прийняття управлінських рішень та можливостей для коректного дослідження і формування обґрунтованих висновків наукового дослідження щодо публічного управління у сфері застосування ДРТ в Україні.

Підсумовуючи, наголосимо що коректна для дослідження процесів публічного управління у сфері застосування ДРТ методологія має виходити з розуміння багатокomпонентності та мультидисциплінарності об'єкта управління, системного та комплексного підходів до дослідження, а також динамічного поєднання методів дослідження застосування ДРТ як суспільного явища та медичної послуги одночасно.

Висновки до розділу 1

Встановлено, що сучасні підходи до управління у сфері репродуктивного здоров'я зумовлюються його змістом та складовою. У нашому дослідженні ми виходимо з позиції ВООЗ, яка трактує репродуктивне здоров'я людини як стан фізичного, розумового і соціального благополуччя, який характеризує здатність людини до: зачаття і народження дітей; можливості сексуальних стосунків без загрози захворювань, що передаються статевим шляхом; безпечної вагітності, пологів, виживання і здоров'я дитини; благополуччя матері; можливості планування наступних вагітностей, зокрема запобігання небажаній вагітності [66]. Відповідно наукові розробки цієї сфери охоплюють собою цілий комплекс соціальних, економічних, інформаційних та інших проблем. Саме тому ми обґрунтовуємо, що не можна зводити управлінські підходи у сфері репродуктивного здоров'я людини виключно до управління в галузі охорони здоров'я як медичної проблеми. Необхідним є включення до предметного поля питань соціального розвитку, доступності до послуг, прав людини, рівності та недискримінації, просвітницько-інформаційних заходів, освіти тощо.

Здійснений аналіз стану розробленості проблематики застосування допоміжних репродуктивних технологій в державницько-управлінському дискурсі зазначимо на рівномірності дослідженості різних її складових. У нашому дослідженні під допоміжними репродуктивними технологіями ми пропонуємо розуміти методики лікування безпліддя або процедури щодо медичного забезпечення зачаття дитини, 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*. Ми обґрунтовуємо, що предметне поле забезпечення ДРТ, на наш погляд, містить досягнення вітчизняної юриспруденції, зарубіжного досвіду управління сектором громадського здоров'я та застосування ДРТ, аналіз законодавства України, заходи інформаційного, освітнього та психологічного супроводу, соціально-економічної

підтримки, а також нормотворчої та правозастосовної практики для розробки ефективної та дієвої системи управління у галузі застосування ДРТ.

Серед магістральних напрямків наукового дискурсу щодо публічного управління у сфері застосування ДРТ, зміст яких окреслений в підрозділі, досить ґрунтовно розроблені (правове врегулювання, медичний туризм, розвиток ДРТ як медичної послуги в контексті реформування системи охорони здоров'я в Україні), вони активно обговорюються в практиці сучасного управління нашої країни та українській науці; а з іншого боку, є напрямки, які ще очікують осмислення з публічно-управлінських позицій (доступність та недискримінація, біоетика в розмаїтті її проблематик, роль аналітики даних і рішень в управлінні медичними послугами, фінансування програм підтримки застосування ДРТ тощо).

Аналіз вихідних методологічних засад розвитку публічного управління у сфері застосування програм допоміжних репродуктивних технологій в Україні виявив таке. Дослідження публічно-управлінських відносин у сфері застосування ДРТ має багатокomпонентний та мультидисциплінарний характер. Для дослідження проблематики доцільним є застосування мультидисциплінарної методології на засадах системного, структурно-функціонального, гуманістичного, інституціонального, діяльнісного, конфліктологічного, компаративного. До перспектив подальших розвідок у цьому напрямі можемо віднести деталізацію методів дослідження в межах окреслених методологічних підходів.

Визначено, що для успішного та коректного дослідження публічно-управлінських відносин у сфері застосування ДРТ необхідним є поєднання методів властивих для досліджень у галузях медицини, соціології, філософії, етики, управління, економіки. Саме динамічне поєднання методів дослідження застосування ДРТ як суспільного явища та медичної послуги одночасно здатне забезпечити коректні результати наукових розробок. Такий підхід властивий для досліджень управління у різних галузях охорони здоров'я у світі та відображається в сучасній українській науці.

Список використаних джерел до Розділу 1

1. Автономізація закладів охорони здоров'я. Реформа фінансування охорони здоров'я. URL: <http://healthreform.in.ua/autonomization>
2. Біоетичні проблеми сучасної медицини. Українська медична стоматологічна академія. Полтава 2020. URL: https://www.umsa.edu.ua/storage/kf_med/docs/dVzdhBWp2k30LScJRo4Vz8rAeJfdXIB8SFN9x0jA.pdf
3. Бородін Є., Макашов В. Управлінська діяльність щодо оздоровчої рухової активності населення у великих містах Європи: аналіз підходів. *Аспекти публічного управління*. Т. 8. № 6. 2020. URL: <https://aspects.org.ua/index.php/journal/article/view/841/818>
DOI: <https://doi.org/10.15421/1520120>
4. Бородін Є. І., Устимчук О. В. Модернізація організаційно-комунікаційних основ державного управління галуззю охорони здоров'я. *Ефективність державного управління* : зб. наук. пр. Вип. 2(63) : у 2 ч. Ч. 1 / за заг. ред. чл.-кор. НАН України В. С. Загорського, доц. А. В. Ліпенцева. Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2020. С. 88 – 103.
5. Бородін, Є., Моїсеєва, Л. Охорона громадського здоров'я як об'єкт державного управління. Державна політика у сфері боротьби з туберкульозом: світовий досвід. *Аспекти публічного управління*. 2022. 10(4), С. 13 – 22. <https://doi.org/10.15421/152222>
6. Вашеv О. Є., Рогова О. Г., Пустовойт Т. Б. Сучасні правові механізми реалізації державної політики реформування системи охорони здоров'я та проблеми формування галузі медичного права. Теорія та практика державного управління. 2014. Вип. 4. С. 197-204.
7. Гойда Н. Г., Бісярін О.Ю. Нормативно-правове регулювання діяльності служби планування сім'ї та збереження репродуктивного здоров'я. *Український медичний часопис*. № 4 (90) – VII/VIII 2012 г. : Актуально.

<https://www.umj.com.ua/article/38690/normativno-pravove-regulyuvannya-diyalnosti-sluzhbi-planuvannya-sim-i-ta-zberezhennya-reproduktivnogo-zdorov-ya>

8. Головащук А. П. Правове регулювання допоміжних репродуктивних технологій. Часопис Київського університету права. 2013. № 2. С. 189–191.

9. Григоренко О. В. Реалізація та захист прав фізичних осіб, що виникають при застосуванні допоміжних репродуктивних технологій: дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.03. Київ. 2016.

10. Дополнительный протокол к Конвенции о правах человека и биомедицине в области биомедицинских исследований. URL:http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/994_686

11. Загальна теорія здоров'я та здоров'я збереження : колективна монографія ; за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. Х. : Вид. Рожко С. Г., 2017. 488 с.

12. Захворювання репродуктивної сфери. URL: http://www.reprohealth.info/uk/for/men_and_women/diseases/infertility

13. Імпульс до зростання: огляд ринку приватних медичних послуг Харкова. URL : <https://pro-consulting.ua/ua/pressroom/impuls-k-rostu-obzorrynka-chastnyh-medicinskih-uslug-harkova>

14. Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини. URL: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/994_334

15. Малачинська, М. Й. (2022). Зміни у підходах та методології дослідження державного регулювання системи перинатальної допомоги в умовах війни. *Ефективність державного управління*, 4(73), 17–21. <https://doi.org/10.36930/507302>

16. Мачуга Н.З. Економічні важелі впливу на формування проякісної моделі системи охорони здоров'я України: концептуалізація та методологія: Монографія / Н.З. Мачуга. – Тернопіль: Крок, 2015. – 184 с.

17. Мачуга Н.З. Калькулювання собівартості медичних послуг в умовах формування ринку галузі / Н.З. Мачуга // Проблеми раціонального використання соціально-економічного та природно-ресурсного потенціалу

регіону: фінансова політика та інвестиції. – 2014. Випуск XX. – № 2. – С. 161-172.

18. Міністерство охорони здоров'я України. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. URL: <https://moz.gov.ua/strategija>

19. Муқан Н.В., Козловський Ю.М., Криштанович М.Ф. Концептуальні підходи до вдосконалення професійної підготовки майбутніх медичних сестер. *Інноваційна педагогіка*. 2020. Вип. 26. С. 148–151.

20. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України № 2801-ХІІ від 19.11.1992 зі змінами станом на 23.04.2021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

21. Прасол В.П. Механізми публічного управління розвитком недержавного сектора охорони суспільного здоров'я в Україні. Дис. на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління. Харків 2021. . URL: https://ipa.karazin.ua/wp-content/themes/education/filesforpages/science/dis_prosol_pod_ps.pdf

22. Про виконання Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року. URL: <http://rada.gov.ua/news/Novyny/136150.htm>

23. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України № 2168-VIII від 19.10.2017 зі змінами станом на 01.01.2021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>

24. Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1697-13>

25. Пугач Д. А. Тенденции развития административно-правового регулирования вспомогательных репродуктивных технологий в отечественном и зарубежном законодательстве. *Право и Закон*. 2017. № 4. С. 107–112. (Кыргызская Республика).

26. Пугач Д. О. Допоміжні репродуктивні технології: співвідношення приватно-правових і публічно-правових засад. *Науковий вісник Херсонського*

державного університету. Серія «Юридичні науки». 2017. Вип. 2. Т. 3. С. 112–117

27. Пугач Д. О. Перспективи гармонізації українського законодавства про допоміжні репродуктивні технології з нормами міжнародного права, права РЄ та права ЄС. Науковий вісник публічного та приватного права. 2016. Вип. 2. Т. 3. С. 205–210.

28. Пугач Д. О. Поняття та ознаки адміністративно-правового регулювання допоміжних репродуктивних технологій. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Право». 2016. Вип. 41. Т. 3. С. 161–166.

29. Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я : операційний посібник / В. Ляшко та ін. Київ : Центр громадського здоров'я МОЗ України. 2019. 60 с.

30. Семчук І. В., Кукель Г. С., Роледерс В. В. Впровадження нових підходів до управління закладами охорони здоров'я в умовах ринку. Ефективна економіка. 2020. № 5. – URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=7910> (дата звернення: 11.07.2021). DOI: 10.32702/2307-2105-2020.5.88

31. Сидорчук О.Г., Крук С.М. Соціально-економічні аспекти креативізації системи охорони здоров'я України. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2020. Вип. 30. С. 155-160.

32. Солоненко І. М., Рожкова І. В. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я : монографія. Київ : Вид-во «Фенікс», 2008. 276 с.

33. Солоненко І., Сабліна Л., Єна А. Сучасні та майбутні виклики для публічного управління у сфері охорони здоров'я. Збірник наукових праць Національної академії державного управління при Президентові України. 2020. Вип. 2. С. 100–109.

34. Терешкевич Г. Біоетика в системі охорони здоров'я і медичної освіти: Навч. посібник./ Г. Терешкевич. – Львів: Світ, 2008. – 344 с

35. Українська асоціація медичного туризму. URL: <https://uamt.com.ua/UA/>

36. Управління якістю медичної допомоги на локальному рівні. Департамент стандартизації медичних послуг ДП “Державний експертний центр МОЗ України”. 2017. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2017_08_28_1.pdf

37. Худоба О. Деменція: емпірична обґрунтованість державної політики в Україні [Текст] : монографія / Олександра Худоба ; Львів. регіон. ін-т держ. упр. Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. - Львів : Піраміда, 2019. - 427 с.

38. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Що варто знати про репродуктивне здоров'я 2020. URL: <https://www.phc.org.ua/news/scho-varto-znati-pro-reproduktivne-zdorovya>

39. Чечерський В.І. Співвідношення права людини на репродуктивне відтворення і репродуктивних прав людини. Науковий вісник Ужгородського національного університету, 2020. Серія ПРАВО. Випуск 61 том 1. DOI <https://doi.org/10.32782/2307-3322.61-1.12>

40. Юзько О. М. Сучасний стан репродуктивної медицини в Україні та роль Української асоціації репродуктивної медицини в її розвитку. Матеріали науч.-практ. конф., Донецьк, 2–5 лютого 2009. Донецьк, 2009. С. 9–10.

41. Юкало В. В. (2022). Методологічні підходи до дослідження проблематики публічного управління у сфері допоміжних репродуктивних технологій. Ефективність державного управління, (68/69), 65–73. <https://doi.org/10.36930/506806>

42. Юкало В.. Пріоритети політики охорони здоров'я в Україні в період війни (виклики для ДРТ). Міжнародна науково-практична конференція «Глобалізаційні виклики: урядування майбутнього» 26-27 травня 2023 року. КНУШ. с.12. URL: <https://ipacs.knu.ua/pages/osn/1/files/07b10594-6b8a-44d2-926a-bdc1efc3b3ea.pdf>

43. Aznar J, Tudela J. The Biological Status of the Early Human Embryo: When Does Human Life Begin? In Etheredge F. Conception: An Icon of the Beginning. EnRoute: St. Louis; 2019

44. Aznar, J., & Tudela, J. (2020). Bioethics of Assisted Reproductive Technology. IntechOpen. doi: 10.5772/intechopen.90727.
45. Banke-Thomas, A., Olorunsaiye, C.Z. & Yaya, S. “ ‘Leaving no one behind’ also includes taking the elderly along concerning their sexual and reproductive health and rights: a new focus for Reproductive Health”, *Reproductive Health* 17, Article number 101 (2020), 20 June 2020. URL: <https://assembly.coe.int/LifeRay/EGA/Pdf/TextesProvisoires/2023/20230123-ReproductiveRights-EN.pdf>
46. Borodin Yevgeniy, Havva Olena. Organization of Surgical Care for Ukrainian Military in Civil Medical Facilities: Dnipro Experience. *Archiv EuroMedica*. 2022. 12; sp: e1. DOI 10.35630/2022/12/sp.iss.4. URL: <http://journal-archiveuromedica.eu/archiv-euromedica-sp-2022/4-ORGANIZATION-OF-SURGICAL-CARE-FOR-UKRAINIAN-MILITARY-IN-CIVIL-MEDICAL-FACILITIES-DNIPRO-EXPERIENCE.html> (Web of Science)
47. Bowling Ann.(2014) Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services. 509 p. URL: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4374657/mod_resource/content/1/Research%20Methods%20in%20Health.pdf
48. Challenges and Opportunities of Healthcare Service Management in the Post-COVID-19 World. MDPI. Special Issue. 2022. URL: https://www.mdpi.com/journal/world/special_issues/healthcare_service_management
49. Cohen, JK, WHO releases first digital health guidelines, *Modern Healthcare*, 19 April 2019. See also WHO releases first guideline on digital health interventions, World Health Organization, News release, 17 April 2019. URL: <https://assembly.coe.int/LifeRay/EGA/Pdf/TextesProvisoires/2023/20230123-ReproductiveRights-EN.pdf>
50. Craig, J.V. and Smyth, R.L. (eds) (2007) *The Evidence-Based Practice Manual for Nurses*, 2nd edn. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.
51. Creswell, J.W. and Plano Clark, V.L. (2011) *Designing and Conducting Mixed Methods Research*, 2nd edn. Thousand Oaks, CA: Sage

52. Deloitte. Annual report 2019/20. Resilient leadership will guide us to a new normal. URL: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/dk/Documents/about-deloitte/Downloads/deloitte-annual-report-19-20.pdf>
53. Feeny, D. (2005) The health utilities index: a tool for assessing health benefits, *Patient Reported Outcomes*, 34: 2–6.
54. Goisis A, Remes H, Martikainen P, Klemetti R, Myrskylä M. Medically assisted reproduction and birth outcomes: A within-family analysis using Finnish population registers. *Lancet*. 2019;393:1225-1232
55. Innovative approaches to sexual and reproductive health and rights Report1 Committee on Equality and Non-Discrimination.Parliamentary Assembly Council of Europe. 2023. URL: <https://assembly.coe.int/LifeRay/EGA/Pdf/TextesProvisoires/2023/20230123-ReproductiveRights-EN.pdf>
56. Karen Trister Grace and Jocelyn C. Anderson, “Reproductive Coercion: A Systematic Review”, *Trauma, Violence, & Abuse*, Vol. 19, Issue 4, October 2018. URL: <https://assembly.coe.int/LifeRay/EGA/Pdf/TextesProvisoires/2023/>
57. Kryshchanovych M., Kotyk T., Tiurina T., Kovrei D., Dzhandan H. Pedagogical and Psychological Aspects of the Implementation of Model of the Value Attitude to Health. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*. 2020. Vol. 11, iss. 2, sup.1. P. 127-138.
58. Livi Bacci, Massimo (2020). Mortality crises in a historical perspective: The European experience. In *The Mortality Crisis in Transitional Economies*, G.A. Cornia and R. Panizza, eds., pp. 38-58. Oxford University Press.
59. López, Elsa (2006). La fecundidad adolescente en la Argentina: desigualdades y desafíos. *Encrucijadas*, vol. 39, pp. 24–31.
60. Malnis, Soledad (2018). Posiciones docentes frente a la ESI: algunos desafíos para la capacitación continua. *Revista de Ciencias Sociales*, vol. 4, No. 7, pp. 1–26.

61. Matysiak, Anna, Sobotka Tomáš and Daniele Vignoli (2021). The great recession and fertility in Europe: A sub-national analysis. *European Journal of Population*, vol. 37, No. 1, pp. 29-64. doi: 10.1007/s10680020-09556-y.

62. McDonald SD, Han Z, Mulla S, Murphy KE, Beyene J, Ohlsson A, et al. Preterm birth and low birth weight among in vitro fertilization singletons: A systematic review and meta-analyses. *The European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2009;146:13

63. Nadiia Kalashnyk, Volodymyr Yukalo, Mariia Yukalo, Bohdana Meduna, Hretta Hukova-Kushnir. (2022) Changing Public Policy Emphasis: Aspects of Ethics and Publicity in Health Care. *AD ALTA-JOURNAL OF INTERDISCIPLINARY RESEARCH*. 2022 Secondary Paper Section: AE, AG, AQ. P. 240-243. http://www.magnanimitas.cz/ADALTA/120125/papers/A_43.pdf (WoS)

64. Organization for Economic and Co-operation and Development (OECD) (2020). Tackling coronavirus (COVID-19): Contributing to the global effort. Available at: www.oecd.org/dac/development-assistancecommittee/daccovid19statement.htm.

65. Sam Rowlands, Susan Walker, “Reproductive control by others: means, perpetrators and effects”, *BMJ Sexual and Reproductive Health*, Vol 45-1, 2019. URL: <https://assembly.coe.int/LifeRay/EGA/Pdf/TextesProvisoires/2023/20230123-ReproductiveRights-EN.pdf>

66. United Nations Population Fund (UNFPA) (2021b). Impact of COVID-19 on Family Planning: What we know one year into the pandemic. Available at www.unfpa.org/resources/impact-covid-19-familyplanning-what-we-know-one-year-pandemic.

67. World Population Policies 2015. ST/ESA/SER.A/374. Available at www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.developmentdesa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un_2015_worldpopulationpolicies.pdf.

68. World Population Policies 2021 Policies: related to fertility. United Nations New York, 2021. URL:

https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesapd_2021_wpp-fertility_policies.pdf

69. Yukalo, V., & Yukalo, M.(2020). Right to Health under the Pandemic Conditions: Individual - State Cooperation and Interconnectedness. *Postmodern Openings*, 11(1Supl2), 177-187. <https://doi.org/10.18662/po/11.1sup2/> 150 (WoS)

РОЗДІЛ 2

ЗАСТОСУВАННЯ ПРОГРАМИ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В УКРАЇНІ: СТАН ТА ПРОБЛЕМИ

2.1. Аналіз сучасного стану застосування програм допоміжних репродуктивних технологій в Україні

Гостра необхідність у вивченні системи органів державного управління, їх видів та властивих для них повноважень у сфері регулювання ДРТ спричинено низькою ефективністю публічного адміністрування у цій сфері, зокрема гальмуванням реформи охорони здоров'я, у тому числі репродуктивного. У цьому розділі ми аналізуватимемо стан такого регулювання, його об'єктивні та суб'єктивні причини

Публічно-управлінська дискусія у сфері захисту репродуктивного здоров'я в Україні нині тісно пов'язаний з дискурсом про національну безпеку. У стратегії демографічного розвитку підвищення рівня народжуваності заявлено як необхідна умова «національного розвитку і благополуччя», а його зниження розглядається як основна «загроза національній безпеці» [45, с.162]. На жаль, строк дії цієї стратегії вже завершився. Але вона заклала підґрунтя до розуміння в державному управлінні, що репродуктивне здоров'я населення, в тому числі і застосування ДРТ, створення для цього інституційного та правового механізму регулювання, а також суспільної підтримки стають сегментами стратегій держави, націлених на регулювання народжуваності та демографічної політики.

Експерти стверджують, що нині у публічно-управлінському дискурсі спостерігається невідповідність між відстоюванням «традиційних сімейних цінностей» та гучними заявами про підтримку материнства і реальною державною політикою боротьби з безпліддям. Ця невідповідність проявляється у низці чинників, як-от відсутності уваги до соціально-економічних причин безпліддя, недостатній фінансовій підтримці з боку держави щодо забезпечення

ДРТ, наявність корупції під час прийняття рішення про залучення та джерел фінансування ДРТ, малодоступність ДРТ, низький рівень компетентності медичних працівників тощо.

Наявність зазначених чинників свідчить про певний дисонанс у системі органів влади, що формують та реалізують державну політику у сфері застосування ДРТ. Науковці виробили основні ознаки, що характеризують за видом діяльності органи державного управління (Рис. 5).



Рис. 5. Основні ознаки, що характеризують за видом діяльності органи державного управління [6, с.45-47; 1,с.68]

Звісно ж, що ці ознаки повною мірою застосовані у характеристиці державних органів управління застосуванням ДРТ. Наголосимо, що метою їх діяльності є забезпечення доступності населення до гарантованої державою медичної послуги, у тому числі застосування ДРТ. Зважаючи на уже зазначене, для забезпечення високої (вищої ніж зараз) ефективності публічного управління та адміністрування відносин у сфері застосування допоміжних репродуктивних технологій дуже важливо чітко визначити систему суб'єктів формування та

реалізації державної політики у сфері, а також управління у сфері застосування програм допоміжних репродуктивних технологій в Україні. Пояснимо чому.

Аналіз управлінського поля застосування програм допоміжних репродуктивних технологій в Україні підтверджує таку ситуацію. Більшість науковців та експертів-практиків погоджуються з тим, що суб'єкти, які беруть участь у формуванні державної політики у сфері застосування ДРТ та забезпечення заходів її забезпечення, – це інституції, які визначені в Конституції та законах України, або дії суб'єктів ринку медичних послуг і інституцій громадянського суспільства, яка не заборонена.

Діяльність цих суб'єктів у межах правового поля у широкому розумінні спрямована на утвердження та забезпечення реалізації політики у сфері охорони здоров'я, перш за все репродуктивного. З огляду на чисельність сфер, у яких діють такі суб'єкти у сфері застосування програм допоміжних репродуктивних технологій в Україні, має місце, відповідно, і їх розгалужена система. Водночас зазначимо, що у цьому напрямі є значні проблеми, оскільки до сьогоднішнього дня у дослідженнях з публічного управління все ще не сформовано цілісної системи розуміння та визначення суб'єктів, відповідальних за управління застосування ДРТ.

У переважній більшості випадків такі суб'єкти або просто перелічуються за певною ознакою, або об'єднуються до двох груп – загальні та спеціальні суб'єкти. Аналіз чинних нормативно-правових актів, що встановлюють повноваження вищих органів влади та посадових осіб, демонструє, що саме вони є головними суб'єктами формування та реалізації державної політики загалом і стратегії державного регулювання відносин у сфері охорони здоров'я зокрема [6, с. 165]. Питання реалізації передані на локальний рівень.

Особливе місце в системі органів державної влади, які здійснюють регулювання відносин у сфері забезпечення ДРТ, належить Верховній Раді України як єдиному законодавчому органу держави. Засади регулювання всієї сфери охорони здоров'я, у тому числі сфери допоміжних репродуктивних технологій відповідно до ст. 92 Конституції України встановлюються виключно

законами Верховної Ради України [12]. Відповідно до ст. 13 Основ охорони здоров'я Верховна Рада визначає засади державної політики охорони здоров'я шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, основних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, фіскальних, митних та інших регуляторів, затвердження переліку комплексних і цільових загальнодержавних програм охорони здоров'я [20]. Можна зробити висновок, що вихідні засади формування та реалізації державної політики у сфері застосування допоміжних репродуктивних технологій формуються саме цим суб'єктом – Верховною Радою України.

Серед суб'єктів забезпечення використання ДРТ істотна роль належить органам виконавчої влади, які здійснюють функції державного управління економічним, соціально-культурним й адміністративно-політичним будівництвом, забезпечують реалізацію державної політики у різних галузях суспільного життя, у тому числі у сфері охорони здоров'я. Як відомо, вищим органом у системі органів виконавчої влади є Кабінет Міністрів України (КМУ). До повноважень КМУ у сферах соціальної політики, охорони здоров'я, освіти, науки, культури, спорту, туризму, охорони навколишнього природного середовища та ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій належить:

забезпечення підготовки проектів законів щодо державних соціальних стандартів і соціальних гарантій;

проведення державної політики у сферах охорони здоров'я, санітарно-епідемічного благополуччя, охорони материнства та дитинства, освіти, фізичної культури і доступність для громадян послуг медичних, освітніх та фізкультурно-оздоровчих закладів [38].

Відповідно до аналізу повноважень КМУ та ВРУ ці органи державної влади відносять до органів загальних повноважень, проте питання стратегій демократичного розвитку, загального порядку фінансування, регулювання найважливіших норм, як-от введення в правове поле самих понять «допоміжні

репродуктивні технології», «біологічне посттравматичне батьківство/материнство», «замінне материнство», визначення загальних правил формування цільових програм, порядок залучення бюджетних чи донорських коштів тощо, є їхньою компетенцією.

Спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я та з питань забезпечення прав пацієнтів є Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ України). Відповідно до Положення про МОЗ України, затвердженого постановою КМУ від 25 березня 2015 р. № 267, МОЗ України є головним органом у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, протидії ВІЛ-інфекції / Сніду та іншим соціально небезпечним захворюванням, забезпечує формування та реалізацію державної політики у сфері створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів і медичних виробів, у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, протидії їх незаконному обігу, а також забезпечує формування державної політики у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення [33].

З метою забезпечення прав пацієнта МОЗ України здійснює організацію медичної допомоги на первинному, вторинному та третинному рівні, організацію надання медичної допомоги за спеціальностями, у тому числі з використанням телемедицини. Виходячи з переліченого, у сфері застосування ДРТ МОЗ України затверджує порядки застосування трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людині; медичного обстеження донора, умови взяття крові та (або) її компонентів; переліки органів людини, анатомічних утворень, тканин, їх компонентів і фрагментів та фетальних матеріалів, дозволених до вилучення в донора-трупа й мертвого плода людини [Там само].

Нині в нашій державі базовим нормативно-правовим актом, виданим МОЗ України у галузі використання ДРТ, є наказ «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні» [34] від 9 вересня 2013 р. № 787. Це нормативно-правовий акт, який визнав

нечинним наказ МОЗ України «Про затвердження Інструкції про порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій» № 771 2008 року [31]. На той час він містив низку нових положень, хоча, на думку експертів, докорінних змін у сфері забезпечення ДРТ так і не відбулося. Про це опосередковано свідчить той факт, що Порядок направлення жінок для проведення першого курсу лікування безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій за абсолютними показаннями за бюджетні кошти, затверджений наказом МОЗ 29.11.2004 року № 579 діє і досі у редакції зі змінами 2019 року [34]. Отже, в глобальному сенсі структура залишилася така сама, як і була на початку 2000-х років.

Також до управлінських функцій МОЗ України належить затвердження галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, зокрема МОЗ врегульовує клінічні протоколи і стандарти; форми первинної облікової документації, яка використовується в закладах охорони здоров'я незалежно від рівня надання медичної допомоги і форми власності, порядок її видачі та заповнення; критерії та стандарти державної акредитації закладів охорони здоров'я; умови провадження господарської діяльності із зайняття народною медициною. Крім того, МОЗ України затверджує порядки застосування методів профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та лікарських засобів; надання медичної допомоги різних видів; проведення патолого-анатомічного розтину; проведення попередніх і періодичних психіатричних оглядів; застосування трансплантації органів та інших крові та її компонентів; визначення критеріїв перинатального періоду, живонароджуваності тощо [33].

Окрім МОЗ України, повноваження у сфері використання ДРТ можуть здійснювати інші центральні органи виконавчої влади, які мають у своєму віданні заклади охорони здоров'я та визначають структуру управління ними. Треба зазначити, що окрім безпосередньо надання медичних послуг із застосування ДРТ, існує цілий спектр державних послуг, що забезпечує законність, фінансування, відповідальність за порушення у цій сфері, дотримання прав пацієнта тощо. Отже, можна говорити про можливість впливу

на формування та реалізацію державної політики у сфері застосування ДРТ Міністерства фінансів України, Міністерства юстиції України, Міністерства внутрішніх справ України, органів прокуратури України, судів тощо.

Наголосимо, що у майбутньому є шанс реорганізації управлінської інфраструктури в системі МОЗ у сфері застосування ДРТ. Такий підхід до управління пропонує проєкт Закону про застосування допоміжних репродуктивних технологій та заміне материнство 6475-2 від 13.01.2022 року. В законопроекті йдеться про «Центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, у сфері застосування допоміжних репродуктивних технологій та замінного материнства» [30]. Поки що важко оцінити, чи буде це підструктура у складі МОЗ, чи певний окремий орган, але функції йому пропонують надати досить широкі, зокрема:

1) забезпечує формування та реалізацію державної політики та вносить Кабінету Міністрів України пропозиції щодо її вдосконалення;

2) затверджує: порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій; перелік медичних показань та медичних протипоказань до застосування допоміжних репродуктивних технологій, а також порядок проведення медичних огляду та обстеження пацієнта, відносно якого передбачається застосування допоміжних репродуктивних технологій; перелік медичних протипоказань для донорів репродуктивних клітин, репродуктивних тканин та порядок проведення медичного огляду донора; перелік медичних показань та протипоказань для проведення редукції ембріонів, порядок її проведення та форму заяви на проведення редукції ембріонів; форму заяви пацієнта/пацієнтів щодо застосування допоміжних репродуктивних технологій; форму письмової поінформованої згоди потенційного донора перед початком донації; порядок кріоконсервації репродуктивних клітин, репродуктивних тканин та ембріонів, строки їх зберігання та порядок їх утилізації; перелік захворювань, при яких допускається вибір статі майбутньої дитини під час застосування допоміжних репродуктивних технологій;

3) здійснює контроль за дотриманням галузевих стандартів при застосуванні допоміжних репродуктивних технологій;

4) здійснює інші повноваження відповідно до Конституції України, запропонованого Закону та інших законів України [30].

Новелою є введення до сфери управління відносинами щодо застосування ДРТ ще й центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізацію державної політики з питань сім'ї та дітей, у сфері замінного материнства. Передбачається, що він здійснюватиме такі повноваження:

облік іноземців, які бажають скористатись послугами замінного материнства в Україні, а також перевіряє надані документи та інформацію щодо відсутності підстав для відмови таким особам у наданні таких послуг; здійснює інші повноваження відповідно до Конституції України, цього Закону та інших законів України [30]. Зауважимо, що нині в Україні такої статистики не ведеться. Законопроект 07.02.2023 року пройшов слухання у першому читанні.

Суб'єктами формування та реалізації державної політики у сфері застосування ДРТ є і місцеві органи виконавчої влади, до яких належать місцеві державні адміністрації на рівні областей, районів областей, районів Автономної Республіки Крим, міст Києва та Севастополя [40]. Місцеві державні адміністрації покликані забезпечувати комплексний розвиток території, захищати права та законні інтереси громадян, у тому числі й у сфері охорони здоров'я. Це знаходить своє відображення у положенні статті 22 Закону України «Про місцеві державні адміністрації» від 9 квітня 1999 р. № 586-XIV з доповненнями та змінами [40].

На практиці ж у їх складі утворені та функціонують департаменти (управління) охорони здоров'я при обласних державних адміністраціях, Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, департамент охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації та управління охорони здоров'я Севастопольської міської державної адміністрації. Безпосереднє управління у сфері забезпечення використання ДРТ здійснюється

шляхом керівництва санітарно-профілактичними, лікувально-профілактичними, санаторно-курортними, науково-медичними та іншими закладами охорони здоров'я.

Хочемо наголосити на специфіці воєнного стану, коли замість місцевих адміністрацій створили обласні (місцеві) військові адміністрації (ОВА). Зазначимо, що їх функціональне наповнення фактично дуже різниться залежно від місця знаходження на території України. Вздовж лінії активних бойових дій та лінії тимчасової окупації функції та повноваження ОВА є майже необмеженими, але чітко сфокусованими на військові потреби. Проблеми застосування ДРТ не входять до кола їх першочергових завдань. Компенсує цей пробіл надання медичних послуг діяльність місцевих державних адміністрацій інших областей, які поступово вчаться налагоджувати «мирне повсякденне життя» в умовах загроз та воєнного стану, і реагують на запити суспільства, зокрема й щодо розвитку ДРТ.

Наступною ланкою в застосуванні програм допоміжних репродуктивних технологій в Україні є безпосередньо заклади охорони здоров'я. Нормативне визначення поняття «заклад охорони здоров'я» міститься у статті 3 Основ законодавства України про охорони здоров'я, відповідно до якої заклад охорони здоров'я являє собою юридичну особу будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, основним завданням яких є забезпечення медичного обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників. До закладів охорони здоров'я належать лікарні як базова ланка практичної медицини, поліклініки, спеціалізовані диспансери, пологові будинки, санітарно-епідеміологічні центри, станції екстреної (швидкої) допомоги, медико-санітарні частини установ і закладів та інші [21]. Тобто ці суб'єкти вже можна віднести до безпосередніх впровадників державної політики у сфері застосування ДРТ та надавачами послуг.

Важливим є формат взаємодії місцевих органів влади за закладів охорони здоров'я. Сьогодні в Україні він певним чином залежить від джерел

фінансування закладу. Якщо заклад охорони здоров'я отримує фінансування з державного / місцевого бюджету за однакового нормативно-правового підґрунтя вплив органів влади є значно відчутнішим, аніж у разі фінансування за кошти фізичних та юридичних осіб без бюджетних дотацій.

Серед суб'єктів забезпечення використання ДРТ особливе значення мають недержавні організації, вплив яких на відносини, які складаються у сфері охорони здоров'я, є невід'ємним атрибутом громадянського суспільства. Їх відсутність або мінімальне застосування вказують на нерозвиненість основних інститутів демократії, відстороненість основної частини населення від процесів формування й реалізації державної політики [2, с. 167]. В Україні діє низка недержавних організацій, які безпосередньо займаються захистом прав пацієнтів, серед них: Всеукраїнська рада захисту прав та безпеки пацієнтів, фонд «Медицина і право», Київський правозахисний альянс, Всеукраїнська громадська організація «Фундація медичного права та біоетики України», Українська асоціація репродуктивної медицини, Асоціація підприємств із організаційно-правового супроводу програм допоміжних репродуктивних технологій та інші. Відповідно до статутів основною метою діяльності цих організацій є:

- підтримка принципів законності, порозуміння, відкритості, добросовісної конкуренції, професійної етики та біоетики у сфері надання послуг щодо забезпечення програм ДРТ;
- протидія зайвій комерціалізації галузі послуг з лікування безпліддя та організаційного забезпечення програм із застосуванням ДРТ;
- унеможливлення діяльності на ринку послуг у галузі репродуктивної медицини недобросовісних посередників, які порушують законодавство та недотримуються норм суспільної моралі, біоетики, професійної етики;
- забезпечення для жінок та чоловіків рівних репродуктивних прав, зокрема можливість мати дитину особам, які не перебувають у офіційно

zareєстрованому шлюбі, чи є саодинокими, недопущення будь-яких форм дискримінації;

- вдосконалення нормативно-правового забезпечення процесів регулювання надання послуг у сфері репродуктивної медицини, протидія проведенню програм ДРТ, які завідомо порушують вимоги чинного законодавства України, засади моралі та етики, не гарантують дотримання прав народженої (народжених) за допомогою ДРТ дитини (дітей);

- забезпечення високого рівня професійних стандартів якості медичних послуг та обслуговування замовників програм ДРТ, зокрема громадян інших країн;

- захист законних інтересів, прав і свобод усіх учасників програм ДРТ (особливо прав донорів та сурогатних матерів);

- сприяння створенню позитивного іміджу України як правової соціальної держави;

- сприяння розвитку ринку якісних медичних послуг в Україні [укладено та систематизовано автором на основі джерел 51; 56; 63].

Захист прав пацієнта може здійснюватися в неюрисдикційній (самозахист своїх прав і законних інтересів) і юрисдикційній (у спеціальному адміністративному порядку або, за загальним правилом, у судовому порядку) формах. Найважливішого значення у сучасному українському суспільстві у сфері реалізації державної політики забезпечення ДРТ набувають питання цивільно-правового захисту прав пацієнтів та дитини. Зважаючи на норму Основного Закону держави про те, що коаний має право захищати свої права й свободи всіма засобами, не забороненими законом, з погляду доцільності викладу основних способів захисту прав пацієнтів їх можна поділити на досудові й судові. Тобто, певним чином до суб'єктів реалізації державної політики у сфері забезпечення ДРТ можна віднести й громадян.

Повномасштабне військове вторгнення росії в Україну у лютому 2022 року стало викликом для нашої держави, всіх її структурних компонентів, зокрема й української системи охорони здоров'я. Але оперативне реагування

влади, швидке прийняття необхідних рішень, у тому числі з боку МОЗ України, сприяли майже безперервному забезпеченню українців необхідними медичними послугами, життєво важливими ліками. Не зважаючи на воєнні дії, українці продовжують отримувати необхідну медичну допомогу, а лікарі – виконувати свої професійні обов'язки.

В Україні реєструють спад народжуваності у 2022 році. Так, з початку війни, за відомостями, зареєстрованими в електронній системі здоров'я, у 2022 році завагітніли трішки більше ніж 69 тис. жінок, тоді як у 2021 році було більше ніж 146 тис. Нині в Україні кожна п'ята пара не може завагітніти самостійно [7]. Водночас заклади охорони здоров'я, які надають медичні послуги із застосуванням ДРТ, свідчать про збільшення звернень і пропонують безкоштовні чи дисконтні ЕКЗ-програми для військових. З початком війни очікувалося, що відбудеться зниження кількості звернень щодо репродуктивних медичних послуг із застосуванням ДРТ, але тенденція виявилася іншою. На 2023 рік за Загальноукраїнською державною програмою лікування безпліддя методами ДРТ за бюджетні кошти заплановано надати послуги 573 жінкам. До початку війни Загальноукраїнською державною програмою лікування безпліддя методами ДРТ мали право скористатися одружені пари до 40 років, у яких був чітко визначений діагноз (трубний фактор непліддя). У 2023 році цією програмою мають можливість скористатися пари з будь-яким фактором безпліддя (тобто МОЗ зняв певні обмеження у діагнозах щодо застосування програм ДРТ за державний кошт), а також ті, в яких було в анамнезі ЕКЗ (що раніше не практикувалося на рівні державних програм).

Зазначимо, що кожного року державною програмою тільки на Вінниччині користуються у середньому понад 20 пар [17]. Також діє програма, за якою одну спробу ЕКЗ оплачує держава. Скористатися послугами можна на вибір у трьох центрах репродуктології – у Києві (Клініка репродуктивних технологій НУОЗ ім. П. Л. Шупика), в Івано-Франківську (Прикарпатський центр репродукції людини) та у Харкові (Український медичний центр акушерства,

гінекології та репродуктології). Проте на державне ЕКЗ звертається мало пар (за 2022 рік лише 200) через те їх дуже мало скеровують з регіонів [24].

Також на Львівщині діє Комплексна програма підтримки галузі охорони здоров'я Львівської області на 2021 – 2025 роки, яка передбачила на 2023 рік компенсацію парам оплати послуг з ДРТ за рахунок міжнародних донорів [11]. Про будь-які результати ще говорити зарано, але з початком війни маємо вже позитивні зрушення у напрямках взаємодії та активності місцевих органів влади щодо започаткування та впровадження програм ДРТ. Також має місце послаблення регуляторної політики МОЗ щодо критеріїв відбору для участі в таких програмах.

Існує й інший бік проблематики. Змінився акцент надання медичних послуг в Україні. Основна увага сконцентрована на перебудову системи охорони здоров'я відповідно до сучасних умов. Система охорони здоров'я працює і дає відсіч на своєму фронті, вона переформатована і переведена на військові рейки. Боротьба з російськими загарбниками триває. Те, як швидко наша країна зможе перемогти ворога, залежить від багатьох факторів, зокрема, і від того, як усі системи в державі підтримуватимуть Збройні Сили, медиків та один одного.

За перше півріччя 2022 року, після початку війни, створено велику кількість корисних сервісів, що інформує про надання допомоги, переважно медичного чи організаційного характеру, які доступні на різних офіційних ресурсах. Зазначені сервіси покликані забезпечити потребу населення та органів влади в інформації про стан системи охорони здоров'я в умовах воєнного часу (рис. 6).

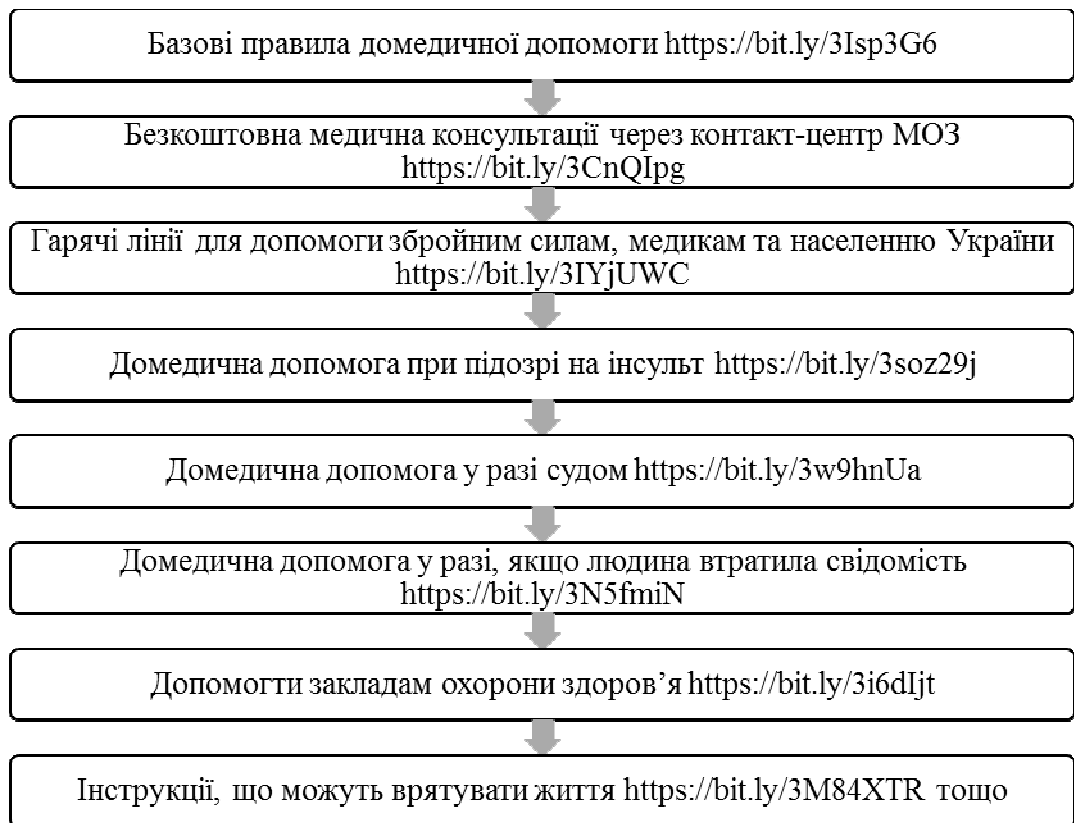


Рис. 6. Сервіси забезпечення потреби населення та органів влади в інформації про стан системи охорони здоров'я в умовах воєнного часу [14]

Окрім військових завдань, залишається весь спектр проблем надання медичних послуг населенню не тільки екстреного порядку. Війна не тільки не вирішила, але й посилила наявні до того проблеми, як-от: хронічне обмеження фінансування галузі охорони здоров'я в країні, надійність механізмів впливу на якість медичних послуг та управління цими процесами.

Проблеми змін принципів взаємодії людини і держави в ракурсі реалізації права на здоров'я набагато ширші за сферу охорони здоров'я. Соціальне здоров'я людини та суспільства містить у собі аспекти гідного рівня життя, роботи, харчування та навколишньої інфраструктури, доступу до різних (не лише екстрених) медичних та соціальних послуг, реалізацію духовних та соціальних потреб тощо. Тобто, у реалізацію права на здоров'я залучені крім самої людини та держави, бізнес, сектор спорту, освіта, індустрія розваг, релігійні громади тощо.

Реалізація медичної реформи, що відбувається вже декілька років, перейшла з етапу прийняття регуляторних актів, семінарів, зустрічей і роз'яснень до етапу фактичної зміни моделі фінансування надання медичної допомоги. Ці зміни виявили проблемні моменти поєднання медичної реформи і процесу децентралізації та утворення громад. Ця проблема не оминула і галузь репродуктивного здоров'я, зокрема й застосування програм ДРТ.

Назріло декілька системних проблемних блоків щодо прав і обов'язків громад у контексті медичної реформи. Одним з ключових організаційних питань є поєднання права громадянина на якісну, безпечну, доступну медичну допомогу, вибір закладу охорони здоров'я та лікаря з обов'язками територіальної громади забезпечити медичну інфраструктуру. В регіонах дуже часто виникають запитання, що робити, коли будується амбулаторія (облаштовуються кабінети/пункти, закуповується обладнання) і відсутня можливість запросити лікаря і забезпечити його роботою.

У цьому розділі ми зазначали, що заклади охорони здоров'я, які залучені до програм ДРТ за Загальноукраїнською державною програмою лікування безпліддя методами ДРТ за бюджетні кошти, а це Клініка репродуктивних технологій НУОЗ ім. П. Л. Шупика в Києві, Український медичний центр акушерства, гінекології та репродуктології в Харкові, Прикарпатський центр репродукції людини в Івано-Франківську, однією з причин невеликої кількості звернень по послугу зазначають те, що мало пар скеровують з регіонів. Однією з проблем є відсутність фахівців необхідного профілю на первинній чи вторинних ланках системи охорони здоров'я, або низький рівень їх кваліфікації для правильного встановлення діагнозу.

Це є значною проблемою. За даними Державної служби статистики України, за результатами 2019 року, брак лікарів первинної ланки становив 30-35% залежно від регіону [47]. Сільське населення нині становить 30,7% від загальної кількості населення України [7]. Зазначені частки є приблизно однакові. На жаль, Державна служба статистики не вказує на розподілені нестачі лікарів первинної ланки між сільським та міським населенням в межах

областей [4]. З іншого боку, експерти наголошують на тому, що лікарі надають перевагу роботі у містах. Відповідно територіальні громади, особливо неспроможні, побоюються, що вони не зможуть вчасно долучити у громади лікарів первинної ланки. З початком війни кадровий потенціал медичних працівників різного рівня кваліфікації та його розподіл по території України значно змінився. Маємо переміщення людей від лінії активних бойових дій в області Центру та Заходу України. Зазначимо, що фахівці з репродуктивних технологій охоче беруть на роботу і за межами України. Нині в Україні основний попит є на парамедиків, сімейних лікарів, терапевтів і держава готова підтримувати ці напрями, фахівці з репродуктивного здоров'я шукають роботу самостійно.

Нині в Україні чи не найгострішим проблемним питанням є доступність надання первинної медичної допомоги та медичних послуг як таких. Відповідно до спільного наказу МОЗ та Мінрегіону «Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги» в мирний час спроможна мережа закладів охорони здоров'я формується за рівнем доступності – відстанями до семи кілометрів по дорогах з твердим покриттям [35]. У тому самому документі визначається необхідність урахування наявності транспорту загального користування та відповідних маршрутів для транспортування пацієнтів. Отже, населення та виконавчі органи територіальних громад турбує визначена в Порядку доступність до семи кілометрів та вимога до якості дороги і транспорту загального користування, тому що вони не зовсім розуміють, як вони можуть діставатися до лікаря. Для багатьох людей в сільській місцевості піша доступність сім кілометрів є занадто великою, а службовий транспорт для сімейного лікаря або розгалужені / часті маршрути транспорту загального користування є не у всіх територіальних громадах. Це питання лишається відкритим, і дуже багато говорять про збереження фельдшерів як найбільш необхідних спеціалістів у селі. Фельдшер зараз може працювати лише у складі лікарської практики, і якщо не буде фінансування на практику, то не буде і фельдшера. І в разі

наявного фінансування від НСЗУ, чи ділитися коштами з фельдшером, чи ні – вирішуватиме лікар.

Зауважимо, що норма ця є чинною і стосується первинної медичної допомоги. Для вторинної та третинної медичної допомоги (сюди належить і ДРТ) мінімальні межі доступності не встановлені, найчастіше послуги доступні в обласних центрах, а закладів охорони здоров'я, які здійснюють ДРТ за Загальноукраїнською державною програмою лікування безпліддя методами ДРТ за бюджетні кошти, всього три (Київ, Харків, Івано-Франківськ), є ще регіональні програми (як-от Львів). Але це критично мало для потреб України.

Відповідно до положень реформи сільська, селищна, міська територіальна громада може розширити мережу, найняти фахівців, поставити спеціальне обладнання тощо, створювати інші місцеві стимули. Але це можливо лише, якщо це спроможна громада. З іншого боку, не всі громади спроможні забезпечувати програму додаткових місцевих стимулів. Враховуючи, що система охорони здоров'я є частиною соціального захисту населення, і доступ до первинної медичної допомоги має бути забезпечено для 100% населення, але інші рівні медичної допомоги забезпечуються за можливості. Тому навіть первинний огляд, діагностика, встановлення діагнозу, створення комісії для направлення на програму ДРТ тощо стають не тільки моральним та фізичним викликом, але й серйозним фінансовим та логістичним випробуванням.

Вкрай важливим є забезпечення якісної медичної допомоги і в дотаційних громадах. Голови громад ставлять питання таким чином: вони витрачають кошти на створення інфраструктури, а значна кількість населення не має лікаря, бо в нього обслуговується половина іншої громади, він має подвійне підпорядкування до місцевих органів влади та до НСЗУ, і має право це робити. Такі ризики справді існують, вони лишаються відкритими і не врегульованими. Зобов'язати лікаря надавати медичні послуги пацієнтам певної громади в обов'язковому порядку є протизаконним. Так само як і вимога або наполеглива рекомендація для населення звернутися до конкретного лікаря. Законом

закріплений вільний вибір лікаря. З точки зору медичної реформи загалом це є правильно, з точки зору реформи децентралізації – це порушення прав громад. Якщо в межах територіальної громади щось створюється, надаються лікареві додаткові гарантії, то абсолютно не зрозуміло, чому лікар заробляє гроші у сусідній громаді й не забезпечує медичною допомогою там, де він територіально є. Тобто, виникають певні законодавчі колізії, які досі лишаються відкритими.

Аналізуючи сучасний стан застосування програм ДРТ в Україні, не можна не наголосити на тому, що не вирішеною залишається проблема як інформаційної підтримки реформи системи охорони здоров'я в цілому, так і програм застосування ДРТ, їх сприйняття населенням та формуванням нових алгоритмів збереження власного репродуктивного здоров'я, можливостей подолання безпліддя за допомогою ДРТ. У суспільстві сформувалася стійка звичка звертатися до лікаря не планово, а у критичній ситуації, і люди не можуть змінити цю звичку за один день. Також важким для сприйняття є обов'язок громадянина піклуватися про власне здоров'я та здоров'я дітей, проходити профілактичні огляди [21, с.65]. Більшість населення навіть не знає, що це законодавчо закріплено як обов'язок. Тож має бути якісна інформаційно-соціальна кампанія. Необхідно закликати людей дбати про своє здоров'я і доносити інформацію, що сімейний лікар або гінеколог – це не лікар екстреної служби чи фахівець вузької спеціалізації, тому люди повинні навчитися звертатися вчасно та до фахівця за профілем.

Окремим блоком проблемних питань є врахування специфіки регіонів / територій. Під час формулювання вихідних положень медичної реформи йшлося про навантаження на лікаря первинної ланки 1,5 – 2 тис. осіб, але такий підхід не враховує низку чинників. У подальшому були враховані чинники вікового складу населення регіону та особливості гірської місцевості [53]. Проте повинен бути врахований і коефіцієнт внутрішньої міграції, наприклад курортні населені пункти у Південних регіонах влітку та в Карпатах взимку, туристичних осередків, тимчасової міграції на свята або переїзд у зв'язку із

навчанням. Вказані чинники можуть суттєво перевантажити лікарів первинної ланки надання медичної допомоги, і ці питання треба вирішувати. З першого погляду здається, що вказана специфіка не стосується проблем застосування ДРТ. Ми не згодні з такою позицією. У Розділі 1 ми детально розглядали підходи до ДРТ та репродуктивного здоров'я у фаховому середовищі. Складовою репродуктивного здоров'я є і соціальна складова, спосіб життя, стан організму в цілому, відсутність супутніх хвороб тощо. Отже, опосередковано налагодження дієвої та адекватної потребам мережі надання медичних послуг загального характеру, з одного боку, є чинником запобігання проблем з репродуктивним здоров'ям, а з іншого – складовою системи, що робить застосування ДРТ доступнішим для людей, які вирішили ними скористатися.

Підсумовуючи, зазначимо, по-перше, не зважаючи на виклики війни, медична реформа продовжується. По-друге, впровадження медичної реформи не є ізольованим процесом у зоні відповідальності виключно Міністерства охорони здоров'я та Національної служби здоров'я. Процеси створення належної інфраструктури, фінансового, ресурсного забезпечення, логістичної організації тощо, особливо у сільській місцевості, залежать від успішності реалізації адміністративної реформи, розвитку спроможних громад, навіть в таких важких умовах, в яких Україна перебуває зараз.

Ще один чинник, на який ми хочемо звернути увагу, аналізуючи сучасний стан застосування програм ДРТ в Україні, – це немедичні послуги, які з ними пов'язані. Оскільки значна частина з таких послуг пов'язана з адміністративними послугами, ми вважаємо, що вони також мають потрапляти в коло регулювання з боку публічного управління. Ми проаналізували запити на послуги та послуги, які пропонують у зв'язку зі супроводом застосування ДРТ у приватному секторі (тут не йдеться про застосування Загальноукраїнської державної програми лікування безпліддя методами ДРТ за бюджетні кошти та регіональної програми), і виявили такі тенденції (Рис. 7).

Найчастіше щодо супроводу впровадження програм ДРТ замовляють такі немедичні послуги:	розробку й укладення нормативно-правових договорів (контрактів) між учасниками програми застосування ДРТ;
	розробку та підписання інформаційно-правових документів (згод, документів про конфіденційність, розголошення чи не розголошення інформації тощо);
	вибір та супровід оптимального для кожного випадку окремо способу легалізації прав потенційних батьків/ одного з батьків;
	допомога у легалізації документів (коли батьки або один з батьків іноземці), допомога у вирішенні проблемних ситуацій у правоохоронних органах, органах влади, консульствах, міграційній службі тощо;
	допомогу в оформленні необхідних медичних, реєстраційних і інших документів;
	юридичний супровід під час зустрічей і спілкування учасників ДРТ;
	партнерська юридична дорога в реєстрації новонароджених у країні проживання їх батьків;
	досудове врегулювання конфліктних ситуацій пов'язаних із застосуванням ДРТ та дотримання прав всіх сторін угод учасниками програми застосування ДРТ;
	представлення інтересів сурогатних матерів і генетичних батьків в суді;
	допомога у вирішенні побутових питань щодо організації проживання та перебування сурогатних матерів на період програм ДРТ, контроль за дотримання ними умов угод.

Рис. 7. Актуальні немедичні послуги щодо супроводу програм ДРТ

Як бачимо, спектр послуг є досить широким і більшість з них пов'язано з юридичними, адміністративними або представницькими функціями. Тому потребують врегулювання.

Аналіз сучасного стану застосування програм ДРТ в Україні демонструє величезний розрив між потребою у програмах подолання безпліддя за допомогою таких програм в Україні та їх наявною кількістю. Переважно застосування програм ДРТ нині в Україні здійснюється в секторі надання медичних послуг приватними закладами охорони здоров'я, а кількість циклів, які покриваються Загальноукраїнською державною програмою лікування безпліддя методами ДРТ за бюджетні кошти та регіональні програми, є в декілька десятків разів менша ніж в приватному секторі. Інфраструктура для

застосування державних та регіональних програм ДРТ за бюджетні кошти в мінімальному обсязі існує, але має низький рівень доступності, інформаційно-просвітницького супроводу та звужений (порівняно з приватним сектором) перелік послуг. Війна в Україні ще більш ускладнила доступ до програм ДРТ, хоча фінансування на 2023 рік було виділено. З іншого боку, в приватному секторі попит на програми ДРТ навіть збільшився.

Маємо дві значні законодавчі ініціативи, які допоможуть врегулювати галузь суспільних відносин щодо застосування програм ДРТ – Проєкт Закону № 6475-2 від 13.01.2022 року «Про застосування допоміжних репродуктивних технологій та заміне материнство» та Проєкт Закону № 8011 від 08.09.2022 року «Про внесення змін та доповнень до деяких законів України з метою забезпечення прав учасників війни на біологічне посттравматичне батьківство/материнство». Але доки вони в процесі розгляду, Україна користується старими нормативними актами (2004 та 2013 років) з недосконалою процедурою та значною кількістю прогалин, і лише частково адаптованими до реалій медичної реформи.

2.2. Методи публічного управління у сфері застосування програм допоміжних репродуктивних технологій в Україні

Воєнні дії, що тривають на території України, вимагають швидких дій з боку багатьох секторів суспільства, державних та міжнародних структур. Люди повинні прийняти та зрозуміти нові моделі поведінки, які диктують сучасні умови загроз для всієї системи гарантування права на життя та права на здоров'я у короткостроковій та довгострокових перспективах. Нині криза національних систем охорони здоров'я та міжнародного співробітництва у цій сфері, які виявилися не готовими до таких масштабних викликів, вимагають не лише ресурсів у медичній сфері (засоби гігієни, ліки, людські ресурси, обладнання тощо), а переосмислення базових підходів до розуміння здоров'я

людини та здоров'я суспільства. Знову наголосимо, що кризу спровокувала пандемія COVID-19, а поглибило її в Україні повномасштабне вторгнення Російської Федерації, супутні з ним міграційні, соціально-економічні та інші процеси, до яких ми, зокрема, відносимо і зміну векторів та темпів реформування системи охорони здоров'я, а відповідно і ринку надання медичних послуг.

Не зважаючи на кризи, ключовими категоріями для переосмислення залишаються право на життя та право на здоров'я (в контексті застосування програм ДРТ важливим є рівність у доступі, можливість цього доступу в принципі). Безумовно, залишається в пріоритеті та фокусі особливої уваги право на життя в умовах наявності прямої загрози для нього. Але за її відсутності сам факт оголошення воєнного стану не може звужувати обсяг реалізації прав, зокрема і права на якісні і доступні медичні послуги (лікування безпліддя за допомогою ДРТ є невід'ємною частиною).

Ми не помилково винесли у назву цього підрозділу методи публічного врядування у сфері застосування програм ДРТ в Україні. Для аналізу того, яким чином здійснюється управління суспільними відносинами в галузі застосування ДРТ, маємо чітко усвідомлювати – нині переважну більшість циклів ДРТ проводять в Україні приватні клініки, без участі фінансування за кошти державного бюджету, за наявності галузевого не деталізованого нормативно-правового регулювання. Про чітку і прозору звітність ми можемо говорити тільки щодо застосування програм ДРТ за допомогою Загальноукраїнської державної програми лікування безпліддя методами ДРТ за бюджетні кошти та регіональних програм. Заклади охорони здоров'я приватної форми власності добровільно не діляться подібною інформацією і не подають статистичних даних (хіба що у рекламних цілях на своїх сайтах).

Характеризуючи методи публічного управління в будь-якій галузі, ми в Розділі 1 вже наголошували на нестійкості, певним чином нерозробленості установленної методології щодо процесів саме публічного управління. Набагато краще в українському державницько-управлінському дискурсі розроблені

питання державного управління. Тут ми погодимося з уже прийнятим для нашого наукового простору визначенням методів державного управління як способів владного впливу державних органів на процеси суспільного і державного розвитку, на діяльність державних структур і конкретних посадових осіб [9, с. 398]. Зрозуміло, що методи державного управління безпосередньо пов'язані з практичною реалізацією державної влади, її керуючим впливом на об'єкти державного управління відповідно до інтересів і волі держави, із забезпеченням реалізації цілей і функцій державного управління, оскільки в них містяться механізми встановлення взаємовідносин між суб'єктом і об'єктом державного управління, реалізації компетенції суб'єктів державного управління відповідно до їх владно-управлінських повноважень. У механізмах державного управління важливе значення надається методам, що стимулюють, активізують та спрямовують на досягнення поставлених цілей. Методи державного управління зазвичай об'єднують у такі групи: морально-етичні, соціально-політичні, економічні та адміністративні [9, с.399].

З іншого боку, ми вже наголошували, що в сучасній ситуації в Україні найбільш активними «гравцями» та агентами змін у суспільних відносинах щодо застосування ДРТ є безпосередньо саме суспільство, яке формує попит на медичні та немедичні послуги, пов'язані із застосуванням ДРТ, приватні заклади охорони здоров'я, інституції громадянського суспільства, які відстоюють права тих чи інших груп населення. Правове регулювання (де провідна роль належить державі) існує, але воно досить неконкретне та застаріле (основні регулюючі акти 2004 року та 2013 року). Говорити про цілеспрямовану інформаційну або соціальну політику щодо розвитку репродуктивного здоров'я, зокрема й у напрямі застосування ДРТ, важко. Тому мова скоріше йде про методи адміністрування окремих суб'єктів публічно-управлінських відносин в заданому державою руслі. Державний компонент ми не ігноруємо та визнаємо.

Відповідно, звертаючись до змісту процесів управління суспільними відносинами у сфері застосування ДРТ, ми поділяємо позицію А. Колодій, яка вивчала різні аспекти суспільного регулювання та дійшла такого висновку. Публічне врядування і публічне адміністрування є двома різновидами управлінської діяльності інституцій публічної влади, завдяки яким держава та громадянське суспільство забезпечують самокерованість (самоврядність) усієї суспільної системи та її розвиток у певному, визначеному напрямку. Публічне врядування та публічне адміністрування взаємно доповнювані та щільно пов'язані між собою види управлінської діяльності. Називаючи їх, у посткомуністичних країнах переважно говорять про «державне управління», тоді як у більшості демократичних країн вживають терміни «врядування» та «публічне адміністрування». Врядування дорівнює виробленню і здійсненню публічної політики, де публічність означає, що це є справою суспільства (в цілому або через інституції громадянського суспільства), громади, кожного її члена, а не лише офіційних уповноважених осіб. Суб'єктами врядування є владні структури та окремі політики (політичні діячі і політичні посадовці), насамперед виконавча влада, але не тільки – необхідність перетворення проектів найбільш значущих рішень на закони робить співучасником врядування законодавчий орган. Публічне адміністрування тоді виступає як технічна складова врядування, що має здійснюватись на професійній (неполітичній) основі і чим далі, тим більше звертатиметься до залучення недержавних партнерів для спільного вирішення проблем, що постають у цій сфері управлінської діяльності [9, с. 489-491].

Саме тому, враховуючи провідну роль недержавного сектору в управлінні суспільними процесами щодо здійснення програм ДРТ в сучасній Україні, вважаємо за доцільне говорити саме про методи публічного врядування у цій галузі. Проте не втрачається у цьому контексті зміст процесів управління, як-от способів цілеспрямованого владного впливу державних органів (різного рівня управління) на процеси розвитку суспільства і держави, а також

функціонування державних і недержавних структур, їхніх відповідальних посадових осіб.

Спираючись на аналіз повноважень органів державної влади різних рівнів, можна зазначити, що система суб'єктів формування та реалізації державної політики у сфері застосування допоміжних репродуктивних технологій складається з органів спеціальних та загальних повноважень, безпосереднього та опосередкованого впливу, суб'єктів, які належать до органів державної влади, інституцій громадянського суспільства, надавачів послуг державного та недержавного сектору і населення як суб'єкта, що формує суспільний запит. З іншого боку, системі суб'єктів формування та реалізації державної політики у сфері застосування ДРТ не вистачає налагодженої взаємодії та тісної співпраці між суб'єктами. Характер взаємовідносин в системі цих суб'єктів будується скоріше на конфлікті та реакції на нього (тобто органи державної влади активно діють тільки у разі виникнення претензій у когось із суб'єктів, або порушення прав) або дистанційного контролю.

Пам'ятаючи, що публічне адміністрування є органічною частиною публічного врядування, визначимо методи публічного врядування для галузі застосування ДРТ. Методами публічного адміністрування є певні способи практичного виконання суб'єктами публічної адміністрації своїх адміністративних зобов'язань, що відповідають характеру й обсягу наданої їм компетенції. За своїми ознаками метод публічного адміністрування є засобом цілеспрямованого владного впливу на суспільство [2].

Отже, таке його розуміння робить методи публічного адміністрування дуже близькими за змістом із методом правового регулювання суспільних відносин. Зазначимо, що ця схожість полягає в тому, що всі вони здійснюють регулюючі функції в суспільстві і є засобами регулюючого впливу (через адміністративно-правові дозволи, приписи, заборони, стандартизацію поведінки чи діяльності тощо). Методи публічного адміністрування містять методи адміністративно-правового регулювання. Але це їх не ототожнює. З

іншого боку, у правовій площині метод публічного адміністрування та метод правового регулювання можуть і співпасти. Важливо пам'ятати, що правове регулювання завжди нормативне, а методи публічного адміністрування є, переважно, індивідуалізованими, і є не тільки правовими, а містять ще моральні, економічні та інші складові. Плюс індивідуалізація прийняття управлінського рішення в окремому випадку. Що ж до методів публічного управління, то правове регулювання задає алгоритміку дій, але цей алгоритм може доповнюватися іншими складовими чи навіть змінюватися під тиском зовнішніх та внутрішніх чинників.

Отже, можна сказати, що методи публічного врядування можна розуміти як засоби цілеспрямованого впливу на суспільство через практичне виконання уповноваженими суб'єктами своїх адміністративно-управлінських зобов'язань відповідно до їхньої компетенції. В контексті застосування програм ДРТ це одночасно стосується державного та недержавного сектору.

Детальніше аналізуючи методи публічного врядування застосування програм ДРТ, розглянемо методи правового врегулювання. Алгоритміка дій у процесі застосування програм ДРТ в Україні задається низкою нормативно-правових актів. Зокрема, відповідні положення закріплені у Сімейному кодексі України, а саме у статті 123, де регламентовано визначення походження дитини, народженої за допомогою ДРТ [49]. Положенням частини сьомої статті 281 Цивільного кодексу України (у редакції 2019 р.) визначено коло осіб, які мають право на проведення ДРТ: «повнолітні жінка або чоловік мають право за медичними показаннями на проведення щодо них лікувальних програм ДРТ згідно з порядком та умовами, встановленими законодавством» [57]. Відповідно до статті 48 Основ законодавства України про охорону здоров'я застосування штучного запліднення та імплантації ембріона здійснюється згідно з умовами та порядком, встановленими МОЗ України, за медичними показаннями повнолітньої жінки, з якою проводиться така дія, за умов наявності письмової згоди подружжя, забезпечення анонімності донора та

збереження лікарської таємниці [20]. Це що стосується загальних вихідних положень.

Галузеве законодавство деталізує ці положення. Наказом МОЗ України від 19.11.2004 № 579 «Про затвердження порядку направлення жінок для проведення першого курсу лікування безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій за абсолютними показниками за бюджетні кошти» (у редакції 2019 року) затверджено, що перший курс лікування безпліддя методами ДРТ жінкам у віці 19 – 40 років здійснюється за абсолютними показаннями [23]. Наказ МОЗ України від 09.09.2013 № 787 «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні» висвітлює питання обсягу обстеження осіб, до яких застосовуються лікувальні програми ДРТ, методики лікування ДРТ, сурогатне (замінне) материнство, кріоконсервація, редукція ембріонів тощо [34]. У 2023 році діють ті самі правові методи публічного врядування, що й майже двадцять років тому.

Що стосується організаційних методів публічного врядування щодо застосування ДРТ механізм реалізації програми ДРТ за державний кошт такий. Рішення щодо лікування безплідності методами ДРТ у відповідних державних закладах охорони здоров'я приймає Комісія МОЗ України щодо проведення відбору пацієнток з абсолютними показаннями для проведення першого курсу лікування безплідності методами ДРТ за бюджетні кошти (далі – Комісія) на підставі висновку головного позаштатного спеціаліста МОЗ України із спеціальності «акушерство і гінекологія» з урахуванням протипоказань.

Склад Комісії та її чисельність затверджуються наказом МОЗ України. У разі потреби Комісія має право тимчасово залучати до своєї роботи спеціалістів закладів охорони здоров'я за погодженням з їх керівниками. Висновок головного позаштатного спеціаліста МОЗ України із спеціальності «акушерство і гінекологія» про необхідність проведення курсу лікування безплідності методами ДРТ приймається з урахуванням рішення регіональних комісії МОЗ обласного рівня / м. Київ / м. Севастополь за встановленою формою, наявності медичної документації за встановленим переліком.

Регіональна комісія відповідного органу охорони здоров'я протягом одного місяця після звернення пацієнтки розглядає питання обґрунтованості лікування безплідності методами ДРТ і в разі прийняття позитивного рішення направляє ці документи, підготовлені в установленому порядку, до Комісії [узагальнення 23; 34].

У разі позитивного рішення Комісії видається наказ МОЗ України, який є підставою для забезпечення лікування пацієнтки методами ДРТ за бюджетні кошти у визначених державних закладах охорони здоров'я. Нагадаємо, їх в Україні три – у Києві, Харкові та Івано-Франківську. Створення, фінансування та підтримку таких закладів охорони здоров'я, ми б віднесли до методів інституційної підтримки програм ДРТ.

Що стосується методів публічного врядування контролю та фінансової звітності – МОЗ України щорічно в установленому порядку подає Міністерству фінансів України в складі інформації про виконання паспортів бюджетних програм відповідну інформацію про використання коштів на реалізацію комплексних заходів щодо заохочення народжуваності [34].

Що стосується методів публічного врядування у сфері застосування програм ДРТ в Україні у розширеному розумінні, то мова піде скоріш про формування та реалізацію державної політики у сфері охорони репродуктивного здоров'я та планування сім'ї в умовах політичних і соціально-економічних перетворень. Ми детально розглядали це питання в одній з наших фахових статей [60], тому зупинимося лише на основних моментах.

Від 1991 року видано понад 100 указів Президента України та постанов КМУ, які стосуються нагальних проблем охорони здоров'я населення. Ми не будемо перелічувати всі. Серед них найвагоміших для розвитку суспільних відносин щодо регулювання ДРТ є укази Президента України «Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України» від 08.08.2000 № 963/2000 [28], «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України» від 07.12.2000 № 1313/2000 [39], «Про заходи щодо заохочення народжуваності в Україні» від 03.01.2002 № 5/2002 [37] тощо. В

указах регламентуються заходи у галузі, а розпорядження КМУ від 01.07.2002 № 355-р «Про затвердження комплексних заходів щодо заохочування народжуваності на 2002 – 2007 роки» [32] регламентує план їх реалізації. Нас зазначені документи цікавлять саме тому, що вони заклали підґрунтя для чинних регуляторних норм та існуючих алгоритмів прийняття управлінських рішень у сфері застосування ДРТ в Україні.

Фундаментальним документом щодо збереження репродуктивного здоров'я стала Державна програма «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року», затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2006 № 1849 [8]. Вирішення найважливіших медико-соціальних проблем стосовно ефективності заходів збереження і зміцнення репродуктивного здоров'я у площині міжсекторального підходу передбачено Міжгалузеву комплексною програмою «Здоров'я нації» на 2002 – 2011 роки. До їх реалізації залучено 18 міністерств та державних комітетів, Національну академію наук України та Національну академію медичних наук України [13].

Після їх реалізації були зроблені спроби прийняти Загальнодержавну програму «Репродуктивне здоров'я нації на період 2017-2021 рр.», але вона так і залишилася на етапі громадського обговорення. Що стосується методів публічного врядування, які передбачалися в ній щодо застосування програм ДРТ, пропонувалося лише «удосконалити законодавчу базу лікування безпліддя методами ДРТ» [10].

Прикладом спроб методами публічного врядування сприяти розбудові системи охорони репродуктивного здоров'я в Україні є розбудова мережі служби планування сім'ї (далі – системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я). Наказом МОЗ України від 04.08.2006 № 539 «Про організацію діяльності служби планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні» [41] була створена відповідна інституція. Цим документом були затверджені Методичні рекомендації щодо організації служби планування сім'ї та низка Примірних положень про структурні підрозділи служби планування сім'ї, їх керівників та основні посади лікарів. Служба планування

сім'ї мала забезпечувати окремим особам та подружнім парам досягнення певних репродуктивних результатів і запобігання небажаній вагітності, народження бажаних дітей, регулювання перерви між вагітностями, контроль за вибором часу народження дитини, залежно від віку батьків та інших факторів, визначення кількості дітей у сім'ї. Служба планування сім'ї в Україні включала комплекс медико-організаційних робіт, який спрямований на формування у підлітків та молоді безпечної статевої поведінки, зацікавленості у збереженні та поліпшенні здоров'я, основ відповідального батьківства, тобто основою діяльності служби планування сім'ї було, насамперед, цілеспрямована робота з формування у молоді статевої культури та підготовки її до створення здорової сім'ї.

Мережа служби планування сім'ї мало визначатися відповідно до рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я із розрахунку один кабінет служби планування сім'ї на 10 тис. населення. Організація діяльності служби планування сім'ї в Україні з питань формування репродуктивного здоров'я здійснювалося спільно зі службами освіти на будь-якому структурно-організаційному рівні завдяки створенню та затвердженню спільних програм відповідно до вікової категорії. Результативність діяльності служби планування сім'ї багато у чому залежала від спільної діяльності з іншими медичними службами. Безпосередньо до питань застосування програм ДРТ вона не була залучена, але приклад її створення демонструє можливі інституційні методи публічного врядування в цій сфері суспільних відносин під керівництвом МОЗ України з акцентом не виключно на медичні послуги, а на медико-організаційні послуги, як прописано в Положенні про службу планування сім'ї [41].

У 2013 році МОЗ України скасувало службу планування сім'ї та реорганізувало її у мережу системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я, яка складається з Державного центру планування сім'ї та репродуктивного здоров'я, чії функції були покладені на Державну установу «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології Національної академії медичних наук України»; центри планування сім'ї та репродуктивного

здоров'я; кабінети планування сім'ї та репродуктивного здоров'я [43]. В інституційному плані цей наказ є кроком назад у порівнянні з можливостями служби планування сім'ї, але його нормативний супровід дає уявлення про можливості публічного врядування у галузі репродуктивного здоров'я.

Діяльність структурних підрозділів системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я передбачає і організацію медичної допомоги пацієнтам з безпліддям. Передбачається, що у центрах планування сім'ї та репродукції людини і кабінетах планування сім'ї здійснюється моніторинг осіб або подружніх пар з безпліддям та надається медична допомога пацієнтам з жіночим та чоловічим безпліддям відповідно до встановлених медичних стандартів. У центрах планування сім'ї та репродукції людини ведеться реєстр безплідних подружніх пар, які скеровуються на лікування, у тому числі і допоміжними репродуктивними технологіями [43]. Але вже тут має місце неузгодженість, оскільки Порядком направлення жінок для проведення першого курсу лікування безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій за абсолютними показниками за бюджетні кошти» [23] та Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні» [34] така інституція в алгоритмі призначення програм ДРТ за державний кошт не передбачена.

Можна підбити підсумок, що у державному секторі нині в Україні застосовуються або створені передумови для функціонування організаційних, правового регулювання, фінансової звітності та контролю, стандартизації медичної послуги, фінансування (Мінфін та регіони), інституційних (весь спектр заходів щодо функціонування державних / комунальних закладів охорони здоров'я, які здійснюють програми ДРТ, служб та структурних підрозділів системи охорони репродуктивного здоров'я), освітньо-просвітницьких, консультативних методів публічного врядування застосування програм ДРТ. Питання полягає в реальності застосування цих методів, їх ефективності та дієвості.

Що стосується недержавного сектору публічного управління, то їх участь у врядуванні суспільних відносин щодо застосування ДРТ полягає переважно у двох напрямках: формування суспільного запиту (об'єктивним показником чого є кількість звернень та запитуваність медичних послуг з ДРТ) та спонукання органів влади до законодавчого врегулювання тих чи інших аспектів суспільних відносин цієї галузі. Останнє реалізується через законопроекти.

На сьогодні в Україні зареєстровано сім різних законопроектів, якими хочуть врегулювати сферу надання медичних послуг із застосуванням ДРТ. Вони є на різних стадіях розгляду, їх проходження в парламенті триває від декількох років до декількох місяців.

Перший – законопроект «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України (щодо захисту прав дітей при використанні допоміжних репродуктивних технологій)» № 8625. Його подали народні депутати О. Білозір, І. Сисоєнко і М. Лаврик. Законопроект має на меті заборонити використання абсолютно всіх методик лікування безпліддя для іноземних громадян, окрім тих, хто постійно проживає на території України. Оскільки значна кількість пацієнтів приватних закладів охорони здоров'я, які надають послуги з ДРТ, є саме іноземці, то законопроект викликав значний ажіотаж у професійному середовищі. Також ним пропонують ввести поняття примусового використання жінки для перенесення ембріону людини з метою народження дитини з тим, щоб захистити жінку від примушення до згоди стати сурогатною матір'ю. Якщо за законопроект проголосують, то це буде каратися кримінальним законодавством. Але більшість експертів зазначають, що зазвичай жінка йде на сурогатне материнство добровільно. Насамперед, звісно, для заробітку, тому про примус тут говорити не доцільно [25].

Другий робочий документ – «Про реалізацію репродуктивних прав і допоміжну репродукцію людини». Його пропонує Всеукраїнська фундація компаній з організаційно-правового забезпечення програм ДРТ, до якої належать здебільшого посередники у наданні медичних та немедичних послуг, пов'язаних із застосуванням програм ДРТ. Пропонується запровадити

ліцензування для посередників у наданні послуг у сфері допоміжної репродукції людини – агенцій сурогатного материнства (на зразок ліцензій для туроператора). Також мова йде про створення органу державної влади, який буде здійснювати контрольні функції щодо надання медичних та супровідних функцій. Законопроект існує з 2011 року. Його планували допрацювати і подати до Верховної Ради України в кінці серпня 2018 року. Законопроект оцінюють як ліберальний, бо він не передбачає заборон і обмежень для іноземців щодо використання методів ДРТ в Україні .

Від інших цей законопроект відрізняє й те, що він передбачає саморегулювання медичної діяльності з надання послуг у сфері ДРТ. Мається на увазі, що в установленому законодавством порядку створюються саморегульовані організації, що об'єднують суб'єктів професійної діяльності в цій сфері та здійснюватимуть такі основні функції: сприятимуть в розробці професійних стандартів з надання медичних послуг у сфері ДРТ; здійснюватимуть аналіз діяльності організацій, які надають послуги щодо застосування ДРТ на підставі інформації, наданої ними в саморегульовану організацію у формі звітів відповідно до порядку, встановленого установчими документами такої організації; представлятимуть інтереси членів саморегульованої організації в їхніх відносинах з органами державної влади України та органами місцевого самоврядування; братимуть участь в розробці етичних і правових норм, що регулюють правовідносини при застосуванні методів ДРТ; організовуватимуть професійне навчання та підвищення кваліфікації членів саморегульованої організації [42]. Тобто, зразу передбачається дуже сильна роль інституцій громадянського суспільства та самих надавачів послуг в цій сфері, яка перебиратиме, чи, як мінімум, складатиме конкуренцію функціям МОЗ.

Ще один законопроект «Про допоміжні репродуктивні технології» № 8629 пропонує Українська асоціація репродуктивної медицини, до якої належить більшість клінік репродуктивної медицини. Його зареєстрували у ВРУ 19 липня 2018 року. Законопроект регулює окремі практичні аспекти ДРТ:

саму термінологію сурогатного материнства, ембріона, генетичних батьків, правову регламентацію всіх методик ДРТ тощо. Також порушує питання долі заморожених репродуктивних клітин (в тому числі ембріонів), оскільки нема процедури та порядку розпорядження замороженими (кріоконсервованими) репродуктивними клітинами у разі, наприклад, розлучення подружньої пари, якій належать ембріони, або смерті особи, що залишила свої заморожені репродуктивні клітини. Законопроект передбачається закріпити організаційні основи, порядок та умови застосування допоміжних репродуктивних технологій [29]. Законопроект уже розглянули на засіданні профільного комітету та у першому читанні, але далі порядок розгляду не продовжено через епідемію COVID-19.

Четвертий – проект закону «Про внесення змін до Основ законодавства про охорону здоров'я (щодо уникнення дискримінації пацієнтів при використанні допоміжних репродуктивних технологій)». Його подав народний депутат В. Купрій. Законопроект зареєстрований у ВРУ 1 серпня 2018 року і пропонує рівні права користування допоміжними репродуктивними технологіями як для іноземців, так і для громадян України [30].

П'ятий – законопроект «Про допоміжні репродуктивні технології», також внесений В. Купрієм. Якщо на сьогодні програмами сурогатного материнства можуть користуватись за законом тільки подружні пари, то тут він пропонує прибрати це обмеження, щоб ними могли користуватись також чоловік і жінка, які не перебувають у шлюбі [29].

Останні два законопроекти є новелами останнього року, і були внесені вже під час війни. Це Проект Закону «Про застосування допоміжних репродуктивних технологій та заміне материнство» № 6475-2 від 13.01.2022 року та Проект Закону «Про внесення змін та доповнень до деяких законів України з метою забезпечення прав учасників війни на біологічне посттравматичне батьківство / материнство» № 8011 від 08.09.2022 року. Ми вже аналізували деякі новели, запропоновані в цих законопроектах у підрозділі

2.1, тому звернемо увагу на методи публічного врядування, які вони пропонують застосовувати.

Проект Закону «Про застосування допоміжних репродуктивних технологій та заміне материнство» пропонує врегулювання організаційних та правових засад у сфері застосування допоміжних репродуктивних технологій та замінного материнства такими методами публічного врядування: визначення умов та порядку застосування ДРТ, в тому числі послуг замінного материнства; врегулювання прав і обов'язків осіб, щодо яких застосовуються допоміжні репродуктивні технології; визначення умов та порядку здійснення донації репродуктивних клітин, їх зберігання та використання; захисту прав та законних інтересів громадян України та іноземців при замінному материнстві. Проектом Закону визначаються: термінологічний апарат у цій сфері; повноваження державних органів влади; умови та порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій, а саме: обов'язковою умовою застосування допоміжних репродуктивних технологій є генетичний зв'язок майбутньої дитини із чоловіком та / або жінкою, чиї репродуктивні клітини були використані для лікування у них безпліддя із застосуванням допоміжних репродуктивних технологій; права та обов'язки осіб; коло осіб, які не можуть скористатися ДРТ; дотримання умов конфіденційності; умови та порядок зберігання, використання, перевезення репродуктивних клітин, репродуктивних тканин та ембріонів; вимоги до жінки, яка може бути заміною матір'ю, її права та обов'язки; коло осіб, які можуть скористатися послугою замінного материнства; правові засади ведення обліку іноземців, які бажають скористатись послугою замінного материнства в Україні та надання їм відповідного документа для можливості укладання договору з надання послуги замінного материнства; істотні умови договору про послугу замінного материнства тощо. Також законопроектом забороняються провадження господарської діяльності в сфері допоміжних репродуктивних технологій посередниками (агентствами), реклама донорства репродуктивних клітин і

тканин і будь-яка реклама, спрямована на залучення жінок до надання послуг замінного материнства [30].

Отже, в цьому законопроекті ми бачимо значне розширення методів контролю, стандартизації, регулювання, а головне – вперше методи інформаційного впливу, що стосуються реклами послуги і визначення її контенту.

Метою законопроекту «Про внесення змін та доповнень до деяких законів України з метою забезпечення прав учасників війни на біологічне посттравматичне батьківство/материнство» № 8011 є створення державних гарантій щодо збереження можливості біологічного батьківства / материнства для захисників та захисниць України, у разі отримання ними поранень, які впливають на репродуктивні функції. Також одним із завдань законопроекту є поширення частини гарантій у сфері медичного забезпечення та реабілітаційних заходів, наданих військовослужбовцям, які виконують службові завдання в районах воєнних дій. Цей законопроект не намагається вибудувати цілісну систему або врегулювати суспільні відносини у сфері застосування ДРТ в цілому. Його мета – створити правове поле для можливості розширеному колу осіб скористатися програмами ДРТ у вже існуючих алгоритмах. Але значна перевага цього законопроекту полягає в тому, що він вперше пропонує реалізацію пілотного проєкту і визначає широке коло джерел фінансування комплексу заходів з метою забезпечення права на біологічне посттравматичне батьківство (материнство) військовослужбовців та деяких категорій поліцейських на час реалізації зазначеного проєкту [42].

Оскільки чинна система передбачає лише два варіанти фінансування програм ДРТ – або кошти державного чи місцевого бюджетів із жорстким регулюванням, або кошти приватних осіб за законами вільного ринку, навіть можливість широкого кола джерел фінансування створить прецедент і допоможе галузі розвиватися далі, а послуги з ДРТ зробить доступнішими для громадян.

Таким чином, державна політика у сфері охорони репродуктивного здоров'я населення виходить за межі компетенції охорони здоров'я і набуває ознак першочергових завдань національної політики. Взагалі сформоване законодавче та нормативне поле України є сприятливим для вирішення проблем репродуктивного здоров'я і планування сім'ї. Однак контроль з боку держави за виконанням законодавства у сфері репродуктивного здоров'я та планування сім'ї, на жаль, малоефективний: недостатнє і нестабільне фінансування заходів стримує досягнення бажаних результатів. Потребують постійного доповнення і чинні нормативно-правові документи. Водночас існує необхідність розроблення і прийняття нових із урахуванням міжнародних правових документів та економічних, соціальних і галузевих реформ в Україні.

Ще однією групою методів публічного врядування у сфері застосування програм ДРТ ми вважаємо експертну оцінку, публічне обговорення та налагодження комунікації між суб'єктами, які формують та реалізують публічну політику в цій галузі. Ця група методів базується перш за все на звичних або таких, що ще формуються, алгоритмах взаємодії всіх зацікавлених суб'єктах, їхній здатності до суспільного діалогу. Ми вбачаємо у пошуку шляхів та механізмів підвищення взаємодії в системі суб'єктів формування та реалізації державної політики у сфері застосування ДРТ значний потенціал. Для цього необхідним є розвиток державної підтримки у цій сфері; підвищення доступності медичної послуги з ДРТ; розмежування повноважень, а відповідно і відповідальності суб'єктів в умовах здійснення медичної реформи; визначення та державне забезпечення механізмів захисту прав пацієнтів і дитини; створення майданчиків для суспільного обговорення; залучення фахівців-практиків та науковців, громадян безпосередньо або через представницькі інститути до формування політики; активнішу інформаційну, освітню та просвітницьку діяльність у цій сфері суспільних відносин тощо.

Отже, в умовах сьогодення в Україні можна говорити про застосування з різним рівнем ефективності організаційних, регуляторних (методи правового регулювання), контрольних, стандартизаційних, фінансово-дотаційних,

інституційних, спонукальних (з боку інституцій громадянського суспільства, впровадників послуг з ДРТ та їх об'єднань), освітньо-просвітницьких, інформаційних, консультативних, науково-експертних методів публічного врядування застосування програм ДРТ та необхідності налагодження методів співробітництва.

2.3. Проблеми публічного управління у сфері застосування програм допоміжних репродуктивних технологій в Україні на сучасному етапі розвитку

Дія правового режиму воєнного стану в Україні докорінно змінила всі напрями функціонування країни. Не винятком є і політика охорони здоров'я, зокрема репродуктивного здоров'я. У зв'язку з повномасштабним військовим вторгненням змінилися пріоритети та інституційне бачення розвитку самої системи охорони здоров'я, публічна політика в цій сфері, підходи та погляди на реформи, методи публічного врядування, які можуть та мають бути застосовані. Для визначення пріоритетів політики охорони здоров'я в сучасних умовах необхідно чітко усвідомити наявні проблеми.

Досліджуючи наявні проблеми застосування програм ДРТ в Україні, ми дотримуватимемося такої логіки: загальні проблеми системи охорони здоров'я та їх відображення в реалізації програм ДРТ, галузеві проблеми управління саме у сфері забезпечення програм ДРТ. Щодо загальних проблем.

МОЗ України вказує на дефіцит медичних кадрів, який став досить великим у зв'язку воєнним станом. З одного боку, певна кількість медичних працівників виїхала з країни через небезпеку для життя або втрату місця роботи, з іншого – збільшилася кількість звернень по медичну допомогу та складність надання медичної допомоги в умовах воєнних дій. Нині в Україні, за оцінками експертів, проблема нестачі медичних працівників є гострою, але не критичною.

На сьогодні використовуються можливості щодо залучення медичних працівників з інших країн, які готові надавати медичні послуги населенню та захисникам на засадах волонтерства. Це перш за все стосується лікарів високого рівня кваліфікації. Набагато складніша ситуація зі середнім та молодшим медичним персоналом.

Зазначимо, що з точки зору управлінських процесів у галузі налагодження роботи всієї системи охорони здоров'я залучення медичних працівників-волонтерів варто розглядати як виключну тимчасову міру, своєрідний дієвий допоміжний ресурс в умовах гострої кризи. На застосування цього ресурсу не варто розраховувати у довгостроковій перспективі. У найближчому майбутньому, якщо не вже зараз, необхідно повноцінно та комплексно вирішувати питання кадрового голоду галузі охорони здоров'я за всіма напрямками.

Публічна політика у сфері охорони здоров'я має розвиватися у напрямі поступового збалансування галузі, що передбачає повноцінне її ресурсне забезпечення, зокрема і фаховими медичними працівниками різного рівня кваліфікації. Інформації чи статистики щодо кадрового голоду саме фахівців із застосування ДРТ по регіонах України не проводилося. Але за лінією зіткнення порушена інфраструктура першого рівня медичної допомоги. Отже, перший крок для встановлення діагнозу чоловічого чи жіночого безпліддя для того, щоб претендувати на програми ДРТ, зробити просто нема де і нема до кого звернутися. Тому у середньостроковій та довгостроковій перспективах це питання стає проблемою не тільки якості медичної послуги, але і її доступності.

У контексті кадрового забезпечення як пріоритетного напрямку розвитку галузі охорони громадського здоров'я в умовах воєнного стану варто винести питання тимчасово переміщених осіб – медичних працівників. У 2022 році 4050 внутрішньо переміщених медичних працівників працевлаштувалися в медичному закладі не за місцем попереднього мешкання (населеного пункту чи навіть області). Найбільша кількість тимчасово переміщених осіб – медичних працівників зареєстровано у Дніпропетровській, Харківській та Полтавській

областях. Найбільше вакансій медичних працівників, за відомостями Міністерства охорони здоров'я України, фіксується у Києві та Київській області, Кіровоградській, Черкаській, Вінницькій та Донецькій областях [70]. Зазначимо, що наявні вакансії стосуються здебільшого лікарів, а не середнього чи молодшого медичного персоналу.

Разом з наявністю вакансій фіксуються певні проблеми у пошуках роботи та працевлаштуванням медичного персоналу – внутрішньо переміщених осіб у регіонах відносної безпеки в Україні (не в регіонах, де відбуваються активні бойові дії). Це змушує медичних працівників погоджуватися на посади, які не відповідають рівню їх кваліфікації (нижчі за рівнем посади), на посади з нижчою заробітною платою або виїжджати за межі України. Зрозуміло, що це погіршує кадровий потенціал галузі охорони здоров'я і не покращує ситуацію з розвитком кваліфікованих кадрів у довгостроковій перспективі.

Сфера та ринок медичних послуг щодо застосування ДРТ є досить специфічним і реалізується переважно у приватних закладах охорони здоров'я у відносному співвідношенні один до десяти (за оцінками фахівців, щороку в Україні тільки від сурогатних матерів народжується щонайменше півтисячі малюків, однак нагадаємо, що офіційної статистики у цій сфері немає) [30]. Відповідно сприяння чи несприяння працевлаштуванню фахівців з ДРТ є внутрішньою політикою самого закладу охорони здоров'я, на який нині чинними інструментами держава в особі МОЗ чи служб, відповідальних за регулювання ринку праці, вплинути не може.

Іншим пріоритетним та проблемним напрямом одночасно є питання мотивації медичних працівників в умовах збільшення навантаження на них, підвищення попиту на медичні послуги, зростання кількості та складності проблем із здоров'ям у населення. Відповідно цей напрям політики охорони здоров'я потребує вдосконалення.

Одночасно слід говорити і про встановлення конкурентоспроможної оплати праці для медичних працівників. У 2022 році середній рівень оплати праці лікарів зріс на 30 %, а молодшого та середнього медперсоналу – лише на

16 %. І це на фоні інфляції та зростання цін в країні – майже у 2,5 раза (наприклад, рівень споживчих цін за дев'ять місяців 2022 р. зріс на 21,8 %) [70]. Можна говорити про фактичну відсутність підвищення економічного добробуту для лікарів та зниження рівня життя і купівельної спроможності для ланки молодшого та середнього медичного персоналу. В цьому аспекті ми звертаємо увагу на фахівців, які забезпечують первинний рівень діагностики, консультування та встановлення діагнозу, супроводу пацієнтів щодо направлення на програми ДРТ. Ми вже наводили приклади відомостей від закладів охорони здоров'я, що входять до переліку і можуть здійснювати надання медичних послуг з лікування безпліддя за допомогою програм ДРТ за кошти державного бюджету, коли за наявності ресурсу з регіонів до них направляється замало людей [13]. Це відбувається зокрема і через відсутність фахівців на першому рівні системи охорони здоров'я. Особливо на територіях, які постійно страждають від наземних обстрілів, були тимчасово окуповані і в них знищена медична інфраструктура.

Ще один надзвичайно важливий напрям для політики розвитку галузі охорони здоров'я, зокрема й репродуктивного, – навчання медичного персоналу різної кваліфікації з урахуванням потреб воєнного та поствоєнного часу. З одного боку, очікувано збільшиться потреба фахівців у сферах протезування кінцівок, фізичної та психічної реабілітації, пластики шрамів, терапевтів і невропатологів тощо. Наприклад, серед нових запитів на медичну послугу, кількість яких різко збільшилася у 2022 році, є потреба в психологічній допомозі та реабілітації. З іншого боку, через зміну демографічної конфігурації співвідношення чоловіків та жінок, специфіки поновлення репродуктивних функцій після перенесеного сексуального насильства чи травм, психологічних травм тощо, зміниться або з'явиться нова специфіка надання медичних послуг щодо репродукції людини. Якщо буде прийнятий законопроект «Про внесення змін та доповнень до деяких законів України з метою забезпечення прав учасників війни на біологічне

посттравматичне батьківство / материнство» № 8011 [27], це потребуватиме певної спеціалізації та оновлення компетентностей медичних працівників.

Ще одним суттєвим та болючим питанням є доступність ліків та медичного обладнання. Бойові дії безпосередньо, переважно негативно, вплинули на доступність лікарських засобів, особливо в регіонах України, де відбуваються активні бойові дії або які межують з окупованими територіями. Зазначимо, що це становить майже 25% території України (станом на 01 січня 2023 року). Окремими питаннями для вирішення є порушення логістичних ланцюжків постачання ліків, припинення постачання ліків, які вироблялися в країні-агресорі, знищення українських фармацевтичних підприємств, дорожча вартість імпортованих аналогів вітчизняних лікарських препаратів тощо.

WHO Regional Office for Europe (Регіональний Європейський офіс ВООЗ) склав рекомендації для України щодо розбудови сфери охорони здоров'я. Відповідно до них стратегічні напрями розбудови системи охорони здоров'я ґрунтуються на наборі запропонованих принципів, які можна використовувати як критерії оцінки для спрямування політики та інвестицій, щоб краще дозволити системі охорони здоров'я організувати надання індивідуальних та громадських медичних послуг для населення, а не просто відбудувувати те, що було зруйновано війною. П'ять принципів: орієнтація на людей, справедливість і фінансовий захист, стійкість, ефективність і сталість, а також підзвітність [69].

Серед заходів короткострокової перспективи були зазначені: необхідність інтегрувати надання гуманітарної допомоги з наданням первинних послуг закладами охорони здоров'я; забезпечити модульне навчання медпрацівників за програмами для потреб воєнного часу (ментальне здоров'я, сексуальне насильство та фізична реабілітація); проводити критично важливі короткострокові ремонти у лікарнях з підвищенням рівня енергоефективності.

Інші рекомендації вже стосуються довгострокових перспектив, але розпочинати їх виконання необхідно вже зараз. Однією з найгостріших проблем, яка потребує значного часу і ресурсів для вирішення, є нестача медичного персоналу. Звісно, звіт ВООЗ заохочує Україну надалі не

зменшувати пріоритетність охорони здоров'я в державних видатках навіть попри війну. Вже запущено доволі багато ініціатив із залучення фінансування охорони здоров'я в умовах воєнного часу.

У контексті нашого дослідження важливим питанням є: яким чином зазначені проблеми відображаються на розвитку програм допоміжних репродуктивних технологій в Україні в умовах війни і які можна запропонувати рішення задля підтримання галузі охорони здоров'я, зокрема реалізацій зазначених програм. Допоміжна репродуктивна технологія не є першочерговою чи екстреною медичною допомогою, тому очікувано вона відійшла на другий план у полі зору державної політики, хоча й до цього її вплив на галузь полягав у мінімальній регуляції та стандартизації.

З іншого боку, приватні клініки повідомляють про збільшення попиту на програми ДРТ, особливо з відкладеного батьківства, а деякі з них навіть пропонують певні «пільгові та акційні» умови оплати таких процедур для військовослужбовців. Наприклад Медичний центр лікування безпліддя «IVMED» власним коштом здійснює криоконсервацію (замороження) сперми військовослужбовців. Таким чином клініка з власної ініціативи дає можливість українським військовим реалізувати своє прагнення стати батьками та зарадити демографічній кризі. Головна мета – зберегти генофонд нашої нації. Війна призвела до страшних втрат населення. Крім того, за різними оцінками, з України виїхало від 5 до 7 млн. жителів, переважно жінки дітородного віку та діти. Водночас українські військовослужбовці мають середній вік 30 – 40 років (у цей час найчастіше реалізують репродуктивні плани). Медики наголошують, що ризики мати безпліддя серед ветеранів вдвічі більші, ніж у решти громадян. Це пов'язують з травмами, інфекційними захворюваннями, впливом токсичних речовин, перевантаженням. Під час війни військовослужбовці ЗСУ можуть зіткнутися з фізичним виснаженням, перегрівом / переохолодженням, пораненням, що шкідливо та навіть згубно впливає на їх репродуктивну систему та здатність у майбутньому зачати дитину [52]. Приблизно з такою ж ініціативою вийшла і клініка «Надія» [50].

Програму підтримки захисників України щодо можливостей відкладеного батьківства та посттравматичного батьківства впроваджує і ТОВ «Медікавер Україна». Таку діяльність можна охарактеризувати як підтримку розвитку програм ДРТ та репродуктивного здоров'я населення з боку відповідального бізнесу. Зміст підтримки полягає у тому, що пропонується безкоштовна кріоконсервація сперми та зберігання кріоматеріалу впродовж одного року в МЦ «Медікавер» (у підрозділах в Львові, Дніпрі та Ужгороді). Зазначені заходи розглядаються як умовне «страхування» для військовослужбовця незалежно від статі у разі погіршення репродуктивного здоров'я внаслідок війни, або загибелі [22].

З точки зору публічного управління ця практика є цікавою та корисною через те, що розширюється доступність послуг, оскільки зазначений недержавний заклад охорони здоров'я має підрозділи в тих містах, де нема закладів охорони здоров'я, що працюють за державною програмою. Також розширенням поля послуги та інновацією адміністрування порівняно з державними програмами ДРТ є те, що послугою можуть скористатися особи, які будуть вказані в договорі, що скріплюється підписом до здачі матеріалу. Тобто, зменшуються формальні обмеження, але дотримуються вимоги до захисту персональних даних.

З одного боку, такі ініціативи приватного сектору є досить цікавими та корисними задля покращення демографічної ситуації, а з іншого – піднімають величезний пласт вже застарілих для України проблем щодо регулювання сфери застосування програм ДРТ, це умови та порядок зберігання і використання репродуктивних клітин, репродуктивних тканин та ембріонів, наданих пацієнтами для використання у власних потребах під час застосування допоміжних репродуктивних технологій та донорських репродуктивних клітин і тканин; право розпоряджатися біоматеріалами у разі смерті донора; обов'язок зберігання біоматеріалу чи відсутність такого обов'язку з боку надавача послуг у разі відсутності своєчасної оплати (що надзвичайно важливо в нашому

випадку), джерела фінансування та субфінансування з різних джерел наступних після безкоштовної кріоконсервації етапів програм ДРТ тощо.

Що стосується розвитку програм допоміжних репродуктивних технологій, вважаємо, що запропоновані напрями дадуть незначний позитивний ефект. Попит на програми допоміжних репродуктивних технологій через певний час стабілізується, а у перспективі, через 5-10 років, навіть збільшиться, однак у найближчий час покриття вартості таких програм ляже на плечі переважно самих пар чи особи, яка вирішила мати дитину.

Важливим для управління сферою надання медичних послуг є збалансований розрахунок її потреб у фінансових ресурсах; визначення очікуваних доходів; створення механізму ефективного функціонування як кожного елемента, так і всієї системи надання якісних медичних послуг загалом. І все це з урахуванням можливої довготривалості воєнних дій, які створили дисбаланс у розподіленні навантаження на заклади охорони здоров'я та медичний персонал в країні. На територіях, де відбувалися та відбуваються військові дії, зруйнована інфраструктура медичних закладів. Натомість в інших регіонах України на заклади та медичний персонал покладається додаткове навантаження. Вивчення проблеми формування системи якісних медичних послуг потребує комплексного дослідження, як у фінансовій, так і регуляторній площинах, причому центральне місце дослідження зазначеної проблематики займає державне регулювання системи якісних медичних послуг та їх нормативно-правове забезпечення з урахуванням змін у зв'язку з воєнною агресією.

Іншим питанням залишається, яким чином до медицини у період воєнного стану можуть бути адаптовані приватні медичні заклади. На сьогодні вони залучені до процесу, більшість, зокрема великі клініки, безкоштовно приймають пацієнтів, МОЗ підтримує з ними зв'язок. Зокрема, пропрацьовуються механізми для їх участі в програмі медгарантій [19].

Застарілою та вже хронічною є для публічного управління у сфері застосування ДРТ проблема законодавчої неврегульованості цілих секторів

відносин. У підрозділі 2.2. ми аналізували законопроекти, які мають вирішити їх, але процедури їх розгляду тягнуться роками. Отже, залишаються поки що не врегульованими такі напрями:

статусу жінки, яка бере участь у програмах як сурогатна мати. В Україні її статус регулює стаття 123 Сімейного кодексу України, а також наказ МОЗ України від 09.09.2013 №787. Договір про сурогатне материнство між виконавцем (сурогатною матір'ю) та замовниками / замовником не потребує відповідно до законодавства обов'язкового нотаріального посвідчення, що послаблює і так крихкий захист сурогатних матерів. Спеціальний закон або розділ у законі, який би деталізував не саму можливість, а статус, права та обов'язки сурогатних матерів відсутній;

не передбачається кримінальна чи інша форма відповідальності за порушення порядку застосування ДРТ, зокрема сурогатного материнства, як-от за незаконну трансплантацію й насильницьке донорство крові;

відсутність доступної, правдиво сформованої інформаційної політики щодо застосування програм ДРТ. Розуміння ДРТ як методів лікування чоловічого та жіночого безпліддя, недопущення позиціонування, зокрема і посадовими особами, сурогатного материнства у негативному світлі, наприклад як торгівлю дітьми тощо.

Не можна сказати, що відсутня увага до врегулювання проблем у галузі суспільних відносин щодо застосування ДРТ правовими методами в Україні. Увага є значною з наукової та практичної точок зору. За останні роки серед правників було проведено низку досліджень щодо проблематики здійснення репродуктивних прав, зокрема й за допомогою ДРТ.

Більшість правників стоять на позиціях, що реалізація прав пацієнта на репродуктивні технології стикається з проблемами, які не врегульовані на міжнародному й національному рівнях (Рис. 8).

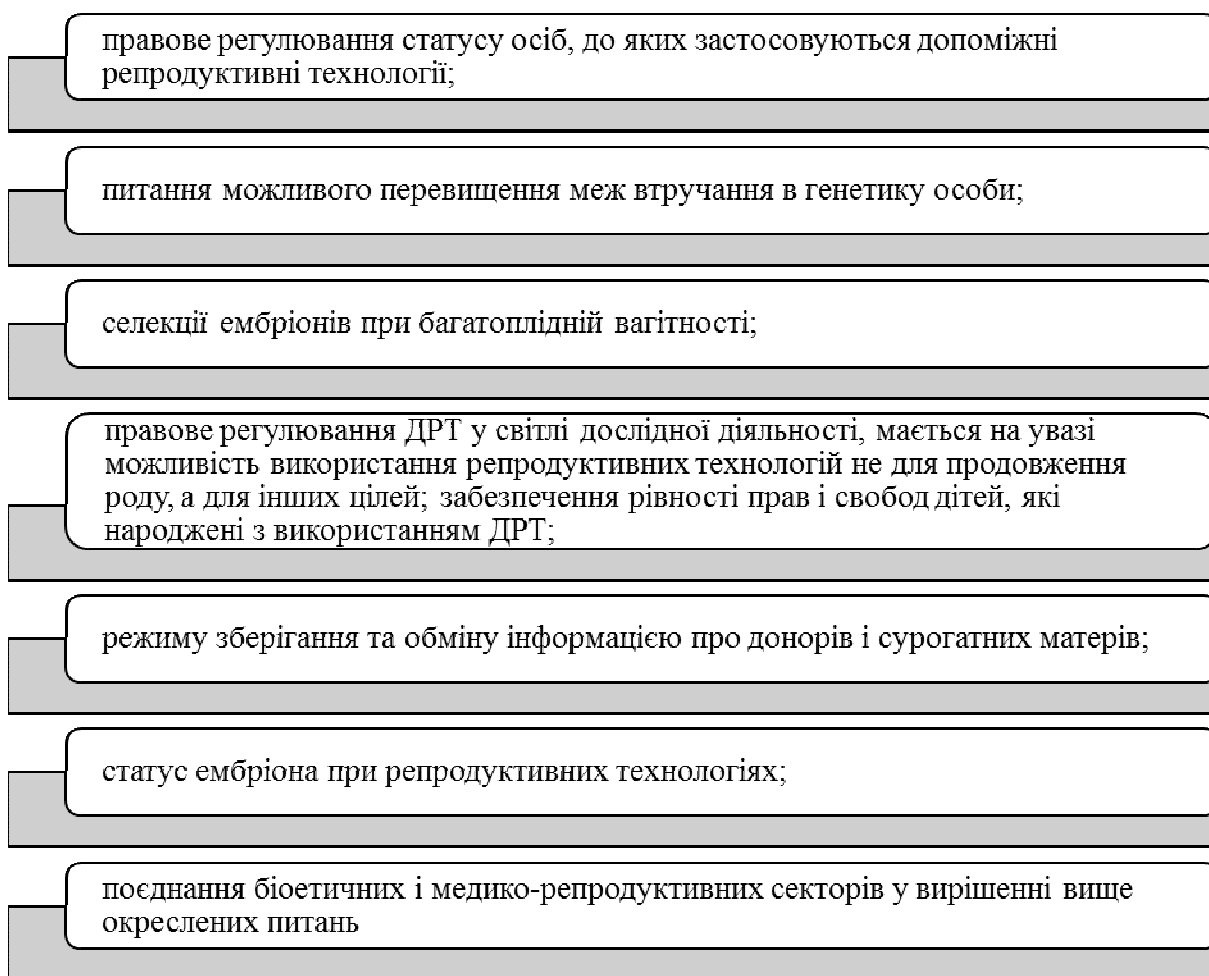


Рис. 8. Проблеми реалізації прав пацієнта на репродуктивні технології, які не врегульовані на міжнародному й національному рівнях [58, с.16]

Виносяться до розгляду також питання правового врегулювання статусу осіб, до яких застосовуються ДРТ чи забороняється це робити. В усіх проектах законів, які покликані врегулювати відносини у сфері ДРТ, йдеться про дозвіл / заборону / обмеження дозволу іноземним громадянам користуватися послугами ДРТ в Україні. Також національне законодавство регламентує, що «повнолітні жінка або чоловік мають право за медичними показаннями на проведення лікувальних програм ДРТ згідно з порядком та умовами, встановленими законодавством» (частина сьома статті 281 ЦК України та пункт 3.1 Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні). Таке регулювання має досить широке трактування, яке необхідно уточнювати з урахуванням переліків медичних послуг, які готові фінансувати НСЗУ.

Важливою проблемою, на думку частини експертів, є соціальне безпліддя. Мається на увазі, що велика кількість одиноких осіб хотіли б мати дітей, але не мають постійного партнера. Таку проблему також могло б вирішити застосування ДРТ. Тому саму методологічну основу щодо застосування інновацій у сфері репродукції необхідно розширити. А отже, потрібно розширити і межі застосування технологій та позиціонувати їх не тільки як спосіб подолання безпліддя, а й як метод штучного сприяння дітонародженню [58, с.254].

Потребує комплексного вирішення і проблема конфіденційності донора, яка вступає у конфлікт з правом дитини знати, хто її біологічні батьки. Анонімність донора часто є однією із складових відносин, що пов'язані із зачаттям. Розголошення таємниці зачаття варто розглядати як втручання в особисте життя особи, яке не відповідає інтересам ні зачатої дитини шляхом ДРТ, ні тим паче осіб, що записані її батьками. У зв'язку з цим можна провести аналогію з таємницею донорів генетичного матеріалу і таємницею зачаття, законодавчо закріпити можливість розголошення таємниці зачаття дитини тільки за згодою її батьків, зокрема і в разі створення реєстру донорів. Відмова від анонімності донорів в ролі загального правила може призвести до порушення інтересів всіх сторін – батьків, дітей, донорів. При цьому допустимим може бути відступ від цього принципу за наявності згоди донорів і згоди батьків дітей, які були народжені за допомогою методів ДРТ.

Важливою та досить складною з організаційного боку є заходи щодо складання реєстру, дотримання режиму зберігання та обміну інформацією про сурогатних матерів / донорів. З цим безпосередньо пов'язано питання створення банку генетичних даних. Це необхідно через потенційну потребу, що інформація в майбутньому може знадобитися дитині, народженій за допомогою методів ДРТ, чи навіть її нащадкам у разі виявлення генетичних захворювань.

Розроблення та ведення бази даних донорів, необхідна не тільки для дітей, народжених за допомогою ДРТ, але й для клінік, що надають послуги репродукції людини. Така база даних має містити всю необхідну інформацію

про здоров'я донора за показниками, що мають бути встановлені та затверджені відповідальним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

Постає питання про відкритість такої бази даних. У межах правового регулювання потрібно визначити коло осіб та випадків можливості використання цих даних, хто буде складати коло суб'єктів допуску, чи варто до таких відносити заклади охорони здоров'я, батьків дітей, самих дітей та їх нащадків тощо.

Одним з найгостріших з точки зору етики проблем є статус ембріона під час здійснення процедур за допомогою ДРТ. Є чотири можливі шляхи вирішення долі ембріонів, які залишаються не запитаними після циклів ЕКЗ: розморожування і знищення; передача для досліджень; зберігання на невизначений час; донація іншим людям. Є переконані прихильники і противники кожної зі стратегій. На сьогодні міжнародне право і національні системи законодавства не випрацювали єдині підходи і перебувають у пошуку шляхів регулювання цих проблем.

Незважаючи на вже досить тривалу практику застосування ДРТ в Україні, перелічені проблеми залишаються в нашій країні не вирішеними. А у зв'язку з цим поступово накопичуються й додаткові проблеми, ще вужчі, пов'язані з окремими випадками застосування ДРТ, трансфером технологій тощо. Чинні правові норми дещо фрагментарні, зачіпають тільки окремі аспекти проблем, що виникають, багато з наявних положень спірні по суті або суперечать одне одному. Також у вітчизняній юридичній літературі практично немає теоретичних досліджень правових проблем, пов'язаних з досягненнями біомедицини щодо права пацієнта на інноваційні репродуктивні технології [58, с. 257-258].

Проблеми з правовим регулюванням породжують проблеми із здійсненням контролю в цій галузі. На думку президента Асоціації підприємств із організаційно-правового супроводу програм допоміжних репродуктивних технологій адвоката С. Антонова, ринок надання публічних послуг із допоміжних репродуктивних технологій після публічних скандалів і перевірок

знову повернувся в «темну зону». Водночас активізація «депутатів-популістів, які запропонували найлегший варіант законотворчості – просто заборонити, причому ввести заборону не лише на програми сурогатного материнства для іноземців в Україні, а й взагалі на ДРТ для них» це не вихід, оскільки може призвести до серйозних втрат для галузі [3].

На сьогодні держава не має практично ніякого механізму контролю. А тим часом сфера приносить багатомільйонні прибутки, більшість з яких – це тіньові кошти, «які заводяться в офшори та в Україні не оподатковуються. Скандали виникають, бо діяльність посередників у нас взагалі ніяк не врегульована. Держава це ніяк не контролює, і клініки зараз фактично ніхто не перевіряє, бо діє мораторій» [60].

Одночасно зазначимо, що для галузі застосування програм ДРТ в Україні на сучасному етапі розвитку властиві, окрім внутрішніх, ще й проблеми, характерні для цього сектору публічних відносин у всьому світі. До таких проблем можна віднести такі (Рис. 9):

**Характерні
проблеми**

- збір даних та аналіз даних, більшість країн не оприлюднюють статистику і вона доступна лише обмеженому колу осіб;
- етичні міркування, необхідність вирішення проблем біоетики при застосування методів ДРТ;
- фізична недоступність певних видів послуг, деякі країни не дозволяють чи суворо обмежують медичні послуги із застосуванням методів ДРТ;
- обмеженість доступу до певних послуг;
- великі черги на державні програми ДРТ (в країнах, де існує державне чи соціальне фінансування програм ДРТ, черги тривають роками);
- економічні проблеми/висока вартість послуг у галузі застосування ДРТ;
- маргіналізація/соціальна дискримінація пар/осіб які не в змозі мати дітей без застосування ДРТ, а також тих, хто скористався такими програмами;
- відсутність ефективних систем збереження репродуктивного здоров'я, недбале планування сім'ї, відсутність задоволення потреб у сфері репродуктивного здоров'я;
- ставлення, культурні табу, релігійні та інші заборони чи стигматизація;
- конфлікт правового регулювання, соціальних звичаїв, релігійних та морально-етичних норм певного суспільства;
- відсутність індивідуальної обізнаності та відсутність обізнаності суспільства у сфері застосування ДРТ та репродуктивного здоров'я в цілому;
- складнощі у формуванні інформаційної політики

Рис. 9. Проблеми, які характерні для сектору публічних відносин щодо застосування програм ДРТ

[перекладено та систематизовано автором за джерелами 64; 65; 71]

Як бачимо, перелік досить широкий, враховуючи, що тут немає суто медичних проблем. Що стосується викликів для публічного управління суспільними відносинами у сфері застосування ДРТ у світі, то експерти об'єднали їх в шість груп, а саме:

наявність і доступність послуг репродуктивного здоров'я (відсутність засобів репродуктивного здоров'я, доступність медичних послуг, проблеми з плануванням сім'ї, незапланована вагітність, відсутність задоволення потреб у сфері репродуктивного здоров'я, збільшення материнської та дитячої

смертності, якій можна запобігти, відсутність служб направлення - збереження репродуктивного здоров'я та планування сім'ї);

сексуальні та гендерні проблеми (поширення ВІЛ, насильство над жінками / зґвалтування / сексуальне насильство);

права людини (гідність, справедливість, право на самовизначення, на інформацію тощо);

соціальні та культурні протиріччя (ставлення, культурні табу, релігійні та моральні переконання спільнот, відсутність домашньої просвіти, недостатня обізнаність громади);

координація та співпраця (недостатність фінансів, інформації, кваліфікованого персоналу, відповідних стандартів, відсутність відповідальних органів);

психічне здоров'я (відсутність психологічної підтримки, депресивний розлад, спроба суїциду) [66].

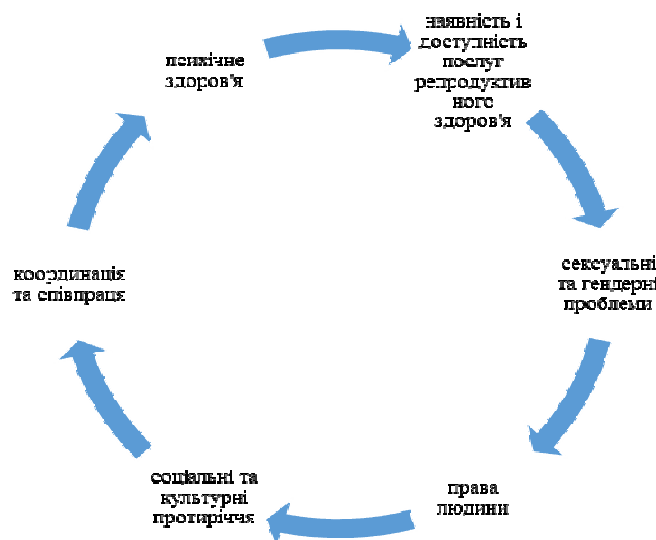


Рис. 10. Виклики для публічного управління суспільними відносинами у сфері застосування ДРТ у світі

Порівняльний аналіз проблем застосування програм ДРТ в Україні та світі на сучасному етапі розвитку суспільних відносин щодо охорони репродуктивного здоров'я демонструє схожість проблем. Досвід вирішення окреслених у підрозділі проблем у світовій практиці та можливі шляхи їх подолання в Україні ми розглядатимемо у наступному розділі дослідження.

Висновки до розділу 2

Здійснений аналіз сучасного стану застосування програм ДРТ в Україні продемонстрував наявність інституційного забезпечення такої діяльності. Повноваження у сфері регулювання застосування ДРТ в межах визначеної законодавством компетенції можуть здійснювати МОЗ України, інші центральні органи виконавчої влади, які мають у своєму віданні заклади охорони здоров'я та визначають структуру управління ними. Окрім надання безпосередньо медичних послуг за допомогою ДРТ, передбачений перелік заходів, який покликаний забезпечити дотримання прав пацієнтів та донорів, законність процесів, відповідальність за порушення у цій сфері, фінансування програм, підготовку та підтвердження кваліфікації медичного персоналу тощо. Відповідно до медичної реформи територіальні громади можуть розширити мережу надання медичних послуг, зокрема й із застосуванням ДРТ. Але це економічно може дозволити лише спроможна громада. Дуже розвинутим є недержавний сектор надання медичних та немедичних послуг щодо застосування ДРТ. Недержавний сектор у сфері застосування ДРТ в Україні є більш розвинений, ніж державний.

З'ясовано, що сучасний стан впровадження програм ДРТ в нашій країні характеризується значним розривом між потребою у програмах ДРТ в умовах демографічної кризи та їх наявною кількістю. Застосування програм ДРТ здійснюється переважно у приватному секторі надання медичних послуг, кількість циклів, які покриваються державною програмою та регіональними програмами є в десятки разів менша ніж в приватному секторі. Існує в мінімальному обсязі інфраструктура для функціонування державних та регіональних програм ДРТ, але вони мають: низький рівень доступності для громадян, звужений порівняно з приватним сектором перелік послуг, слабкий інформаційно-просвітницький супровід. Воєнна агресія Російської Федерації в Україні ускладнила доступ до програм ДРТ ще більше, хоча фінансування на 2023 рік передбачено. Водночас попит на програми ДРТ в приватному секторі навіть збільшився.

Досліджуючи методи публічного врядування у сфері застосування ДРТ, проаналізовано повноваження органів державної влади, місцевого самоврядування та інституцій громадянського суспільства. Зазначимо, що формування та реалізації державної політики у сфері ДРТ відбувається через систему суб'єктів, яка складається з органів зі спеціальними та загальними повноваженнями, безпосереднього та опосередкованого впливу на політику в цій галузі, суб'єктів, які належать до органів державної влади, інституцій громадянського суспільства, надавачів послуг державного та приватного сектору і населення (окремих громадян) як суб'єкта, що формує суспільний запит.

Встановлено, що публічне врядування у сфері застосування ДРТ здійснюється такими методами: організаційними, правового регулювання, стандартизації медичних послуг, фінансової звітності та контролю, фінансування та дотацій (Міністерство фінансів України і Міністерство розвитку громад, територій та інфраструктури України), інституційними (функціонування державних / комунальних / відомчих закладів охорони здоров'я, які здійснюють програми ДРТ, служб та структурних підрозділів системи охорони репродуктивного здоров'я), консультативних, інформаційних, освітньо-просвітницьких тощо.

Дослідження наявних проблем застосування програм ДРТ в сучасній Україні виявило, що найбільш гострими з них є проблеми правового врегулювання сфери суспільних відносин щодо застосування ДРТ; неврегульованість ринку послуг; кадрове забезпечення (працевлаштування та запобігання втраті рівня кваліфікації фахівців з ДРТ серед лікарів – тимчасово переміщених осіб, нестача фахівців на первинному рівні), обмеження доступу до ліків та обладнання (фінансові, логістичні, організаційні), біоетичні питання, відкладення вирішення наявних проблем, відсутність контролю з боку держави. Аналіз проблемних питань у застосуванні програм ДРТ в Україні та світі в сучасних умовах виявив схожість базових системних проблем, а отже, можливості для спільних підходів їх вирішення.

Список використаних джерел до Розділу 2

1. Адміністративне право. Академічний курс: підруч. У двох томах: Том 1. Загальна частина. К.: ТОВ Вид-во Юридична думка, 2017. 592 с
2. Адміністративне право. Загальна частина. Тема 8. НАВС. 2017. URL: https://arm.naiu.kiev.ua/books/adm_pravo_zch/nm/lec8.html#:~:text=%
3. Антонов С. Експертна думка. Всеукраїнська фундація підприємств із організаційно-правового супроводу програм допоміжних репродуктивних технологій. URL : <http://artsupport.org.ua/statut/>
4. Бойко Н. Ковшова О. Медична інфраструктура в ОТГ: формуємо разом / Н. Бойко, О.Ковшова. *Місьцеве самоврядування*. Січень, 2018/№ 1. URL: <https://i.factor.ua/ukr/journals/ms/2018/january/issue-1/article-33482.html> (дата звернення: 05.03.2020)
5. Брич Л. В., Криштанович М.Ф. Соціально-психологічний потенціал особистості в системі державного управління. Електронний фаховий журнал «Державне управління: удосконалення та розвиток». 2020. № 2.
6. Гладун З. С. Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні: монографія. К.: Юрінком Інтер, 2007. 720 с.
7. Демографічна ситуація . Офіційний веб-ресурс Державної служби статистики України. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2018/ds/ds/ds2017.doc> (дата звернення: 05.03.2020)
8. Державна програма “Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року” : затверджена Постановою Кабінету Міністрів України № 1849 від 27.12.2006 р. URL : [https:// zakon.rada.gov.ua/laws/show/1849-2006-%D0%BF](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1849-2006-%D0%BF)
9. Енциклопедичний словник з державного управління / уклад. : Ю. П. Сурмін, В. Д. Бакуменко, А. М. Михненко та ін. ; за ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського, Ю. П. Сурміна. - К. : НАДУ, 2010. - 820 с. ISBN 978-966-619-279-3

10. Загальнодержавна програма «Репродуктивне здоров'я нації» на період 2017-2021 рр. ПРОЕКТ. URL: http://reprohealth.info/files/Concept-Event_2017-2021_ispr.pdf
11. Комплексна програма підтримки галузі охорони здоров'я Львівської області на 2021 – 2025 роки .URL: <https://loda.gov.ua/documents/61456>
12. Конституція України; Закон України № 254к-96/ВР від 28.06.1996 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80/card2#Card>
13. Міжгалузева комплексна програма “Здоров'я нації” на 2002 – 2011 роки : затверджена Постановою Кабінету Міністрів України № 14 від 10.01.2002 р. URL : [https:// zakon.rada.gov.ua/laws/show/14-2002-%D0%BF](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/14-2002-%D0%BF)
14. Міністерство охорони здоров'я України. Офіційний веб-ресурс. URL: <https://moz.gov.ua/>
15. Міністерство охорони здоров'я України: Офіційний веб-ресурс. URL: <https://moz.gov.ua/pro-ministerstvo>
16. Муқан Н.В., Козловський Ю.М., Криштанович М.Ф. Концептуальні підходи до вдосконалення професійної підготовки майбутніх медичних сестер. *Інноваційна педагогіка*. 2020. Вип. 26. С. 148–151.
17. На Вінниччині діє державна програма безоплатного лікування безпліддя. Сайт Вінницької ОДА. URL: <https://www.vin.gov.ua/news/ostanni-povyny/54837-na-vinnychchini-diie-derzhavna-prohrama-bezoplatnoho-likuvannia-bezpliddia>
18. Національна програма “Репродуктивне здоров'я 2001 – 2005” : Указ Президента України № 203/2001 р. від 26.03.2001 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/203/2001>
19. Обстріли українських лікарень не випадковий, це цілеспрямовані бомбардування конкретних медустанов. Interfax – Україна. 20.04.2022. URL:<https://interfax.com.ua/news/interview/825675.html>

20. Основи законодавства України про охорону здоров'я, Закон України № 2801-ХІІ від 19.11.1992 р. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>

21. Основи законодавства України про охорону здоров'я, Науково-практичний коментар. За ред.. Б. Логвіненко. 2021. Вид-во: Дакор. К.: 424 с.

22. Подбай про майбутнє. Medicover URL: <https://medicoverfertility.com.ua/akciji/podbaj-pro-majbutne.html>

23. Порядок направлення жінок для проведення першого курсу лікування безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій за абсолютними показаннями за бюджетні кошти, затверджений МОЗ 29.11.2004 року N 579. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0224-05#Text>

24. Прикарпатський центр репродукції людини – один з трьох в Україні, де здійснюють безоплатне проведення першого курсу лікування безплідності. Pravda. URL: <https://pravda.if.ua/prykarpatskyj-czentr-reprodukciyi>

25. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України (щодо захисту прав дітей при використанні допоміжних репродуктивних технологій) Проект Закону України № 8625 від 18 липня 2018 року. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/LH6NL00A>

26. Про внесення змін до Основ законодавства про охорону здоров'я (щодо уникнення дискримінації пацієнтів при використанні допоміжних репродуктивних технологій). Проект Закону України № 8625-1 від 19 липня 2018 року. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/XH6NL1BQ?an=51>

27. Про внесення змін та доповнень до деяких законів України з метою забезпечення прав учасників війни на біологічне посттравматичне батьківство/материнство. Проект Закону № 8011 від 08.09.2022. . URL: <https://itd.rada.gov.ua/billInfo/Bills/Card/40292>

28. Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України : Указ Президента України № 963/2000 від 08.08.2000 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/963/2000>

29. Про допоміжні репродуктивні технології. Проект Закону України №19 липня 8625-2 від 23 квітня 2019 року. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/XH6NL1BQ?an=51>

30. Про застосування допоміжних репродуктивних технологій та заміне материнство. Проект Закону № 6475-2 від 13.01.2022. URL: https://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=73585

31. Про затвердження Інструкції про порядок застосування допоміжних репродуктивних технологій; наказ МОЗ України № 771 від 23.12.2008 р. (втрата чинності 01.11.2013 р.) URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0263-09>

32. Про затвердження комплексних заходів щодо заохочування народжуваності на 2002 – 2007 роки : Розпорядження Кабінету Міністрів України № 355-р від 01.07.2002 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/ru/355-2002-%D1%80> (

33. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України; Постанова КМУ №267 від 25 березня 2015 року. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF> (дата звернення: 01.09.2019)

34. Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні. Постанова КМУ № 787 від 9 вересня 2013 р. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1697-13>

35. Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги. Наказ МОЗ та Мінрегіон України від 06.02.2018 р. № 178/24. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0215-18> (дата звернення: 05.03.2020)

36. Про затвердження Схеми розподілу обов'язків та організаційної структури Міністерства охорони здоров'я України. Наказ МОЗ України від 28.01.2013 р. (зі змінами) №25-к URL: http://moz.gov.ua/docfiles/dod1_97k_2014.pdf

37. Про заходи щодо заохочення народжуваності в Україні : Указ Президента України № 5/2002 від 03.01.2002 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5/2002>

38. Про Кабінет Міністрів України; Закон України від 27.02.2014 № 794-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/794-18> (дата звернення: 01.09.2019)

39. Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України : Указ Президента України № 1313/2000 від 07.12.2000 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000> (

40. Про місцеві державні адміністрації. Закон України №№ 586-XIV від 09.04.1999 р. URL:<http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/586-14> (дата звернення: 01.09.2019)

41. Про організацію діяльності служби планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні : Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 539 від 04.08.2006 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2162-13>

42. Про реалізацію репродуктивних прав та допоміжну репродукцію людини. Проект Закону України. URL: http://www.medlawcenter.com.ua/ua/123/repro_law.html

43. Про удосконалення системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні. Спільний наказ МОЗ України та Національної академії медичних наук України від 29.11.2013 року № 1030/102. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/z2162-13#Text>

44. Публічне врядування. Енциклопедія державного управління: у 8 томах. за ред. Ю. В. Ковбасюка. Т.8 С. - 2011.

45. Пугач Д. О. Поняття та ознаки адміністративно-правового регулювання допоміжних репродуктивних технологій. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Право». 2016. Вип. 41. Т. 3. С. 161–166.

46. Робейко О. Дедалі більше українок під час війни наважуються на штучне запліднення. 27.10.22. URL: <https://www.unian.ua/health/ekz-v-ukrajini-dedali-bilshe-ukrajinok-pid-chas-viyni-navazhuyutsya-na-shtuchne-zaplidnennya-video-12025824.html>
47. Сателітний рахунок охорони здоров'я в Україні у 2018 році. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2020/oz_rik/sat_rah_oh_zd18.xlsx
48. Сидорчук О.Г., Крук С.М. Соціально-економічні аспекти креативізації системи охорони здоров'я України. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2020. Вип. 30. С. 155-160
49. Сімейний кодекс України № 2947-III від 10.01.2002 р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2947-14>
50. Стас Юрасов. Війна.1 лютого 2023. URL:<https://dev.ua/news/krio-1675246525>
51. Статут. Всеукраїнська фундація підприємств із організаційно-правового супроводу програм допоміжних репродуктивних технологій. URL: <http://artsupport.org.ua/statut/> (дата звернення: 01.09.2019)
52. Українським військовослужбовцям пропонують безкоштовно зберігати свою криоконсервовану сперму. Григорій Бондар. 30.01.20223. <https://www.unian.ua/society/ukrajinskim-viyskovosluzhbovcyam-proponuyut-bezkoshtovno-zberigati-svoyu-kriokonservovanu-spermu-12124395.html>
53. Устінов О.В. Медична реформа: проблемні питання та ризики в регіональному аспекті. 2018. URL: <https://www.umj.com.ua/article/122336/medichna-reforma-problemni-pitannya-ta-riziki-v-regionalnomu-aspekti>
54. Худоба О. Вплив глобальних ініціатив на тенденції управління у сфері охорони здоров'я України: огляд з позиції протидії деменції. *Вісник НАДУ. Серія "Державне управління"*. 2018. Вип. 4. С. 116–122.
55. Худоба О. Формування глобальної стратегії збереження здоров'я: інституційний вимір. *Демократичне врядування. Науковий вісник ЛПІДУ*. 2018. Вип. 22.

56. Центр медичного та репродуктивного права. URL: <http://www.medlawcenter.com.ua/ua/83/>

57. Цивільний кодекс України № 435-IV від 16.01.2003 р. (у редакції від 05.10.2016). URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15>

58. Щирба М. Ю. Правовий статус пацієнтів: теоретико-правове дослідження. Дис. на здобуття наукового ступеня доктора юридичних наук за спеціальністю 12.00.01 «Теорія та історія держави і права; історія політичних і правових учень». – Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки МОН України, Національний університет «Львівська політехніка» МОН України, Луцьк, 2020.

59. Юкало В. В. (2022). Методологічні підходи до дослідження проблематики публічного управління у сфері допоміжних репродуктивних технологій. *Ефективність державного управління*, (68/69), 65–73. <https://doi.org/10.36930/506806>

60. Юкало В.В. (2020) Правові засади управління процесами надання медичних послуг із допоміжних репродуктивних технологій в Україні. *Ефективність державного управління*. 64 (2020) <https://doi.org/10.33990/2070-4011.64.2020.217617>

61. Юкало В.В. Надання первинної медичної допомоги в об'єднаних територіальних громадах: на перетині медичної та адміністративної реформ. Розвиток публічного управління в Україні [Текст] : матер. наук.- практ. конф. за міжнар. уч. (23 – 24 квітня 2020 р., м. Львів) / за наук. ред. чл.-кор. НАН України В. С. Загорського, доц. А. В. Ліпенцева. – Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2020. — 304 с. — ISBN 978-617-644-053-6 С. 193-197

62. Юкало В.В. Проблеми реалізації права на життя та здоров'я під час війни. Перспективи розвитку науки і практики публічного управління України в пост воєнний період [Текст]: матер. наук.-практик. конф. (12 травня 2022 р., м. Львів) / за наук. ред. проф. П. М. Петровського. – Львів: НУ «Львівська політехніка», 2022. – 88 с.

63. Як відновити українську медицину після Перемоги? Громадський простір. URL: <https://www.prostir.ua/?news=yak-vidnovyty-ukrajinsku-medycynupislya-peremohy>

64. Broaddus-Shea ET, Kobeissi L, Ummer O, Say L. A systematic review of monitoring and evaluation indicators for sexual and reproductive health in humanitarian settings. *Conflict and health*. 2019;13(1):43.

65. Fatemi F, Moslehi S. Challenges of Reproductive Health Management in the Camps of Internally Displaced Persons: A Systematic Review. *Ethiop J Health Sci*. 2021 Jan;31(1):179-188. doi: 10.4314/ejhs.v31i1.20. PMID: 34158765; PMCID: PMC8188104.

66. Ferraretti A. P., Pennings G., Gianaroli L., Natali F., Magli M. C. Crossborder reproductive care: a phenomenon expressing the controversial aspects of reproductive technologies. *Reproductive biomedicine*. 2010. No. 20/2. P. 262.

67. Kryshchanovych M., Kotyk T., Tiurina T., Kovrei D., Dzhandan H. Pedagogical and Psychological Aspects of the Implementation of Model of the Value Attitude to Health. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*. 2020. Vol. 11, iss. 2, sup.1. P. 127-138.

68. Kryshchanovych M., Kotyk T., Tiurina T., Kovrei D., Dzhandan H. Pedagogical and Psychological Aspects of the Implementation of Model of the Value Attitude to Health. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*. 2020. Vol. 11, iss. 2, sup.1. P. 127-138.

69. Principles to guide health system recovery and transformation in Ukraine. Consultation draft: May 2022. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022.

70. Resources of the health care system in war. National Institute for Strategic Studies Національний інститут стратегічних досліджень. URL: <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/resursy-systemy-okhorony-zdorovya-v-umovakh-viyny-zhovten-2022r>

71. Schaaf M, Boydell V, Sheff MC, Kay C, Torabi F, Khosla R. Accountability strategies for sexual and reproductive health and reproductive rights

in humanitarian settings: a scoping review. *Confl Health*. 2020 Apr 7;14:18. doi: 10.1186/s13031-020-00264-2. PMID: 32280369; PMCID: PMC7137319.

72. Svydruk I., O. Sydoruk, O. Trut, M. Mironova, O. Klepanchuk The impact of foreign trade development on the organization of socio-economic security of Ukraine. *Bulletin of Geography. Socio-economic Series*. 2022. Nr. 57. P. 155–168.

73. Svydruk I., O. Sydoruk, O. Trut, M. Mironova, O. Klepanchuk The impact of foreign trade development on the organization of socio-economic security of Ukraine. *Bulletin of Geography. Socio-economic Series*. 2022. Nr. 57. P. 155–168.

74. Yatsyshyn, U. V., Flaherty M. Ethics of professional activities of social workers in the field of health: the american experience. *Wiadomości Lekarskie*. 2022. № 75(8). 1888-1894.

РОЗДІЛ 3

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

3.1. Міжнародний досвід регулювання програм допоміжних репродуктивних технологій органами публічної влади

У світі ідеї щодо регулювання репродуктивного здоров'я відображаються в публічних процесах вже досить давно. Вже після Другої світової війни почали розвиватися концепції із започаткування та різнопланового регулювання окремих аспектів репродуктивного здоров'я. Поступово сформувалися нормативні акти щодо регулювання контролю зростання населення і демографічних змін в різних регіонах та у світі в цілому. Вони трансформувалися у зв'язку з різними чинниками, такими як епідемії, індустріалізація, технічний та науковий прогрес, виявлення нових хвороб тощо.

Що стосується врегулювання у публічному секторі ДРТ, їх допустимості та розвитку, етичних та наукових засад функціонування, то дискусія почала розгортатися приблизно в кінці 1970-х на початку 1980-х років. Однією з країн із найтривалішою історією врегулювання публічних процесів щодо застосування програм ДРТ є Австралія. Розглянемо її досвід.

У 1980 році в Австралії народилася перша дитина за допомогою екстракорпорального запліднення (ЕКЗ), а в 1984 році австралійський штат Вікторія став першою юрисдикцією у світі, яка прийняла комплексне законодавство, яке регулює використання ДРТ. Нині в Австралії приблизно 4 відсотки дітей народжені за допомогою тих чи інших методів ДРТ. Національне законодавство, рекомендації та обов'язкова акредитація регулюють застосування ДРТ, крім того, у половині штатів і територій Австралії додатково діє спеціальне законодавство щодо ДРТ [40].

Індустрія послуг ДРТ швидко розвивається, щораз більше надавачів послуг ДРТ функціонують не в одній, а в кількох країнах або в усьому світі. Тобто, розвивається міжнародна мережа надання медичних послуг з ДРТ. Деякі австралійські клініки ДРТ почали надавати інформацію або зв'язуватися з іншими постачальниками для програм здоров'я до зачаття або способу життя, щоб оптимізувати шанси пацієнток завагітніти та народити здорову дитину [31].

Постачальники послуг ДРТ, розширюючи свої охоплення за межі державних і національних кордонів, стають більш корпоративними, з великими інвестиціями з боку тих, хто не працює в галузі, і швидким розвитком технологій, що створює нові можливості. У результаті цих факторів виникають соціальні та етичні проблеми, що створює труднощі для регулювання.

Різні культурні погляди в інших країнах на використання розкриття особи проти анонімного донорства сперми чи яйцеклітин, а також альтруїстичного проти комерційного сурогатного материнства можуть створити напругу, коли ті, хто шукав лікування за кордоном, повертаються додому. Оскільки діти, зачаті в результаті закордонного донорського лікування та домовленостей про сурогатне материнство, стають дорослими, їхні погляди, ймовірно, впливатимуть на використання та регулювання транскордонного репродуктивного лікування.

Підсумовуючи майже 40-річний досвід Австралії у регулюванні ДРТ, дослідники наголошують на тому, що етичні питання, пов'язані з лікуванням за допомогою ДРТ, продовжують кидати виклик органам влади і спільноті. Сьогодні сім'ї формуються багатьма різними способами, і діти народжуються через транскордонну репродуктивну допомогу в Австралії та за кордоном. Хоча альтруїстичне сурогатне материнство є законним в Австралії, багато хто виїжджає за кордон, щоб отримати доступ до комерційного сурогатного материнства [27]. Зростаючий вік пар, які отримують доступ до ДРТ, і ризик для фертильності, спричинений певними факторами способу життя, такими як ожиріння, також викликають питання щодо доступу до ДРТ [31]. Нагляд за

коректністю застосування програм ДРТ з точки зору медичної, законодавчої та етичної процедур здійснює Комітет з акредитації репродуктивних технологій (RTAC) [35]. Нині публічне управління щодо застосування ДРТ в Австралії ґрунтується на жорсткій декількарівневій регуляторній та контрольній політиках, із досить сильною інформаційною підтримкою з боку держави.

Вельми розгалуженою та інституційно розвинутою є система публічних відносин щодо ДРТ у Сполучених Штатах Америки. Вона характеризується відсутністю соціалізованої системи охорони здоров'я, відсутністю централізованого державного чи фінансового нагляду та поширенням великої кількості клінік для задоволення потреб ринку. Саме це в досвіді регулювання суспільних відносин щодо ДРТ споріднює системи наших країн.

Деякі з клінік, які надають послуги з ДРТ, розташовані в університетах і перебувають під наглядом держави, деякі – у приватних академічних центрах, але багато з них функціонують як приватні медичні практики. Відсутній національний орган на кшталт Комітету з акредитації репродуктивних технологій (RTAC) в Австралії або Управління людського запліднення та ембріології (HFEA) в Англії, який би наглядав за коректністю застосування програм ДРТ [19].

За останні кілька років у США сталися випадки незаконної, аморальної, безвідповідальної та неетичної поведінки надавачів послуг з ДРТ, які отримали широкий розголос. Це вважають наслідком слабкої регуляторної політики з боку держави. Значна інформація в ЗМІ про те, як лікарі використовують власну сперму для запліднення пацієнтів, крадіжки яйцеклітин пацієнтів, пропозиції щодо клонування людини, використання стовбурових клітин для досліджень, непомірні суми грошей, що виплачуються донорам яйцеклітин, а також народження семи і восьми дітей одночасно привернули широку увагу ЗМІ. У результаті склалося враження, що ці події є нормою, а не аномальними випадками. Вони стали викликом для формування суспільної думки і спровокували вимогу щодо посилення контролю з боку держави [19].

Швидкі темпи наукового прогресу в галузі вдосконалення та урізноманітнення лікування безпліддя з допомогою ДРТ зумовили використання нових методів, таких як кріоконсервація яйцеклітин, інтрацитоплазматична ін'єкція сперматозоїдів, перенесення ембріонів, вибір статі, цитоплазматичний перенос і передімплантаційна генетична діагностика ембріона, проведені клінічні дослідження підтвердили їхню безпеку та ефективність. Це призвело до критики експериментів на людях у безвідповідальний спосіб. Крім того, політичний клімат навколо абортів – і, як наслідок, дослідження ембріонів, стовбурових клітин і перенесення ядер соматичних клітин – досі призводить до вакууму участі уряду в дослідженнях ДРТ [28].

З іншого боку, картинка, яку намалювали засоби масової інформації США, і сформували нинішнє уявлення про начебто неконтрольованість галузі. Але це не відповідає дійсності. Навіть за відсутності центрального (загальнофедерального) регулюючого органу влади, регулювання публічних процесів та контроль здійснюється іншими заходами.

Так, обов'язковими є загальні медичні норми щодо ДРТ. Федеральний уряд має кілька обов'язкових нормативних актів, які стосуються медицини в цілому, а також впливають на клінічну практику ДРТ. До них належать: Поправки щодо вдосконалення клінічної лабораторії 1988 року (CLIA 88), які передбачають, серед багатьох інших вимог, певні стандарти для андрологічних лабораторій, а також охоплюють ті, що надають послуги ДРТ. Вимагається суворе дотримання стандартів і наявність постійного моніторингу їх виконання, зовнішній та внутрішній контроль (перевірки безпосередньо на місці). Центри послуг Medicare та Medicaid (CMS), колишня Адміністрація фінансування охорони здоров'я (HCFA), відповідають за затвердження діагностичної та процедурної термінології кодування та підрозділів дослідження відносної вартості на основі ресурсів (RBRVS), які визначають відшкодування витрат на процедури ДРТ. Управління з контролю за якістю харчових продуктів і

медикаментів (FDA) також має численні правила, що стосуються використання медикаментозних засобів, які використовуються в ДРТ [28].

На державному рівні ліцензія на медичну практику необхідна для практики ДРТ, і невідповідна діяльність у клініках ДРТ може розслідуватися державними органами ліцензування. Більшість практикуючих ДРТ-клінік сертифіковано Американською радою акушерства та гінекології, а багато – Радою субспеціалістів репродуктивної ендокринології. Однак ні те, ні інше не є обов'язковим для практики ДРТ. Заклади, в яких практикується ДРТ, такі як лікарні, операційні та процедурні, також мають сувору ліцензію та перевіряються. На університетському рівні діють правила клінічних досліджень і етики для захисту пацієнтів, лікарів і установ. На місцевому рівні окружні медичні товариства, лікарні та організації з підтримки здоров'я (НМО) зазвичай наглядають за медичною практикою та вирішують клінічні, фінансові та етичні проблеми, з якими до них звертаються пацієнти, лікарі чи інші особи [28].

Також діють обов'язкові клінічні правила щодо ДРТ. Найпомітнішим і найважливішим нормативним актом щодо ДРТ, розробленим у США, є Акт про успішність і сертифікацію клінік фертильності 1992 року (FCSRCA). Цей закон вимагає, щоб кожна клініка ДРТ щорічно звітувала міністру через Центри з контролю та профілактики захворювань (CDC) показники успіху вагітності, досягнуті такою програмою за допомогою кожної допоміжної репродуктивної технології, а також дані кожної ембріональної лабораторії, яка використовується такою програмою, і чи є лабораторія атестованою чи подала заявку на таку атестацію. Закон вимагає від міністра консультуватися з відповідними споживчими та професійними організаціями під час розроблення визначень [42]. Нинішній стан цього закону такий. Понад 95% програм ДРТ у країні щорічно повідомляють про свої результати CDC через Товариство допоміжних репродуктивних технологій (SART), яке має контракт із CDC на збір цих даних. Ті кілька програм, які вирішили не звітувати, мають свої імена в списку «не звітують» у публікації CDC, відповідно програють у рейтингу медичних закладів. Крім того, ще з 1997 році SART розпочала валідаційні

перевірки на місці, іноді за участю спостерігачів CDC, щоб переконатися в точності даних, які через SART повідомляються до CDC. Дві третини із приблизно 370 клінік у Сполучених Штатах провели валідаційну перевірку на місці. Програми відбираються для перевірки валідації на основі тих із найвищими та найнижчими показниками успіху, а також випадковим чином [20].

Також у США існує обов'язкове немедичне регулювання надання послуг із застосуванням ДРТ. Федеральна торгова комісія (ФТС) має правила щодо правдивості в рекламі та маркетингу. Кілька програм ДРТ у Сполучених Штатах були досліджені Федеральною торговою організацією США (ФТС) на предмет того, що вони висунули твердження про показники успіху вагітності, які не могли бути підтверджені їхніми клінічними даними. Наприклад, коли клініки рекламують свої показники успішності, ФТС вимагає, щоб вони розкривали чисельник і знаменник, які використовуються в їхніх розрахунках, якщо такі рекламовані показники не базуються на розпочатих циклах і живонароджених. ФТС також можуть накладати санкції, наприклад штрафи. Умови роботи працівників клініки регулюються Законом про безпеку та небезпеку на виробництві (OSHA), який містить численні суворі вимоги, що регулюють роботу працівників усіх медичних закладів, включаючи зокрема і клініки ДРТ. Ці правила можуть і забезпечуються перевітками на місці.

Державне законодавство також вимагає ліцензії на бізнес, який включає клініки ДРТ. У місцевих громадах міста вимагають комерційних ліцензій, мають будівельні норми та інші правила, що стосуються клінік ДРТ. Інші обов'язкові немедичні правила включають вимоги страхових компаній, НМО та інших організацій охорони здоров'я [19].

У США існує ще низка методів врядування публічних відносин. До них належать:

- обов'язкові лабораторні правила;
- регламент дослідження ДРТ.

Уряд створив Групу з досліджень людських ембріонів, яка функціонує з 1993 року та оцінює прийнятність напрямків досліджень з медико-етичної позиції, так, наприклад Група рекомендувала, щоб деякі дослідження ембріонів до 14 днів були прийнятними, а інші дослідження були неприйнятними (наприклад, клонування); чи норма, що ембріони не можуть бути створені для дослідження, і їх можна отримати тільки в процесі IVF-процедур з метою лікування непліддя.

- Обов'язкове регулювання генетичного обстеження та лікування. Регуляція генетики швидко стає невід'ємним аспектом регуляції ДРТ. Федеральний департамент охорони здоров'я та соціальних служб (DHHS) має нагляд за генетичними тестами через Центри контролю захворювань (CDC), Управління з контролю за продуктами й ліками (FDA), Центри медичної допомоги та медичної допомоги (CMS) та Управління захисту досліджень людини (OHRP).

- Обов'язкове регулювання сфери ДРТ на предмет дослідження людини. Федеральний уряд має численні правила щодо досліджень із залученням людей, які застосовуються незалежно від джерела фінансування. Завжди потрібна письмова згода учасників дослідження. Департамент охорони здоров'я та соціальних служб (DHHS) вимагає перегляду та схвалення досліджень із залученням людей до фінансування федеральними агентствами. Крім того, інституційний нагляд університету вимагає дотримання правил і отримання схвалення IRB для дослідницьких проектів [20].

- Професійні досягнення, які покращили нагляд за ДРТ. Численні ініціативи реалізували професійні товариства, пов'язані з ДРТ.

- Рекомендації професійного товариства та практичні стандарти.

- Програма акредитації лабораторії CAP/ASRM.

- Діяльність Американської асоціація біоаналітиків. Вона має службу перевірки кваліфікації, а також підтримує охоплення CLIA ембріологічних лабораторій і має попередні положення для директорів ембріологічних лабораторій, які не мають докторського ступеня.

- Американська асоціація біоаналітиків (ААВ).
- Етичні принципи професійного товариства [19].

Усвідомлюючи соціальний контекст, у якому необхідно практикувати ДРТ, професійні та наукові середовища США не обмежили свою діяльність щодо ДРТ лише клінічною та лабораторною практикою медицини. Значний час, зусилля та досвід було витрачено на розробку ініціатив етичних настанов, які створили стандарти саморегулювання. Оскільки більшість лікарів-репродуктологів добровільно дотримуються стандартів саморегулювання, які хоча законодавчо і не закріплені, але відіграють важливу роль у скеруванні практики застосування ДРТ у США.

Тенденцією останніх років в різних країнах є лібералізація законодавства зі сурогатного материнства. Так, влітку 2020 р. в Ізраїлі прийняли закон, який дозволяє самотнім жінкам (тобто таким, що не перебувають в офіційному шлюбі чи партнерських відносинах) скористатися послугами сурогатного материнства. Але для України це поки що є далекою перспективою. У нас це дозволено тільки для пари, яка перебуває у офіційному шлюбі. Такий принцип захищає інтереси дитини, щоб могла рости у повній сім'ї. На сьогодні схожі питання обговорюють в Іспанії, Франції, але це суперечить католицькій психології цих країн: там матір'ю вважається жінка, яка народила дитину. В Іспанії є процедура усиновлення після сурогатного материнства. Але все ж здебільшого там йдеться лише про подружні пари [18].

Досліджуючи досвід Австралії, ми вже частково торкалися проблем регулювання транскордонного репродуктивного лікування за допомогою ДРТ. Зазначимо, що такий досвід має вже й Україна. Зразу зазначимо, що мова йде про регулювання в межах адміністративного менеджменту надавача послуг з ДРТ, який має представництво та партнерську клініку в Україні. Але цей досвід яскраво демонструє можливості управлінських процесів поза межами державного регулювання, але вже у міжнародній площині. А також події, що відбулися в Україні спричинили наслідки в Ірландії, і нині Міністерство

охорони здоров'я цієї країни спільно з Генпрокуратурою Ірландії розробляє законопроект про допоміжну репродукцію.

Проблема полягала в тому, що одна з найбільших в Ірландії програм донорства яйцеклітин для пар, які намагаються завагітніти, закрита через занепокоєння щодо управління її партнерською клінікою в Україні.

Багато пар в Ірландії витрачають на послугу ДРТ понад 10 000 євро. Цей крок залишив їх у підвішеному стані, оскільки програма була однією з небагатьох в Ірландії із залученням донорських яйцеклітин, які не вимагали від людей поїздок за кордон. Це було ключовим моментом у період пандемії.

Клініка ЕКО Rotunda, раніше відома як клініка Харі, припинила свою роботу у вересні 2020 року через «значне занепокоєння» щодо української клініки, де донорські яйцеклітини запліднювали спермою ірландських пацієнтів, таким чином створюючи ембріони з подальшим їх відправленням до Ірландії вже для ебмріотрансеру пацієнтам-замовникам. Rotunda IVF, яка є частиною групи Sims, що належить австралійській компанії Virtus Health, заявила: «Відбулись значні зміни у старшому управлінському персоналі клініки, про які нам не було надано жодної інформації. Через пандемічні обмеження ми не змогли поїхати, щоб дослідити проблему. Ми не можемо співпрацювати з будь-якою сторонньою клінікою, якщо вона не втілює професіоналізм і ефективність послуг» [36].

Транспортування сперми та ембріонів в Україну та з України стало «більш складним і нестабільним» через Covid-19 у 2020 році. Пізніше у 2021 році було заплановано запровадити нову програму щодо надання послуг ДРТ. Але ще до того проти Rotunda IVF було подано до Високого суду Ірландії три справи про медичну недбалість (точніше кажучи, щодо невиконання своїх зобов'язань вчасно і в повному обсязі). В одному випадку подружжя стверджує, що програма донорства яйцеклітин мала «системні збої», і вони увійшли до цієї програми лише після того, як помилка поставила під загрозу їхні шанси завагітніти за допомогою власної яйцеклітини та сперми.

Представник відповідача пояснила в суді, що на ймовірні системні труднощі з донорством яйцеклітин звернуто увагу GPRA (Health Products Regulatory Authority) – спеціальний регулятивний орган в Ірландії, і проведено аудит та розслідування, вжито відповідних заходів.

В іншому випадку представлялися інтереси пари, яка стверджувала, що їхні шанси на батьківство було знищено використанням зараженого інструменту. GPRA заявило, що перевіряє всі клініки ДРТ і не може коментувати будь-які поточні питання.

Міністерство охорони здоров'я Ірландії спільно з Генеральною прокуратурою Ірландії почало роботу над законопроектом «Про допоміжну репродукцію». Якщо його ухвалять, він запровадить регуляцію допоміжної репродукції людини та перші правила в Ірландії щодо донорства сперми, яйцеклітин та ембріонів, сурогатного материнства, генетичної діагностики ембріонів, посмертної допоміжної репродукції та дослідження ембріонів та стовбурових клітин [36].

Отже, маємо досвід врегулювання декількох окремих випадків, що створило умови для розробки механізмів централізованого врегулювання. Також хочемо наголосити на ролі суду у вирішенні проблемної ситуації, що також є механізмом врегулювання публічно-приватних відносин. В описаному випадку для врегулювання відносин одночасно були застосовані механізми публічного сектору, бізнес структури та регулятивний потенціал органів влади, які хоч і не мають у своїй компетенції безпосереднього обов'язку врегулювання відносин щодо застосування ДРТ, але можуть це робити опосередковано.

Звернення до суду стає механізмом врегулювання відносин і щодо наслідків застосування ДРТ через роки, наприклад, коли це стосується прав пацієнтів. Анонімність донорів є однією з обов'язкових складових відносин, що пов'язані із зачаттям за допомогою ДРТ. Розголошення таємниці зачаття багатьма країнами розглядається як втручання в приватне життя людини, що не відповідає інтересам жодної зі сторін (ні дитини, зачатої за допомогою ДРТ, ні батьків, ні донора). Хоча, як демонструє зарубіжний досвід, батьки дітей,

народжених за допомогою ДРТ, зазвичай не розкривають таємницю зачаття. Так відбувається через страх, що така інформація може негативно відобразитися на відносинах з дітьми після того, як вони дізнаються про своїх генетичних батьків. Дослідження, проведене у Швеції, показало, що 89% пар, які скористалися донорським матеріалом, не розкрили дитині таємниці її походження. У Нідерландах на 45 тис. дітей, зачатих за допомогою штучного запліднення, тільки 10 звернулися до судів, вимагаючи розкриття медичної інформації про своїх справжніх батьків [24, с.260].

Також вплив на формування державної політики у галузі репродуктивного здоров'я та регулювання застосування ДРТ можуть здійснювати роз'яснення тих чи інших вищих судів, як-от Верховний Суд чи Конституційний Суд. Наприклад, Верховний суд США у справі Брегдон проти Еббота в червні 1998 року постановив, що репродуктивна функція є однією з основних життєвих функцій, отже безпліддя – це втрата такої функції, у тлумаченні Закону про американців з обмеженими можливостями (ADA). Відповідно люди з таким діагнозом можуть користатися всіма пільгами та можливостями відповідно до законодавства. Довгостроковий вплив цього рішення поки що невідомий, але колективні позови на основі цього висновку розглядаються. Комісія з рівних можливостей працевлаштування (ЕЕОС) також визнала у справі в Нью-Йорку, що ненадання допомоги з безпліддя є дискримінаційним, хоча висновок у цій справі було змінено після апеляції [20]. Національні наслідки цих правових і нормативних справ ще визначаються в наступних справах і розробляється практика прецедента.

Якщо в деяких країнах тільки розробляють регулюючі акти, то в інших суспільні відносини, пов'язані із репродукцією людини, закріплені на найвищому рівні. Так, у Конституції Швейцарії містяться норми, які регламентують питання репродуктивної медицини, а також можливостей застосування генної технології із залученням людини для лікування. Це дозволено, але з численними обмеженнями, а сурогатне материнство заборонене як таке [13].

Лояльнішим є законодавство та підхід до застосування ДРТ у Республіці Молдові. В цій країні нормативне визначення ДРТ обґрунтовано в законі, і характеризується ДРТ як медичний акт, що охоплює комплекс методів лікування і процедур штучної інсемінації або екстракорпорального запліднення, медико-лабораторного маніпулювання жіночим і чоловічим генетичним матеріалом для штучного запліднення яйцеклітин і їх імплантації [16]. Отже, країна пішла шляхом деталізації змісту процедури у законі.

Ми не можемо оминати увагою таку важливу складову регулювання відносин у сфері застосування ДРТ як економічний аспект. Адже в деяких країнах саме він диктує умови надання медичних послуг та розвиток всієї галузі. Для України ця складова та її регулювання дуже актуальні.

Регулювання та фінансування ДРТ мають кілька загальних характеристик для розвинених країн. Вартість лікування відображає вартість основної системи охорони здоров'я, а ненормативне середовище чи середовище спеціального фінансування. Вартість (у доларах США 2006 року) стандартного циклу ЕКЗ коливалася від 12 513 \$ в США [20] до 3 956 доларів США в Японії [30]. Витрати на одне живонародження були найвищими в США і Сполученому Королівстві Великобританії та Північній Ірландії (\$41 132 і \$40 364 відповідно) [20, 23], а найнижчими в країнах Скандинавії та Японії (\$24 485 і \$24 329 відповідно) [39]. Вартість циклу ЕКЗ після державного субсидування коливалася від 50% річного наявного доходу в США до 6% в Австралії. Вартість лікування ДРТ не перевищувала 0,25% загальних витрат на охорону здоров'я в жодній країні. Австралія та країни Скандинавії були єдиними країнами / регіонами, які досягли рівнів використання, наближених до попиту, а Північна Америка задовольняла лише 24% розрахункового попиту. Попит демонструє змінну цінову еластичність [21].

Допоміжні репродуктивні технології є дорогими з точки зору пацієнта, але не з точки зору суспільства. Лише країни з механізмами фінансування, які мінімізують витрати з власної кишені, задовольнили очікуваний попит.

Механізми фінансування повинні максимізувати ефективність і рівність доступу, мінімізуючи потенційну шкоду від багатоплідності.

Регулювання, надання та фінансування послуг з ДРТ різняться в різних країнах. Регулювання варіюється від мінімального законодавства в Сполучених Штатах, Канаді, деяких скандинавських країнах і Японії до відносно жорстко регульованого середовища у Великобританії та деяких частинах Австралії та Скандинавії. Як і слід було очікувати в галузі, що швидко розвивається і має сильні соціокультурні асоціації, регулятивні норми також розвиваються і стають більш-менш обмежувальними. Це властиво всім країнам. Механізми фінансування послуг ДРТ також дуже відрізнялися: від відсутності державного фінансування в США і Японії до необмеженого чи часткового державного відшкодування з доплатою в Австралії.

Зважаючи на те, що економічне навантаження на фінансування програм ДРТ розподіляється нерівномірно між державним і приватним секторами в різних країнах, група експертів провела дослідження витрат пацієнтів за цикл ДРТ як відсоток від середнього наявного доходу до і після субсидування урядом, що вказує на доступність лікування з точки зору пацієнта (споживча ціна). До впливу будь-якого типу державного субсидування валові витрати на стандартний цикл ЕКЗ були найвищими в США і становили 50% річного наявного доходу особи порівняно з 12% у Японії [29]. Після врахування державних субсидій кінцева чиста вартість пацієнта стандартного циклу ЕКЗ не змінилася в США і Японії через відсутність державного фінансування лікування ДРТ. Однак, взявши до уваги невід'ємну роль страхування в системі охорони здоров'я США, вартість стандартного циклу ЕКЗ у відсотках від наявного доходу знизилася з 50% до 44% в цій країні. Найбільше субсидування вплинуло на Австралію, де вартість стандартного циклу знизилася на 71% у відсотках від наявного доходу, з 19% до державного субсидування до 6% після державного субсидування [21].

За висновками експертів регулювання та фінансування ДРТ, у розвинених країнах мають кілька загальних характеристик і продовжують розвиватися у

відповідь на технологічний прогрес, соціально-культурний тиск і тенденцію до більш пізнього народження дітей. Вартість та фінансування ДРТ є типовими для базових систем охорони здоров'я в кожній з країн, що відображає різний ступінь державної та приватної відповідальності за придбання медичної допомоги та загальні витрати на охорону здоров'я.

Поки що не випрацьовано чіткого зв'язку між рівнем регулювання та державного фінансування ДРТ і вартістю циклу лікування за допомогою ДРТ (незалежно від платника лікування). Наприклад, Сполучені Штати та Японія мають найвищу та найнижчу вартість лікування, відповідно, але обидві країни є найменш регульованими та майже не пропонують державного відшкодування витрат на лікування.

Основною рушійною силою застосування програм ДРТ є поєднання рівня державного фінансування та тягаря, який покладено на пацієнтів щодо оплати лікування. Вищі рівні використання програм ДРТ мають місце в країнах з низькими витратами пацієнтів через низькі витрати на лікування (як це відбувається в Японії) або через щедre державне фінансування (як в Австралії та Скандинавських країнах) [39].

Тип системи охорони здоров'я та рівень витрат на охорону здоров'я не завжди відповідають ефективності та справедливості надання медичних послуг ДРТ. Політичні та неполітичні чинники також відіграють певну роль у результатах. Оскільки лікування безпліддя стає більш успішним і щораз більша частка суспільства розглядає ЕКЗ як основний метод лікування, то стає доступнішим державне або додаткове (страхові компанії, кредитування, фондова підтримка тощо) фінансування лікування безпліддя. Лікування за допомогою ДРТ навіть розглядається демографами як засіб для підвищення рівня народжуваності в розвинених країнах. У спробі забезпечити більш справедливий доступ і зменшити високу частоту багатоплідних пологів в результаті лікування ДРТ, Бельгія стала першою країною, яка прив'язала державне фінансування до кількості перенесених ембріонів, і звіти свідчать, що

це призвело до скорочення частоти багатоплідності, – він становить менше ніж 10%, без суттєвого впливу на загальний рівень вагітності [21].

У США було проведено дослідження щодо економічної доцільності державної підтримки програм ДРТ. Прораховано, що вартість живонароджених у країні є значно нижчою від діапазону того, що вважається співвідношенням ціни та якості в охороні здоров'я. Крім того, вартість лікування за допомогою ДРТ є незначною порівняно з довічними податковими внесками дітей, які народженні в результаті цих програм. «Чисті» податки, сплачені дитиною за все життя відносно початкових інвестицій держави в ДРТ для її народження, становлять 700% чистого прибутку уряду в доларах США з розрахунку на роботу повністю зайнятих осіб. Це свідчить про те, що усунення перешкод для застосування ДРТ принесе позитивні податкові переваги для уряду, додатково до позитивного впливу на загальне економічне зростання країн через приріст населення [20].

Підсумовуючи підходи до регулювання та фінансування ДРТ у різних країнах, зазначимо їх різноманітність. Адже простежується тенденція, спрямована на забезпечення певного рівня державного фінансування і поступове збільшення його частки. Незважаючи на різницю у вартості лікування, ДРТ все одно залишається досить дорогою медичною послугою з точки зору окремої людини чи пари, але не з точки зору національних витрат на охорону здоров'я. Фінансовий тягар, який покладався на пацієнтів щодо оплати лікування, є найсуттєвішою перепорою у збільшенні кількості пар чи людей, які хочуть цим скористатися. Нині лише Скандинавські країни та Австралія приблизно наблизили рівень фактичного застосування програм ДРТ до такого, який приблизно відповідає попиту. З точки зору вартості всіх процедур, які призведуть до появи однієї живонародженої дитини, програм ДРТ мають цінність для суспільства, особливо якщо рівень багатоплідності зведений до мінімуму. Організації, що фінансують, несуть відповідальність за забезпечення фінансування послуг ДРТ розбудовують свою діяльність таким чином, щоб не

тільки максимізувати ефективність і справедливий доступ до програм ДРТ, але й забезпечити безпеку дітей, народжених за допомогою таких методів.

Право пацієнта на доступ до лікування за допомогою репродуктивних технологій стикається з проблемами в усіх країнах світу. Більшість проблем виникає із врегулюванням на міжнародному й національному рівнях питань застосування ДРТ, оскільки суспільний розвиток не встигає за науково-технічними досягненнями в цій галузі. Найбільш типовими є проблеми з врегулюванням: правового статусу осіб, до яких застосовуються ДРТ; питань можливого перевищення меж чи недопущення втручання в генетику людини; селекції та знищення ембріонів у разі багатоплідної вагітності за результатами успішної програми ДРТ; регулювання ДРТ та його етичні межі відносно науково-дослідної діяльності (використання репродуктивних технологій не виключно для продовження роду, а для інших медичних цілей); гарантування рівності прав і свобод дітей, які народжені із застосуванням ДРТ, уникнення дискримінації; порядок та умови зберігання/обміну інформацією про донорів і сурогатних матерів тощо.

Маємо усвідомлювати, що жоден, навіть найкращий досвід, не можна просто перенести та імплементувати. Необхідно досліджувати причинно-наслідкові зв'язки формування досвіду інших країн, і обирати саме ті механізми та методи публічного управління, котрі підуть на користь Україні, враховуючи її особливості.

3.2. Критерії ефективності публічного управління у сфері застосування програм допоміжних репродуктивних технологій

Глибинний зміст процесів публічного управління має гарантувати повноцінну реалізацію механізмів цілеспрямованого ефективного впливу суб'єктів управління на об'єкт управління з метою здійснення якісних трансформацій. Такий вплив створює умови для повноцінного функціонування

та покращення якісних і кількісних характеристик об'єкта управління. Це вимагає суттєвого розширення спектру управлінського впливу на всі без винятку сторони діяльності об'єкта управління з метою досягнення довгострокових і вирішення поточних цілей, досягнення максимального ефекту від такого впливу.

У сучасному світі необхідність розширення обсягу та поступове ускладнення змісту діяльності управлінців поєднується із зростанням відповідальності за якість прийняття управлінських рішень. Це потребує приділення значної уваги до питань якості управлінських процесів і рішень, визначення їх результативності, змісту управлінських функцій та ефективності наслідків управлінської діяльності. Подальший розвиток соціально-економічних відносин призводить до поступового розвитку тісного зв'язку між суб'єктами управління та іншим зацікавленими сторонами, також ці відносини є взаємопов'язаними та залежні від злагодженості всіх учасників соціально-економічних процесів.

Виникає питання критеріїв оцінки якості управлінських процесів. Проблеми, що пов'язані з критеріями оцінювання та визначенням результативності управлінських процесів, а у подальшому і підвищення їхньої ефективності відіграють визначальну роль у збереженні інституційної спроможності та функціональній міцності об'єктів управління. Правильне визначення самих критеріїв оцінювання та індикаторів ефективності, за якими воно відбуватиметься, впливатиме на діяльність, подальший розвиток об'єктів управління. Дослідження проблем оцінки та критеріїв ефективності функціонування є одним з ключових питань теорії і практики публічного управління та адміністрування.

У дослідженнях українських вчених вже склалася наукова школа розробок щодо дослідження розуміння та критеріїв оцінки ефективності публічного управління. На думку дослідників, на ефективність управлінських та адміністративних процесів впливає багато чинників, серед яких можна виділити політичні, соціально-економічні, культурні та інші фактори. Одним з

грунтовних досліджень, які заклали підвалини сучасного розуміння ефективності органів державної влади, є дисертаційна робота Д. Павлова «Організаційно-правові засади забезпечення ефективності функціонування системи органів виконавчої влади (державного управління)». Науковець, характеризуючи організаційно-правові засади забезпечення ефективності функціонування системи органів виконавчої влади, зазначає, що ефективність управління – це повне досягнення реальної та соціально-корисної конкретної управлінської мети за мінімальних витрат ресурсів в оптимальний строк з урахуванням обставин зовнішнього та внутрішнього характеру. Отже, за Д. Павловим, поняття ефективності включає в себе такі елементи:

- а) реальну та соціально корисну конкретну управлінську мету;
- б) витрати ресурсів та управлінської енергії;
- в) строк досягнення мети;
- г) обставини внутрішнього та зовнішнього характеру [8, с. 86-87].

Беручи цю позицію як одну з вихідних, маємо звузити та конкретизувати розуміння критеріїв оцінки ефективності щодо об'єкта нашого дослідження. Розглянемо специфіку розуміння ефективності публічного управління саме з точки зору управління у галузі охорони здоров'я. Наукові та практичні погляди на ефективність у галузі охорони здоров'я систематизував у своїх працях О. Миколенко. На його думку, для характеристики результату як складової функції суб'єкта публічного управління у сфері охорони здоров'я, а також для визначення співвідношення понять «ефективність» та «якість» діяльності суб'єкта публічного управління у сфері охорони здоров'я слід врахувати декілька позицій.

Перша позиція – результат як елемент функції суб'єкта публічного управління у сфері охорони здоров'я – це завжди факт об'єктивної дійсності, який свідчить про те, що цілі були або не були досягнені. Немає цілей, не спрямованих на досягнення певного результату. Тому кожна ціль суб'єкта публічного управління, яка офіційно закріплена за ним в чинному законодавстві, як суб'єктивна категорія переслідує досягнення змін в

об'єктивній реальності, тобто спрямована на отримання конкретного, як правило матеріалізованого, результату. Реалізуючи свої повноваження, МОЗ України може отримати як бажані (тобто передбачені цілями публічного управління у сфері охорони здоров'я), так і небажані для суспільства результати. Але ці бажані і небажані результати є фактами об'єктивної дійсності, які завжди можна співвіднести із цілями діяльності МОЗ України, та на підставі цього визначитись з ефективністю реалізації цим суб'єктом публічного управління своїх функцій.

Друга позиція – результат як елемент функції суб'єкта публічного управління у сфері охорони здоров'я можливий тільки як наслідок застосування правових засобів відповідним органом державної влади. Без застосування цього правового інструментарію цілі так і залишаться тільки бажаним чи запланованим результатом. Тому важливо передбачити таку систему правового інструментарію за МОЗ України, реалізація якого могла б забезпечити досягнення поставлених перед органом державної влади цілей. Один із основних правових засобів, який допомагає МОЗ України досягати поставлених цілей, – це повноваження щодо прийняття наказів з питань охорони здоров'я.

Третя позиція – результат як елемент функції суб'єкта публічного управління у сфері охорони здоров'я є індикатором ефективності реалізації цих функцій. Але визначення змісту поняття «ефективність» та встановлення чітких критеріїв визначення ефективності діяльності органів державної влади є суттєвою проблемою для юридичної науки, яка неохоче використовує математичні формули у своїх дослідженнях. До того ж визначення змісту поняття «ефективність» потребує його співвідношення з іншим близьким, але нетотожним за змістом, поняттям «якість». У нашому випадку важливо розмежовувати між собою ефективність та якість діяльності МОЗ України як органу публічного управління у сфері охорони здоров'я, а також визначитись з параметрами, які безпосередньо впливають на ефективність та якість реалізації цих функцій

Четверта позиція – результат як елемент функції суб'єкта публічного управління у сфері охорони здоров'я повністю відповідає поставленим цілям, то слід констатувати, що функція була в повністю реалізована. Це ідеальний варіант в оцінюванні ефективності реалізації функцій МОЗ України, адже в такому разі цілі суб'єкта публічного управління та його повноваження були підібрані і закріплені в нормативно-правових актах так, щоб досягти бажаного результату. Коли ж отриманий результат лише частково збігається з цілями, що були поставлені перед суб'єктом публічного управління у сфері охорони здоров'я, то це означатиме, що МОЗ України реалізує покладені на нього функції не повністю, а тому слід їх переглянути та відкоригувати у разі:

1) якщо цілі діяльності МОЗ України, які з якихось причин вже не відповідають реаліям сьогодення, є хибними;

2) якщо правовий інструментарій не дає можливість МОЗ України досягти бажаних результатів [узагальнено автором за джерелом 3, с.47-50].

Загалом ми погоджуємося з автором, але до чинників корегування ми б віднесли ще безпосередньо інформаційний, адміністративний та організаційний інструментарій.

Приєднавшись разом і іншими країнами - членами ООН до глобального процесу забезпечення сталого розвитку та виконання Цілей сталого розвитку до 2030 року, прийнятих у вересні 2015 на Саміті ООН року у Нью-Йорку, Україна взяла на себе зобов'язання з виконання до 2030 року 17 цілей та 86 національних завдань, окремими з яких є:

- забезпечення загального доступу до послуг з охорони сексуального та репродуктивного здоров'я, включаючи послуги з планування сім'ї, інформування та просвіти, а також забезпечення обліку інформації з питань охорони репродуктивного здоров'я в національних стратегіях та програмах;

- забезпечення загального доступу до послуг з охорони сексуального та репродуктивного здоров'я та дотримання репродуктивних прав відповідно до Програми дій МКНР та Пекінської платформи дій, а також підсумкових документів конференцій з огляду на реалізації Програми та Платформи [11].

Тобто, маємо враховувати і критерії ефективності в системі охорони здоров'я, зокрема репродуктивного, які містяться у міжнародних зобов'язаннях, котрі на себе взяла Україні. У зв'язку із євроінтеграційними процесами звернемо увагу перш на все на вимоги до ефективності управління, що висуває до своїх членів ЄС. Система принципів публічного управління тут будується на ухваленому Радою Європи документі «Committee of Ministers of the Council of Europe» [22] (Рис. 11).

До принципів публічного управління ЄС належать:

- принцип законності, коли органи публічної влади мають діяти відповідно до чинного законодавства;
- принцип неупередженості, коли органи публічної влади мають діяти об'єктивно, урахувавши лише відповідні питання;
- принцип рівності, коли органи публічної влади не мають дискримінувати приватних осіб і однаково поводитися з приватними особами, які опинилися в однаковій ситуації;
- принцип пропорційності, коли органи публічної влади вживають заходів, що зачіпають права чи інтереси приватних осіб особи лише в тих випадках, коли це потрібно, і в обсязі, необхідному для досягнення поставленої мети;
- принцип ужиття заходів упродовж строку, установленого законом, коли органи державної влади мають діяти та виконувати обов'язки упродовж цього строку;
- принцип правової визначеності, коли органи публічної влади не мають втручатися в права й остаточні правові ситуації за винятком випадків, коли це вкрай потрібно в інтересах суспільства;
- принцип поваги до конфіденційності, коли органи публічної влади вживають усіх необхідних заходів для поваги та гарантії конфіденційності під час обробки персональних даних;
- принцип участі, коли органи публічної влади надають можливість громадськості за допомогою відповідних засобів брати участь у підготовці та здійсненні адміністративних рішень, які впливають на права та інтереси;
- принцип прозорості, коли органи публічної влади мають забезпечити інформування приватних осіб про свої дії та рішення

Рис. 11. Принципи публічного управління ЄС [22]

Впроваджуючи діяльність у публічному секторі за вказаними принципами, суб'єкт управління має всі шанси врегулювати певну галузь відносин максимально ефективно. До чинників ефективності належать політичні, організаційно-структурні, фінансові, технічні, технологічні, правові, людські. Останні є визначальними, тому що сама людська специфіка публічного управління є основою у формуванні умов для існування людини (люди для людей).

Що стосується європейських підходів до ефективного управління у галузі охорони здоров'я, то вони сформульовані у рамковому документі «Governance

for health in the 21st century» [26]. Основна мета цього документа полягає у принциповій зміні підході до управління охороною здоров'я з директивного до мережевого із залученням великої кількості суб'єктів. Що і рекомендується для країн Об'єднаної Європи. Саме за таких умов передбачається, що система охорони здоров'я та управління нею будуть ефективними.

Адаптація управління зумовлена мінливою природою суспільства та викликами, з якими доводиться стикатися. Мета рекомендацій регіонального директорату ВООЗ у Європі полягає в тому, щоб здоров'я стало головною ціллю, яку поділяють усі. Саме тому регіональне бюро ВООЗ для Європи замовила дослідження щодо управління здоров'ям у ХХІ столітті. Зміст трансформацій у тому, що уявлення про здоров'я та його детермінанти змінилися. Два виклики вважаються пріоритетними та взаємопов'язаними (Рис 12).

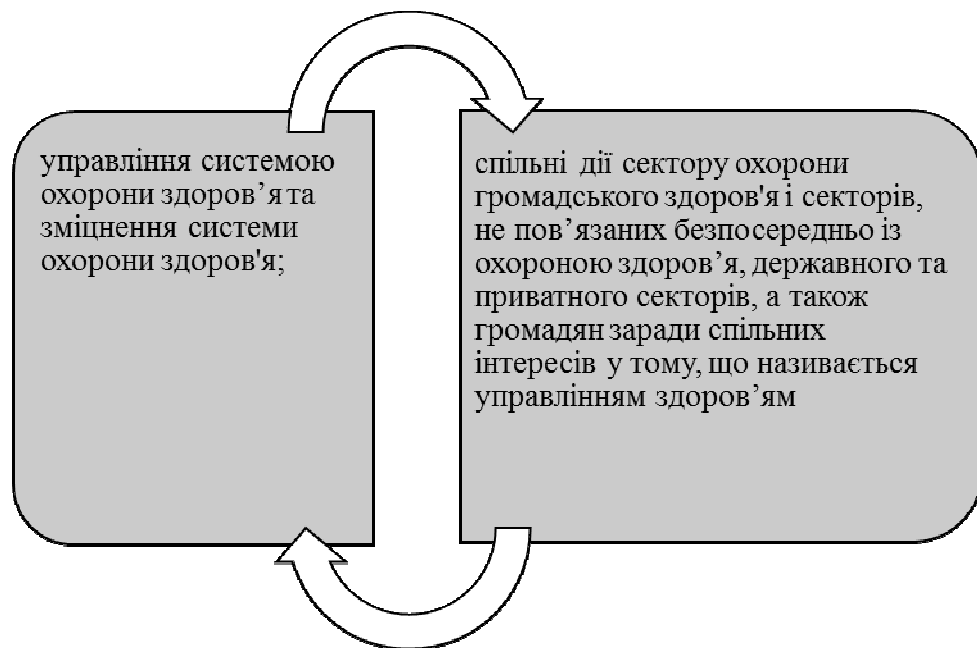


Рис. 12. Пріоритетні виклики управління здоров'ям у ХХІ ст. [26, с. 16]

Останнє твердження, на нашу думку, є дуже важливим для цього дослідження, оскільки застосування програм ДРТ в Україні є слабoreгульованою галуззю відносин у сфері охорони здоров'я в нашій країні зараз. Отже, співпраця державного та приватного секторів має дати сильний поштовх для регуляції та позитивної динаміки.

ВООЗ визначає, що врядування заради здоров'я та добробуту (мається на увазі Ціль № 3 Цілей сталого розвитку) як намагання урядів та інших суб'єктів керувати громадами, цілими країнами чи навіть групами країн у прагненні до здоров'я як невід'ємної частини благополуччя як через державний устрій, так і загальносуспільні підходи. Усе суспільство повинно бути відповідальним за стан його здоров'я.

Шлях до хорошого чи поганого стану системи охорони громадського здоров'я та окремих її секторів може бути нелінійним і таким, що важко передбачити, а здоров'я щораз більше розуміється як продукт складних, динамічних зв'язків між різними типами детермінантів. Сама лише система охорони здоров'я як окрема інституція не має інструментів для вирішення всіх проблем зі здоров'ям. На найвищому рівні уряд і суспільство повинні визнати, що здоров'я є спільною метою, і що її досягнення вимагає узгодженості дій між багатьма суб'єктами. Зараз закладається нова європейська політична основа для досягнення завдань в межах цілі «здоров'я та благополуччя».

Для розбудови ефективної системи охорони здоров'я у XXI столітті необхідно розуміти, що здоров'я – це в основному люди, те, як вони живуть і піклуються про своє здоров'я у контексті їхнього повсякденного життя. Це вимагає нового погляду на управління суспільними процесами заради досягнення здоров'я і благополуччя. На сьогодні більшість обговорень проблем національних систем охорони здоров'я в усіх політиках і міжгалузевому співробітництві з метою покращити ефективність процесів щодо охорони здоров'я починаються з позицій та спираються на докази, що найважливіші детермінанти збереження здоров'я містяться в інших секторах, крім безпосередньо медичній та системи охорони здоров'я.

Для розбудови ефективних систем управління суспільним відносинами у галузі всього комплексу заходів щодо збереження здоров'я населення, необхідно враховувати основні зміни, які відбулися в управлінні, щоб позиціонувати виклики для здоров'я в ширшому суспільному контексті. Багато таких викликів відображають основоположний перехід від індустріального

суспільства до суспільства знань (інформаційного суспільства, диджитал-суспільства як подальші форми його розвитку). Всі сфери публічної політики, а не лише охорона здоров'я, стикаються з необхідністю реформувати спосіб роботи та експериментувати з новими підходами до формування політики та її впровадження на глобальному, регіональному, національному та місцевому рівнях. Ця загальна зміна має розумітися суб'єктами формування та реалізації політики (урядами та суспільством загалом) для того, щоб цілі політик були реалізовані [33, с. 26].

Охорона здоров'я є не єдиною сферою політики, яка вимагає дій в інших секторах, що відкриває можливість для синергічної політики в усіх напрямках. Змінний характер викликів, з якими стикаються суспільства XXI століття, стимулює нові підходи до управління; також зазначимо, що в сучасному суспільстві здоров'я – це лише одна з проблем, і не завжди саме їй віддається пріоритет. Однак деякі з цих викликів, хоча і не є медичними, можуть мати значні наслідки для здоров'я, які досі недостатньо розглядалися. Виклики охоплюють системні потрясіння, такі як стихійні лиха, війни, економічні кризи, а також довгострокові процеси, такі як урбанізація, епідеміологічні та демографічні зміни, відсутність продовольчої безпеки, зміна клімату та збільшення екологічних проблем тощо.

Можна зазначити, що для управління системами охорони здоров'я країн ЄС нині властивий такий контекст (Рис. 12):

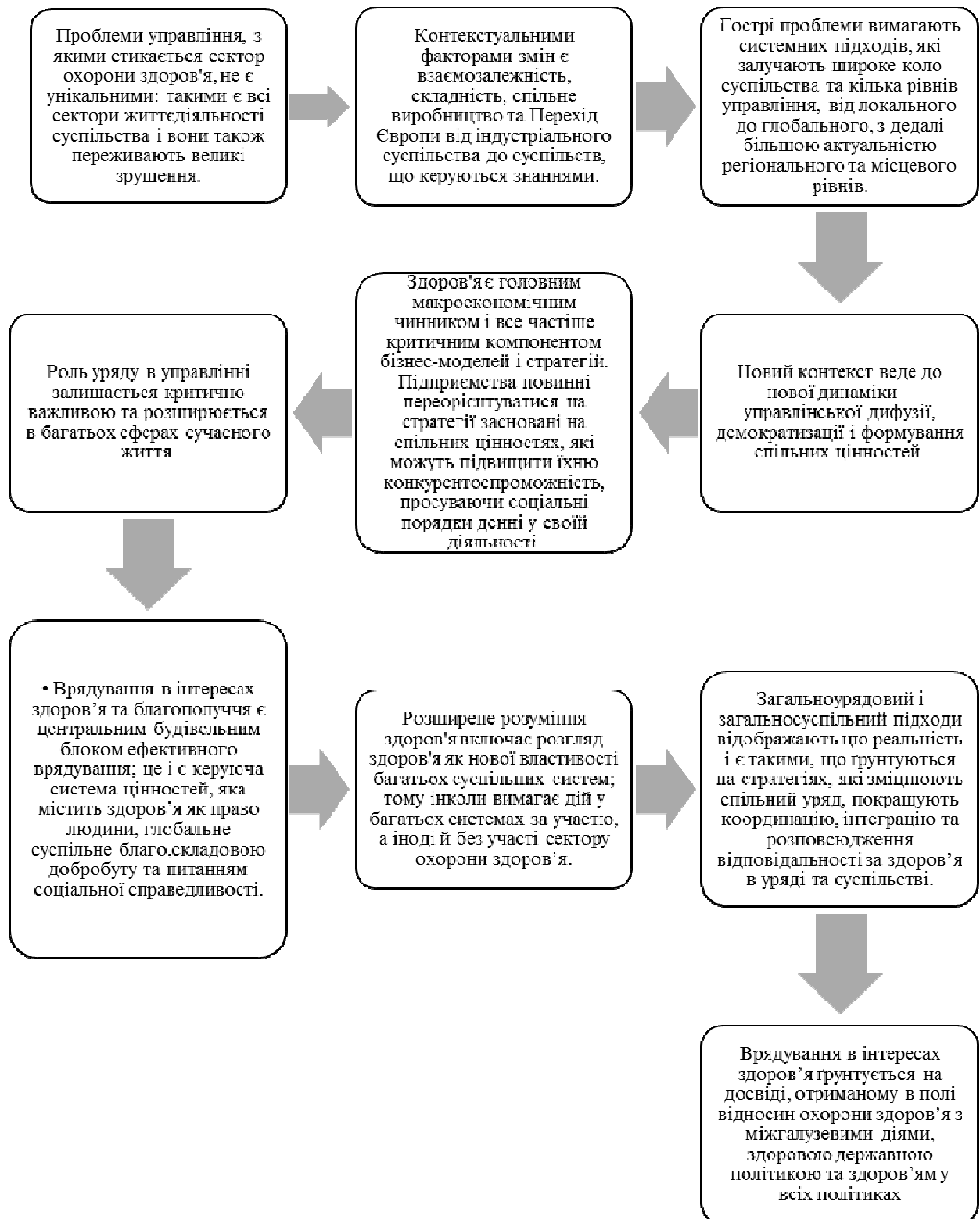


Рис. 13. Сучасний контекст управління системами охорони здоров'я країн ЄС [26, с. 43-47]

Дослідження показують, що здоров'я та благополуччя як глобальна ціль потребують поєднання підходів до управління – ієрархічного, розподіленого та спільного. Ця комбінація може бути до двічі ефективнішою, ніж єдине найефективніше втручання, як це відображено в багатьох документах з

імперативними нормами. Незважаючи на те, що деякі країни зміцнили та розширили свою діяльність у сфері охорони здоров'я для більш ефективного вирішення проблем охорони здоров'я XXI століття, інші все ще тільки поступово рухаються в цьому напрямку. Отже пропонується п'ять нових підходів до ефективного розумного врядування (SMART governance) в інтересах здоров'я та благополуччя, які повинні поєднуватися в загальнодержавному та загальносуспільному підходах [35].

Розумне врядування для здоров'я та добробуту вже практикується в Європі та багатьох інших частинах світу. Уряди вже підходять до такого управління новими та інноваційними способами. Розумне врядування для здоров'я та добробуту відображає те, як уряди піклуються про національні системи охорони здоров'я; стратегічні виклики, оперативний вибір, який вони роблять щодо поєднання жорстких і м'яких інструментів для застосування; кут, під яким вони підходять до виклику, партнери, рівні влади та суспільства, які вони вирішують залучати та коли для вирішення проблем.

Для досягнення максимальної ефективності пропонується п'ять нових підходів до управління здоров'ям, які повинні бути поєднані в загальнодержавному та загальносуспільному підходах (Рис. 13).

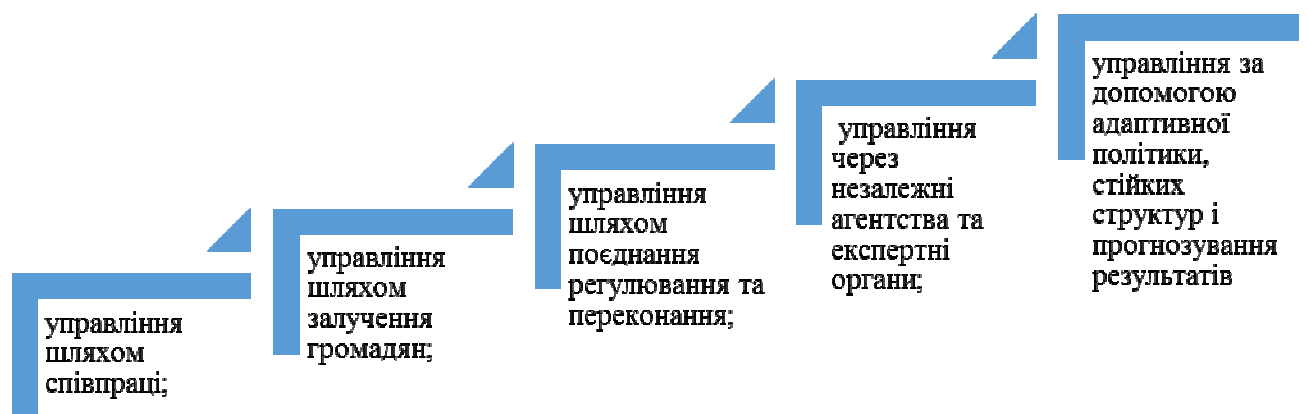


Рис.14. Нові підходи до управління здоров'ям задля досягнення максимальної ефективності [26, с. 56]

Задля ефективного застосування запропонованих нових підходів до управління здоров'ям, уряд, всі органи управління і все суспільство повинні

ближче ознайомитися з комплексом управлінських заходів щодо підвищення результативності функціонування системи охорони громадського здоров'я та його детермінантами для кращого управління.

Усі учасники повинні розуміти, якою мірою міцне здоров'я покращує якість життя, покращує продуктивність робочої сили, підвищує здатність до навчання, зміцнює сім'ї та громади, підтримує стале середовище проживання та навколишнє середовище, сприяє безпеці, зменшенню бідності та соціальному залученню. Вони також повинні усвідомлювати, якою мірою залежить добрий стан здоров'я від численних соціальних детермінантів, нерівності та соціальних градієнтів. Управління здоров'ям тісно пов'язані з управлінням ризиками, пов'язаними з глобалізацією та модернізацією [38]. Це вимагає набуття суб'єктами управління навичок і здатності розпізнавати та вирішувати наскрізні проблеми як в галузі охорони здоров'я, так і в інших галузях, де виникають ризики. Сектори повинні працювати разом, щоб визначити показники для моніторингу змін і прогресу.

Завдяки регулярному перегляду, навіть якщо політика працює добре, держави покращують свою стійкість до несподіваних змін, виявляючи нові проблеми, які впливають на політику, на ранній стадії. Тому важливо, щоб дані та інформація, які збираються та обмінюються, були актуальними для всіх сторін (суб'єктів управління та суб'єктів впливу на політику), доступні для громадськості. Також важливо, щоб діапазон матеріалів, які розглядаються, становили прийнятні докази, мали розширення для внесення думки громадян, яка впливатиме на прийняття рішень. Підвищення загальної медико-санітарної грамотності в суспільстві має відбуватися паралельно з покращенням медико-санітарної грамотності у державних секторах. Рамкові документи, такі наприклад як Цілі Сталого Розвитку, можуть допомогти країнам визначити нові показники здоров'я та добробуту на основі як об'єктивних, так і суб'єктивних чинників (справедливість і стійкість). Можна розглянути нові типи звітів про охорону здоров'я з новими показниками, включаючи нові інструменти прогнозування для випередження управління. Також можна започаткувати

систематичну роботу, наприклад центр обміну даними, для збору надійних доказів того, як політика впливає на здоров'я та як здоров'я впливає на інші політики. У сфері охорони здоров'я, тим паче щодо регулювання відносин у галузі ДРТ в сучасній Україні, цього критично не вистачає.

Зосередимося на окремих Цілях Сталого Розвитку у контексті визначення ефективності публічного управління охороною здоров'ям в цілому, публічним управлінням у сфері застосування ДРТ зокрема. З точки зору об'єкта нашого дослідження нас найбільше цікавитимуть Ціль 3 «Міцне здоров'я і благополуччя» та Ціль 17 «Партнерство заради сталого розвитку». Певними критеріями ефективності публічного управління можна вважати досягнення зазначених цілей та завдань в їх межах:

так, завдання 3.9. «Здійснити реформу фінансування системи охорони здоров'я» містить індикатор «частка витрат населення у загальних видатках на охорону здоров'я, %». Визначається, що у 2015 році вона становила 45,3%, у 2020 році – 40%, а у 2025 році має становити 35%, у 2030 – 30% від видатків. Цей індикатор можна застосовувати і для оцінювання динаміки розвитку та фактору доступності до послуг і галузі ДРТ [6, с.28-29].

Завдання 17,2 «розвивати партнерські відносини влади і бізнесу для досягнення Цілей Сталого Розвитку» має вимірюватися через кількість проєктів державно-приватного партнерства в одиницях. У 2015 році їх було 5, у 2020 році – 15, у 2025 році – 30, у 2030 році – 45 [6, с.118]. Цей індикатор також можна застосовувати. На сьогодні державно-приватне партнерство у галузі застосування ДРТ застосовується у допомозі перинатальним центрам, але такий вид партнерства має потенціал і в більш широкому спектрі відносин щодо застосування ДРТ, наприклад солідарній оплаті послуг, пільговому кредитуванні тощо.

Ми не будемо зупинятися на виключно медичних критеріях ефективності застосування програм ДРТ. Їх досліджують фахівці-медики [38; 44]. Адже наше дослідження зосереджене на ефективності управління суспільними процесами в цій галузі соціальних відносин.

Що стосується оцінки ефективності публічного управління у сфері застосування програм ДРТ, то в Україні не розроблено поки що подібного програмного документа чи шкали оцінювання. Томи ми пропонуємо власне бачення критеріїв оцінки, які базуються на міжнародній рамці оцінки ефективності розвитку програм репродуктивного здоров'я. Ми звузили об'єкт управління безпосередньо до застосування програм ДРТ. Пропонуються такі критерії оцінки ефективності:

Фінансування (% державного бюджету, виділеного на охорону здоров'я, % державного бюджету охорони здоров'я, виділеного на репродуктивне здоров'я, з поділом на надання послуг – сектор медичних послуг із застосуванням ДРТ, інфраструктуру, медикаменти та інструментарій / обладнання, безпеку; % солідарної участі у недержавних програмах, що покривають вартість послуг ДРТ);

Людські ресурси та медичні товари (% середнього медичного персоналу та лікарів, які пройшли додаткове спеціальне навчання з питань ДРТ, включаючи планування сім'ї, навчання без відриву від роботи; % постачальників медичних послуг, навчених надавати послуги, з урахуванням цільових груп; % закладів первинної медичної допомоги, здатних провести діагностику, які пропонують принаймні 3 сучасні методи планування сім'ї і готові кваліфіковано направити людину / пару для участі у програмі ДРТ);

Надання послуг з охорони репродуктивного здоров'я (% пунктів надання медичних послуг для молоді; % пунктів надання медичних послуг – необхідні медичні та психологічні послуги для жінок та чоловіків з відповідним діагнозом);

Надання послуг з ДРТ (% закладів охорони здоров'я, що надають послуги; % загальнодержавних, регіональних, громадських програм, які фінансують лікування безпліддя за допомогою ДРТ чи надають послуги відкладеного батьківства);

Удосконалення механізму встановлення пріоритетів на основі інформації та фактичних даних (рішення щодо управління службами репродуктивного

здоров'я, зокрема щодо надання послуг ДРТ, приймаються на основі інформаційної системи охорони здоров'я та даних обстежень, а також рекомендацій, отриманих шляхом дослідження кількості та результативності циклів ДРТ. Повідомлення про успішність та неуспішність циклів, сурогатне материнство, а також настання багатоплідної вагітності внаслідок застосування ДРТ є обов'язковими. Показники щодо застосування програм ДРТ збираються та повідомляються регулярно);

Мобілізація політичної волі (засоби масової інформації та інші канали прямої комунікації використовуються для підкреслення центральної важливості репродуктивного здоров'я для громадського здоров'я та розвитку з особливим акцентом на заходах збереження репродуктивного здоров'я, планування сім'ї та шкідливих практик для репродуктивного здоров'я, можливостей лікування безпліддя із застосуванням ДРТ);

Створення підтримуючої законодавчої та нормативної бази (визначено мінімальний пакет послуг з охорони здоров'я щодо лікування безпліддя за допомогою ДРТ, що ґрунтується на фактичних даних. Настанова та клінічні протоколи для послуг ДРТ, що ґрунтуються на фактичних даних, прийняті та застосовуються як на первинному, так і на рівні спеціалізованої медичної допомоги);

Моніторинг, оцінка та підзвітність (встановлена та функціонуюча національна структура (тобто адекватні людські та фінансові ресурси; набір індикаторів і контрольних показників) для моніторингу та оцінки досягнень лікування безпліддя за допомогою ДРТ; встановлення процедур на національному і галузевому рівнях для моніторингу потоків ресурсів на репродуктивне здоров'я, зокрема лікування безпліддя за допомогою ДРТ, з наголосом на безпосередній підтримці незахищених груп; формування практики, усталених механізмів і культури незалежної підзвітності (наприклад, незалежне опитування задоволеності клієнтів; нагляд з боку громадянського суспільства, виявлення потреб надавачів послуг) для послуг ДРТ);

Відомча, міжвідомча та громадська взаємодії (розвиток ефективної комунікації між суб'єктами та об'єктами управління у відносинах щодо застосування ДРТ; швидкість прийняття рішень; врахування інтересів різних груп зацікавлених суб'єктів) [розроблено автором на основі: 25, 37,38].

Розуміємо, що цей перелік критеріїв можна ще розширювати та вдосконалювати, наші пропозиції містять ті показники ефективності, які є конче потрібними на сьогоднішньому етапі розвитку публічно-управлінських відносин у галузі застосування ДРТ, коли сектор відданий на саморегуляцію, програмні та регулюючі документи не приймаються роками (нагадаємо про сім законопроектів в парламенті, жоден з яких не знайшов свого втілення, і жоден з них не містить хоча б приблизних показників ефективності політики). Вважаємо, що запропоновані критерії допоможуть приймати коректні управлінські рішення та формувати ефективну публічну політику у сфері застосування програм ДРТ.

3.3. Пріоритетні напрями вдосконалення публічного управління у сфері застосування програм допоміжних репродуктивних технологій в Україні

Розглядаючи можливості для вдосконалення публічного управління у сфері застосування програм ДРТ в Україні, маємо за мету запропонувати шляхи для врегулювання суспільних відносин у цій сфері, враховуючи досвід інших країн та специфіку України.

Світовий досвід демонструє, що всі розробки політик застосування ДРТ загалом можна розуміти як такі, що поділяються на два виміри відповідно до того, якою мірою вони втручаються в автономію медичної спільноти та якою мірою вони обмежують доступ для замовників послуг з ДРТ. Автономія означає кількість свободи, якою користуються лікарі, надавачі послуг та дослідники, щоб практикувати ДРТ або проводити відповідні дослідження в цій

сфері. Публічне управління у сфері застосування ДРТ також спрямоване на безплідні пари / осіб та інших потенційних споживачів медичних послуг, які, можливо, бажають скористатися послугами лікування безпліддя, щоб стати батьками, або обирають відкладене батьківство з якихось причин. Таким чином доступ означає ступінь, до якого потенційні користувачі ДРТ можуть скористатися перевагами цього типу медичних послуг.

Публічне управління в цілому, державну політику у сфері застосування ДРТ можна порівняти за вимірами автономії та доступу, використовуючи дозвільний та обмежувальний континуум. Внутрішній зміст дозвільної політики надає широкий доступ потенційних споживачів послуг з ДРТ і високий рівень автономії надавачів послуг; обмежувальний варіант політики провадить обмежений доступ з боку зацікавлених осіб та обмежений рівень саморегулювання серед надавачів послуг. Можливим є проміжний континуум, який знаходиться між ними за рівнем доступу та автономії, держава має відігравати в цьому випадку роль регулятора-збалансовувача.

Через відсутність деталізованого законодавства про репродукцію людини чи застосування ДРТ Україна, за замовчуванням, належить до країн, які провадять дозвільну державну політику у цій сфері. Практики ДРТ в Україні можуть використовувати чи не найширший спектр методів серед центрально- та східноєвропейських країн, включаючи донорство яйцеклітин і ембріонів, сурогатне материнство. Оскільки значна частина надання медичних послуг з ДРТ та немедичних супутніх послуг в країні залишена на саморегулювання медичної спільноти, рівень автономії є високим. Крім того, послуги з лікування безпліддя доступні для самотніх жінок / чоловіків, а також іноземців, що також робить рівень потенційного доступу високим. Поки що обмежувальним чинником є тільки низький рівень фінансування за кошти державного / регіонального бюджету та досить висока ціна у разі оплати послуг за рахунок коштів приватних осіб.

Загалом країни, які віддають перевагу дозвільним публічним політикам у сфері ДРТ, вважають, що біомедичний і науковий прогрес є корисним для

суспільства в цілому, для ринку медичних послуг та соціально-економічного балансу в країні зокрема, і що новий метод лікування має бути доступним, як тільки наукові критерії вкажуть, що це доцільно, і набереться достатня доказова база в його безпечності. Вони також вважають, що державне втручання має бути зведене до мінімуму [39]. Зараз ми маємо в Україні приблизно таку ситуацію. Спроби змінити регулююче законодавство з 2013 року не мають успіху, тому галузь у багато чому віддана на саморегуляцію. А щодо саморегуляції, то ключовим стає навіть не законодавство, а переконання та інтереси дійових осіб – споживачів та надавачів послуг.

Як показує досвід, на ранніх етапах процесу розробки політики у сфері ДРТ в умовах саморегуляції, наприклад Фінляндія, медичне співтовариство вважало, що державне регулювання стримує прогрес у сфері застосування ДРТ, що шкодить науковій галузі та галузі надання медичних послуг. Тому медичне співтовариство успішно блокувало зміни в законодавстві. Таку ж ситуацію ми маємо зараз в Україні. Однак останнім часом відсутність регулюючого законодавства у сфері застосування ДРТ та репродуктивного здоров'я в цілому, схоже, є результатом невідповідності інтересів і переконань окремих учасників публічних відносин у цій сфері. Ця неузгодженість проявляється в уряді через відсутність саме урядових законопроектів з ініціативи МОЗ та Мінсоцполітики. Нагадаємо, що ініціатором всіх законопроектів є депутати за підтримки певних правоохоронних громадських організацій.



Рис.15. Суб'єкти, зацікавлені у розвитку публічного управління у сфері застосування ДРТ

Тут важливо розуміти, хто є ті зацікавлені дійові особи у формуванні публічної політики у сфері застосування ДРТ, а відповідно і її розвитку в тому чи іншому напрямі (Рис. 14).

Зазначимо, що нині в Україні найактивнішими суб'єктами є саме надавачі послуг, які і визначають напрями розвитку публічно-управлінських відносин в сфері застосування ДРТ. З ними активно співпрацюють або апелюють до них представники інституцій громадянського суспільства, наукової та професійної спільноти. Але їх вплив не є системним, а фокусується на тому напрямі публічного інтересу, який цікавить певного суб'єкта.

Тому першим напрямом оптимізації публічного управління у сфері застосування ДРТ вважаємо активізацію діяльності органів влади щодо своєї ролі регулятора суспільних відносин в межах компетенції. З цього напрямку органічно впливає другий – розроблення збалансованого регуляторного

інструментарію публічного управління, тобто нормативно-правових актів різної юридичної сили.

Інституційний контекст (тобто, хто саме розробляє регуляторну норму), процесуальний контекст (як довго і яким чином вона розробляється та приймається) та змістовний контекст (що закладено в регулятивну норму) впливає на кількість і розподіл інформації, доступної для суб'єктів, кількість і розподіл доступної влади та контролю, а також витрати та вигоди, які можуть бути отримані від альтернативних рішень. Крім того, кожна сфера визначається певним набором інституційних правил і норм, які формують поведінку, очікування та мотиви суб'єктів публічних відносин, що діють у цій конкретній сфері.

Ідеальним типом передпарламентського процесу розроблення державної політики у сфері застосування ДРТ (незалежно від назви нормативного акта) було б, на наш погляд, якби розроблення документа здійснювалося в Міністерстві охорони здоров'я або Міністерстві юстиції із залученням інших міністерств чи у міжвідомчій групі в Кабінеті Міністрів України, зважаючи на катастрофічну ситуацію з демографічними показниками в Україні. Вибір між двома міністерствами, очевидно, залежатиме від попереднього сприйняття ДРТ як переважно питання медицини чи охорони здоров'я (у цьому разі обрано Міністерство охорони здоров'я), або переважно юридичне та етичне питання з важливими наслідками для сім'ї, права та етики (у цьому разі як базове може бути обрано Міністерство юстиції). Але в жодному разі не можна залишати розроблення базового законопроекту як цілісного документа (ідеальний варіант) або як зміни до вже чинних законів (можливий варіант) у полі діяльності лише об'єднань від професійних спільнот чи виключно провайдерів послуг.

Наступний напрям вдосконалення – широкий контекст публічного управління у сфері застосування ДРТ. Контекст процесу розробки публічної політики складається із зовнішніх факторів, зокрема науковий прогрес, громадське сприйняття, висвітлення в засобах масової інформації, формувальні

події, що впливають на рівень суспільного запиту, та інші подібні фактори, які можуть впливати на розробку публічної політики.

Що стосується, наприклад, наукового прогресу, то винахід ЕКЗ вважався науковим проривом такої важливості, що спричинив майже миттєву реакцію з боку політиків у всьому світі, коли він ставав доступним у регіоні чи певній країні. Однак кількість часу, який знадобився від початкової реакції до фактичного прийняття політики в кожній країні – і те, чи була політика розроблена взагалі, – визначалося іншими чинниками. Зовсім недавно розробки в галузі репродуктивного клонування людини та дослідження ембріональних стовбурових клітин зумовили таку ж швидку реакцію. Минулий досвід може мати значний вплив на місце та важливість допоміжної репродукції в порядку денному уряду.

Політика, прийнята в сусідніх країнах, також може впливати на формування публічно-управлінських відносин у сфері ДРТ та їх регулювання. Законодавство щодо заборони абортів, сильна «каталізація» всіх правових норм, які регулюють суспільні відносини у галузі репродуктивного здоров'я та сексуальних відносин у Польщі, спричинили збільшення кількості звернень щодо лікування безпліддя за допомогою ДРТ в Україні. Прийняте законодавство та досвід, набутий у сусідніх країнах, вивчаються як частина базового збору інформації, але отримана таким чином інформація може бути використана стратегічно різними суб'єктами для різних цілей. Оскільки політику, прийняту в інших країнах, можна використовувати вибірково, або як моделі для наслідувати, або як невдачі, яких слід уникати, то приклади політик не мають чіткого впливу на зроблений вибір.

Ось чому в межах визначення пріоритетних напрямів вдосконалення публічного управління у сфері застосування програм ДРТ в Україні вважаємо за доцільно розвивати не тільки медичні, але й соціально-гуманітарні та соціально-економічні дослідження щодо доказовості тих чи інших практик врядування репродуктивного здоров'я в цілому, зокрема застосування програм ДРТ. Доказом гострої необхідності таких досліджень є слабка обґрунтованість

всіх без винятку законопроектів щодо регулювання застосування програм ДРТ, пояснювальні записки до цих законопроектів не містять жодної конкретики та доказів соціально-корисної виправданості тих чи інших змін.

Соціально-політичне засвоєння будь-якої нової технології, такої як допоміжна репродукція, є різноманітним і складним процесом. У нашому дослідженні ми намагалися простежити процеси, які впливають на формування публічно-управлінських відносин у сфері застосування ДРТ. Складні соціальні явища не піддаються легкому поясненню, як це не банально звучить. Вивчаючи досвід різних країн та міжнародних організацій у врегулюванні публічних відносин щодо застосування ДРТ, ми визначили низку чинників, які вплинули на зміст врядування цих відносин та внутрішню логіку прийняття рішень щодо того, який тип політики обрати. Зазначені чинники пов'язані з часом прийняття рішень, переконаннями учасників, суб'єктами формування політики, економічною спроможністю та доцільністю, релігійними переконаннями, етичними сумнівами та різними питаннями, пов'язаними з ширшим контекстом. Хоча всі ці чинники важливі для прояснення картини допоміжної репродукції в різних країнах, проте вони не охоплюють повної картини. Низку питань можна пояснити лише культурними відмінностями, традиціями, суспільними звичаями, які поширюються набагато ширше й глибше серед людей, ніж сама технологія. При чому ті самі доступність та автономність, поряд з нормами біоетики, впливів чи їх відсутності / їх сили з боку релігійних світоглядів населення на прийняття і сприйняття рішень настільки вагомими, наскільки громади здатні і готові виділяти гроші саме на програми ДРТ порівняно з іншими потребами громад. Усе це також питання публічно-управлінських і суспільних традицій. Тому задля ефективного публічного управління у сфері застосування ДРТ необхідно розвивати збалансовану інформаційну політику, спрямовану на формування у переважній кількості населення України сприйняття репродуктивного здоров'я як частини власного здоров'я, його не тільки медичної, але й соціально-економічної та психологічної обумовленості, відповідальності за власне здоров'я у комплексі

перелічених чинників (тут може стати в пригоді вже інституційно створена система планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні). Окремим напрямом діяльності має стати дискусія щодо біоетичного підґрунтя застосування програм ДРТ та її окремих медичних складових.

У дослідженні ми детально розглядали досвід США для того, щоб продемонструвати інституційні можливості ефективного управління публічних відносин у сфері ДРТ в умовах широкої саморегуляції. Маємо яскравий приклад, що навіть за відсутності одного центрального органу виконавчої влади чи його спеціалізованого структурного підрозділу галузь насправді не є «нерегульованою». Питання вирішуються за рахунок вже наявних інституційних структур в межах їх повноважень.

Спроба такої адаптації фактичних змістовних змін до наявних структур одночасно містить як потенційну корисність, так і проблеми використання чинних регуляторних режимів щодо управління відносинами у сфері застосування ДРТ. Такий формат врегулювання можна назвати «успадкованим регулюванням»[43].

З огляду на те, що саморегуляція у застосуванні ДРТ починає викликати глобальні політичні дебати, зацікавлені сторони та політики мають знати і про можливості успадкованого регулювання як політичного інструменту для досягнення нормативних цілей щодо управління галуззю застосування ДРТ, яка ще й постійно розвивається. Це може бути особливо правильно в перехідний період від саморегуляції до розроблення нових систем регулювання. Як свідчить міжнародний досвід, кроки Великобританії щодо впровадження нової нормативно-правової бази через вже наявну інституційну структуру дали позитивний ефект [23]. Такої політики дотримуються Австралія та Сінгапур, коли мова йде про рішення у короткостроковій та середньостроковій перспективі [27, 29]. Це допомогло б певним чином збалансувати відносини у сфері застосування ДРТ та виграти час для розроблення і впровадження повноцінного системного інструментарію управління.

Неможливо з'ясувати, чому український законодавчий орган не прийняв жодного із законопроектів досі без адекватного політичного роз'яснення, але це може свідчити про недостатній рівень політичної волі до законодавчих кроків для управління відносинами у сфері застосування ДРТ. Можна очікувати, що спочатку успадковане регулювання може призвести до невиконання встановлених норм на рівні юридичної сили нижче ніж закон, але за умови належного контролю за кожним окремим напрямом (економічним, реєстраційним, ліцензійним, податковим, фармацевтичним, діяльності лабораторій тощо) буде досягнутий результат у багатьох напрямках, принаймні у середньостроковій перспективі. Отже, належне використання наявних структур органів державної влади і пристосування їх вимог до нового контексту застосування ДРТ може стати критично важливим механізмом управління.

Але такий підхід потребує ефективності, суворого контролю та обліку. Ми вже неодноразово наголошували на відсутності статистичних даних щодо застосування програм ДРТ у приватному секторі надання медичних послуг. Тому вважаємо необхідним ввести обов'язкове повідомлення до Державної служби статистики України інформації щодо кількості проведених циклів ДРТ, кількість вагітностей в їх результаті, кількість кріоконсервацій, кількість проведених ЕКЗ, кількість біоматеріалів, що зберігаються, кількість донорів та потенційних сурогатних матерів, кількість вагітностей від сурогатних матерів та народжених дітей, кількість відмов у прийнятті дітей народжених від сурогатних матерів, кількість споживачів послуг ДРТ іноземців та громадян України, кількість матеріалу, зданого для відкладеної вагітності та кількість випадків скористання цим матеріалом у подальшому чи свідомої відмови від використання цього матеріалу.

Досягнення у регулюванні та сприйнятті нової технології за допомогою вже наявних структур не слід сприймати як неминучий результат, а радше як політичний процес, яким керують учасники регуляторного середовища. Внутрішні, регіональні, міжнародні чи транснаціональні суб'єкти можуть бути залучені до процесу поширення існуючої інституційної структури на будь-яку

нову технологію, хоча те, як розвиваються ці політичні процеси, заслуговує на подальше вивчення [43]. Регуляторне успадкування може включати і часто містить численні рівні управління, що накладаються один на одного, що застосовуються до регулювання інновацій одночасно, іноді як на національному, так і на наднаціональному чи субнаціональному рівнях, що може спричинити проблеми з координацією та виграє від дослідження найкращих практик для цих сценаріїв. Тому експерти та політики мають досліджувати не тільки охоплення та придатність під час оцінки потенціалу для використання наявних інституційних структур, але також повинні розглянути стратегії впровадження для максимізації ефективності та легітимності. Хороше охоплення та придатність в ідеалі не дадуть бажаних результатів політики без вжиття заходів, наприклад, для моніторингу активності в новому просторі або створення передбачуваності для впровадження чинних правил новими способами. Щодо програм ДРТ, то таке багатoshарове управління має місце в транснаціональному біоетичному дискурсі, діяльності страхових компаній, які надають послуги з медичного страхування за пакетами послуг, що покривають ДРТ, наданні медичних послуг іноземцям, ратифікації Україною міжнародних нормативно-правових актів, які регулюють питання репродуктивного здоров'я тощо. Тому ми пропонуємося зразу орієнтуватися на нормативно-правове врегулювання ЄС та ВООЗ.

Оскільки ДРТ продовжує розвиватися та знаходить клінічне застосування чи навіть немедичне застосування, то потреба в надійному управлінні цими інноваціями лише зростатиме. Успадковане регулювання пропонує один інструмент і ширшу стратегію для розробників політики щодо встановлення значущого нагляду за цими новими технологіями, спираючись на уроки інших юрисдикцій, оскільки впровадження продовжується та з'являється нова інформація про передові ДРТ. Зважування сильних і слабких сторін застосування успадкованого регулювання та його політичної прийнятності порівняно з іншими доступними політичними інструментами повинно допомогти особам, які приймають рішення на всіх рівнях управління, у виборі

розумних шляхів розвитку. Саме тому ми пропонуємо розглянути можливості концепції «доброго врядування» (good governance) з огляду на потреби врегулювання відносин у сфері ДРТ.

Таблиця 3.1

Можливості концепції «доброго врядування» (good governance) для вдосконалення публічного управління у сфері ДРТ

<i>Підходи «доброго врядування» (good governance)</i>	<i>Можливості для публічного управління у сфері застосування програм ДРТ</i>
<i>Управління шляхом співпраці</i>	<p>співпраця є новим імперативом (обов'язків компонент, шляхи: наукова експертиза, експертиза професійних спільнот, зокрема фахівців з біоетики, правників тощо, та контроль, крос-контроль надавача послуг з боку різних органів влади – медичних та немедичних – через дозвільну функцію та у разі вирішення конфлікту чи скарги);</p> <p>визначення процесу та внутрішньої структури співпраці (учасники відносин);</p> <p>добросесне коло спілкування, довіри, відданості та розуміння;</p> <p>вибір інструментів і механізмів (за логікою викладеною у підрозділі 2.2);</p> <p>прозорість і підзвітність діяльності всіх суб'єктів.</p>
<i>Управління шляхом залучення громадян</i>	<p>успішне управління здоров'ям вимагає спільного виробництва, а також залучення та співпраці громадян, споживачів послуг і пацієнтів;</p> <p>оскільки управління стає щораз більш поширеним у суспільстві, безпосередня робота з громадськістю може посилити прозорість і підзвітність;</p> <p>Співпраця з громадськістю та розширення її можливостей також мають вирішальне значення для забезпечення дотримання цінностей та етичної поведінки надавачів послуг, має значення в державному та ринковому регулюванні;</p> <p>технології, як смартфони та мережеві соціальні мережі, розширюють можливості громадян та їх вплив на зміни у тому, як уряди та системи охорони здоров'я діють;</p> <p>участь, прозорість і підзвітність стають двигунами інновацій у нових складних відносинах між державою та суспільством.</p> <p>формування суспільного запиту на послуги ДРТ.</p>
<i>Управління шляхом поєднання регулювання та переконання</i>	<p>сучасна особливість – управління є більш плавним, багаторівневим, багатьма зацікавленими сторонами та адаптивним.</p> <p>ієрархічні засоби управління, імперативне управління поступаються механізмам «м'якої сили» та «м'якого права», успадкованого регулювання із розширенням впливу у ситуації взаємозалежності суб'єктів та об'єктів управління у сфері застосування ДРТ;</p> <p>механізми включають саморегулювання, управління за переконанням, альянси, мережі та відкриті методи координації, а також нову роль громадян та спільнот в моніторинговій демократії, яка в умовах високого рівня саморегуляції у сфері ДРТ в Україні допомагає збалансувати публічні відносини;</p> <p>зростаючий інтерес до підштовхування політики з боку громадян та спільнот, наявність політичної волі вирішити проблеми;</p> <p>ієрархічні багаторівневі регуляції, що поширюються від глобальних до місцевих/локальних, як-от – ВООЗ – Норми Європейського Союзу –</p>

Управління через нові незалежні агентства та експертні органи

міждержавний/транснаціональна репродуктологія – національний рівень – рівень регіону (регіональні програми ДРТ) – рівень закладу охорони здоров'я.

доказовість у прийнятті управлінських рішень є критично важливими в публічному управлінні;

незалежні експертні органи, такі як федеральні агентства, комісії, регулюючі органи та аудитори, відіграють щораз більш важливу роль у наданні доказів, спостереженні за дотриманням етичних меж у сфері ДРТ; їх важливість зростає в міру переходу до розвитку нових методів лікування безпліддя за допомогою ДРТ із пришвидшенням інновацій; критерії оцінки мають бути вдосконаленими, наприклад, шляхом включення як об'єктивних показників (кількість та успішність циклів ДРТ), так і суб'єктивних заходів доступності до послуги тих верств населення, які не можуть собі то дозволити без підтримки держави/громади/спільноти через брак фінансів.

Управління через адаптивну політику, стійкі структури та прогнозування

загальнодержавні та загальносуспільні підходи до охорони здоров'я мають бути адаптивними та відображати характеристики складності проблеми;

децентралізоване прийняття рішень і самоорганізація в публічних відносинах повинні дозволити зацікавленим сторонам швидко реагувати на непередбачені події інноваційними способами;

регулятивне втручання з боку держави має бути періодичним на постійній основі та включати постійне навчання, збір та обмін знаннями з усіма зацікавленими сторонами та спрямованим на коригування заходів публічно-управлінського впливу або ініціювання обговорень, особливо тому, що втручання в політику є в одній галузі може мати непередбачені наслідки в іншій.

враховуючи довгостроковий характер багатьох проблеми у сфері ДРТ, випереджувальне управління також вимагає нових методів прогнозування;

у формуванні публічної політики у сфері застосування ДРТ враховувати, що для місцевого рівня та рівня спільноти для тієї самої проблеми властиве менш масштабне сприйняття проблем ніж на загальнодержавному, тому масштабуванням завдань публічного управління має займатися уповноважений орган/органи держави (це може бути МОЗ, Мінсоц політики, Мінюст, КМУ);

Антисипаторне (імперативне) врядування у поєднанні з партисипаторними механізмами і прогнозуванням також може підвищити соціальну стійкість;

зміщення фокусу публічної політики у сфері застосування ДРТ з ризиків на вирішення більш фундаментальних системних викликів і спільне обговорення соціальних аспектів (таких як біоетика чи доступність) політики та науки (таких як докази) у поєднанні;

реакція на зміни економічних показників на ринку надання послуг з ДРТ.

Укладено та адаптовано автором на основі джерела [26, с. 12-14]

Уже декілька разів наголошувалося на болючому питанні доступності до медичних послуг щодо лікування безпліддя за допомогою ДРТ парам / людям,

які не мають фінансової змоги звернутися до приватного закладу охорони здоров'я і здійснити лікування за власний кошт.

Нині структура лікування безпліддя за допомогою ДРТ за кошти державного / регіонального бюджету є досить громіздкою та недостатньо фінансованою (Рис. 15).



Рис. 16. Доступ до лікування безпліддя за допомогою ДРТ за кошти державного / регіонального бюджету

Така структура доступу породжує зразу декілька питань. Складність та довготривалість самої процедури доступу, обмеженість коштів в бюджетах (навряд в умовах війни суттєво покращиться бюджетування програм ДРТ), а також питання дотримання права пацієнта на вибір лікаря, за такої структури доступу, воно суттєво обмежено визначеними державними/комунальними закладами. Пропонуємо доповнити цей механізм варіантами змішаного / солідарного фінансування. Мова йде про варіанти часткового покриття витрат на лікування безпліддя за допомогою ДРТ за рахунок коштів пари / людини і за рахунок державних / регіональних програм. Можливим також механізм пільгового кредитування у разі кредитування на потреби лікування безпліддя за допомогою ДРТ за зниженою відсотковою ставкою, так само як і кредитування

на придбання житла для молодих сімей чи військовослужбовців. Варіантом субсидіарного фінансування може бути кооперація людини / пари із страховою компанією (медичне страхування, яке покриває і випадки безпліддя).

У сучасних реаліях для визначення шляхів розвитку публічного управління у сфері застосування ДРТ ми маємо врахувати і контекст післявоєнної відбудови. В цій ситуації вдосконалення публічного управління у сфері застосування ДРТ має рухатися в напрямі відбудови систем охорони здоров'я та соціального захисту населення в Україні у повоєнний час. Задля забезпечення якісного функціонування галузі охорони здоров'я в нинішніх реаліях експерти пропонують декілька варіантів вирішення найгостріших проблем:

- посилення децентралізації на основі місцевого лідерства та ефективної підтримки системи органів державної влади: побудова системи надання послуг населенню в межах місцевих центрів прийняття рішень, посилення ролі громад у вивченні потреби населення в медичних послугах, рішення, засновані на даних, та прогнозування мобільності населення, ефективне управління закладами;
- «звільнення» лікаря: розширення простору свободи для автономної роботи та інтеграції на новому місці, посилення обліку та доступу до інформації про людський ресурс (реєстр лікарів);
- налагодження комунікації та координація діяльності між усіма ланками медичної допомоги за лідерської ролі громад допоможе медикам та управлінцям приймати ефективні рішення, ділитися досвідом та визначати план дій лікарів на кожній точці маршруту пацієнта;
- запровадження нових ролей в системі послуг охорони здоров'я, посилення ролі медсестер;
- реабілітація та психічне здоров'я як пріоритети фінансування з боку держави [2].

Що стосується розвитку програм ДРТ, вважаємо, що запропоновані напрями дадуть незначний позитивний ефект. Попит на програми допоміжних

репродуктивних технологій через певний час стабілізується, а у перспективі 5-10 років навіть збільшиться через демографічну кризу, погіршення стану здоров'я, зокрема репродуктивного, чоловіків та жінок, які пережили випробування війни, однак у найближчий час покриття вартості таких програм ляже на плечі переважно самих пар чи особи, яка вирішила мати дитину. Саме тому розробка нових механізмів доступності, через фінансово-економічний чинник зокрема, є дуже важливим, на наш погляд.

Перелічені у підрозділі пріоритетні напрями вдосконалення публічного управління у сфері застосування програм ДРТ здатні значно покращити публічно-управлінські відносини у цій сфері, збалансувати ринок надання послуг з ДРТ з точки зору доступності, якості послуг, контролю в поєднанні із саморегуляцією, вирішити біоетичні протиріччя, а в перспективі – допомогти Україні подолати демографічну кризу повоєнного періоду, слугувати національним інтересам нашої країни з точки зору збереження генофонду нації та покращення динаміки біологічного відтворення населення.

Висновки до розділу 3

Проведений аналіз міжнародного досвіду регулювання програм ДРТ органами публічної влади в різних країнах продемонстрував декілька типів підходів до публічного управління в цій галузі. Переважно всі підходи можна класифікувати як дозвільний підхід, жорсткий регулятивний підхід та змішаний (держава виставляє обмеження доступу і критерії для можливості впроваджувати послуги з ДРТ, в інші аспекти вона не втручається). Особлива увага була приділена досвіду Австралії як країни із тривалою історією регулювання відносин у сфері застосування ДРТ та одним з найкращих у світі показників успішності цієї галузі; США як країни, де галузь значною мірою саморегульована (без директивного державного управління), що споріднено із ситуацією в сучасній Україні; Скандинавських країн, які поставили за мету до 2030 року зробити свій регіон найуспішнішим у світі і ставляться до розвитку ДРТ як одного з механізмів подолання демографічної кризи, тому всіляко підтримують на державному та міждержавному рівні розвиток програм ДРТ.

Визначено, що різні країни вирішують питання публічного управління у сфері застосування програм ДРТ на свій розсуд. Так, соціальний контекст, у якому необхідно практикувати ДРТ, диктує у США професійному та науковому середовищу необхідність не обмежувати свою діяльність щодо застосування ДРТ лише медико-клінічною та лабораторною практикою. Значний час, дослідження і зусилля сфокусовано на розробку ініціатив етичних настанов, які створили стандарти публічно-управлінського саморегулювання галузі ДРТ. Більшість практиків для успішності на ринку послуг та ринку досліджень дотримуються цих вказівок, тому вони відіграють важливу роль в управлінні практикою застосування ДРТ.

Окремо наголошено на проблемах регулювання транскордонного репродуктивного лікування за допомогою ДРТ, досвід якого має Україна. Управління такого типу відбувається в межах адміністративного менеджменту надавача послуг з ДРТ, який має представництво та партнерську клініку в

Україні. Але це дає підстави говорити про можливості публічно управлінських процесів у міжнародній площині поза межами державного регулювання.

Наголошуємо на ролі приватних випадків (врегулювання через судовий розгляд) у вирішення проблемної ситуації, коли задіюються механізми публічного сектору, бізнес-структури та регулятивний потенціал органів влади, які за своєю компетенцією не належать до врегулювання відносин щодо застосування ДРТ, але можуть це робити опосередковано.

Дослідивши застосування для оцінки ефективності різних критеріїв, пропонуємо для визначення останньої у сфері ДРТ застосовувати такі. Дослідження демонструють, що здоров'я та благополуччя як глобальна ціль потребують поєднання підходів до управління – ієрархічного, розподіленого та спільного. Ця комбінація може бути майже вдвічі ефективнішою, ніж єдине найефективніше втручання, як це відображено в багатьох керівних документах щодо ДРТ в різних країнах. Збалансованість такого управління і дає можливість створити ефективну систему публічного управління галуззю.

Для досягнення максимальної ефективності управління у сфері застосування ДРТ пропонуємо впроваджувати п'ять принципів до управління здоров'ям, які поєднуються в загальносуспільному та загальнодержавному підходах:

- управління шляхом співпраці;
- управління шляхом залучення громадян;
- управління шляхом поєднання регулювання та переконання;
- управління через незалежні агентства та експертні органи;
- управління за допомогою адаптивної політики, стійких структур і прогнозування результатів.

До пріоритетних напрямів вдосконалення публічного управління у сфері застосування програм ДРТ в Україні пропонуємо віднести:

активізацію діяльності органів влади щодо своєї ролі регулятора суспільних відносин в межах компетенції;

розроблення збалансованого регуляторного інструментарію публічного управління, тобто нормативно-правових актів різної юридичної сили;

розбудову збалансованої інформаційної політики, спрямованої на формування у переважної кількості населення України сприйняття репродуктивного здоров'я як частини власного здоров'я, обумовленого одночасно медичними, соціально-економічними та психологічними чинниками, відповідальності громадян за власне здоров'я у комплексі перелічених чинників, з використанням інституційного ресурсу системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні;

ведення системної обґрунтованої дискусії щодо біоетичних засад застосування програм ДРТ та їх окремих медичних і медико-наукових складових, а також:

обрати орієнтиром розробки регулювальних документів нормативно-правове врегулювання ЄС та ВООЗ у сфері відносин щодо репродуктивного здоров'я людини, зокрема застосування ДРТ;

ввести обов'язковий для надавачів послуг з ДРТ збір статистичних даних за встановленими позиціями;

розвивати не тільки медичні, але й соціально-гуманітарні та соціально-економічні дослідження щодо доказовості тих чи інших практик врядування репродуктивного здоров'я в цілому, зокрема застосування програм ДРТ;

застосовувати можливості успадкованого регулювання для досягнення цілей щодо розбудови публічного управління галуззю застосування ДРТ, з урахуванням того, що вона динамічно розвивається;

реалізовувати можливості концепції «доброго врядування» (good governance) для вдосконалення публічного управління у сфері ДРТ;

доповнити механізм доступу до лікування безпліддя за допомогою ДРТ за кошти державного / регіонального бюджетів також і алгоритмами змішаного / солідарного фінансування програм з поділом витрат між людиною та державою/ регіоном, пільговим кредитуванням, медичним страхуванням тощо.

Список використаних джерел до Розділу 3

1. Брич Л. В., Криштанович М.Ф. Соціально-психологічний потенціал особистості в системі державного управління. *Електронний фаховий журнал «Державне управління: удосконалення та розвиток»*. 2020. № 2.
2. Вольська О. Ефективність публічного управління як результат суспільних процесів у державі. Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування 2020 № 1. DOI: <https://doi.org/10.35546/kntu2308-8834/2020.1.1>
3. Миколенко О. М. Ефективність публічного управління в сфері охорони здоров'я. *Правова держава*. № 35 (2019). DOI: <https://doi.org/10.18524/2411-2054.2019.35.181346>
4. Міністерство охорони здоров'я України: Офіційний веб-ресурс. URL: <https://moz.gov.ua/pro-ministerstvo>
5. Муқан Н.В., Козловський Ю.М., Криштанович М.Ф. Концептуальні підходи до вдосконалення професійної підготовки майбутніх медичних сестер. *Інноваційна педагогіка*. 2020. Вип. 26. С. 148–151.
6. Національна доповідь "Цілі сталого розвитку: Україна". 2017. URL: <https://www.kmu.gov.ua/storage/app/sites/1/natsionalna-dopovid-csr-Ukrainy.pdf>
7. Основи законодавства України про охорону здоров'я, Закон України № 2801-ХІІ від 19.11.1992 р. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
8. Павлов Д.М. Організаційно-правові засади забезпечення ефективності функціонування системи органів виконавчої влади (державного управління): дис. ...канд. юрид. наук: спец.: 12.00.07 – адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право / Павлов Дмитро Миколайович. – Київ, Національна академія внутрішніх справ України, 2004. – 195 с.
9. Про внесення змін до Основ законодавства про охорону здоров'я (щодо уникнення дискримінації пацієнтів при використанні допоміжних

репродуктивних технологій). Проект Закону України № 8625-1 від 19 липня 2018 року. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/XH6NL1BQ?an=51>

10. Про внесення змін та доповнень до деяких законів України з метою забезпечення прав учасників війни на біологічне посттравматичне батьківство/материнство. Проект Закону № 8011 від 08.09.2022. . URL: <https://itd.rada.gov.ua/billInfo/Bills/Card/40292>

11. Про застосування допоміжних репродуктивних технологій та заміне материнство. Проект Закону № 6475-2 від 13.01.2022. URL: https://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=73585

12. Про реалізацію репродуктивних прав та допоміжну репродукцію людини. Проект Закону України. URL: http://www.medlawcenter.com.ua/ua/123/repro_law.html

13. Сенюта І. «Вважаю за необхідне розробити й прийняти Медичний кодекс України». URL: <https://new.meduniv.lviv.ua/iryna-senyuta-zaviduvach-kafedry-medychnogo-prava-vvazhayu-za-neobhidne-rozrobyty-j-pryjnyaty-medychnyj-kodeks-ukrayiny/>

14. Сидорчук О.Г., Крук С.М. Соціально-економічні аспекти креативізації системи охорони здоров'я України. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2020. Вип. 30. С. 155-160

15. Худоба О. Вплив глобальних ініціатив на тенденції управління у сфері охорони здоров'я України: огляд з позиції протидії деменції. *Вісник НАДУ. Серія "Державне управління"*. 2018. Вип. 4. С. 116–122.

16. Худоба О. Формування глобальної стратегії збереження здоров'я: інституційний вимір. *Демократичне врядування. Науковий вісник ЛРІДУ*. 2018. Вип. 22.

17. Юкало В. В. (2022). Методологічні підходи до дослідження проблематики публічного управління у сфері допоміжних репродуктивних технологій. *Ефективність державного управління*, (68/69), 65–73. <https://doi.org/10.36930/506806>

18. Юкало В.В. (2020) Правові засади управління процесами надання медичних послуг із допоміжних репродуктивних технологій в Україні. *Ефективність державного управління*. 64 (2020) <https://doi.org/10.33990/2070-4011.64.2020.217617>
19. Adamson, D. (2005). Regulation of Assisted Reproductive Technologies in the United States. *Family Law Quarterly*, 39(3), 727–744. URL: <http://www.jstor.org/stable/25740518>
20. CDC 24/7: Saving Lives, Protecting People. Assisted Reproductive Technology (ART). National ART Surveillance. URL: <https://www.cdc.gov/art/index.html>
21. Chambers G. M. & etc. The economic impact of assisted reproductive technology: a review of selected developed countries. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.04.029>
22. Committee of Ministers of the Council of Europe URL: <https://www.undp.org/content/dam/serbia/Publications>
23. Department of Health. PCT survey – Provision of IVF in England 2007. 2008
URL: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_08566
24. Ferraretti A. P., Pennings G., Gianaroli L., Natali F., Magli M. C. Crossborder reproductive care: a phenomenon expressing the controversial aspects of reproductive technologies. *Reproductive biomedicine*. 2010. No. 20/2. P. 262.
25. Framework for monitoring and evaluation of reproductive health programmes in the Eastern Mediterranean Region. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. 2010. URL: <https://applications.emro.who.int/dsaf/dsa1069.pdf>
26. Governance for health in the 21st century. World Health Organization 2012. 128 p. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326429/9789289002745-eng.pdf>

27. Hilder L, Zhichao Z, Parker M, Jahan S, Chambers GM. Canberra: Australia Institute of Health and Welfare; 2014. Australia's mothers and babies 2012, Perinatal statistics series no. 30. Cat no. PER 69.
28. Homan G, Litt J, Norman RJ. The FAST study: Fertility assessment and advice targeting lifestyle choices and behaviours: a pilot study. *Hum Reprod.* 2012;27:2396–404
29. Ikegami N, Campbell J.C. Health care reform in Japan: the virtues of muddling through. *Health Aff (Millwood).* 1999; 18: 56-75
30. Ikegami N, Campbell J.C. Japan's health care system: containing costs and attempting reform. *Health Aff (Millwood).* 2004; 23: 26-36
31. Johnson L. Regulation of assisted reproductive treatment (ART) in Australia & current ethical issues. *Indian J Med Res.* 2014 Nov;140 Suppl(Suppl 1):S9-12. PMID: 25673550; PMCID: PMC4345760.
32. Kalashnyk Nadiia, Volodymyr Yukalo, Mariia Yukalo, Bohdana Meduna, Hretta Hukova-Kushnir. (2022) Changing Public Policy Emphasis: Aspects of Ethics and Publicity in Health Care. *AD ALTA-JOURNAL OF INTERDISCIPLINARY RESEARCH.* 2022 Secondary Paper Section: AE, AG, AQ. P. 240-243. http://www.magnanimitas.cz/ADALTA/120125/papers/A_43.pdf (WoS)
33. Klinke A, Renn O (2006). Systemic risks as challenge for policy making in risk governance. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum Qualitative Social Research*, 7(1):33.
34. Kryshchanovych M., Kotyk T., Tiurina T., Kovrei D., Dzhanda H. Pedagogical and Psychological Aspects of the Implementation of Model of the Value Attitude to Health. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience.* 2020. Vol. 11, iss. 2, sup.1. P. 127-138.
35. Macalldowie A, Wang Y, Chughtai AA, Chambers G. The University of New South Wales, Sydney: National Perinatal Epidemiology and Statistics Unit; 2014. Assisted reproductive technology in Australia and New Zealand 2012.

36. Mark Tighe. Egg donor IVF programme halts over concerns at Ukraine clinic. URL: <https://www.thetimes.co.uk/article/egg-donor-ivf-programme-halts-over-concerns-at-ukraine-clinic-2fp8cp5jd>
37. Mossialos E et al., eds. (2010). Health systems governance in Europe: the role of European Union law and policy. Cambridge, Cambridge University Press.
38. Nardelli, A.A., Stafinski, T., Motan, T. *et al.* Assisted reproductive technologies (ARTs): Evaluation of evidence to support public policy development. *Reprod Health* 11, 76 (2014). <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-76>
39. Nordic Council of Ministers and Nordic Council. Assisted reproductive technologies in Nordic countries: a comparative study of policies and regulation. 2006. URL: <http://www.norden.org>.
40. Surrogacy Act 2012 (Tas) s38. [accessed on September 24, 2014]. URL: www.austlii.edu.au/au/legis/tas/num_act/sa201234o2012185
41. Svydruk I., O. Sydoruk, O. Trut, M. Mironova, O. Klepanchuk The impact of foreign trade development on the organization of socio-economic security of Ukraine. *Bulletin of Geography. Socio-economic Series*. 2022. Nr. 57. P. 155–168.
42. The Fertility Clinic Success Rate and Certification Act. URL: <https://www.cdc.gov/art/nass/policy.html>
43. Walter G Johnson , Diana M Bowman, Inherited regulation for advanced ARTs: comparing jurisdictions' applications of existing governance regimes to emerging reproductive technologies, *Journal of Law and the Biosciences*, Volume 9, Issue 1, January-June 2022, lsab034, <https://doi.org/10.1093/jlb/lsab034>
44. Wirka KA, Maldonado Rosas I, Anagnostopoulou C, Singh N, Manoharan M, Barros B, Leonardi Diaz SI, Gugnani N, Desai D, Boitrelle F, Sallam HN, Agarwal A. Taking a closer look at the key performance indicators in an assisted reproductive technology laboratory: a guide for reproductive professionals. *Panminerva Med*. 2022 Jun;64(2):200-207. doi: 10.23736/S0031-0808.22.04686-9. Epub 2022 Feb 18. PMID: 35179018.

45. Yukalo, V., & Yukalo, M.(2020). Right to Health under the Pandemic Conditions: Individual - State Cooperation and Interconnectedness. *Postmodern Openings*, 11(1Supl2), 177-187. <https://doi.org/10.18662/po/11.1sup2/> 150 (WoS)

ВИСНОВКИ

У науковому дослідженні систематизовано наукові підходи та обґрунтовані пріоритетні напрями розвитку публічного управління у сфері застосування програм допоміжних репродуктивних технологій в Україні. Результати наукових розробок за темою дослідження дають підстави сформулювати такі висновки та рекомендації.

1. Розкрито сучасні підходи до управління у сфері репродуктивного здоров'я. Визначено, що сучасні підходи до публічного управління та адміністрування у сфері репродуктивного здоров'я, зокрема застосування ДРТ, зумовлюються їх змістом та складниками. Більшість підходів спираються на розуміння репродукції людини як поєднання чинників фізичного, розумового і соціального благополуччя, які характеризують можливість людини до безпечних сексуальних стосунків, зачаття і народження дітей.

Наукові пошуки у сфері врегулювання публічно-управлінських відносин щодо застосування ДРТ містять цілий комплекс медичних, соціальних, інформаційно-просвітницьких, економічних та інших об'єктів досліджень. Ґрунтуючись на розробках українських та іноземних вчених, а також аналітичних доповідях міжнародних організацій (зокрема ВООЗ та Фонду народонаселення ООН), в роботі аргументується неможливість звужувати управлінські підходи у сфері застосування ДРТ виключно до публічного управління та адміністрування в галузі охорони здоров'я, у ракурсі медичних та правових проблем. Умотивованим є включення до предметного поля управління у сфері застосування ДРТ проблематики соціального розвитку людини та суспільства, доступності медичних та соціальних послуг, прав людини, рівності та недискримінації, біоетики, просвітницько-інформаційних заходів, освіти, фінансово-економічного врегулювання тощо.

2. Характеризуючи стан розробленості проблематики застосування допоміжних репродуктивних технологій в державницько-управлінському дискурсі, була встановлена певна нерівномірність серед напрямів досліджень

складових предметного поля застосування ДРТ. Українські вчені зосереджують свою увагу на дослідженнях публічного управління у галузі охорони здоров'я, реформуванні цієї системи, наданні медико-соціальних послуг, врегулюванні секторів системи охорони здоров'я (державного та недержавного), соціально-економічних аспектах змін у системі охорони здоров'я тощо. Що стосується досліджень безпосередньо управлінських проблем застосування ДРТ в Україні, то фокус досліджень спрямований на правові, медичні та етичні питання, особливо захист прав людини під час здійснення ДРТ. Інші аспекти ґрунтовно майже не досліджуються. Значно ширшим є спектр досліджень в західноєвропейському, північноамериканському та австралійському науковому середовищі. Окрім вже окреслених правових, етичних, медичних, правозахисних проблематик, активно вивчаються питання управління транснаціональними програмами ДРТ, підтримка програм ДРТ з боку держави в різних країнах, економічна доцільність та соціальна корисність державної підтримки програм ДРТ, стандартизація та якість послуг з ДРТ та інші.

У дисертації обґрунтовано, що певні напрямки публічного управління у сфері застосування ДРТ в Україні ще очікують осмислення з публічно-управлінських позицій, а саме доступність (зокрема економічна, географічна) та недискримінація, біоетика застосування та досліджень, обґрунтованість та доказовість рішень в управлінні медичними послугами з ДРТ, джерела фінансування програм ДРТ тощо.

3. Було проаналізовано сучасний стан і методи публічного управління, які застосовують у регулюванні провадження програм ДРТ в Україні. Дослідження стану і методів публічного управління в цій сфері засвідчує, що в нашій країні закладено правовий та інституційний базис для здійснення процесів репродукції людини із застосуванням ДРТ, але воно не відповідає швидким темпам розвитку галузі, суспільному запиту та стану медичної реформи в Україні.

Повноваження у сфері публічного управління застосування ДРТ в межах визначеної законодавством компетенції здійснюють МОЗ України, ЦОВВ, які

мають у своєму віданні заклади охорони здоров'я та визначають структуру управління ними, органи місцевого самоврядування, регіональні структурні підрозділи МОЗ, ОТГ. Але вони це роблять не активно. З іншого боку, стрімко розвивається недержавний сектор надання медичних та немедичних послуг щодо застосування програм ДРТ, який сфокусований на роботу з клієнтами-іноземцями, є значно розвинутіший та фінансово спроможніший у порівнянні з державним.

Формування та реалізації державної політики у сфері ДРТ відбувається через систему суб'єктів, яка складається з органів зі спеціальними та загальними повноваженнями, безпосереднього та опосередкованого впливу на політику в цій галузі, суб'єктів, які належать до органів державної влади, інституцій громадянського суспільства, надавачів послуг державного та приватного сектору і населення (окремих громадян), як суб'єкта, що формує суспільний запит (див. рис. 15).

Стан реалізації програм ДРТ в Україні нині характеризується суттєвим розривом між потребою у програмах ДРТ та їх наявною кількістю (кількість циклів, які покриваються державною та регіональними програмами ДРТ, є в десятки разів менша ніж здійснюється в приватних клініках). У мінімальному обсязі функціонує інфраструктура для державних та регіональних програм ДРТ. З іншого боку, ці програми мають низький рівень доступності для громадян через звужений порівняно з недержавним сектором перелік послуг, громіздкий механізм документаційного супроводу, низький інформаційно-просвітницький супроводу, недостатню компетентність медичного персоналу на первинній ланці надання медичних послуг, коли встановлюється діагноз.

Повномасштабне вторгнення в Україну 2022 року посилило розрив між потребою та наявними можливостями у доступі громадян до програм ДРТ. Попит на програми ДРТ в недержавному секторі навіть збільшився, а державний сектор не в змозі на це відреагувати адекватно.

Визначено, що публічне управління та адміністрування у сфері застосування ДРТ в Україні здійснюється такими методами: правового

регулювання, організаційними, фінансової звітності та контролю, фінансування та дотацій (Міністерство фінансів та Міністерство розвитку громад, територій та інфраструктури), стандартизації медичних послуг, інституційними (функціонування державних / комунальних / відомчих закладів охорони здоров'я, які здійснюють програми ДРТ, служб та структурних підрозділів системи охорони репродуктивного здоров'я), інформаційної та освітньо-просвітницької підтримки, консультування та експертної оцінки, громадського контролю та експертизи тощо. Основна проблема полягає в низькій ефективності та дієвості перелічених методів, відсутності політичної волі щодо врегулювання публічних відносин цієї сфери.

Аналіз стану публічного управління у сфері застосування ДРТ в Україні дозволив виявити основні проблеми цієї галузі. Встановлено, що найбільш гострими для України на сьогодні є відсутність належного правового врегулювання публічно-управлінських відносин щодо застосування ДРТ; неврегульованість порядку та стандартів надання медичних послуг з ДРТ; кадрове забезпечення (нестача кваліфікованих фахівців на первинному рівні надання медичної допомоги, працевлаштування та запобігання втраті рівня кваліфікації фахівців з ДРТ серед лікарів – тимчасово переміщених осіб, нестача кваліфікованого середнього медичного персоналу); обмеження доступу до обладнання та ліків (фінансові, організаційні, логістичні); неврегульованість питань біоетики щодо меж досліджень, донорства тощо; відсутність політичної волі як наслідок відкладення вирішення наявних проблем; слабкий державний контроль за наданням медичних та немедичних послуг, пов'язаних із застосуванням ДРТ в недержавному секторі; відсутність статистичних даних щодо застосування ДРТ в недержавному секторі як наслідок відсутності доказової бази для управлінських рішень. Аналіз основних проблем застосування програм ДРТ в сучасній Україні та у світі встановив схожість базових системних проблем, а відповідно – можливості для пошуку спільних шляхів їх вирішення.

4. Проаналізовано досвід публічного управління у сфері застосування програм ДРТ у світі. Доведено, що країни регулюють питання публічного управління у сфері застосування програм ДРТ по-різному, але підходи можна охарактеризувати переважно як жорсткий регулятивний, дозвільний та змішаний (жорстка державна стандартизація та контроль поєднані з саморегуляцією медичних та немедичних послуг). Можна наголосити на позитивному, на наш погляд, досвіді таких країн як: США, де відсутнє пряме директивне державне управління галуззю, високий рівень саморегуляції ринку та впливу професійних спільнот у конкурентному середовищі; Австралія, де чи не найтриваліша історія публічного регулювання відносин у сфері застосування ДРТ, а також один з найвищих рівнів у світі щодо ефективності цієї галузі; Скандинавські країни (Фінляндія, Швеція, Норвегія) у контексті міждержавного регулювання розглядають розвиток ДРТ як один зі шляхів виходу з демографічної кризи, тому всіляко розвивають програми ДРТ на державному та міждержавному рівнях.

Також досліджено регулювання у сфері транскордонного репродуктивного лікування за допомогою ДРТ, окремо опрацьований наявний досвід України в цій площині. Встановлено, що управлінські процеси в цьому напрямку здійснюються методами адміністративного менеджменту надавачів послуг з ДРТ, які мають представництва та партнерські лікувальні заклади в різних країнах, зокрема і в Україні. Це дає підстави визначати управлінський потенціал можливостей публічно-управлінських процесів приватного сектору в міжнародному вимірі.

Досліджено та визначено критерії ефективності публічного управління у сфері застосування програм ДРТ. Встановлено, що нині в Україні не розроблені науково та не відображені в регулювальних документах показники та критерії оцінки ефективності публічного управління в цій галузі. Базуючись на рекомендаціях ВООЗ щодо розвитку галузі охорони здоров'я в XXI ст., запропоновано впроваджувати п'ять принципів «доброго врядування» (good governance) для досягнення максимальної ефективності управління у сфері

застосування ДРТ: управління шляхом співпраці; управління шляхом поєднання регулювання та переконання; управління за допомогою адаптивної політики, стійких структур і прогнозування результатів; управління шляхом залучення громадян; управління через незалежні агентства та експертні органи. У таблиці 3.1 визначаються можливості зазначених підходів крізь призму управління у сфері застосування програм ДРТ.

У дослідженні обґрунтовано та запропоновано авторське визначення критеріїв оцінки ефективності управління застосування програм ДРТ в Україні. Авторське бачення критеріїв базується на положеннях міжнародної рамки оцінки ефективності розвитку програм репродуктивного здоров'я ЄС. До критеріїв ефективності ми відносимо такі: фінансування програм (обсяг та джерела); людські ресурси; лікарські засоби та вироби медичного призначення; надання послуг з ДРТ та надання послуг з охорони репродуктивного здоров'я в цілому (кількість у розрахунку на 100 тис населення); удосконалення управлінських механізмів встановлення пріоритетів на основі інформації та фактичних даних (доказовість прийняття управлінських рішень); створення підтримуючої законодавчої та нормативної бази регулювання галузі; відомча, міжвідомча та громадська взаємодії у публічному управлінні галуззю.

5. У дослідженні обґрунтовано пріоритетні напрями вдосконалення публічного управління у сфері застосування програм ДРТ в Україні, до яких вмотивовано може бути віднесено:

- активізація діяльності органів влади різного рівня щодо власної місії регулятора суспільних відносин в межах компетенції;
- розроблення та впровадження збалансованого інструментарію публічного управління, тобто нормативно-правових актів різної юридичної сили. Пропонуємо за доцільне обрати магістральним напрямом розроблення документів нормативно-правового врегулювання ВООЗ та ЄС (у зв'язку з євроінтеграцією);
- введення обов'язку для надавачів послуг з ДРТ щодо збору статистичних даних за встановленими позиціями;

- розвиток не тільки медичних, але й соціально-гуманітарних та соціально-економічних досліджень щодо доказовості ефективності різних управлінських практик охорони репродуктивного здоров'я населення України, зокрема і застосування програм ДРТ;

- розбудова збалансованої інформаційної політики, спрямованої на формування у переважної кількості населення України сприйняття репродуктивного здоров'я як частини власного здоров'я, обумовленого одночасно медичними, соціально-економічними та психологічними чинниками, відповідальності громадян за власне здоров'я у комплексі перелічених чинників, з використанням інституційного ресурсу системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні;

- ведення системної обґрунтованої дискусії із залученням різних суб'єктів щодо біоетичного підґрунтя застосування програм ДРТ, окремих їх медичних циклів та меж наукових досліджень щодо репродукції людини;

- у сфері публічного управління відносинами щодо застосування ДРТ використання можливостей успадкованого регулювання для досягнення цілей з урахуванням швидкого розвитку цієї галузі науки та надання медичних послуг;

- максимально широке застосування можливостей підходів концепції «доброго врядування» (good governance) для розвитку публічного управління у сфері застосування ДРТ;

- внесення до механізму доступу лікування безпліддя за допомогою ДРТ за кошти державного / регіонального бюджетів алгоритму солідарного / змішаного фінансування програм з поділом витрат між людиною / парою та державою / регіоном, пільговим кредитуванням, медичним страхуванням тощо.

Серед перспективних напрямків подальших розробок щодо публічного управління у сфері застосування програм ДРТ можна розглядати питання вдосконалення управлінських методів, зокрема мережевого управління, вирішення проблем транснаціонального управління послугами з репродукції людини, узгодження підходів до стандартизації медичних послуг в різних країнах, співвідношення інституційних та інфраструктурних складових систем

охорони репродуктивного здоров'я, розширення та збалансованість інформаційної та освітньо-просвітницької підтримки тощо.

ДОДАТКИ

Додаток А



ЛЬВІВСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

вул. Конституційної, 3, м. Львів, 79005 тел. (032) 276 45 92, тел./факс (032) 273 60 37,
e-mail: doz@obal.gov.ua, web: <http://obal.gov.ua>
Код ЄДРПОУ 02013047

06.09.2013 № 22-344/0/2-23

на № _____ від _____

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
на тему «Розвиток публічного управління у сфері застосування програм
динамічних репродуктивних технологій в Україні»
здобувача наукового ступеню доктора філософії НУ «Львівська
політехніка»

Володимира Васильовича Юкало

Основні результати наукового дослідження В. Юкало застосовують у роботі Департаменту охорони здоров'я Львівської області в контексті перегляду та формування нових підходів у забезпеченні доступності пацієнтів з безпліддям до лікування за допомогою допоміжних репродуктивних технологій. Окремі висновки досліджень обговорювалися Департаментом у зв'язку з переглядом окремих алгоритмів співпраці комунальних та приватних закладів охорони здоров'я у випадках загроз для життя і здоров'я вагітних жінок, породіль та немовлят в умовах безпеки, забезпечення їх права на життя, їх транспортування та гарантування безперервності підтримуючих терапій.

Розробки В. Юкало стали в нагоді і під час розробки проєктів для міжнародної підтримки щодо лікування безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій, розподілу повноважень та відповідальності в контексті впровадження медичної реформи, розбудови державно-приватного партнерства в галузі надання медичних послуг.

Т. в. о. директора департаменту



Володимир ЧОРНИЙ

HEALTHCARE SERVICES



Вих. № 130/1 від 26.06.2023

ДОВІДКА

*Про впровадження результатів дисертаційного дослідження на тему
«Розвиток публічного управління у сфері застосування програм допліментарних
репродуктивних технологій в Україні»*

здобувача наукового ступеню доктора філософії НУ «Львівська політехніка»

Юнало Володимира Васильовича

*Основні результати дисертаційного дослідження Юнало В.В. застосовують
у роботі ТОВ «Медікавер Україна» в частині формування первичного
забезпечення доступності окремих категорій громадян лікування безпліддя за
допомогою програм допліментарних репродуктивних технологій на пільгових
умовах.*

Директор ТОВ «Медікавер Україна»



Яришч У.І.

LLC «Medicover Ukraine»
License of Ministry of Health of Ukraine
№ 1512 dated 21.07.2021

702, Antonovycha Y. str.
79057, Lviv, Ukraine
ID code: 37639008

0 800 006 811
Medicover hot line

www.medicover.ua
reception@medicover.ua

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ
УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ЛІСОТЕХНІЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ УКРАЇНИ

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Заступник проректора
з навчально-педагогічної роботи

Олександр СУШИНСЬКИЙ

2023 р.



19.06.2023 р.
м. Львів

АКТ

про встановлення факту використання результатів дисертаційної роботи Юкало Володимира Васильовича у навчальному процесі Національного лісотехнічного університету України (НЛТУ України)

Підстава: Рішення Методичної ради Навчально-наукового інституту екологічної економіки і менеджменту від 18.05.2023 р. (протокол № 4) про впровадження результатів дисертаційної роботи Юкало Володимира Васильовича у навчальний процес.

Складені комісією у складі:

Голова комісії: директор ННІ ЕЕМ, к.е.н. доц. Данишя П.К.

Члени комісії: заступник завідувача кафедри публічного управління та адміністрування, доц. Ліпенцев А.В.
доцент кафедри публічного управління та адміністрування, доц. Оліверник В.В.

18 травня 2023 року комісія провела роботу зі встановлення факту використання результатів дисертаційної роботи Юкало В.В. на тему «Розвиток публічного управління у сфері застосування програм допоміжних репродуктивних технологій в Україні» у навчальному процесі НЛТУ України.

Комісія встановила, що опубліковані розробки дисертанта, які висвітлюють основні наукові результати дисертації та які засвідчують виробництво матеріалів дисертації застосовувалися під час викладання освітніх компонентів межах освітньо-професійної програми для другого (магістерського) рівня освіти, а саме:

при викладанні освітнього компоненти «Організаційно-правові засади публічного управління та публічної служби», щодо прикладів саморегуляції галузі та проходження етапів становлення нормативно-правового забезпечення нової для державного регулювання галузі законодавства відповідно до міжнародних норм та стандартів, а також можливостей адаптації українського законодавства до законодавства ЄС у галузі репродуктивного здоров'я;

при викладанні освітнього компоненти «Сталий розвиток та регіоналістика» щодо покращень досягнення Цілей сталого розвитку, зокрема цілей 3 «Міцне здоров'я та благополуччя» та 17 «Партнерство заради сталого розвитку»;

при викладанні освітнього компоненти «Система публічного управління та адміністрування» як приклад та форма роботи case-навчання щодо багаторівневого

управління галузю (на прикладі ЄС, Скандинавських країн, та країн ЄС окремо), видів і форм адміністрування, формування комплексних публічних політик;

у підготовці навчально-методичних комплексів дисциплін, зокрема введення до наукового поля України матеріалів, які раніше українською не оприлюднювалися, обговорення та дискусії на практичних заняттях, а також самостійному опрацюванні здобувачами освіти.

Акт складено у трьох примірниках:

1-й примірник – кафедрі публічного управління та адміністрування;

2-й примірник – навчально-методичному відділу НЛТУ України;

3-й примірник – аспіранту Юкаю В.В.

Голова комісії



П.К. Динька

Члени комісії:



А.В. Ліпниць

В.В. Оліарук

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з наукової роботи та інновацій
Національного медичного університетуімені С.С. Богомольця,
професор Земсков С.В.

2023 р

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва пропозиції для впровадження:** «Розвиток публічного управління у сфері застосування програм допоміжних репродуктивних технологій в Україні»

2. **Установа, її адреса, виконавці:** Національний університет «Львівська Політехніка» 79000, Львів, Львівська область, вул. Степана Бандери 12, здобувач Юкало Володимир Васильович.

3. **Джерела інформації :**

1. Юкало В.В. (2020) Правові засади управління процесами надання медичних послуг із допоміжних репродуктивних технологій в Україні. *Ефективність державного управління*. 64 (2020) <https://doi.org/10.33990/2070-4011.64.2020.217617>

2. Юкало В. В. (2022). Методологічні підходи до дослідження проблематики публічного управління у сфері допоміжних репродуктивних технологій. *Ефективність державного управління*, (68/69), 65–73. <https://doi.org/10.36930/506806>

3. Nadiia Kalashnyk, Volodymyr Yukalo, Mariia Yukalo, Bohdana Meduna, Hretta Hukova-Kushnir. (2022) Changing Public Policy Emphasis: Aspects of Ethics and Publicity in Health Care. AD ALTA-JOURNAL OF INTERDISCIPLINARY RESEARCH. 2022 Secondary Paper Section: AE, AG, AQ. P. 240-243. http://www.magnanimitas.cz/ADALTA/120125/papers/A_43.pdf (WoS)

4. **Де і коли впроваджено:** в навчальний процес кафедри громадського здоров'я

5. **Результат впровадження:** Основні результати наукового дослідження Юкало В.В. застосовують у роботі в контексті формування нових підходів у забезпеченості пацієнтів з непліддям до лікування за допомогою допоміжних репродуктивних технологій, в тому числі із залученням міжнародних організацій в частині фінансування дороговартісних компонентів такого лікування .

6. **Зауваження та пропозиції:** не вносилися.

Обговорено та затверджено на засіданні кафедри громадського здоров'я, протокол №1/23 від «28» серпня 2023 р.

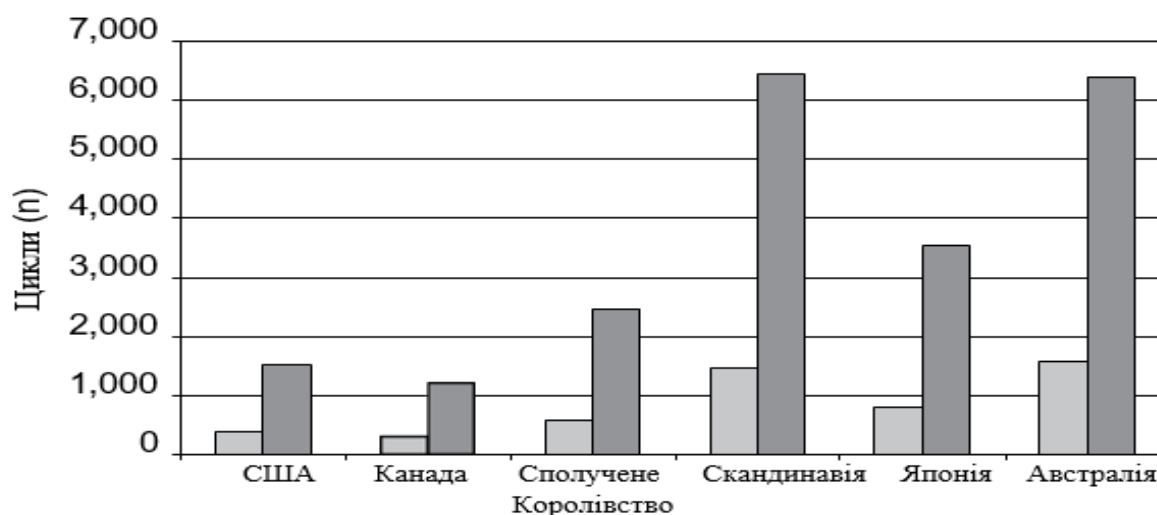
Відповідальний за впровадження:
завідувач кафедри громадського здоров'я,
д.мед.н., професор

Т. С. Грузева



Показники витрат на застосування програм допоміжних репродуктивних технологій.

Рівень використання циклів аутологічної ДРТ терапії в 2003 році.



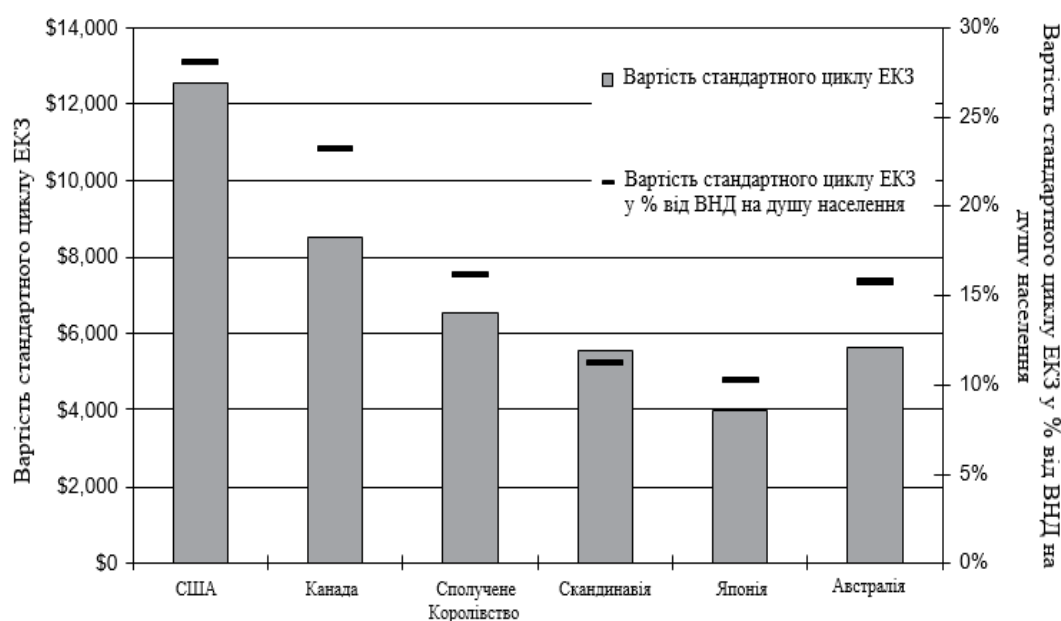
■ Цикли на мільйон населення у 2003 році:

■ Цикли на мільйон населення репродуктивного віку (15-44 роки) у 2002 році

Примітка. Статистичні дані про населення отримано з бази даних Світового банку «Індикатори світового розвитку» (24) та Бюро перепису населення США, «Глобальний профіль населення» (25).

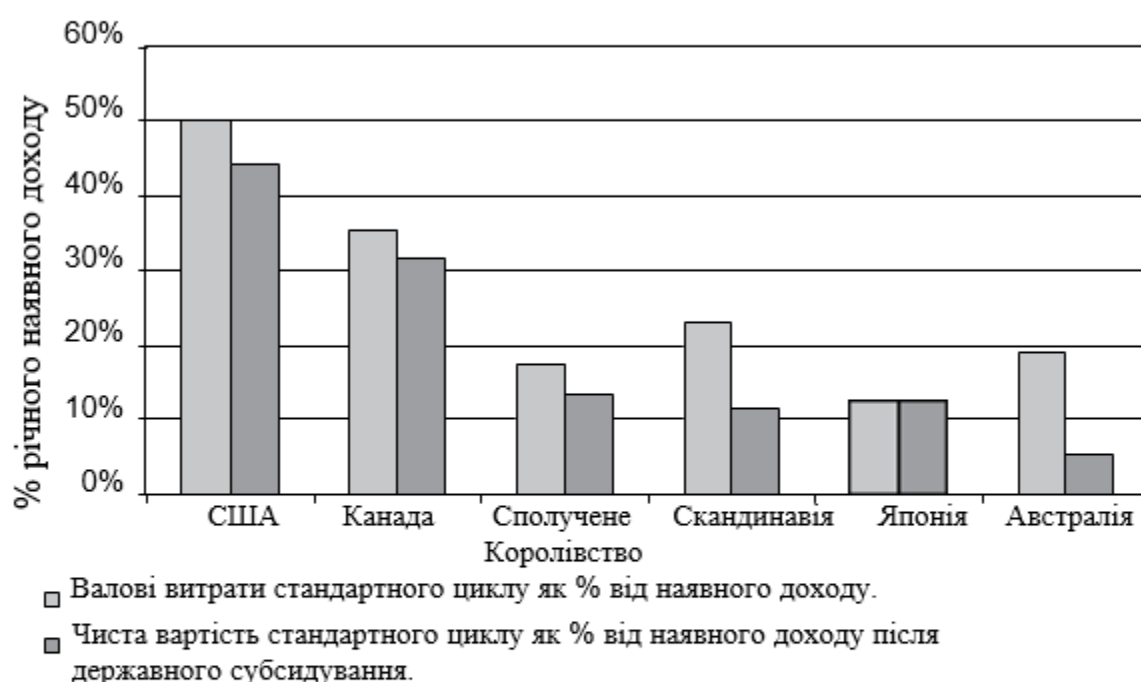
Палати. Міжнародний економічний огляд ДРТ. Fertil Steril 2009.

Середня вартість стандартного свіжого циклу ЕКЗ та у відсотках від валового національного доходу на душу населення (дол. США 2006 р.)



Примітка: ВВП на душу населення отримано з Групи Світового банку, бази даних показників світового розвитку (24).

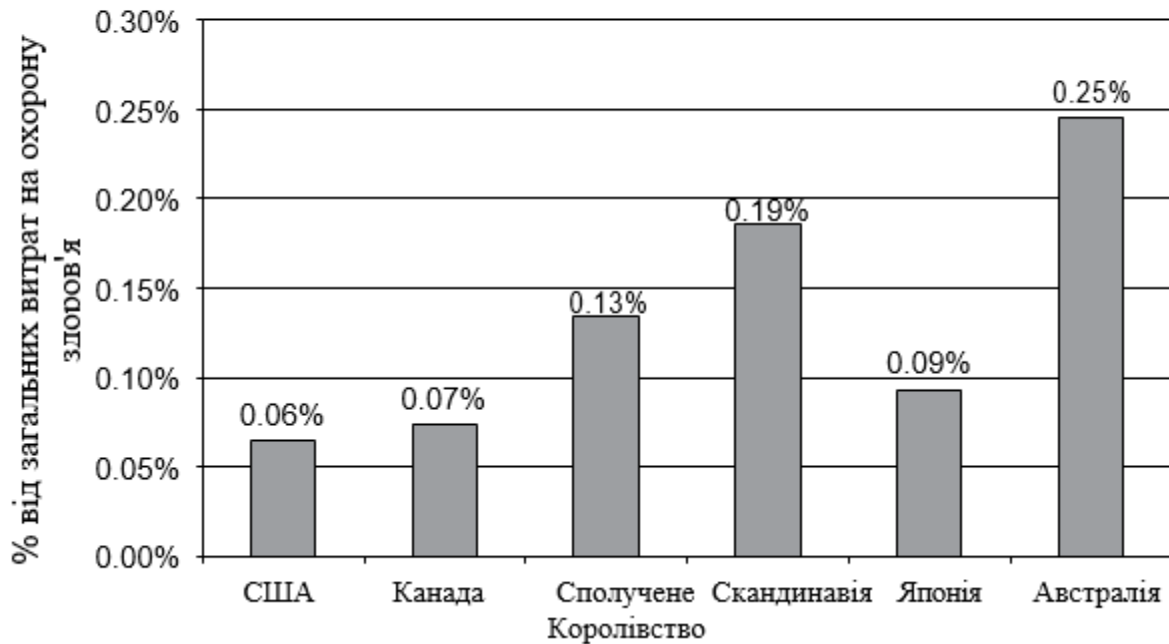
Середня вартість стандартного циклу ЕКЗ у відсотках від наявного річного доходу (дол. США 2006 р.).



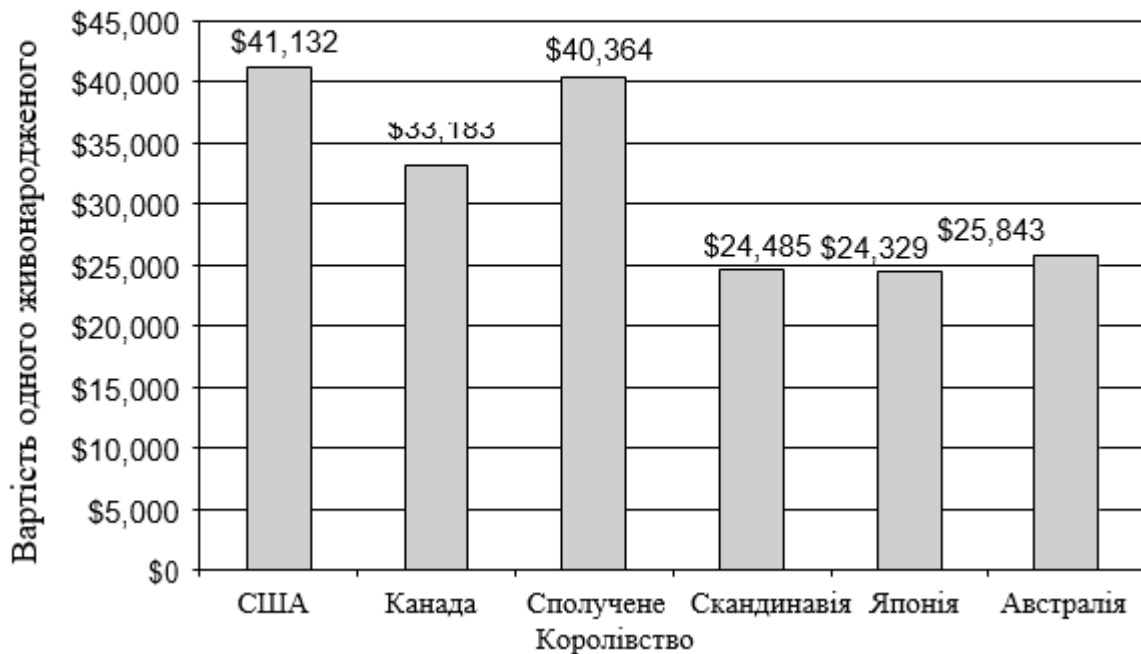
Примітка:

1. Річний наявний дохід розраховується на одну особу у розмірі 100% середнього заробітку без утриманців (27).
2. Приблизне відсоткове зниження середньої ціни стандартного циклу ЕКЗ внаслідок державного субсидування становило 11% для Канади, 25% для Великобританії, 50% для Скандинавії, 0% для Японії та 71% для Австралії.
3. У США існує незначне державне субсидування ДРТ, однак центральна роль приватного страхування в США була включена в аналіз, що знизило середню ціну стандартного циклу на 12%.

Загальні витрати на ДРТ як відсоток від загальних витрат на охорону здоров'я (дол. США 2003 р).



Вартість одного живонародженого в 2003 році для аутологічних циклів лікування ДРТ (дол. США 2006р.).



Перекладено та адаптовано автором за джерелом [21] список використаних джерел до розділу 3.