

Громадська організація

**Правовий
Світ**

**МАТЕРІАЛИ МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ**



ЛЮДИНА І ЗАКОН:
ПУБЛІЧНО-ПРАВОВИЙ
ВИМІР

7-8 листопада 2014 р.

Дніпропетровськ

ФІЗИЧНА ОСОБА ЯК СУБ'ЄКТ ЖИТЛОВИХ ВІДНОСИН	53
<i>Бондар І. І.</i>	53
СПЕЦІАЛЬНІ СПОСОБИ ЗАХИСТУ ЧЕСТІ, ГІДНОСТІ ТА ДУЛОВОЇ РЕПУТАЦІЇ	57
<i>Гришечко І. М.</i>	57
ЗАСОБИ ЗАХИСТУ ЖИТЛОВИХ ПРАВ	60
<i>Дзюба Ю. В.</i>	60
ПОНЯТТЯ ТА СТАНОВЛЕННЯ ВИКОНАВЧОГО НАПИСУ	63
ЯК ІНСТРУМЕНТУ ОХОРОНИ ПРАВ ТА ІНТЕРЕСІВ	63
<i>Желізова Ю. В.</i>	63
ДЕРЖАВНА ЖИТЛОВА ПОЛІТИКА ТА ЇЇ ОСНОВНІ НАПРЯМИ	66
<i>Занюца А. В.</i>	66
ПРИНЦИПИ КОЛІЗІЙНОГО РЕГУЛЮВАННЯ	69
СІМЕЙНИХ ВІДНОСИН У МІЖНАРОДНОМУ ПРИВАТНОМУ ПРАВІ	69
<i>Ковалева А. О.</i>	69
МОМЕНТ ВИНИКНЕННЯ ЦИВІЛЬНОЇ ОХОРОНОЇ	71
ПРАВОСУБ'ЄКТІСТІ В УЧАСНИКІВ ДОГОВІРНИХ ПРАВОВІДНОСИН	71
<i>Кущерська Д. В.</i>	71
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПНОСТІ ПРАВОСУДДЯ В УКРАЇНІ	74
<i>Данилюк К. Д.</i>	74
ПРО ДЕЯКІ ПИТАННЯ ЩОДО ПОНЯТТЯ «ПАЦІЄНТ»	76
<i>Михайлишин О. І.</i>	76
ЗАКОНОДАВЧЕ ЗАКРІПЛЕННЯ ПОНЯТТЯ ТА ЗМІСТУ МЕДИЧНОЇ ТАЄМНИЦІ	79
<i>Мельничук А. Ю.</i>	79
ПРАВОВІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ	81
<i>Лозорішко Д. М.</i>	81
ПІДСТАВИ ЗДІЙСНЕННЯ ЗАХИСТУ ПОРУШЕНОГО ПРАВА	83
НА ДІНОРСТВО ТА ТРАНСПЛАНТАЦІЮ	83
<i>Принципек І. Р.</i>	83
НОРМАТИВНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СУРОГАТНОГО	87
МАТЕРІАЛЬСТВА В УКРАЇНІ ТА МІЖНАРОДНІ НОРМИ	87
<i>Рибак К. О.</i>	87
СПІВІДНОШЕННЯ НОРМ ЦИВІЛЬНОГО ТА ЗЕМЕЛЬНОГО ЗАКОНОДАВСТВА	90
ПРИ ПРАВОВОМУ РЕГУЛЮВАННІ ВІДНОСИН, ПОВ'ЯЗАНИХ	90
З КОРИСТУВАННЯМ ЗЕМЕЛЬНОЮ ДІЛЯКОЮ	90
<i>Романів В. Я.</i>	90
УЧАСТЬ МАЛОЛІТНІХ ТА НЕПОВНОЛІТНІХ ОСІБ	93
ЯК СТОРНІ У ЦИВІЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ	93
<i>Синьковська Я. В., Астасюк Д. О.</i>	93
УЧАСТЬ ПРОКУРОРА У ЦИВІЛЬНОМУ ПРОЦЕСІ	97
<i>Силичак Х. М., Булатова Ю. Ю.</i>	97
ДО ПИТАННЯ ЩОДО ПРАВОВОЇ ПРИРОДИ	99
ГЕНЕРАЛЬНОГО ДЕЛІКТУ У ЦИВІЛЬНОМУ ПРАВІ	99
<i>Сиромов О. А.</i>	99
ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ І РОЗВИТКУ ІНСТИТУТУ	102
ЗАСТАВИ МАЙНОВИХ ПРАВ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВІДСНОСТІ В УКРАЇНІ	102
<i>Трофимченко О. О.</i>	102
ДО ПИТАННЯ ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРУ МОРАЛЬНОЇ (НЕМАЙНОВОЇ) ШКОДИ	104
<i>Фасій Б. В.</i>	104

ПРИНЦИПІ ГІДНОСТІ ТА ВІДКРИТОСТІ	108
ПРИ СУДОВОМУ РОЗТЯГДІ ЦИВІЛЬНИХ СПРАВ	108
<i>Чагаринський С. В., Мірошніченко М. О.</i>	108
ПРАВО НА ЖИТЛО МОЛОДІ	112
<i>Шиньков Ю. О.</i>	112

**НАПРЯМ 4. ГОСПОДАРСЬКЕ ПРАВО,
ГОСПОДАРСЬКО-ПРОЦЕСУАЛЬНЕ ПРАВО**

СПІВІДНОШЕННЯ ПОНЯТТЯ «ПРАВОВА КУЛЬТУРА»	116
ТА «ПРАВОВИЙ НІГІЛІЗМ» УЧАСНИКІВ ПРОЦЕСУ	116
<i>Виходченко Є. С.</i>	116
ПРОБЛЕМИ ВИКОНАННЯ МИРОВОЇ УГОДИ	118
<i>Головат А. В., Галущак А. Л.</i>	118
ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПІДВИЩЕННЯ	121
КОНКУРЕНТНОСПРОМОЖНОСТІ ПІДПРИЄМСТВ	121
<i>Чернявська Т. І., Калиток А. Л.</i>	121
ТРАНСФОРМАЦІЙНІ ПРОЦЕСИ У НАЦІОНАЛЬНОМУ	123
ЗАКОНОДАВСТВІ ЩОДО ЯКОСТІ ХАРЧОВОЇ ПРОДУКЦІЇ ²³	123
<i>Дирхемченко М. М.</i>	123

**НАПРЯМ 5. ТРУДОВЕ ПРАВО;
ПРАВО СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ**

СПОСОБИ І ПОРЯДОК СУДОВОГО ЗАХИСТУ ПРАВ ГРОМАДЯЧІ	126
У СФЕРІ СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ	126
<i>Андрицький Н. Я.</i>	126
ТРУДОВИЙ КОЛЛЕКТИВ: ПРОБЛЕМИ ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ	129
<i>Воронцова Д. О.</i>	129
СПОСОБИ СТІГНЕННЯ ЄДИНОГО СОЦІАЛЬНОГО ВІНЕСКУ	131
<i>Кучма О. Л.</i>	131
ОСОБЛИВОСТІ УКЛАДЕННЯ ТРУДОВОГО ДОГОВОРУ ТА ВИКОРИСТАННЯ ПРАЦІ	134
НЕПОВНОЛІТНІХ НА ПІДПРИЄМСТВАХ ВУГІЛЬНОЇ ПРОМИСЛОВОСТІ	134
<i>Трофимченко М. С.</i>	134
ВАХТОВИЙ МЕТОД ЯК РЕЖИМ РОБОЧОГО ЧАСУ	137
В НАФТОГАЗОВІЙ ПРОМИСЛОВОСТІ	137
<i>Шабалинова С. О.</i>	137

**НАПРЯМ 6. ЗЕМЕЛЬНЕ ПРАВО; АГРАРНЕ ПРАВО;
ЕКОЛОГІЧНЕ ПРАВО; ПРИРОДОРЕСУРСНЕ ПРАВО**

ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РАЦІОНАЛЬНОГО ВИКОРИСТАННЯ	140
ТА ОХОРОНИ ЗЕМЕЛЬ ВОДНОГО ТРАНСПОРТУ УКРАЇНИ	140
<i>Бодиченко І. І.</i>	140

й одержання необхідної медичної допомоги у разі захворювання. В Україні ОМС є державним і загальним для населення. Це означає, що держава в особі своїх законодавчих і виконавчих органів визначає основні принципи організації ОМС, встановлює тарифи внесків, коло страховувальників і створює спеціальні державні фонди для акумуляції внесків на обов'язкове медичне страхування [3, с. 10]. Загальність ОМС полягає у забезпеченні всіх громадян рівними гарантованими можливостями одержання медичної, лікарської і профілактичної допомоги у розмірах, встановлених державними програмами ОМС.

За даними «Соціс-Геллап», які проводили дослідження у 2012 р. в Україні оборот тівногового ринку медичних послуг становить приблизно 1,5–2 млрд дол. США, що значно перевищує загальний бюджет сфери охорони здоров'я. Разом з бюджетами галузевих підрозділів на охорону здоров'я у минулому році було залпановано виділити 3,478 млрд. грн. Профінансовано 30% суми. Таким чином, населення так чи інакше сплачує медичні послуги в різноманітних грошово-натуральних виразах. За тими ж даними «Соціс-Геллап» 30% респондентів підтримують розвиток приватної медицини, а близько 45% – розвиток добровільного медичного страхування.

Якщо спіробітник, влаштууючись на роботу, одержує медичний поліс, питання його медичного обслуговування по суті вже вирішено, причому без особливих фінансових витрат для самого працівника, не враховуючи вартості страхового поліса, що частково, у більшості випадків, оплачується самою компанією. Сплативши вартість страховки, працівник протягом усього року вже більше нічого не сплачує. Власник страхового поліса одержує пріоритетне право лікування в головних клініках України, причому застраховані «прікріпленольє» до даних медичних закладів, де ними опікуються конкретні лікарі. Одержуючи страховий поліс, працівник має можливість за допомогою своєї компанії або самостійно придбати аналогічний страховий захист для своєї сім'ї, у тому числі для дітей [4, с. 10].

Добровільне медичне страхування аналогічне обов'язковому медичному страхуванню і нересідує ту саму соціальну мету – надання громадянам гарантії одержання медичної допомоги шляхом страхового фінансування. Однак ця загальна мета досягається двома системами різних засобів.

— По-перше, добровільне медичне страхування на відміну від обов'язкового медичного страхування є галуззю не соціального, а комерційного страхування. ДМС поряд із страхуванням життя і страхуванням від нещасних випадків належить до сфери особистого страхування.

— По-друге, як правило, це доповнення до системи ОМС, що забезпечує громадянам можливість одержання медичних послуг понад встановлені в програмах обов'язкового медичного страхування або гарантовані у межах державної бюджетної медицини.

— По-третє, незважаючи на те, що обидві системи – страхові, ОМС використовує принцип страхової солідарності, а ДМС – принцип страхової еквівалентності. За договором добровільного медичного страхування застрахований отримує ті види медичних послуг і в таких розмірах, за що й була сплачена страхова премія.

— По-четверте, участь у програмах ДМС не регламентується державою і реалізує потреби і можливості кожного окремого громадянина або професійного колективу.

В обов'язковому медичному страхуванні використовується два методи. У Німеччині і Нідерландах діє принцип надання послуг. Це означає, що пацієнт обслуговується безкоштовно, як в країнах із державною системою охорони здоров'я. Він лише повинен пред'явити посвідчення про страхування. У Бельгії, Франції і Люксембурзі практикується інший принцип – відшкодування витрат. Там застрахований пацієнт повинен спочатку сам оплатити медичні послуги. А потім вони будуть компенсовані цілком або частково згідно з тарифами, установленими лікарняними касами з урахуванням визначеної власної частки. Конституцією України (ст. 49) передбачено право кожного громадянина на безплатну медичну допомогу в закладах охорони здоров'я комунальної (державної) власності. Цілком зрозуміло, що це положення Конституції діє в межах можливостей держави, тобто бюджету. Разом з тим Конституцією також передбачено право кожного на медичне страхування (обов'язкове або добровільне), і створення умов для реалізації громадянами їх конституційного права є обов'язком держави.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Страхування: Підручник / За ред. В. Д. Базилевича. – К.: Знання, 2008. – 1019 с.
2. Страхування: Підручник / Кер. авт. кол. і наук. ред. С. С. Осадель. – К.: КНЕУ, 2009. – 526 с.
3. Реверчук С. К.» Вовчак О. Д., Кубів С. І. та ін. Інституційна інвестополі: Навч. посіб. / За заг. ред. д-ра скоп, наук, проф. С. К. Реверчука. – К.: Атіка, 2012. – 208 с.
4. Вороненка Ю. В., Радши Я. Ф. Медичне право в системі права України: стан і перспективи розвитку // Український медичний часопис. – 2008. – № 5. – С. 5–10.

ПІДСТАВИ ЗДІЙСНЕННЯ ЗАХИСТУ ПОРУШЕНОГО ПРАВА НА ДОНОРСТВО ТА ТРАНСПЛАНТАЦІЮ

ПІГАНШНИК І. Р.
аспірант

*Юридичний інститут
ДВНЗ «Прикарпатський національний
університет імені Василя Стефаника»
м. Івано-Франківськ, Україна*

Право на охорону здоров'я гарантується всіма міжнародними документами, та знаходить своє відображення в кожному національному законодавстві. Право на трансплантацію є невід'ємним компонентом права на охорону здоров'я і також об'єктом захисту зі сторони компетентних органів, а порушення права на трансплантацію тягне за собою настання права на подачу скарги до суду про захист відповідних прав та отримання компенсації. Проведений ана-

ліз міжнародної практики держав з питань звернення до суду для захисту права на донорство та трансплантацію показав, що здебільшого, такі категорії справ розглядаються національними судами без звернення до відповідних міжнародних інстанцій. Вітчизняні суди загальної юрисдикції не мають певного преседенту щодо вирішення таких категорій справ, оскільки здебільшого, питання, що стосуються проведення трансплантації розглядаються в рамках кримінального, а не цивільного судочинства.

Для виокремлення певних підстав, які можуть слугувати причиною звернення до суду для захисту порушеного права на трансплантацію було проведено лізовано відповідну практику США, Канади та деяких країн Європейського Союзу. Найчастіше підставами для звернення до суду є:

1) **Дискримінація.** При розгляді справ про дискримінацію, суди або відповідні трибунали мають справу з необґрунтованою дискримінацією. В контексті трансплантації органів, придляючи першочергову увагу пацієнтам на основі їх медичного прогнозованого успіху в якості реципієнта трансплантата явно буде більш виправданим, ніж розподіл за іншими підставами, які відомо відно не мають медичної актуальності. Наприклад, заява голландського міністра охорони здоров'я викликала суперечки в 2005 році, коли було припущено, що зареєстровані донори органів отримують пріоритет для пересадки органів в разі такої необхідності. Ця пропозиція пов'язана з наявністю релігійної та етнічної дискримінації «... як міністр охорони здоров'я і стверджує, мусульманам часто відмовляються пожертувати органи в силу їх релігійних переконань, проте готові отримувати органи для пересадки (*as the Health Minister argued that Muslims often refuse to donate organs because of their religious beliefs, but are willing to receive transplants*)» [1, с. 5].

2) **Наявність в особі психічного захворювання.** Це однією підставою для звернення до суду, яка породила значну полеміку є відмова в наданні органів для трансплантації пацієнтам з психічним розладом (наприклад, хворих на шизофренію, зі спробами самогубства). Деякі практики стверджують, що така відмова є прямим порушенням анти-дискримінаційного закону [1, с. 5].

3) **Вікова дискримінація.** Вік, пов'язаний з розподілом органів також може вважатись дискримінацією як реципієнтів, так і донорів, особливо враховуючи, що «фізні сили – такі, як відоконалення хірургічних методів, імунодепресантів, конкуренції серед нових центрів трансплантації, і задач, які перевершують існуючі обмеження – ослабили вікові основи лімітів» [1, с. 6]. Тим не менш, було висловлено припущення, що органи літніх донорів повинні відповідати потребам літніх реципієнтів, щоб задовольнити принципи рівності і справедливості [1, с. 6].

4) **Донори органів, які не знаходяться в родинному зв'язку з реципієнтом.** Основна проблема в даному випадку полягає в можливості здійснення трансплантації органів від людини, яка не є близьким родичем реципієнта. Оскільки більшість країн вимагають відносини кровного споріднення для трансплантації, суди повинні створити практику, яка дозволила б проводити трансплантацію від інших осіб, які в силу всіх медичних показників придатні для здійснення такого роду операції. Прикладом такого випадку може бути справа *Stinkl v Stinkl*, коли дитині було пересаджено нирку від іншої людини, так як органи родичів не підходили по медичним критеріям [2, с. 343–346].

5) **Власність та контроль над органами та тілом.** Проблеми визначення питання власності щодо органів і проблеми контролю над тілом часто виникають, коли мова йде про трансплантацію органів від осіб, які померли. Рішення визначення правового статусу органу може бути вирішена шляхом фіксації положення правового статусу органу може бути вирішена шляхом фіксації природи. Деякі вчений визначають трансплантати як річ, яка має певну цінність і може бути об'єктом купівлі-продажу. Наприклад, США розглядає сферу можливого застосування об'єкта трансплантації, встановлення кримінальної заборони на комерційність донорства. Судова практика визнає пересадку трансплантата як речі, що, однак, не знаходить підтримки серед законодавців [3].

6) **Розподіл органів.** Загальновідомим є той факт, що органи повинні бути розподілені відповідно до спеціального «списку – очікування». Особи, які потребують пересадки органу повинні бути вписані, що вони володіють рівними можливостями до занесення в систему розподілу органів. Рациональне планування збільшить шанси на виграш від пересадки шляхом створення системи, яка, при розподіленні дефіцитних органів, буде надавати перевагу тим особам, які зможуть отримати довгострокове виживання від пересадки [4]. Такий підхід не є вірним, оскільки відповідно до «списку очікування» всі особи є рівними, та не може надавати жодної переваги. Саме тому, порушення правил пересадки органів відповідно до вказаних списків є порушенням права на трансплантацію та може слугувати причиною звернення до суду.

7) **Медична небагатість.** В даному випадку ми не говоримо про медичну небагатість в розумінні кримінального судочинства. Для того, щоб проаналізувати, що судова практика розуміє під медичною небагатістю в сфері трансплантації органи, необхідно визначити саме поняття «медичної небагатості» як поведінки фахівця, що полягає в невиконанні або ненадлежаному виконанні медичним працівником або фармацевтом своїх професійних обов'язків внаслідок небагато чи несумлінного ставлення до них, що викликало серйозні наслідки для пацієнта. Прикладом випадку, коли лікарі визнали небагатість під час процедури трансплантації, може слугувати справа «*Kelly v New York Organ Donor Network, Inc.*» в наслідок небагатості неправильно здійснили оцінку придатності органів донора для трансплантації, були неспроможні оперативно розглянути медичні документи донора перед затвердженням (наданням згоди) трансплантації його органів, затверджували та спрямували забору зловжитих і хворих органів для трансплантації в організм реципієнта, приймали органи від донора із заявленими бактеріальним менінгітом без перевірки діагнозу, не спроможні встановити справжню причину смерті перед виникненням процесу донорства [5]. В результаті, суд вирішив відхилити позов у зв'язку з тим, що сторона діяли відповідально, коли стало очевидно, що донорська нирка була хворою на рак, надати позивачу всі можливі заходи для покращеного лікування, щоб повністю змінити невідаті обставини трансплантації. Крім того, у медичній практиці не передбачається проведення біопсії донорського органа перед трансплантацією, в результаті чого не можна вести мову про медичну необережність [5].

Деякі країни закріплюють в своїх законодавствах положення щодо головних питань, які необхідно взяти до уваги судами при розгляді ними справ щодо за-

хисту права на трансплантацію. Для прикладу, Великобританія в березні 2003 року затвердила Кодекс практики 2 «Донорство органів для трансплантації» («*Donation of solid organs for transplantation*»), де в Додатку 1 «Вказівки для вимог щодо схвалення судом» («*Guidance on requirements for court approval*») зафіксовано найбільш важливі питання, які повинні бути прийняті до уваги Судом при розгляді питань, пов'язаних з трансплантацією органів. Наприклад, у тих рідкісних випадках, коли неповнолітня особа (особа, яка не досягла 18 років) розглядається в якості потенційного донора органів, судова практика показує, що справу слід направляти в суд для винесення рішення щодо питання про доцільність та законність пропонуваного медичного втручання [6].

Підсумовуючи першу складову частину даного розділу слід зробити наступні висновки:

— Програми в чинному законодавстві щодо регулювань питань здійснення трансплантації викликають багато проблем, особливо етичного характеру, і залишають багато нюансів, які можуть слугувати причиною медичної небезпекості;

— Відсутність єдиної судової практики в сфері трансплантації не дозволяє формувати можливі ширші вирішення проблем, які виникають під час проведення процедури трансплантації;

— Однією з головних проблем сучасної трансплантології є те, що вона викликає багато запитань ділового характеру, комерціалізації: торгівлі як органами, так і людьми з метою отримання органів, що відповідно регулюється кримінальним законом. Таким чином, існує лише невелика кількість випадків, які були розглянуті судами і мають повністю цивільний характер (письмове закріплення згоди на проведення для трансплантації, укладення угоди між донором, реципієнтом та медичною установою, тощо.)

— Для вирішення даних проблем необхідно створити загальні керівні вказівки або практичні інструкції для судів, які будуть включати всі можливі ситуації, в яких людина може звернутися до суду для захисту свого порушеного права на донорство та трансплантацію.

ЛІТЕРАТУРА:

1. The Allocation of Organs: Emerging Legal Issues». A paper prepared for the Canadian Council for Donation and transplantation, (September 2006). – Електронний ресурс. – [Режим доступу]: http://www.organsandissues.ca/s/wr-content/uploads/2011/11/Allocation_Legal_Issues.pdf.
2. M. A. Hall, M. A. Bobinski & D. Orentlicher. Bioethics and public health law// – New York: Aspen Publishers. – 2005. – ст. 343-346.
3. State-legal regulation of the use of human organs and tissues as special objects of civil rights for the purpose of transplantation (comparative studies)», (03.07.2012). Електронний ресурс. – [Режим доступу]: <http://zakon.gov.ua/Blogs/OneBlog/3455>.
4. Н. Williams, «Allocating a Future: Ethics and Organ Transplantation». – Електронний ресурс. – [Режим доступу]: http://www.sci.edu/ethics/publications/submitted/allocating_organ.html.
5. Kelly v New York Organ Donor Network, Inc. (March 30, 2012, unpertted), 2012 NY Slip Op 50658(U). – Електронний ресурс. – [Режим доступу]: <http://law.justia.com/cases/new-york/other-courts/2012/2012-ny-slip-op-50658-u.html>

http://law.justia.com/cases/new-york/other-courts/2012/2012-ny-slip-op-50658-u.html

6. Human Tissue Authority, «Code of Practice 2. Donation of solid organs for Transplantation». March 2013. Електронний ресурс. – [Режим доступу]: <http://www.hta.gov.uk/legislation/professionals/codesofpractice/cp2/>; http://www.hta.gov.uk/legislation/professionals/codesofpractice/cp2/donationoforgans.shtm?dAreaId=customwidgets.content_view_1&cid_id=676&cit_parent_cit_id=669.

НОРМАТИВНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СУРОГАТНОГО МАТЕРИНСТВА В УКРАЇНІ ТА МІЖНАРОДНІ НОРМИ

РИБАК К. О.

спуденика

*Дніпропетровський університет імені Альфреда Нобеля
м. Дніпропетровськ, Україна*

Кожна сімейна пара має право на батьківство та материнство, яке гарантоване Сімейним кодексом України, а також Основним Законом, який вказує на те, що держава має створювати кожній людині умови для материнства й батьківства, забезпечувати охорону прав матері та батька, матеріально і морально заохочувати та підтримувати материнство й батьківство (стаття 51 Конституції України). Проте, на сьогодні, проблема материнства у нашій державі є однією з найгостріших та актуальних, оскільки, трапляються випадки, коли через наявність вродженої чи набутої хвороби пари або одного з подружжя вони не в змозі зачати й народити дитину природним шляхом [1, 2].

За останніми даними, кожна п'ята сім'я в Україні не може мати дитину, що вказує на загрозливий характер для існування нашої суспільства та держави. [3] Як відомо, народжувальність є одним із визначальних чинників для забезпечення стабільного й безпечного розвитку держави, а проблеми оптимального демографічного розвитку слід розглядати як першочергові інтереси держави, як фактор і водночас як результат її функціонування. Саме тому, аби реалізувати свої конституційні права та свободи і стати матір'ю, все більше жінок вдаються до допоміжних репродуктивних технологій – сурогатного материнства.

Сурогатне материнство – це одна з репродуктивних технологій, за якою здорова жінка на основі угоди (договору) після штучного запліднення виношує та народжує дитину для іншої сім'ї. Зачаття відбувається в умовах спеціалізованого медичного закладу (без статевого акту), з метою чого можуть використовуватися яйцеклітини та сперма безплідної подружньої пари або донорів [3].

Правове забезпечення сурогатного материнства в Україні є одним із законодавчо нерегульованих й найскладніших інститутів у галузі сімейного права. Тому перед Україною постала низка запитань законодавчого характеру, які б регулювали дану сферу відносин. Інститут правового забезпечення сурогатного материнства не має нормативного підґрунтя в формі кодифікованого збірника, єдиного законодавчого або іншого нормативно-правового акта. Більше того, в чинному законодавстві України відсутнє формулювання «правове регулювання