УДК 614.2/618:343.2/.7
DOI https://doi.org/10.51989/NUL.2026.4.30

МОНОПОЛІЯ ДЕРЖАВИ НА РІШЕННЯ ПРО АБОРТ: ПЕРСПЕКТИВИ КРИМІНАЛІЗАЦІЇ ТА ЗНАЧЕННЯ В КОНТЕКСТІ УКРАЇНИ

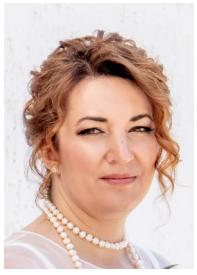
Теплюк Михайло Олексійович,
orcid.org/0000-0001-6340-1352
доктор юридичних наук,
заслужений юрист України,
дійсний член (академік) Національної академії правових наук України



Тубелець Олеся Степанівна,
orcid.org/0009-0006-0992-2433
кандидат юридичних наук,
головний консультант Головного юридичного управління
Апарату Верховної Ради України



Жуковіна Лідія Олександрівна,
orcid.org/0009-0001-8457-6925
начальник відділу
Головного юридичного управління
Апарату Верховної Ради України



У зв'язку з пропозицією у проєкті нового Кримінального кодексу України (редакції станом на 14.01.2026) встановити кримінальну відповідальність за спричинення загибелі або тяжке ушкодження плоду людини виникла необхідність комплексного висвітлення законодавчих підходів щодо існуючого регулювання у сфері штучного переривання вагітності у вітчизняному законодавстві, факторів, що обумовлюють існування сучасних підходів, а також окремих технічних аспектів створення як окремих норм закону, так і цілісних механізмів правового регулювання.

У статті розглядаються як регулятивна, так і охоронна складова механізму правового регулювання у зазначеній сфері. Зокрема аналізуються підходи до правового регулювання у Цивільному кодексі України, Основах законодавства України про охорону здоров'я, підстави для внесення змін до законодавчих актів та їх мотивація, а так само аналізуються підходи Всесвітньої організації охорони здоров'я у цій сфері. Відповідно досліджуються причини формування існуючих підходів, їх правовий, економічний, соціальний та етичний аспекти, зроблено висновки щодо їх ефективності. Розглянуто та проаналізовано офіційну статистику Міністерства охорони здоров'я України про штучне переривання вагітності, а також особливості її висвітлення у медіа. Розглядається роль Міністерства охорони здоров'я України у формуванні сучасної державної політики у сфері штучного переривання вагітності, а також пропорційності регулювання у сфері прав людини на рівні законів та підзаконних актів. Крім того досліджуються підстави обмеження права жінки на здійснення штучного переривання вагітності в залежності від строку вагітності з точок зору принципу особистої автономії особи та принципу патерналізму. Також розкривається проблематика невідповідності вітчизняного законодавства щодо надання медичних послуг у окресленій сфері міжнародним стандартам, запровадженим Всесвітньою організацією охорони здоров'я, співвідношення понять нелегального та небезпечного аборту.

В частині аналізу комплексу охоронних норм здійснено порівняльно-правовий аналіз чинного регулювання та запропонованого концепцією проєкту нового Кримінального кодексу України (у редакції станом на 14.01.2026). З метою оцінки запропонованої концепції висвітлюється зв'язок між змістом регулятивних та охоронних норм у чинному законодавстві та проєкті нового Кримінального кодексу України, що стосуються охорони відносин довкола зачатих та ненароджених дітей, зокрема розглядаються питання співвідношення понять «людина» та «плід людини», правові підстави формування об'єкту кримінально-правового захисту у відповідних правовідносинах. Також у цьому контексті розглядаються загальнотеоретичні питання мети кримінально-правового регулювання, співвідношення регулятивного та охоронного права, можливість існування охоронних відносин за відсутності регулятивних, зокрема якщо держава не зацікавлена у врегулюванні певних суспільних відносин (визначення змісту відносин, визначення їх суб'єктів, визначення прав і обов'язків таких суб'єктів) або ігнорує таке регулювання, то чи може вона претендувати на застосування репресії стосовно суб'єктів відповідних відносин у зв'язку з їх участю у таких суспільних відносинах, висловлюється думка, що відсутність правовідносин означає відсутність об'єкта правового захисту, зокрема кримінально-правового. Прогнозуються можливі наслідки реалізації на практиці запропонованої концепції кримінально-правового захисту відносин щодо зачатих та ненароджених дітей, зокрема перспективи розвитку ринку нелегальних медичних послуг, збільшення рівня корупційних ризиків у роботі відповідних органів досудового розслідування тощо. Розглядаються існуючі концепції регулювання суміжних правовідносин, зокрема кримінально-правової охорони новонароджених дітей, відповідальності медичних працівників, застосування інституту крайньої необхідності, а так само побіжно досліджено концепції цінності життя у вітчизняному законодавстві, питання відповідальності батька дитини. Крім того, в контексті вивчення питання кримінально-правового регулювання у сфері штучного переривання вагітності розглядаються питання змісту та визначення критеріїв прогресивності законодавства про кримінальну відповідальність.

Оновлення тексту проєкту нового Кримінального кодексу України 01.05.2026 та вилучення з нього низки положень щодо кримінально-правової відповідальності за спричинення загибелі чи тяжкого ушкодження плоду не нівелює потребу у підтримці наведеної дискусії як у суспільстві, так і у професійних колах, а навпаки підсвічує низку проблем, що на сьогодні залишаються актуальними, зокрема у питаннях визначення статусу особи та міри її свободи у демократичній державі.

Ключові слова: *кримінальна відповідальність, штучне переривання вагітності, аборт, небезпечний аборт, нелегальний аборт, Кримінальний кодекс України, проєкт нового Кримінального кодексу України.*

Tepliuk Mykhailo, Tubelets Olesia, Zhukovina Lidia. State Monopoly on Decisions Concerning Abortion: Prospects for Criminalization and Its Significance in the Context of Ukraine

The proposal contained in the draft of the new Criminal Code of Ukraine (version as of January 14, 2026) to establish criminal liability for causing the death of or serious injury to a human fetus has necessitated a comprehensive examination of legislative approaches to the existing regulation of induced termination of pregnancy in Ukrainian law, the factors underlying contemporary approaches, as well as certain technical aspects of creating both individual statutory provisions and comprehensive legal regulation mechanisms.

The article examines both the regulatory and protective components of the legal regulation mechanism in this area. In particular, it analyzes approaches to legal regulation under the Civil Code of Ukraine and the Fundamentals of Ukrainian Legislation on Health Care, the grounds for amendments to legislative acts and the rationale behind them, as well as the approaches of the World Health Organization in this area. Accordingly, the article examines the reasons for the formation of existing approaches, their legal, economic, social, and ethical dimensions, and draws conclusions regarding their effectiveness. Official statistics of the Ministry of Health of Ukraine on induced termination of pregnancy, as well as the specific features of their presentation in the media, are examined. The role of the Ministry of Health of Ukraine in shaping contemporary state policy in the field of induced termination of pregnancy is considered, as is the proportionality of regulation in the field of human rights at the level of laws and subordinate legislation. In addition, the grounds for restricting a woman's right to undergo an induced termination of pregnancy depending on the duration of pregnancy

are examined from the perspectives of the principle of personal autonomy and the principle of paternalism. The article also addresses the issue of the inconsistency of Ukrainian legislation governing the provision of medical services in this area with international standards established by the World Health Organization, as well as the relationship between the concepts of illegal and unsafe abortion.

In analyzing the body of protective provisions, the article provides a comparative legal analysis of the current regulation and that proposed by the concept of the draft new Criminal Code of Ukraine (version as of January 14, 2026). In order to assess the proposed concept, the relationship between the content of regulatory and protective provisions in the current legislation and the draft new Criminal Code of Ukraine concerning the protection of relations involving conceived and unborn children is examined. In particular, the article considers the relationship between the concepts of "human being" and "human fetus" and the legal grounds for determining the object of criminal-law protection in the relevant legal relations. In this context, general theoretical issues concerning the purpose of criminal-law regulation, the relationship between regulatory and protective law, and the possibility of protective legal relations existing in the absence of regulatory ones are also considered. Specifically, where the state has no interest in regulating certain social relations–by determining their content, identifying their subjects, and establishing the rights and obligations of such subjects–or ignores such regulation, the question arises whether the state may nevertheless claim the right to impose repression on the participants in the respective social relations on account of their involvement in such relations. The article advances the view that the absence of legal relations entails the absence of an object of legal protection, including criminal-law protection. Possible practical consequences of implementing the proposed concept of criminal-law protection of relations concerning conceived and unborn children are projected, including the potential development of an illegal market for medical services and an increase in corruption risks in the activities of relevant pre-trial investigation authorities. Existing concepts governing related legal relations are also considered, including the criminal-law protection of newborn children, liability of medical professionals, application of the doctrine of necessity, as well as, briefly, concepts concerning the value of life in Ukrainian legislation and the issue of the father's liability. Furthermore, in the context of criminal-law regulation in the field of induced termination of pregnancy, the article examines the content of and criteria for the progressiveness of legislation on criminal liability.

The update of the draft new Criminal Code of Ukraine on May 1, 2026, and the removal from it of a number of provisions concerning criminal liability for causing the death of or serious injury to a fetus do not eliminate the need to sustain the discussion outlined above, both in society and among legal professionals. On the contrary, these developments highlight a number of issues that remain relevant today, particularly those concerning the determination of a person's legal status and the scope of individual freedom in a democratic state.

Key words: *criminal liability, induced termination of pregnancy, abortion, unsafe abortion, illegal abortion, Criminal Code of Ukraine, draft new Criminal Code of Ukraine.*

Наявність або відсутність юридичних обмежень
щодо переривання вагітності не впливає на ймовірність того,
що жінка перерве небажану вагітність.

Всесвітня організація охорони здоров'я [1, 24]

Коли цей матеріал уже був готовий до друку, Робоча група з питань розвитку кримінального права оновила текст проєкту нового КК України (редакція від 01.05.2026), відповідно до змісту якого вагітна жінка уже не є суб'єктом злочинів, пов'язаних із загибеллю чи тяжким ушкодженням плоду людини. Проте, оскільки концептуальний підхід, за якого вагітна жінка повинна нести кримінальну відповідальність за спричинення загибелі або тяжке ушкодження плоду людини, впродовж тривалого часу розглядався членами робочої групи як необхідна складова прогресивного кримінально-правового регулювання, вважаємо за необхідне опублікувати свої міркування, висловлені до тексту проєкту нового КК України у редакціях до 01.05.2026, з метою запобігання повернення до попередніх положень, а також продовження та розвитку актуальної дискусії у наведеній сфері (зокрема щодо доцільності криміналізації діяльності медичних працівників).

Указом Президента України від 7 серпня 2019 року № 584/2019 «Питання Комісії з питань правової реформи» у складі згаданої комісії створена робоча група з питань розвитку кримінального права. Серед іншого, перед нею поставлені завдання забезпечити розроблення та внесення Президентові України узгоджених пропозицій з питань вдосконалення правової системи України з урахуванням сучасних викликів та потреб демократичного суспільства, зокрема – підготовки та узагальнення пропозицій стосовно змін до законодавства про кримінальну відповідальність.

Відповідно до представленого проєкту нового КК України зміни до законодавства про кримінальну відповідальність, що враховують «сучасні виклики та потреби демократичного суспільства», передбачають, зокрема встановлення кримінальної відповідальності за спричинення загибелі або тяжке ушкодження плоду людини. На перший погляд мета благородна. Водночас суб'єктом такого правопорушення визнається вагітна таким плодом жінка. За настанням кримінально-правових наслідків спричинення загибелі або тяжке ушкодження плоду людини прирівнюється до вбивства чи тяжких тілесних ушкоджень відповідно.

Концепція реформування кримінального законодавства України не містить жодних обґрунтувань необхідності запровадження такої новели, позитивного ефекту для суспільства, прогнозування настання можливих ризиків, що могли б потребувати додаткового державного втручання у приватні відносини тощо [2].

Що і від кого в дійсності покликані захищати наведені норми? Чи здатен кримінальний закон взагалі когось чи щось захистити в такій ситуації? І, врешті-решт, чи існує достатнє правове підґрунтя для запровадження в Україні подібних законодавчих підходів?

З метою оцінки необхідності та підстав запровадження принципово нових видів кримінально караних діянь доцільно передусім дослідити стан існуючого регулювання відносин у сфері штучного переривання вагітності, а також те, як воно обґрунтовується у державних актах законодавства.

Так, відповідно до частини шостої статті 281 «Право на життя» Цивільного кодексу України штучне переривання вагітності, якщо вона не перевищує дванадцяти тижнів, може здійснюватися за бажанням жінки. У випадках, встановлених законодавством, штучне переривання вагітності може бути проведене при вагітності від дванадцяти до двадцяти двох тижнів. Перелік обставин, що дозволяють переривання вагітності після дванадцяти тижнів вагітності, встановлюється законодавством. Аналогічні за своїм змістом норми містяться у статті 50 «Добровільне штучне переривання вагітності» Основ законодавства України про охорону здоров'я.

Отже на сьогодні в Україні закріплено право жінки на здійснення штучного переривання вагітності. До 12 тижня вагітності таке право здійснюється за її бажанням, з 12 до 22 тижня – воно може реалізовуватись за наявності визначених законодавством обставин. Побутує думка, що після 22 тижня вагітності здійснення штучного переривання вагітності заборонено. Проте, таке твердження є юридично некоректним. В Україні взагалі відсутнє будь-яке правове регулювання штучного переривання вагітності після 22 тижня: як у формі прямої заборони здійснення такої медичної маніпуляції, так і визначення меж дискреції медичних працівників у випадку встановлення нежиттєздатності плоду після спливу 22 тижня вагітності.

Загалом Україну можна віднести до країн із ліберальним правовим регулюванням у сфері штучного переривання вагітності. Водночас існуюче регулювання, при всіх його позитивних рисах, потребує більш ретельного осмислення.

Так, відсутність нормативного регулювання штучного переривання вагітності після 22 тижня на практиці означає, що у разі пізнього діагностування випадків важких несумісних із подальшим життям поза тілом матері патологій плоду за відсутності безпосередньої загрози життю жінки така жінка все одно змушена доносити плід і народити його. Пізнє діагностування може бути пов'язане із неможливістю отримання своєчасної медичної допомоги і діагностування, неналежним фінансуванням медичних закладів і забезпеченням їх відповідним устаткуванням, що б дозволяло здійснювати складне діагностування, відсутність необхідного досвіду у фахівців

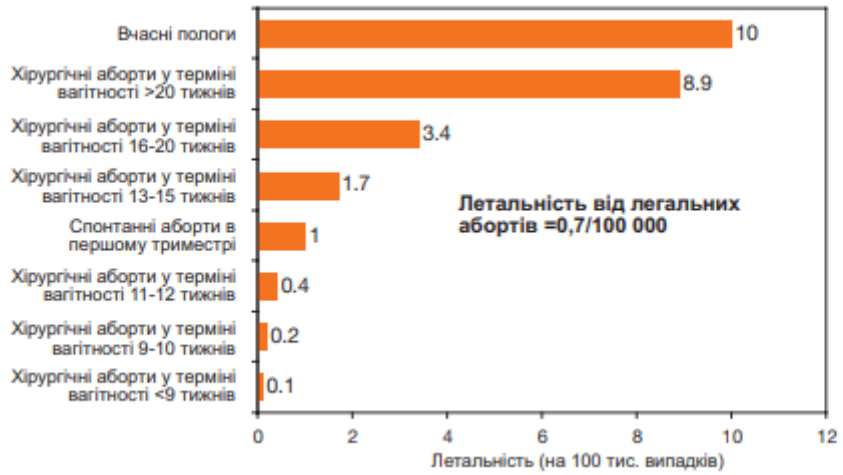
або відсутність самих фахівців тощо (усе наведене є зоною відповідальності держави). Застосувати у такому випадку підстави для штучного переривання вагітності, передбачені у постанові Кабінету Міністрів України від 15 лютого 2006 року № 144 «Про реалізацію статті 281 Цивільного кодексу України» [3], юридично неможливо, оскільки вони не підлягають застосуванню пізніше 22 тижня вагітності як такі.

Практика Європейського суду з прав людини у сфері надання медичних послуг містить випадки, за яких поводження стосовно вагітних визнається «таким, що принижує гідність». Так, в результаті зволікань медичних працівників із наданням доступу до генетичних тестів, заявниця, яка була вагітна, була змушена шість тижнів перебувати у стані тяжкої невизначеності щодо стану здоров'я свого плоду та коли вона врешті-решт отримала результати аналізів, для неї було вже надто пізно ухвалювати обґрунтоване рішення про те, чи продовжувати вагітність, чи вдатися до легального аборту («P.P. проти Польщі» (R.R. v. Poland), 2011, § 159) [4, 11].

Хелен Льюіс у своїй книзі наводить випадки, коли при діагностуванні у плода аненцифалії (у зародка не розвивається більша частина мозку) чи акранії (купол черепа не змикається над мозком) жінки змушені були доношувати вагітність або шукати допомоги в інших країнах [5, 299]. Пітер Сінгер, один з найбільш авторитетних філософів сучасності, директор Центру біоетики людини в Мараш Університеті (штат Вікторія, Австралія) в одній із своїх праць взагалі піднімає питання евтаназії новонароджених. З посиланням на лікарів з Медичного центру Гронінгенського університету (Нідерланди) він описує три групи таких малюків: перша – це малюки, що обов'язково помруть невдовзі після народження і сучасна медицина безсила продовжити їх життя; друга – ті, кому для підтримання життя необхідна апаратура, наприклад апарат штучного дихання, і чиї прогнози на життя «дуже несприятливі»; в третю групу входять діти без надії на видужання, що відчувають при цьому «невимовні страждання» [6, 79].

Тобто проблема необхідності штучного переривання вагітності на пізніх строках може бути обумовлена об'єктивними обставинами. Питання належного надання медичної допомоги на пізніх строках вагітності, зокрема шляхом її переривання, є об'єктивною потребою.

У випадку відсутності можливості штучного переривання вагітності на пізніх строках (після 22 тижня) продовжуються страждання не лише важкохворих дітей. Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають поняття «здоров'я» як стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб або порушень структур та функцій організму (стаття 3) [7]. Що повинна переживати жінка, яка усвідомлено виношує кілька тижнів (місяців) дитину, щоб після народження поховати її? В чому тоді полягає суть медичної допомоги? Яка мета збереження такої вагітності? Медична, соціальна чи моральна? Хто кінцевий



Діаграма 1. Летальність в результаті легальних штучних абортів, самовільних абортів або вчасних пологів, на 100 тис. процедур, США [1, 22]

вигодонабувач такого регулювання? Якщо держава визначає саме таке регулювання, чи передбачені заходи психологічної реабілітації таких жінок після пологів? За чий рахунок це має відбуватися?

Згідно із статистикою ВООЗ чим ближче до 40 тижня вагітності відбуваються пологи чи аборти, тим більші ризики несе сама жінка. Згідно приведеної у звіті ВООЗ статистики переривання вагітності, здійснене в медичній установі, в рази безпечніше за природні пологи [1, 22]. Тобто жінка, яка виношує завідомо нежиттєздатний плід, наражається на небезпеку двічі: і в частині фізичного здоров'я, і в частині ментального.

В частині регулювання здійснення абортів з 12 по 22 тиждень слід зазначити, що подібний законодавчий підхід існував не завжди. До внесення змін Законом України «Про внесення змін до статті 281 Цивільного кодексу України» від 2 листопада 2004 року № 2135-IV [8] (відповідний законопроєкт внесено Кабінетом Міністрів України, розробник – МОЗ України) штучне переривання вагітності могло бути проведене при вагітності від дванадцяти до двадцяти восьми тижнів.

Що послужило підставою для зміни цієї концепції – скорочення строку, протягом якого можливе медичне втручання?

У пояснювальній записці до відповідного законопроєкту йшлося про те, що «згідно з Державною програмою переходу України на міжнародну систему обліку і статистики у 1999 році в Україні запроваджено Міжнародну статистичну класифікацію хвороб та споріднених проблем десятого перегляду, що дало можливість зіставляти міжнародні і вітчизняні статистичні показники щодо живонародженості і мертвонародженості. Проте зазначений документ містить визначення перинатального періоду як такого, що починається з 22го повного тижня внутрішньоутробного життя плода (в цей час в нормі маса тіла плода становить 500 г) і закінчується після 7 повних днів після народження. Це відповідає критеріям ВООЗ щодо життєздатності плода та перинатального періоду.

У всіх розвинутих країнах світу переривання вагітності за показаннями дозволяється чинним законодавством виключно до 22 тижня вагітності. Інші випадки тягнуть за собою кримінальну відповідальність у зв'язку з тим, що дитина за медичними чинниками вважається життєздатною. При цьому має місце пряме порушення права немовляти на життя.

В Україні ускладнено впровадження критеріїв ВООЗ щодо життєздатності плода та перинатального періоду. На сьогодні чинним законодавством межею життєдіяльності плода визначено 28 тиждень внутрішньоутробного життя плода. Це є правовою підставою для здійснення переривання вагітностей пізніх термінів (при наявності відповідних показань) до вказаного строку, що означає елімінацію потенційно життєздатних плодів.

Впровадження запропонованої норми щодо життєздатності плода створюватиме нормативно-правові, організаційні підстави для розробки та впровадження системи надання медичної допомоги новонародженим з вкрай низькою масою тіла при народженні та для зменшення кількості випадків переривання вагітності пізніх термінів. Сучасні медичні технології дозволяють зберегти життя більшості таких дітей» [9].

Ця пояснювальна записка потребує коментарів, оскільки кожен її аргумент викликає більше запитань, ніж дає необхідних відповідей. Передусім слід зазначити, що головними розробником законопроєкту було Міністерство охорони здоров'я України. Зміни передбачалися саме до ЦК України, який якщо і регулює питання здоров'я, то вкрай опосередковано. Аналогічні зміни до Основ законодавства України про охорону здоров'я були внесені лише у 2007 році, тобто лише через три роки (!) [10]. Відповідно до змісту тексту закону України у частині шостій статті 281 ЦК, що регламентує штучне переривання вагітності скорочувався строк здійснення штучного переривання вагітності з 28 до 22 тижнів, а також виключалися слова «за медичними та соціальними показаннями».

Очевидною є невідповідність цілей розробки законопроєкту, що наводяться у пояснювальній записці, та розроблених законодавчих механізмів. Зокрема є незрозумілим, який зв'язок між визначенням періоду життєздатності плоду і можливістю штучного переривання вагітності? Чому в урядовому законопроєкті посилання на досвід абстрактних «розвинутих країн» за-

мінює реальне обгрунтування необхідності обмеження репродуктивних прав особи? В частині вказівки на зв'язок кримінальної відповідальності і визнання дитини життєздатною виникає питання: в чому логіка криміналізації штучних пологів, якщо за визначенням ВООЗ дитина життєздатна? Тобто штучне переривання вагітності поки дитина нежиттєздатна – це в межах норми, а штучне переривання вагітності, коли дитина за критеріями ВООЗ життєздатна і до неї можуть застосовуватись заходи реанімування, – це підстава кримінальної відповідальності? В частині слів про «пряме порушення права немовляти на життя» є не зовсім зрозумілим, чи поняття «немовля» вживається до вже народженої дитини чи все ж таки до плоду? Якщо відповідно до критеріїв ВООЗ після 22 тижня плід життєздатний, в чому полягає порушення його права на життя?

Також у пояснювальній записці відсутнє пояснення про те, у чому полягає проблема переривання вагітності на пізніх строках. Тема абортів – це в принципі про «елімінацію потенційно життєздатних плодів».

В частині слів «впровадження запропонованої норми щодо життєздатності плода створюватиме нормативно-правові, організаційні підстави для розробки та впровадження системи надання медичної допомоги новонародженим з вкрай низькою масою тіла при народженні» необхідно звернути увагу, що немає зв'язку між правовим регулюванням абортів та впровадженням «системи надання медичної допомоги новонародженим». Як зміни до статті 281 ЦК України стосуються «організації роботи акушерської та неонатологічної служб і поступово наблизити надання медичної допомоги новонародженим до європейських стандартів»?

З приводу вилучення слів «за медичними та соціальними показаннями» слід звернути увагу, що у пояснювальній записці міститься аргументація в частині вилучення аналогічних слів щодо стерилізації: «в умовах погіршення соціально-економічного та морально-психологічного стану суспільства, запровадження інституту соціальних показань для стерилізації громадян буде всупереч основним напрямкам політики держави щодо демографічної ситуації, збереження репродуктивного здоров'я, заохочування народжуваності, а також морально-етичних засад життя суспільства». Таким чином, МОЗ України самовільно взяло на себе функцію управління демографічною ситуацією в державі, а також підвищення рівня моральності суспільства. На жаль, чомусь про наслідки небезпечних абортів для громадського здоров'я у пояснювальній записці не йдеться.

За результатами аналізу тексту пояснювальної записки складається враження, що на момент ухвалення зазначеного вище Закону була відсутня не лише прозора та чітка концепція регулювання у сфері реалізації репродуктивних прав особи, а й розуміння міжнародних стандартів ВООЗ, розмежування мети абортів та мети врятування життя новонароджених тощо. Такому висновку сприяють також вказівки на те, що законопроєкт сприятиме позитивному впливу на «морально-етичні складові свідомості суспільства». Чи могло бути таке, що крайній строк здійснення штучного переривання вагітності скоротили з 28 до 22 тижнів, щоб у держави не було обов'язку реанімувати та підтримувати життєдіяльність дітей після штучного переривання вагітності (штучних пологів) на пізніх строках? Держава відмовилась від відповідальності, переклавши її на громадян жіночої статі під гаслами боротьби за моральність?

Отже, чіткого обґрунтування підстав для законодавчого скорочення строку, протягом якого можливе штучне переривання вагітності, з боку органів державної влади не існує.

Що змінилося в регулюванні штучного переривання вагітності у підзаконних актах після набрання чинності відповідними змінами до законодавства?

Відповідно до положень постанови Кабінету Міністрів України від 12 листопада 1993 року № 926 «Про порядок штучного переривання вагітності від 12 до 28 тижня» було затверджено переліки медичних і соціальних показань, за наявності яких могло бути проведено штучне переривання вагітності. До соціальних показань було віднесено наявність трьох і більше дітей, розлучення під час вагітності, смерть чоловіка під час вагітності, вагітність внаслідок зґвалтування, перебування жінки

або її чоловіка у місцях позбавлення волі, позбавлення жінки батьківських прав, наявність у жінки дитини – інваліда, тяжке захворювання або травма чоловіка, що зумовили його інвалідність під час вагітності дружини. За наявності соціальних показань вагітність переривається на підставі заяви жінки, до якої повинен бути доданий відповідний документ, що підтверджує наявність передбачених законодавством підстав для штучного переривання вагітності.

Крім того, штучне переривання вагітності від 12 до 28 тижнів могло проводитися за наявності у вагітної жінки захворювань, що не зазначені у затвердженому цією постановою переліку, але при яких продовження вагітності та пологи становлять загрозу для здоров'я або життя вагітної, а також інших соціальних показань, що не обумовлені переліком, але визнані поважними для вагітної, на підставі дозволу постійно діючої комісії у складі, що затверджується органами охорони здоров'я Ради Міністрів Республіки Крим, обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій.

Постановою Кабінету Міністрів України від 15 лютого 2006 року № 144 «Про реалізацію статті 281 Цивільного кодексу України» були змінені підходи до регулювання штучного переривання вагітності і полягали вони не лише у скороченні строків вагітності, у межах яких можна провести її переривання. Скорочено було, зокрема, перелік соціальних показань. Крім того, зникло положення про можливість розгляду інших, крім зазначених у постанові, підстав.

Тобто на підзаконному рівні відбулася докорінна зміна державної політики у сфері регулювання здійснення абортів в сторону скорочення можливостей їх проведення. Подібна зміна регулювання прямо з норм закону не випливала. Відтак, вона була виключно ініціативою МОЗ України. Зміна закону стала лише приводом для зміни регулювання на підзаконному рівні.

І тут ще раз необхідно звернути увагу на особливості законодавчого регулювання: і у Цивільному кодексі України, і у Основах законодавства йдеться про те, що «у випадках, встановлених законодавством, штучне переривання вагітності може бути проведене при вагітності від дванадцяти до двадцяти двох тижнів». Отже, законодавець віддав на рівень підзаконного регулювання вирішення питання щодо підстав для здійснення штучного переривання вагітності від дванадцяти до двадцяти двох тижнів. В законі не були окреслені навіть орієнтовні критерії. З цього слідує, що як би суспільство не ставилось до абортів, віддаючи пріоритет чи то захисту репродуктивних прав жінки, чи то захисту прав ембріона, – законодавець самоусунувся від врегулювання цього питання. Водночас відповідно до положень статті 92 Конституції України права і свободи людини і громадянина, гарантії цих прав і свобод, основні обов'язки громадянина визначаються виключно законами України. В такому випадку законодавча процедура гарантує прозорість і підконтрольність формування відповідної державної політики. При цьому, які раціональні причини сприяли запровадженню за пропозицією МОЗ України чинної політики, схоже цей орган не здатний пояснити [11].

Оскільки зазначена постанова без змін діє і дотепер (понад 20 років!!!) варто ретельно розглянути, яку Україна насправді провадить політику у даній сфері.

До соціальних показань для штучного переривання вагітності на сьогодні, зокрема, віднесено: вік вагітної жінки менш як 15 років чи більш як 45 років; вагітність внаслідок зґвалтування; настання інвалідності під час цієї вагітності.

Стосовно віку «менш як 15 років» слід зазначити, що відповідно до Конвенції про права дитини дитиною є кожна людська істота до досягнення 18-річного віку [12]. Цілком може бути ситуація, що дитина у 15 років не усвідомить власний стан вагітності і не прореагує належним чином до 12 тижня вагітності. Подібна законодавча вимога означає, що дитина буде змушена народити дитину. І питання утримання цих дітей (як новонародженої, так і неповнолітньої), наявності у неповнолітньої матері емоційної, інтелектуальної та матеріальної спроможності для виховання, реалізація можливості продовження власного навчання, бути конкурентною на ринку праці тощо на законодавчому рівні взагалі не розглядається. Встановлення вікової межі «менш як 15 років» не прив'язане ні до соціальних підстав, ні до юридичних фак-

тів і, по суті, є юридичною фікцією. Проте, яка мета такої фікції? Це соціальні аспекти. З медичної точки зору навряд чи пологи у 15 років будуть як фізично, так і психологічно більш безпечні, ніж переривання вагітності. Залишається єдина законодавча мета – збереження ненародженої дитини.

У цьому контексті варто звернути увагу на ще один момент. У згаданому вище проєкті нового КК України вік добровільної згоди встановлюється неоднозначно. У редакції проєкту від 19 грудня 2025 року (як і у більш ранніх редакціях) такий вік становив 14 років, а у редакції від 14 січня 2026 року – 16 років (стаття 4.5.1) [13]. Тобто спочатку концепція полягала у зниженні віку добровільної згоди, а його приведення у відповідність з чинними нормами це, скоріше за все, наслідок реакції суспільства на відповідні норми проєкту нового Цивільного кодексу України. Яку суспільно корисну мету переслідувала ця новела? Як це повинно було сприяти захисту прав дівчат і дітей вцілому? Захисту від чого? Необхідно зауважити, що питання добровільної згоди це не лише маркер наявності чи відсутності насильства. Можливість дати добровільну згоду – це, насамперед, про можливість нести відповідальність за увесь спектр наслідків такої згоди. І тут «відповідальність» це не просто слово, а реальна можливість самостійно реагувати на наслідки, діяти певним чином. На кого б мала покладатися соціальна відповідальність за небажану вагітність у 14 років? На батьків такої дитини-матері? На державу? Фактично ці самі питання можна поставити і в контексті вагітності у 16 років. В чому взагалі принципова різниця у даному випадку між 14 та 16 роками? Питання риторичні. Чи існує на сьогодні виважена науково обгрунтована системна концепція віку добровільної згоди?

Така підстава як «вагітність внаслідок зґвалтування» теж потребує осмислення, оскільки після 2006 року КК України неодноразово доповнювався новими відповідними положеннями і Уряд мав би визначитись: йдеться про вагітність внаслідок виключно зґвалтування чи все ж таки про вагітність внаслідок кримінального правопорушення. На сьогодні у КК України є такі статті як 126^1 «Домашнє насильство», 149 «Торгівля людьми», 151^2 «Примушування до шлюбу», 154 «Примушування до вступу в статевий зв'язок», 442^1 «Злочини проти людяності». Будь-яке з наведених діянь, може призвести до небажаної вагітності потерпілої. Проте жодного разу наведена постанова не приводилась у відповідність до законів України.

Таким чином, по-перше, на підзаконному рівні відбулося значне обмеження підстав для здійснення штучного переривання вагітності у період з 12 до 22 тижня вагітності. По-друге, необхідно звернути увагу також на відсутність зв'язку між змістом та обсягом змін до статті 281 ЦК України та змістом та обсягом змін у регулюванні на підзаконному рівні. Отже відсилка у статті 281 ЦК України та статті 50 Основ законодавства України про охорону здоров'я на «випадки, встановлені законодавством» може означати надзвичайно широкий спектр дискреції органів виконавчої влади за відсутності прозорої та зрозумілої концепції законодавчого регулювання, а відтак порушення принципу передбачуваності правового регулювання як одного з аспектів конституційного принципу верховенства права.

У цьому аспекті варто звернути увагу на ставлення ВООЗ до правового регулювання у сфері штучного переривання вагітності?

У Рекомендаціях ВООЗ щодо безпечного переривання вагітності від 2024 року виділяються три основні аспекти, що стосуються правового регулювання: обсяги криміналізації; наявність обґрунтованих підстав доступу до аборту; обмеження, пов'язані зі строком вагітності [14].

В частині криміналізації передбачається сувора рекомендація повної декриміналізації абортів, що означає вилучення згадки про здійснення аборту з кримінального закону, відсутність переслідування за здійснення аборту шляхом притягнення до відповідальності за інші правопорушення (вбивство, ненавмисне вбивство тощо), гарантування відсутності кримінальної відповідальності за допомогу у здійсненні штучного переривання вагітності, забезпечення інформацією про такі процедури, проведення таких процедур щодо усіх відповідних суб'єктів. Крім того, декриміналізація також означає, що будь-хто, хто пережив втрату вагітності, не буде під під-

озрою у здійсненні незаконного аборту, коли вони звернуться за медичною допомогою у зв'язку з такою втратою. Водночас декриміналізація не робить жінок беззахисними перед примусовими чи насильницькими абортами [15, 24].

В частині наявності обґрунтованих підстав доступу до аборту ВООЗ суворо висловлюється проти законів або інших нормативних актів, що передбачають можливість здійснення абортів лише за наявності підстав. Штучне переривання вагітності повинно бути доступним за запитом жінки.

Наведене означає, що встановлені законодавством обмежуючі підстави мають бути переглянуті на користь можливості проведення аборту за запитом жінки. До того часу будь-які існуючі підстави мають бути сформульовані і застосовуватись відповідно до міжнародних стандартів прав людини. Крім того, зміст, тлумачення і застосування обгрунтованих підстав також може бути переглянуте у відповідності із регулюванням у сфері захисту прав людини. Це означає, що існуючі підстави повинні визначатися та тлумачитись із дотриманням прав людини; аборт повинен бути доступний, якщо вагітність спричиняє жінці значний біль чи шкоду включаючи, але не вичерпно ситуації, у яких вагітність – це результат згвалтування чи інцесту, або вагітність не життєздатна; аборт має бути доступним, якщо життя жінки під ризиком; підстави, що стосуються здоров'я, повинні враховувати визначення ВООЗ (зокрема здоров'я – це стан повного фізичного, ментального та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороби чи лише фізичних обмежень; психічне здоров'я – стан благополуччя, за якого кожна особа реалізує свій потенціал, може справитися з нормальними життєвими стресами, може продуктивно працювати і здатна зробити внесок у життя своєї спільноти [14, XIV, XV]); відсутність будь-яких процедурних вимог «підтвердити» чи «встановити» відповідність вимогам, зокрема щодо судових ордерів чи поліцейських звітів у справах про зґвалтування чи сексуальне насильство [14, 26].

Щодо обмежень, пов'язаних із строком вагітності, ВООЗ має сувору рекомендацію проти законів чи інших актів, що забороняють здійснення штучного переривання вагітності на підставі строку такої вагітності [14, 28].

Наведені настанови ВООЗ у сфері правової політики не є новими. У згаданих вище Рекомендаціях міститься відсилка до відповідних Рекомендацій 2012 року, які вже містили аналогічні настанови [15]. Крім того, на вебсайті ВООЗ є окремий матеріал, присвячений ключовим стандартам прав людини у сфері штучного переривання вагітності [16].

Чому ВООЗ стільки уваги приділяє скороченню небезпечних абортів (а не, на приклад, боротьбі за моральність)?

Згідно наведеної ВООЗ статистики небезпечне переривання вагітності є причиною 13% материнських смертей та 20% загальної частоти смертності та інвалідності через вагітність та пологи. Майже всі випадки смертності та захворюваності від небезпечного переривання вагітності мають місце в країнах, де аборти обмежені законодавством та на практиці.

Для забезпечення відкритого доступу до якісних послуг з переривання вагітності для кожної жінки, яка має на них право, необхідно створити сприятливе правове середовище. Нормативне регулювання питань переривання вагітності повинні базуватись на повазі, захисті та дотриманні прав людини, спрямовуватися на досягнення позитивних результатів для жінок, надання якісної інформації та послуг з питань контрацепції та планування сім'ї, а також на задоволення особливих потреб жінок з бідних верств населення, підлітків та жертв зґвалтування [15, 95; 17].

Крім того, за підрахунками ВООЗ безпечне переривання вагітності є економічно ефективним. Витрати системи охорони здоров'я на лікування ускладнень небезпечного аборту дуже високі, особливо у країнах з низьким рівнем доходу населення. Загалом, в середньому розрахункові видатки держав на лікування одного випадку становили (у 2006 році, в доларах США) 114 дол. США в Африці та 130 дол. США у Південній Америці. Однак економічна вартість небезпечного аборту для національної системи охорони здоров'я не обмежується лише прямою вартістю післяабортних послуг. Було підраховано, що лікування незначних ускладнень небезпеч-

ного аборту на первинному рівні медичної допомоги щороку коштує 23 мільйони дол. США; лікування післяабортного безпліддя – 6 мільярдів дол. США; а власні витрати окремих осіб та сімей на лікування післяабортних ускладнень в Африці на південь від Сахари щороку сягають 200 мільйонів дол. США. Крім цього, витрати окремих осіб та суспільств від втрати доходу через смерть або тривалу інвалідність, викликану хронічними наслідками небезпечного аборту, сягають 930 мільйонів дол. США щороку. Було підраховано, що у 2005 році, до легалізації переривання вагітності, небезпечні аборти коштували системі охорони здоров'я у Мехіко 2,6 мільйона дол. США. Доступ до безпечного переривання вагітності потенційно міг би зекономити системі охорони здоров'я 1,7 мільйона дол. США щороку [15, 26].

Чи існують подібні підрахунки в Україні? І який державний орган мав би цим займатися?

Які висновки можна зробити, порівнюючи політику ВООЗ і політику МОЗ України?

Передусім слід зазначити, що ВООЗ доволі уважно ставиться до проблеми доступності безпечних абортів як одного із факторів скорочення материнської смертності. За запитом «abortion» офіційний вебсайт ВООЗ видає близько 5 тис. сторінок із відповідними матеріалами. Це різноманітні звіти, статистика, результати вивчення ситуації у різних країнах, матеріали з правового забезпечення, медичні рекомендації та настанови. Фактично можна відслідкувати розвиток політики ВООЗ у наведеній сфері у різні роки щонайменше протягом останніх 50 років [18]. Частина матеріалів представлена українською мовою. Основною проблемою для ВООЗ у сфері штучного переривання вагітності є небезпечні аборти. Не незаконні, а саме небезпечні.

Щодо політики МОЗ України у досліджуваному питанні, то вище було проілюстровано, що останні зміни до нормативного регулювання питання штучного переривання вагітності було внесено 20 років тому. Прозора, доступна, науково та економічно обґрунтована політика відсутня. Існуюча політика заснована на підміні понять: маючи достатньо міжнародних стандартів, настанов, застережень і рекомендацій саме щодо безпечного переривання вагітності, досліджень щодо наслідків небезпечних абортів, МОЗ України, маючи за законом необґрунтовано широку дискрецію, взяло за основу політики у сфері штучного переривання вагітності стандарти врятування життя новонароджених і обґрунтувало це необхідністю захисту моралі.

Підстави, визначені у Постанові Кабінету Міністрів України від 15 лютого 2006 року № 144, явно не кореспондуються із наведеними вище Рекомендаціями ВООЗ. Постанова від 12 листопада 1993 року № 926 за своїм змістом набагато більше відповідає сучасним міжнародним стандартам, ніж наступна «удосконалена» версія відповідного регулювання. Тут необхідно ще раз звернутися до переліку соціальних підстав, що існували до 2005 року, у контексті визначення ВООЗ ментального здоров'я. Це визначення було майже дослівно перенесено у текст Закону України «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні» від 15 січня 2025 року № 4223-IX [19]. Водночас між формою і змістом є суттєва різниця. Згідно зі змістом прикінцевих та перехідних положень зазначеного Закону Кабінет Міністрів України протягом дев'яти місяців з дня набрання чинності цим Законом мав привести свої нормативні акти у відповідність із цим Законом. Втім, навряд чи можна очікувати якихось змін. З огляду на наведене, МОЗ України не визнає, що вагітність у складних соціальних і економічних умовах може негативним чином впливати на ментальне здоров'я матері (особливо неповнолітньої матері 15–18 років), а відтак і на здоровий розвиток дитини. Очевидно, що МОЗ України не готове всебічно і повно імплементувати міжнародні стандарти у вітчизняну систему охорони здоров'я (і тут питання стосується не лише політики штучного переривання вагітності, адже не менш важливими є питання належного супроводу післяпологового відновлення, діагностики і допомоги при післяпологовій депресії тощо).

Іншими словами, якщо ВООЗ проголошує, що за будь-яких умов передусім необхідно зберегти життя і здоров'я жінки (зокрема йдеться і про ментальне здоров'я як можливість справлятися з нормальними життєвими стресами, а вагітність, післяпологове відновлення

і догляд за дитиною – це передусім стреси, а не лише і виключно «найбільше щастя у житті жінки»), бо лише здорова жінка може народити і виховувати здорових (у сенсах, які в це слово вкладає ВООЗ) дітей, то політику МОЗ України можна тлумачити як: «аморальна» жінка заслуговує на смерть. І в цьому є щось ортодоксальне, старозавітне, патерналістське. Майже як побиття камінням. Втім пропозиції до КК України розглядатимуться нижче.

Де можна знайти статистику про кількість абортів, що проводяться в Україні?

На вебсайті Центру громадського здоров'я МОЗ України у розділі «Узагальнені дані медичної звітності по комунальним закладам охорони здоров'я та закладам охорони здоров'я, які знаходяться у сфері управління МОЗ» можна знайти медичну статистичну звітність за формою № 13 «Звіт про штучне переривання вагітності» за різні роки, починаючи з 1993 [20].

Відповідно до Інструкції щодо заповнення форми звітності № 13 (річна) «Звіт про переривання вагітності за 20__ рік», затвердженої наказом МОЗ України від 10 липня 2007 року № 378 (у редакції до 12.11.2025) [21], у формі відображається інформація щодо кількості випадків переривання вагітності (абортів) у жінок з розподілом за віковими групами, а також – окремо за місцем проживання та за ознакою наявності у жінки інвалідності. Оскільки у наведеному звіті обліковуються як медичні легальні, так і спонтанні аборти, щоб з'ясувати скільки їх проводиться саме на вимогу жінки, необхідно враховувати інформацію лише з рядків 4, 7, 8 та 9. Відповідно за останні 5 років кількість штучних переривань вагітності на вимогу жінки становила у 2020 році – 29 345 випадків, у 2021 – 23 705, 2022 – 19 644, 2023 – 18 253, 2024 – 18 058. Наведена динаміка однозначно свідчить про скорочення кількості абортів на запит жінки. Проте перед тим, як робити висновки, необхідно враховувати низку таких факторів як відтік населення за межі країни (переважно жінки дітородного віку з дітьми), а також залученість чоловіків до діяльності із захисту держави тощо.

Також наведені форми статистичної звітності дають можливість порахувати кількість спонтанних переривань вагітності. Так, у 2020 році їх було 31 703, у 2021 – 31 451, 2022 – 25 287, 2023 – 24 430, 2024 – 23 003. Спонтанне переривання вагітності – це історія про стан здоров'я жінки, підготовку до вагітності, якісне і належне ведення вагітності, медичний супровід такої підготовки та вагітності, якість надання медичних послуг. Статистика спонтанного переривання вагітності – це статистика, що описує якість системи охорони здоров'я.

Отже, з огляду на наведене, можна стверджувати, що МОЗ України має повну і достовірну інформацію про стан справ у сфері штучного переривання вагітності в Україні.

Описуючи питання статистики необхідно звернути увагу на ще один момент: її доступність. Так, на веб-сторінці Opendatabot зазначено, що за даними Центра громадського здоров'я МОЗ України з 2011 року кількість абортів скоротилась у 3,6 рази зі 163 668 у 2011 році до 45 168 у 2023 році [22]. Далі на цій же сторінці у великій жовтій рамці підсвічено інформацію, що за десять років в Україні здійснено 1 096 415 абортів. Це число покликане вражати уяву. Слово «аборт» у суспільній думці тісно асоціюється саме зі штучним перериванням вагітності на запит жінки. Проте з огляду на наведену вище офіційну статистику подібні «підрахунки» не відповідають дійсності і є маніпулятивними.

Форма статистичної звітності створюється для потреб системи охорони здоров'я. Використання даних із неї без розуміння принципів заповнення такої звітності, мети класифікації об'єктів статистичного спостереження, значення спеціальної термінології тощо може призводити до поширення неадекватних висновків та спотвореної інформації.

Аналізуючи наведене вище щодо чинного законодавчого регулювання, незалежно від ставлення до такого регулювання з точки зору його доцільності, якості тощо, можна стверджувати, що МОЗ України вирішувало конкретну вузьку задачу в межах своєї компетенції. Вирішувало як вміло, як могло, як виходило. Проте застосований спосіб вирішення має безпосередній вплив на концептуальне розуміння прав і свобод людини, тобто йдеться не лише про обмеження і виховання «аморальних» (на дум-

ку МОЗ України) жінок, а про становлення, розвиток і реалізацію конституційного статусу жінки як людини у державі.

І тут необхідно більш прискіпливо розглянути існуючий в Україні механізм доступу жінки до медичної допомоги у виді штучного переривання вагітності з точки зору правосуб'єктності такої жінки. Зміна обсягу правосуб'єктності жінки в залежності від строку вагітності потребує більш глибокого вивчення та осмислення.

Перші 12 тижнів вагітності жінка повністю правосуб'єктна. Держава надає їй право самостійно ухвалювати рішення і не цікавиться жодним чином мотивацією його прийняття. Не постають питання ні демографічної політики, ні моральності. Після 12-го тижня і до 22-го тижня правила змінюються. Вагітність може бути перервано лише за наявності певних підстав, про що йшлося вище. Абсолютна більшість підстав – це тяжкі захворювання. Із соціальних підстав вказані лише вік; вагітність внаслідок згвалтування; настання інвалідності під час цієї вагітності. Тобто підстави абсолютно об'єктивні і від волі жінки не залежать взагалі. Навіть відсутність належного матеріального забезпечення не є такою підставою. При цьому за наявності підстав рішення ухвалює відповідна комісія. І якщо щодо медичних підстав роль комісії ще можна якось пояснити, то щодо соціальних підстав питання потребує додаткового аналізу.

Після 22-го тижня вагітності не «працюють» і наведені вище підстави.

Віднайти в нормативних актах чи науковій літературі чітке пояснення такому підходу не вдалося. Воно просто відсутнє.

Що змінюється між 12-м та 13-м тижнями вагітності? Що змінюється настільки, що жінка втрачає автономію і право голосу? Що змінюється між 22-м та 23-м тижнями? Що змінюється настільки, що жінка в окремих випадках втрачає можливість отримати належну медичну допомогу?

Відповідно до статті 3 Конституції України людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю. Права і свободи людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави. Держава відповідає перед людиною за свою діяльність. Утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави. Статтями 21 та 22 Конституції України визначено, що усі люди є вільні і рівні у своїй гідності та правах. Права і свободи людини є невідчужуваними та непорушними. Права і свободи людини і громадянина, закріплені Конституцією, не є вичерпними. Конституційні права і свободи гарантуються і не можуть бути скасовані. При прийнятті нових законів або внесенні змін до чинних законів не допускається звуження змісту та обсягу існуючих прав і свобод. Ніхто не може зазнавати втручання в його особисте і сімейне життя, крім випадків, передбачених Конституцією України (стаття 32 Конституції України). Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування (стаття 49 Конституції України). Батьки зобов'язані утримувати дітей до їх повноліття. Сім'я, дитинство, материнство і батьківство охороняються державою (стаття 51 Конституції України).

Всі форми суспільного життя виникають на основі самоусвідомлених ціннісних суджень автономних індивідів [23, 135]. Людська гідність є базовою соціальною цінністю, оскільки ґрунтується на автономії людини. Автономія є кінцевою метою, стосовно якої всі інші цінності є або її складниками, або ж засобами її досягнення. Вона є ідеальною основою для формування особи на основі раціонального вибору можливих дій, способу життя загалом, керуючись власною системою цінностей та власними ціннісними орієнтаціями [23, 352].

Вільність – фундаментальна якісна характеристика людини. Вона відображає свободу її волі, тобто здатність свідомо, самостійно і добровільно обирати той чи інший варіант поведінки, діяльності як інтелектуальної, розумової, так і фізичної. Вільність (свобода) – це завжди й насамперед реальна можливість вибору. Межі цієї свободи мають бути однаковими для всіх людей [24, 114–115].

Відповідно до статті 64 Конституції України конституційні права і свободи людини і громадянина не можуть бути обмежені, крім випадків, передбачених Конституцією України.

Тобто обмеження прав окремої особи здійснюється виключно через суд в індивідуальному порядку, держава зберігає за особою свободу волі розпоряджатись власним тілом аж до можливості повністю відмовитись від медичної допомоги. Єдина умова – це набуття повної цивільної дієздатності і усвідомлення значення своїх дій та можливість керувати ними (стаття 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я).

Зокрема, це стосується арешту і тримання під вартою, прав засуджених (статті 29, 63 Конституції України). Щодо обсягу цивільної дієздатності слід зазначити, що відповідно до положень Цивільного кодексу України її має фізична особа, яка усвідомлює значення своїх дій та може керувати ними (стаття 30). Для малолітніх та неповнолітніх осіб передбачено наявність часткової та неповної дієздатності відповідно, а також можливість надання повної цивільної дієздатності (статті 31, 32, 35). Також у певних випадках суд може обмежити цивільну дієздатність фізичної особи або визнати фізичну особу недієздатною (статті 36, 39).

Також, як приклад державного регулювання реалізації свободи волі людини, можна навести неможливість здійснення медичного втручання без інформованої згоди пацієнта (згода пацієнта чи його законного представника на медичне втручання не потрібна лише у разі наявності ознак прямої загрози життю пацієнта за умови неможливості отримання з об'єктивних причин згоди на таке втручання від самого пацієнта чи його законних представників) (стаття 43 Основ законодавства України про охорону здоров'я). Наведений принцип застосовується, зокрема, у випадках, коли водій повинен на вимогу поліцейського пройти в установленому порядку медичний огляд з метою встановлення стану алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або перебування під впливом лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції (пункт 2.5 Правил дорожнього руху). Звичайно, відмова особи, яка керує транспортним засобом, від проходження відповідно до встановленого порядку огляду на стан алкогольного, наркотичного чи іншого сп'яніння або щодо вживання лікарських препаратів, що знижують увагу та швидкість реакції, є підставою для притягнення до адміністративної відповідальності (стаття 130 Кодексу України про адміністративне правопорушення), але це єдиний механізм примусу у зазначеній ситуації і він не тягне застосування примусового медичного втручання.

Амбулаторна психіатрична допомога може надаватися в примусовому порядку виключно за рішенням суду (стаття 12 Закону України «Про психіатричну допомогу»).

Що під час вагітності відбувається зі свободою волі жінки? Конституція України не містить жодного регулювання щодо прийняття жінкою рішень у сфері реалізації власних репродуктивних прав, зокрема під час наявної вагітності. Проте, законодавче обмеження в можливості самостійного ухвалення жінкою рішення щодо штучного переривання вагітності після 12 тижня свідчить про застосування державою принципу патерналізму. Патерналізм – це втручання у свободу й особисту автономію людини заради її ж блага [25]. Даний принцип характеризується сильною державною владою, монополією держави на здійснення багатьох функцій суспільства, зарегламентованістю, дріб'язковою опікою держави над громадянами [26, 457]. Закони, що забороняють вживання наркотиків, зобов'язують користуватися пасками безпеки й перешкоджають можливості евтаназії, як правило, спрямовані на те, щоб люди не завдавали собі шкоди, подобається їм це чи ні. Думка про те, що такі закони є правомірними, називається правовим патерналізмом [25].

Тобто таким чином на державному рівні стверджується, що повнолітня дієздатна жінка не здатна усвідомити і зважити власні можливості, сили, ресурси і ухвалити зважене рішення. В контексті принципу патерналізму така жінка не здатна вирішити, що для неї є благом, а що – ні. Тому держава ухвалює замість неї єдине правильне рішення, а в частині, де все ж таки можлива дискреція, делегує повноваження прийняття рішення на розсуд відповідної комісії. Крім того, варто звернути увагу, що Хелен Льюїс у своїй роботі розглядає подібні «дозвільні» процедури як «каральну, бюрократичну перешкоду, покликану ускладнити доступ до легального аборту» [5, 299].

Стосовно неповнолітніх жінок, які, відповідно, мають неповну дієздатність, держава теж прийняла те саме «єдине правильне рішення». А щоб з юридичної точки зору діти не народжували та не виховували дітей, до таких осіб можна застосувати юридичну фікцію і достроково надати повну дієздатність. Тут можна спостерігати парадокс такого підходу: держава не довіряє ухвалювати рішення про власну вагітність, проте довіряє виховувати і забезпечувати майбутню дитину.

До речі, відповідно до статті 32 Конвенції про захист прав дитини держави-учасниці визнають право дитини на захист від виконання будь-якої роботи, яка може являти небезпеку для здоров'я, бути перешкодою в одержанні нею освіти чи завдавати шкоди її здоров'ю, фізичному, розумовому, духовному, моральному та соціальному розвитку. Подібний підхід до доступу неповнолітніх до абортів є маркером укоріненого в суспільстві міфу, що виховання дітей це не робота, вона не потребує зусиль, часу, ресурсів тощо. По суті, таким чином через зміст нормативного акта функція дітонародження одночасно підноситься і знецінюється. Особистість жінки відділяється від її «соціально-корисної» функції, тобто відбувається дегуманізація жінки [27, 32].

Повертаючись до питання реалізації принципу патерналізму слід зазначити, що в основі такого підходу лежить «бажання» держави забезпечити благо громадян у сфері здоров'я, безпеки, економічних інтересів чи моральності [28, 467–480]. Які блага від вагітності отримує, наприклад, неповнолітня мати?

Як реалізується державна політика у сфері захисту материнства та дитинства?

Відповідно до частини другої статті 5 Сімейного кодексу України держава створює людині умови для материнства та батьківства, забезпечує охорону прав матері та батька, матеріально та морально заохочує і підтримує материнство та батьківство.

Статтею 3 Закону України «Про державну допомогу сім'ям з дітьми» визначаються наступні види державної допомоги сім'ям з дітьми:

1) у період вагітності, пологів та післяпологовий період (у порядку черговості залежно від етапу життєвого циклу):

• допомога у зв'язку з вагітністю та пологами;

• допомога при народженні дитини, одноразова натуральна допомога «пакунок малюка»;

2) у період догляду за дитиною:

• допомога для догляду за дитиною до досягнення нею однорічного віку;

• допомога для догляду за дитиною «єЯсла»;

3) допомога при усиновленні дитини;

4) допомога на дітей, над якими встановлено опіку чи піклування;

5) допомога на дітей одиноким матерям;

6) допомога на дітей, хворих на тяжкі перинатальні ураження нервової системи, тяжкі вроджені вади розвитку, рідкісні орфанні захворювання, онкологічні, онкогематологічні захворювання, дитячий церебральний параліч, тяжкі психічні розлади, цукровий діабет I типу (інсулінозалежний), гострі або хронічні захворювання нирок IV ступеня, на дитину, яка отримала тяжку травму, потребує трансплантації органа, потребує паліативної допомоги, яким не встановлено інвалідність;

7) одноразова грошова допомога учням першого класу «пакунок школяра».

Та чи достатньо такої допомоги, наприклад, для неповнолітньої матері, яка сама є дитиною і також потребує не лише фінансової, але й психологічної та фізичної допомоги?

У Стратегії демографічного розвитку України на період до 2040 року, схваленій розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 вересня 2024 року № 922-р, зазначається, що з народженням дитини підвищується ризик бідності. Відповідно однією з причин низького рівня народжуваності є ціннісні зміни, пов'язані з перенесенням фокуса з кількості народжених дітей на якість їх утримання та виховання, з одночасним прагненням до самореалізації поза сферою материнства/батьківства.

Зусилля щодо підвищення рівня народжуваності традиційно фокусуються в Україні на збільшенні допомоги при народженні дитини. Попри це згідно з результатами досліджень Фонду ООН у галузі народонаселення в Україні (UNFPA) фінансові стимули часто забезпечують позитивний вплив на народжуваність, але їх довгостроковий ефект є невеликим

і впливає переважно на групи з невисоким рівнем освіти та з низькими доходами. Застереженням щодо заохочення народжуваності виключно грошовими виплатами є також ризик подальшого передання дитини на виховання до закладів інституційного догляду.

Важливою складовою підвищення народжуваності є формування середовища, сприятливого для народження та виховання дітей, із забезпеченням економічної самодостатності сімей [29].

На офіційному вебсайті Кабінету Міністрів України розміщено Звіт за підсумками діяльності Державної служби України у справах дітей за 2025 рік [30]. Згідно з матеріалами цього Звіту станом на кінець звітного періоду в Україні функціонувало:

1318 дитячих будинків сімейного типу (далі – ДБСТ), в них 8727 дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування, та осіб з їх числа (4594 хлопчиків, 4133 дівчат), із них мають інвалідність – 620;

2715 прийомних сімей (далі – ПС), в них 5121 дитина сирота та дитина, позбавлена батьківського піклування, та осіб з їх числа (2 576 хлопчиків, 2 545 дівчат), із них мають інвалідність – 390.

Всього в ДБСТ та прийомних сім'ях виховується 13848 дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, та осіб з їх числа, з них: 12200 дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, та 1 648 особи з їх числа.

Впродовж 2025 року було створено 86 ДБСТ та влаштовано у них 1445 дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, до прийомних сімей – 816 дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування.

Протягом 2025 року було створено 326 ПС. Влаштовано до новостворених та функціонуючих ПС 816 дітей.

Станом на кінець звітного періоду у 31841 опікуна/піклувальника виховувалося 42387 дітей, з них 1971 дитина з інвалідністю.

Опікуни, які перебувають у родинних стосунках з дітьми – 26611 осіб. Не є родичами – 5230 осіб.

Які аргументи науковців, що виступають за заборону абортів?

Що стосується позиції наукової спільноти в питаннях права на аборт, то, як на авторів цієї статті, постає дуже одностороння картина. Частина науковців (Бордюг Т.О., Круглова О.О., Котляров С.О., Островська Б.В., Борщевська О.М., Даниленко С.К. [31]) виходять з позиції захисту прав зачатої, але ще не народженої дитини, мотивуючи свої дослідження, зокрема, нормами Цивільного кодексу України, якими вже закріплене таке право (стаття 25 ЦКУ), а відтак наділяють ембріон, який нерозривно пов'язаний з жінкою, яка його виношує, правами людини.

Автори погоджуються з необхідністю захисту прав зачатої, але ще не народженої дитини в контексті її майбутнього матеріального забезпечення. Але в цьому контексті варто зазначити, що мова йде саме про бажану дитину.

Натомість названі вище науковці апелюють до емоційної та моральної складової та піднімають питання «егоїзму жінок».

У зв'язку з цим варто нагадати, що в Україні широкого розвитку набув такий вид надання медичної допомоги як допоміжні репродуктивні технології, 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.

При цьому, згідно з пунктом 3.12 Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 9 вересня 2013 р. № 787, який зареєстровано в Міністерстві юстиції України 2 жовтня 2013 р. за № 1697/24229 [32], після завершення циклу запліднення за наявності залишку невикористаних ооцитів/ембріонів пацієнтка може ухвалити рішення про використання цих ооцитів/ембріонів для лікувальних програм інших пацієнтів.

Тобто жінці надано право розпоряджатися залишком ембріонів і у разі небажання використання цих ембріонів для лікувальних програм інших пацієнтів, такі ембріони утилізуються.

Постає питання: в чому різниця між ембріоном, що розвивається в утробі матері, та ембріоном, що розвивається у «пробірці». Чому науковці та інші прибічники теорії необхідності демографічного зростання шляхом збільшення народжуваності

не переймаються таким матеріалом. Чи не у фінансуванні тут справа? У тому матеріальному забезпеченні, що тягарем ляже на плечі держави, а не конкретної матері, сім'ї?

Інфантицид (дітовбивство) існував у тих чи інших формах в усіх суспільствах. Так, у праці Джареда Даймонда, американського біолога та антрополога, який вивчав традиційні суспільства Нової Гвінеї, Амазонії, пустелі Калахарі тощо. У своїй праці «Світ позавчора: чого ми можемо навчитися у традиційних суспільств?» він називає такі причини інфантициду у традиційних суспільствах: народження слабкої дитини чи з каліцтвами, голодні сезони, короткий інтервал між пологами або народження двійні, відсутність одного з батьків [33, 128].

Подібний підхід, як обґрунтовує автор, обумовлений раціональною потребою виживання популяції. Наявність маленької дитини розглядається як тягар для спільноти. Краще дати менше нащадків, але, щоб вони були сильними і мали більш якісне життя, ніж велика кількість слабких нащадків, щодо яких невідомо чи доживуть вони до репродуктивного віку і чи вистачить їм сил виховати власних нащадків. Під час голоду важливо, щоб вижило покоління репродуктивного віку і згодом дало нащадків. Для кочових племен велика кількість маленьких дітей може бути перешкодою для швидкого і ефективного кочівництва. Відсутність одного з батьків унеможливлює якісний належний догляд за дитиною тощо.

Також зазначений автор звертає увагу на те, що у таких суспільствах саме на жінку покладається обов'язок вирішувати, чи залишати дитину, чому сприяє традиція усамітнених пологів.

Чи можливо вимірювати подібний підхід категоріями моралі, що існує в сучасних європейських країнах? Очевидно, що ні. Головна моральна засада у наведених випадках – виживання популяції.

Роль моралі у суспільстві полягає, як правило, у тавруванні негативних для нормального існування такого суспільства явищ, що насправді є наслідками більш глибоких процесів. Проте суспільна мораль не має інструментів для їх встановлення та вивчення. Таврування (чи заборона) певного явища не призводить до його зникнення. Вона призводить до його тінізації. Отже, ефективність впливу суспільної моралі на існування таких негативних явищ вкрай низька. Натомість науковий підхід передбачає фіксацію певного явища, встановлення його наслідків для суспільства, причин його виникнення та способів впливу на причини. Подібний підхід дозволяє управляти суспільними явищами та процесами: позитивні посилювати, негативні скорочувати.

Отже, можна дійти висновку, що якщо у традиційних суспільствах інфантицид використовується як інструмент виживання популяції та підвищення якості життя осіб репродуктивного віку, то у сучасному суспільстві державна демографічна політика знецінює потреби та якість життя жінок репродуктивного віку та майбутніх поколінь.

На основі зазначеного вище вбачається доцільним проаналізувати новели проєкту нового КК України, що стосуються охорони відносин довкола зачатих та ненароджених дітей, їх зв'язок з чинним регулятивним законодавством та спрогнозувати можливі наслідки їх реалізації на практиці.

Так, статтями 4.1.11 та 4.1.12 передбачена кримінальна відповідальність за спричинення загибелі плоду людини після початку 22 тижня вагітності та спричинення загибелі плоду людини після початку 22 тижня вагітності з необережності, статтями 4.2.10 та 4.2.11 – тяжке ушкодження плоду людини та тяжке ушкодження плоду людини з необережності (тут і далі нумерація статтей проєкту нового КК України подана у редакції тексту станом на 14.01.2026).

Введення нових підстав кримінальної відповідальності означає посилення кримінальної репресії. У демократичній правовій державі кримінальна репресія повинна бути доцільною, достатньою та ненадмірною. Доцільність, достатність та ненадмірність повинні обгрунтовуватись у концепції відповідного законопроєкту і в пояснювальній записці до нього. В свою чергу обгрунтування посилення репресії має базуватися не лише на авторитетній думці автора тексту законопроєкту, а ще й на науково обгрунтованих даних, а також містити прогноз наслідків введення відповідальності.

На жаль, представлена концепція проєкту нового КК України не відповідає наведеним критеріям, а тому достатність підстав для введення кримінально-правового захисту плоду людини доведеться визначати самостійно.

Оскільки підставою кримінальної відповідальності є вчинення особою діяння, що містить склад кримінального правопорушення, передбаченого КК України, розглянемо, в чому полягає відповідний склад кожного з правопорушень, передбачених статтями 4.1.11 та 4.1.12 проєкту нового КК України? З об'єктивною стороною, суб'єктом та суб'єктивною стороною все більш-менш зрозуміло. Об'єктивна сторона полягає у вчиненні дій, що потягнули спричинення загибелі плоду людини. При цьому ні спосіб, ні обстановка тощо значення не мають. Суб'єкт за наявності умислу загальний, при спричиненні загибелі плоду людини з необережності теж загальний за виключенням «вагітної жінки, яка виношувала плід». Суб'єктивна сторона може полягати як в умислі, так і в необережності. Це випливає як зі змісту диспозиції, так і назви відповідних статтей проєкту.

Водночас об'єкт посягання потребує більш уважного дослідження. Згідно з назвою розділу 4.1 «Злочини проти життя людини» Книги четвертої «Кримінальні правопорушення проти людини» проєкту нового КК України родовим об'єктом посягання діянь, передбачених цим його структурним елементом, є відносини у сфері захисту життя людини. Отже спричинення загибелі плоду людини згідно з концепцією проєкту нового КК України має родовим об'єктом відносини у сфері захисту життя людини. А що ж виступає безпосереднім об'єктом посягання? З огляду на зміст диспозиції статтей 4.1.11 та 4.1.12 це мають бути відносини у сфері захисту життя плоду починаючи з 22 тижня вагітності.

Тобто тут виникає питання щодо співвідношення родового та безпосереднього об'єктів посягання як співвідношення цілого та частини. У науці логіки відношення між поняттями, за якого одне з них входить як частина в обсяг другого, називається відношення підпорядкування. В контексті змісту між підпорядковуючим та підпорядкованим поняттями існує таке відношення: підпорядковане поняття включає до свого змісту всі ознаки, властиві підпорядковуючому поняттю, а також ознаки, специфічні тільки для підпорядкованого поняття [34, 37–38].

Отже, щоб відповісти на поставлене вище питання, необхідно передусім надати відповідь на два запитання: якими нормативно-правовими актами здійснюється захист життя плоду з 22 тижня вагітності та якими нормативними актами України плід людини після 22 тижня вагітності юридично визнається людиною або прирівнюється до людини?

Аналогічне питання щодо об'єкту постає під час аналізу складів кримінальних правопорушень, передбачених статтями 4.2.10 «Тяжке ушкодження плоду людини» та 4.2.11 «Тяжке ушкодження плоду людини з необережності». Родовим об'єктом посягання цих правопорушень, як вбачається із назви розділу 4.2 «Кримінальні правопорушення проти здоров'я людини», є відносини у сфері захисту здоров'я людини. Щодо безпосереднього об'єкта посягання виникають аналогічні питання: відповідно до якого нормативного акту України плід людини отримав право на захист здоров'я окремо від здоров'я матері і яким чином юридично плід людини прирівняний до людини? Тут також необхідно звернути увагу на те, що у зазначених статтях вік плоду не зазначається. Отже, що саме розуміється під поняттям «плід» (чи ембріон також охоплюється цим поняттям?) залишається невизначеним, що з точки зору техніки нормопроєктування кримінального закону є неприпустимим.

У зв'язку з наведеним необхідно звернути увагу на ще один момент: санкції статтей. Так, спричинення загибелі плоду людини становить злочин 7 ступеня, що еквівалентно вбивству (стаття 4.1.5); спричинення загибелі плоду людини з необережності становить злочин 5 ступеня, що еквівалентно спричиненню смерті з необережності (стаття 4.1.6); тяжке ушкодження плоду людини становить злочин 5 ступеня, що еквівалентно спричиненню тяжкої шкоди здоров'ю (стаття 4.2.6); тяжке ушкодження плоду людини з необережності становить злочин 3 ступеня, що еквівалентно спричиненню тяжкої шкоди здоров'ю з необережності (стаття 4.2.9).

Відповідно до статті 3.2.8 за злочин залежно від ступеня тяжкості встановлюються такі основні покарання: за злочин 7 ступеня тяжкості – строкове ув'язнення від 10 до 13 років; злочин 5 ступеня тяжкості – строкове ув'язнення від 6 до 8 років; злочин 3 ступеня тяжкості – обмеження свободи від 3 до 4 років або строкове ув'язнення від 3 до 4 років.

За такого підходу необхідно знову поставити питання: якими нормативними актами України визначається статус плоду людини та прирівнюється до статусу людини, що повинно бути підставою для віднесення тяжкого ушкодження плоду людини та спричинення загибелі плоду людини до тяжкої шкоди (стаття 2.5.5) та особливо тяжкої шкоди (стаття 2.5.6) відповідно.

Стаття 281 ЦК України не містить норм, що визначали б статус плоду після 22 тижня вагітності і засади його захисту (власне, те саме твердження стосується і плоду до 22 тижня вагітності). Як було зазначено вище, стосовно плоду після 22 тижня вагітності взагалі відсутнє регулювання. Поняття «плід людини» не міститься в законах України. Відсутність правового регулювання означає відсутність правовідносин. А відсутність правовідносин означає відсутність об'єкта правового захисту, зокрема кримінально-правового. Іншими словами, якщо держава не зацікавлена у врегулюванні певних суспільних відносин (визначення змісту відносин, визначення їх суб'єктів, визначення прав і обов'язків таких суб'єктів) або ігнорує таке регулювання, то чи може вона претендувати на застосування репресії стосовно суб'єктів таких відносин у зв'язку з їх участю у таких суспільних відносинах?

Крім того, Європейський суд з прав людини у своєму рішенні «Во проти Франції» звернув увагу, що ненароджена дитина не розглядається як «особа», що прямо захищається статтею 2 Конвенції, і якщо ненароджена дитина має «право» на «життя», воно опосередковано обмежується правами та інтересами матері (п. 80). Життя плоду тісно пов'язане із життям матері, і може бути захищене через неї, особливо у випадках, коли відсутній конфлікт між правами матері і батька або ненародженою дитиною і батьками, втрати плоду, спричиненої необережністю третіх осіб (п. 86) [35].

З урахуванням наведеного, на нашу думку, введення кримінальної відповідальності у даному випадку з точки зору права є юридично необґрунтованим і безпідставним.

Проте в контексті концепції, запропонованої проєктом нового КК України, необхідно звернути увагу на ще одну норму. Це стаття 4.1.1 проєкту, відповідно до змісту якої «ознаками, що знижують на три ступеня тяжкість злочинів, передбачених цим Розділом, є вчинення злочину … що полягає в перериванні жінкою власної вагітності і спричинення загибелі плоду людини після початку 22 тижня вагітності». Отже тяжкість злочину з 7 ступеня знижується до 4. Відповідно до положень статті 3.2.8 «Санкції за кримінальні правопорушення» це означає зниження санкції у виді строкового ув'язнення від 10 до 13 років до строкового ув'язнення від 4 до 6 років. Майже вдвічі.

Як подібне пом'якшення відповідальності необхідно розуміти в рамках кримінально-правової політики?

Відразу напрошується до розгляду класичний приклад привілейованого складу злочину «Убивство матір'ю своєї новонародженої дитини». Але і він в контексті порушеної проблеми потребує більш детального розгляду.

Науково-практичний коментар до КК Української РСР 1969 року говорить про те, що зазначений злочин необхідно розглядати як вбивство при пом'якшуючих обставинах у зв'язку з тим, що жінка під час пологів і відразу після них не може повністю усвідомлювати свої дії та керувати ними в наслідок певного стану психіки, викликаного родовим процесом. Встановлення умислу ще до пологів не змінює кваліфікацію вбивства, оскільки останнє вчиняється у стані, характерному для пологового процесу [36, 247].

У відносно новому науково-практичному коментарі КК України 2015 року йдеться про те, що «психічне ставлення суб'єкта до свого діяння та його наслідків зумовлене: по-перше, емоційною напругою (негативними психічними процесами) через стан вагітності та пологи (зокрема, це може бути пов'язано з подружньою зрадою, глибоким сімейним конфліктом, тяжкими матеріальними і соціальними проблемами);

по-друге, тимчасовим психічним розладом, що послаблює здатність матері усвідомлювати свої дії та керувати ними. Також вказується, що зазначений емоційний стан не є обов'язковою ознакою цього злочину, однак на практиці він завжди презюмується» [37, 297–298].

Таким чином є можливість проаналізувати еволюцію розвитку правової думки про вбивство матір'ю своєї новонародженої дитини за майже 50 років. Якщо за радянських часів йшлося про відсутність можливості у жінки повністю усвідомлювати свої дії та керувати ними під час і відразу після пологів, то на сьогодні уже йдеться про наявність у жінки «тимчасового психічного розладу» і одночасно емоційної напруги, викликаної станом вагітності і пологів і чомусь одночасно соціальними проблемами (тобто змішуються причини біологічні і соціальні). Тут необхідно зауважити, що якщо подібний стан характерний для усіх жінок в цілому, то мала б бути інформація про систематичність спроб вчиняти матерями вбивства новонароджених дітей в пологових будинках, в тому числі і елітних. Якщо в радянський період в пологових будинках практикувалося роздільне утримання матерів і дітей, то сьогодні дитина залишається з матір'ю буквально з моменту народження, тобто штучних перешкод немає. Отже в пресі мали б бути згадки хоча б про замахи на дітовбивство в пологових будинках. Але вони відсутні. Таким чином, вести мову про якийсь особливий психічний стан під час пологів, що спонукає матерів до дітовбивства, безпідставно.

Інформація про дітовбивства, як правило, стосується фактів, коли жінки приховують свою вагітність, пологи відбуваються вдома, без належної медичної допомоги. Тобто, певною мірою наявні елементи підготовки до злочину. При цьому невизначеним залишається, чому у коментарі 2015 року зазначається про те, що такий емоційний стан не є обов'язковою ознакою злочину? Слова «відразу після пологів» вказує на певний проміжок часу, протягом якого вчинення діяння кваліфікуватиметься саме як дітовбивство. І оскільки йдеться про те, що протягом цього проміжку часу жінка перебуває в «особливому психологічному стані», очевидно, що для кожної жінки цей проміжок часу буде індивідуальним і залежатиме від особливостей функціонування її психіки. Водночас використання у коментарі слова «презюмується» означає, що експертиза психологічного стану не проводиться, тобто суб'єктивна сторона, по суті, не встановлюється. Таким чином, обов'язковими для встановлення ознаками є лише родинна спорідненість та час вчинення відповідного діяння.

З урахуванням наведеного можна зробити висновок, що виокремлення такого складу злочину як привілейованого є юридичною фікцією. З якою метою запроваджується юридична фікція і що тоді є реальною підставою для виокремлення такого привілейованого складу? Більш за все схоже, що таким чином держава «вибачається» за невідповідність демографічних амбіцій та економічної спроможності їх забезпечити.

Повертаючись до питання зниження ступеня тяжкості спричинення загибелі плоду, вчиненого вагітною жінкою, слід зауважити, що навряд чи можна скористатися певною юридичною фікцією на кшталт особливого психічного стану під час вагітності. З точки зору проблеми захисту плоду людини і його цінності для суспільства нелогічно, щоб така «цінність» коливалася в залежності від суб'єкта злочину. З точки зору маркетингу зниження ціни повинне стимулювати споживання певного продукта. По суті, норми проєкта нового КК України виглядають як постійна акційна пропозиція держави для всіх вагітних.

У цій ситуації є явна логічна невідповідність, проте корені проблеми набагато глибші, ніж сам текст проєкта нового КК України. Першопричина полягає у виборі неналежного інструмента правового регулювання захисту плоду людини. А це, в свою чергу, – питання радянських підходів до використання кримінальної репресії, коли відсутність належного економічного та соціального регулювання компенсувалась суворістю кримінального покарання.

Підсумовуючи аналіз новел у проєкті, варто зазначити, що у ньому пологи також визнаються фактором, що обумовлює наявність особливого психічного стану жінки, у зв'язку з чим тяжкість вбивства при пологах знижується на три ступеня. До речі, про новонароджену дитину як спеціального потерпілого тут не йдеться. Отже

відповідно до проєкту нового КК України в пологах можна вбити будь-кого і отримати вирок «зі знижкою» (статті 4.1.5, 4.1.1, 2.3.5). Також необхідно звернути увагу, що санкції за відповідні правопорушення у проєкті значно вищі, ніж у чинному КК України. Якщо відповідно до статті 117 КК України (у чинній редакції) санкція становить обмеження волі на строк до п'яти років, або позбавлення волі на той самий строк, то у проєкті – строкове ув'язнення від 4 до 6 років. Тобто відповідальність жінок все одно посилюється, що також потребує обґрунтування з точки зору кримінально-правової політики.

Ще однією необхідною умовою криміналізації діяння є наявність відповідної кримінологічної інформації. Щонайменше мало б бути підтвердження того, що штучне переривання вагітності на пізніх строках є систематичною практикою в Україні. Проте, оскільки на сьогодні така діяльність певною мірою тінізована, навряд чи існують об'єктивні дані. Перед тим, як щось забороняти, спочатку треба його легалізувати, щоб побачити реальну картину і проаналізувати причини негативного явища. І лише тоді ухвалювати рішення про доцільність заборони.

Американський кримінолог Едвін Шур ще 50 років тому відносив кримінальні аборти до числа «злочинів без жертв» [38, 210–224]. Це поняття означає, що у разі вчинення правопорушення відсутня особа, яка звернеться до правоохоронних органів. Це робить подібні випадки незастосовними на практиці. Органам досудового розслідування стає відомо про такі випадки, лише якщо жінка помирає, або госпіталізується у зв'язку з тяжкими ускладненнями.

Водночас ВООЗ звертає увагу, що наявність або відсутність юридичних обмежень щодо переривання вагітності не впливає на ймовірність того, що жінка перерве небажану вагітність [1, 24].

З іншого боку, криміналізація цього, як і інших межових діянь призводить до тінізації відповідного ринку послуг. Жінки або самостійно застосовуватимуть небезпечні засоби, або будуть звертатися по непрофесійну допомогу, або криміналізуватиметься надання гінекологічних медичних послуг. Крім того, загроза кримінальної відповідальності означатиме неможливість звернутися за професійною допомогою у випадку ускладнень. Як уже зазначалося вище, частина жінок у таких ситуаціях шукає медичної допомоги за кордоном. Але після повернення у них все одно є проблеми з отриманням кваліфікованої медичної допомоги у разі ускладнень. Отримати послуги зі штучного переривання вагітності за кордоном мають можливість лише заможні жінки або ті, які мають можливість взяти гроші в борг, що розглядається як серйозна дискримінація жінок, які перебувають на нижчих щаблях соціально-економічної драбини [38, 219]. Про проблему нерівного доступу до безпечного переривання вагітності на основі економічних чинників говориться у рекомендаціях ВООЗ щодо безпечного переривання вагітності 2012 року [1, 18]. Загалом питання якості проведення нелегального аборту розглядається як чисто економічне: професійний рівень здійснення нелегального аборта безпосередньо залежить від сплаченої суми [38, 220]. Джек Голланд у своїй праці розглядає політику заборони абортів як один з проявів мізогінії на державному рівні, що має негативні наслідки передусім для жінок з найменш захищених верств [27, 267–271].

Крім того, потреба аборту може виникати також у жінок, які уже мають дітей. Тобто заборона абортів неминуче тягнутиме за собою збільшення випадків осиротіння дітей або через смерть матері, або через її ув'язнення.

Які можуть бути прогнози щодо практики передбаченого проєктом нового КК України кримінального переслідування правопорушень щодо загибелі плоду людини або завдання йому тяжких ушкоджень в Україні? Перш за все варто ще раз звернути увагу, що зазначені кримінальні правопорушення мають доволі високий ступінь тяжкості. Відповідно їх розкриття позитивно впливатиме на загальну статистику розкриття тяжких правопорушень.

Що ж до можливих наслідків, то, на нашу думку, варіантів може бути два. Перший – переважна відсутність практики, що обумовлено високою латентністю відповідних видів правопорушень. Фіксуватимуться лише випадки смерті жінок в наслідок нелегального штучного переривання ва-

гітності (благо, що тепер є фактична процесуальна можливість визнавати померлих підозрюваними [39]) або госпіталізації жінок у тяжкому стані і тут єдина проблема – це час оголошення вироку: до повного одужання жінки чи після.

Другий варіант – це повна перевірка усіх випадків антенатальної смертності, мертвонародження, дострокових пологів, смертності у ранньому дитячому віці, випадків ушкодження здоров'я дитини протягом розвитку плоду тощо. Оскільки лікарі, що надають медичну допомогу у таких випадках, теж можуть бути співучасниками і фальсифікувати медичну документацію, по кожному випадку необхідно буде проводити незалежну експертизу. Відповідно до положень КПК України дослідчої перевірки не існує, отже необхідно буде реєструвати відповідні кримінальні провадження. Чи реєструватимуться вони за фактом, чи відразу стосовно жінки залежатиме від добросовісності слідчого. Тобто кожна жінка, яка переживе втрату вагітності чи втрату дитини в неонатальний період, матиме можливість ознайомитися з вітчизняною практикою здійснення досудового розслідування, а також опанувати основи психології спілкування зі слідчими. Крім того, за такого сценарію значно підвищуються корупційні ризики в діяльності відповідних органів досудового розслідування.

У зв'язку з наведеним слід було б також додати, що в Україні середній показник виникнення антенатальної загибелі плоду (смерть плода до народження, тобто після 22 тижня вагітності, але до початку пологів; належить до тяжких акушерських ускладнень [40, 136]) становить 5,94 ‰ (тобто майже 6 випадків на 1000 вагітностей). При цьому, 24–32 тижні вагітності відносяться до критичних періодів фетального розвитку (швидке збільшення головного мозку). Останні місяці вагітності характеризуються значною невідповідністю між припиненням збільшення маси плаценти та швидким збільшенням маси тіла плоду [41]. Отже, спрогнозувати мінімально можливу кількість відповідних кримінальних проваджень нескладно.

В розвиток теми визначення об'єкта кримінально-правового захисту у дискусії про зачатих та ненароджених дітей слід звернути увагу на ще одну статтю проєкту нового КК України – 4.2.12 «Штучне переривання вагітності». Наведена стаття містить декілька складів кримінального правопорушення. Передусім слід звернути увагу на склад, відповідно до якого кримінальній відповідальності підлягає особа (крім жінки, що виношувала плід), яка здійснила операцію чи процедуру штучного переривання вагітності, строк якої становить понад 12 тижнів, але до початку 22 тижня, за відсутності передбаченої законодавством підстави, що дозволяє штучне переривання вагітності протягом цього строку.

Передусім, назва статті описує не кримінально каране діяння, а явище, яке об'єктивно існує у суспільстві, виду медичної допомоги. Відповідно до вимог техніки нормопроєктування назва статті законодавчого акта повинна відповідати змісту її тексту, а також відображати предмет регулювання відповідної норми. Отже, назва статті закону про кримінальну відповідальність не може стосуватися соціального явища в цілому, а повинна містити вказівку на його небажаний аспект чи аспекти. Підхід, за якого назва статті вказує на соціальне явище загалом може створити хибне враження, що, по-перше, певне соціальне явище є негативним в цілому, по-друге, воно складається виключно з проявів, описаних у КК України.

Стаття розміщена у розділі 4.2 «Кримінальні правопорушення проти здоров'я людини». Отже, родовим об'єктом кримінально-правової охорони має бути здоров'я жінки, що виношує плід. Відповідно до диспозиції, що розглядається, суб'єктом цього кримінального правопорушення є особа, що надає подібні медичні послуги. Події відбуваються в межах закладу охорони здоров'я. Протиправність діяння полягає у здійсненні його за відсутності передбаченої у законодавстві підстави.

Слід зазначити, що відповідно до чинного закону незаконне проведення аборту (частина третя статті 134 КК України) містить матеріальний склад кримінального правопорушення, тобто у законі міститься вказівка на обов'язкове настання наслідків: «що спричинило тривалий розлад здоров'я, безплідність або смерть потерпілої особи». Тобто на сьогодні криміна-

лізовано не факт здійснення переривання вагітності без підстав, визначених у відповідній постанові Кабінету Міністрів України, а факт завдання шкоди здоров'ю чи смерті потерпілої у зв'язку з таким перериванням вагітності.

У редакції, запропонованій проєктом нового КК України, склад кримінального правопорушення формальний, тобто настання негативних наслідків не є обов'язковим. Криміналізовано саме порушення приписів постанови Кабінету Міністрів України незалежно від наслідків для жінки. Враховуючи, що суб'єктом кримінального правопорушення є особа, що має право на надання подібних медичних послуг, наслідки для здоров'я та життя жінки будуть мінімальні. Отже, безпосереднім об'єктом захисту за таких обставин, на нашу думку, є не відносини у сфері захисту здоров'я людини, а відносини у сфері реалізації авторитету органів публічної влади, а отже відповідна стаття мала б розмішуватися у іншому розділі проєкту.

Також варто звернути увагу на логіку пом'якшуючих та обтяжуючих обставин. Відповідно до статті 4.2.2 ознаками, що знижують на три ступені тяжкість злочинів, є вчинення злочину, передбаченого статтею 4.2.12, якщо штучне переривання вагітності здійснене за добровільною попередньою та інформованою згодою вагітної жінки.

Ознаками, що підвищують на два ступені тяжкість злочинів, є вчинення умисного злочину, передбаченого статтею 4.2.12, щодо особливо уразливої людини (стаття 4.2.4).

Ознаками, що підвищують на один ступінь тяжкість злочинів, є вчинення злочину, передбаченого статтею 4.2.12, щодо уразливої людини; щодо близької людини або колишнього подружжя; щодо людини (чи близької їй людини) у зв'язку зі здійсненням нею службових повноважень чи виконанням професійних обов'язків, виконанням нею юридичного обов'язку або використанням її суб'єктивного права в публічних інтересах; з використанням службових повноважень чи професійних обов'язків або пов'язаних із ними можливостей; у присутності малолітньої дитини, яка розуміла обставини та значення вчиненого діяння (стаття 4.2.5).

Стосовно інформованої згоди слід звернути увагу, що інформована згода – це бюрократична процедура. У разі здійснення штучного переривання вагітності без визначених законодавством підстав немає і законодавчих підстав відбирати інформовану згоду у вагітної.

В частині здійснення медичної процедури стосовно уразливої та особливо уразливої людини передусім слід зазначити, що відповідно до положень статті 1.1.1 проєкту особливо уразлива людина: а) малолітня дитина; б) вагітна жінка; в) людина, яка досягла 75-річного віку; г) людина з інвалідністю I групи; д) заручник; уразлива людина: а) неповнолітня дитина; б) людина, яка досягла 65-річного віку; в) людина з інвалідністю II або III групи; г) людина, яка перебуває в матеріальній чи службовій залежності від суб'єкта кримінального правопорушення. У складі правопорушення, який ми розглядаємо, не йдеться про примус. У спеціалізований медичний заклад із кваліфікованим персоналом приходить жінка із запитом на медичну послугу. Чому переривання вагітності за добровільною згодою вагітної жінки – це пом'якшуюча обставина, а якщо така жінка є особою з інвалідністю I, II чи III групи, то обтяжуюча? Як необхідно кваліфікувати добровільну згоду вагітної жінки, якщо вагітність є ознакою уразливого стану? Чому за добровільною згодою не можна робити переривання вагітності людині, яка перебуває в матеріальній чи службовій залежності від суб'єкта кримінального правопорушення? Те саме стосується інших обтяжуючих обставин. Яку вони виконують функцію у наведеній ситуації? Як це повинно впливати на кримінально-правову кваліфікацію відповідного діяння?

Покарання лікаря за статтею 4.2.12 становить від 6 до 8 років ув'язнення (злочин 5 ступеня тяжкості). Відповідно за злочини 6 та 7 ступенів тяжкості передбачено строкове ув'язнення від 8 до 10 та від 10 до 13 років. Чи не забагато за невиконання вимог постанови Кабінету Міністрів України, що не потягнуло жодних наслідків для здоров'я особи?

Отже, як виглядає захист зачатих та ненароджених дітей відповідно до положень проєкту нового КК України? Від зачаття до 12 тижня вагітності питання збереження

зачатої та ненародженої дитини повністю віднесено до приватно-правових відносин, держава жодним чином не втручатиметься. Головне, щоб переривання вагітності здійснювалось кваліфікованим спеціалістом у спеціальному медичному закладі. З 12 по 22 тиждень вагітності питання її збереження переноситься у публічну площину. КК захищатиме належну реалізацію постанови КМУ медичними працівниками. Вагітна жінка відповідальності не несе. З 22 тижня за повної відсутності регулятивного законодавства КК захищатиме безпосередньо плід (його життя і здоров'я) як від матері, так і від медичних працівників.

Яка логіка закладається в цей механізм? Що є реальним об'єктом захисту? З якою метою держава втручається в приватно-правові відносини? Яким чином жорстке переслідування кваліфікованих медичних працівників кореспондується із політикою ВООЗ щодо доступу до безпечних абортів?

Розгляд питання кримінально-правової охорони відносин, пов'язаних із зачатими та ненародженими дітьми, буде неповним, якщо не розглянути низку питань, що безпосередньо відсутні у існуючому та пропонованому регулюванні, проте створюють тло для такого регулювання. Це – перш за все питання вітчизняної концепції цінності життя, а також питання відповідальності батька такої дитини, питання концептуальної, законодавчої та правозастосовчої реалізації концепції крайньої необхідності.

Із наведеного вище випливає, що суб'єктами кримінальної відповідальності за правопорушення щодо ненароджених дітей є мати і треті особи із спеціальною медичною освітою чи без такої. А де у цій концепції батько дитини? Безумовно, він може «фігурувати» у складах про домашнє насильство, правопорушеннях проти життя і здоров'я вагітної жінки, примушування до аборту. Але де батько дитини, коли жінка добровільно шукає спосіб позбутися небажаної вагітності поза межами правового поля? Чи не є байдужість, бездіяльність «батька» однією з причин таких правопорушень? І якщо існує така необхідність обмежувати жінку у праві на штучне переривання вагітності і кримінальзувати порушення таких обмежень, чому б не поставити питання про спільну відповідальність матері та батька? Можливо тут наявна злочинна бездіяльність з боку батька дитини?

Очевидно історично так склалося, що довести вину жінки чи третьої особи зі спеціальною медичною освітою чи без такої організаційно більш легко, ніж довести батьківство. Питання встановлення батьківства є чи не головним питанням патерналістського суспільства. Проте прогрес і наука не стоять на місці. На сьогодні в Україні діє Закон «Про державну реєстрацію геномної інформації». Врешті решт, відбір біологічного матеріалу у хлопчиків з метою встановлення геномної інформації, а відповідно і батьківства у майбутньому, можна проводити у пологових будинках відразу при народженні. Чи в патерналістському суспільстві така міра буде визнана непропорційно надмірним обмеженням прав? В такому разі в пропонованій концепції захисту ненароджених дітей цінність персональних даних потенційних батьків вища, ніж цінність життя ненароджених дітей [42]?

Наступне питання, пов'язане із правом на штучне переривання вагітності, це застосування інституту крайньої необхідності. Чи буде прагнути зробити аборт жінка, яка матеріально забезпечена, оточена любов'ю, турботою, підтримкою чоловіка і родини, яка має можливість поєднувати материнство і самореалізацію тощо? Що штовхає жінку на переривання вагітності поза правовим полем? Навряд чи аборт для жінки є способом отримання егоїстичного задоволення чи примноження щастя. У цитованій вище Стратегії демографічного розвитку України йдеться про те, що народження дітей тісно пов'язане з ризиками бідності. Крім скрутного економічного становища, до причин здійснення абортів кримінологи відносять складні життєві обставини: відсутність батька дитини, відсутність забезпечення житлом, суспільний тиск тощо. Якщо звернутися до цитованого вище визначення ВООЗ поняття психічного здоров'я, чи може самотня мати чи багатодітна мати вважатися такою, що «реалізує свій потенціал, може справитися з нормальними життєвими стресами, може продуктивно працювати і здатна зробити внесок у життя своєї спільноти», за відсутності можливості утримувати себе і дитину,

а можливо ще і інших дітей? А якщо необхідно платити за оренду житла? Чому подібні обставини не розглядаються як крайня необхідність?

Вище при розгляді питання про вбивство матір'ю новонародженої дитини наводились цитування науково-практичних коментарів щодо «певного стану психіки, викликаного родовим процесом» та «тимчасовим психічним розладом, що послаблює здатність матері усвідомлювати свої дії та керувати ними». Також зазначалося, що наведені абстрактні і невизначені формулювання навіть не потребують доказування при розслідуванні. Чому ж тоді не беруться до уваги умови життя та життєві обставини вагітної? Вони точно можуть бути підтверджені доказами в кримінальному провадженні. Чому стільки десятиліть у науці кримінального права перевага надається сумнівним фікціям замість оцінки фактів? І чи можлива взагалі фікція в кримінальному законі і які повинні бути її критерії?

Також в контексті застосування інституту крайньої необхідності слід зазначити, що наразі в правозастосовчій практиці в Україні спостерігається чи то криза гуманізму, чи то криза фаховості суб'єктів правозастосування. Абстрагуючись від проблем штучного переривання вагітності, на сьогодні надзвичайно широким полем для вивчення потенціалу інституту крайньої необхідності є кримінальне переслідування громадян за колабораційну діяльність на окупованих територіях. Ми маємо серйозні проблеми з визначенням критеріїв крайньої необхідності на практиці. Особливо цьому сприяє те, що суб'єкти правозастосування перебувають на підконтрольній державі території (іншими словами по «правильну» сторону лінії розмежування) [43, 39–42]. І ця «правильність» дуже резонує з «моральністю» у питаннях абортів людей, яким пощастило не бути у складних життєвих обставинах. Радянського підручника кримінального права уже не достатньо, щоб аргументувати існуючі підходи. Критерії застосування крайньої необхідності потребують сучасного осмислення.

Третє питання, що потребує розгляду, полягає в тому, які цінності повинен захищати КК України. Безумовно, відповідно до статті 3 Конституції України життя людини є найвищою цінністю. Проте, чи є воно абсолютною цінністю? Якщо так, то як Україна може чинити опір агресивній війні? Хтось знищує військових держави-агресора на полі бою, хтось донатить задля підтримки боєздатності наших військових. Тобто не всяке життя цінне. Очевидно, що життя українського військовослужбовця і життя українського мирного населення мають вищу цінність, ніж життя військовослужбовця держави-окупанта.

Про те, що життя не є абсолютною цінністю, свідчить своїм змістом також стаття КК України про перевищення меж необхідної оборони і крайньої необхідності. Тут теж протиставляється життя потерпілого і життя нападника. Проте у законодавчо закріплених умовах цінність життя нападника вище. На потерпілого покладається більше обов'язків бути законослухняним в умовах захисту власного життя. Навіть ціною власних життя і здоров'я. Тобто законослухняний громадянин менш цінний для суспільства.

Приблизно аналогічна ситуації із цінністю життів матері і її ненародженої дитини. Заради збереження життя ненародженої дитини держава обмежує умови доступу до легальних безпечних абортів, тим самим наражаючи жінку на здійснення нелегального, а відповідно небезпечного аборту. Відтак життя матері має меншу цінність, ніж життя її ненародженої дитини. Тобто між сформованою особистістю матері і несформованою особистістю дитини держава обирає особистість дитини. А якщо новонародженою буде дівчинка, її цінність також зберігатиметься лише до моменту вагітності? Жінка дає не лише життя. Вона забезпечує (бажано разом з батьком дитини) дитинство своєї дитини, її розвиток і формування особистості. Що має більшу цінність для суспільства: функція чи сформована особистість (навіть якщо вона належить жінці)? Це залежить від того, яке суспільство формується.

Напевно саме тому ВООЗ підтримує критерії, що дозволяють зберегти в першу чергу жінку, щоб подолавши складні життєві обставини вона могла не лише реалізувати свою «функцію», а й забезпечити своїй дитині дитинство як того вимагають міжнародні документи у сфері захисту прав дитини.

Ідея про збереження людського життя як біологічного існування, як факту, як статистичної одиниці більше нагадує свідчення українського військовополоненого, що перебував у полоні на території Російської Федерації у мордовській ВК-10, де наглядачі казали: «Ви нам здорові не потрібні, ви нам потрібні просто живими» [44]. Чи відповідає подібний підхід цінностям, закладеним у Конституції України? Напевно цінність життя становить не сам факт існування певної особи, а якість такого існування. Україна у Конституції проголошує цінністю не лише життя, а й здоров'я, гідність, недоторканість і безпеку, гідні умови життя, вільний розвиток особистості тощо. Якщо цінність життя зводити лише до функції, то яку цінність має функція, крім економічної? І хто тоді вигодонабувач подібного підходу? Чи можна побудувати незалежне, демократичне, правове суспільство, якщо його складатимуть не особистості, а носії функції?

На завершення наведеного хотілося б зазначити, що українському праву та науці дуже не вистачає завершеної цілісної науково і філософськи обгрунтованої концепції цінності людського життя.

Тема заборони абортів в рази складніша за середньостатистичну моралізаторську проповідь про «цінність життя» чи «традиційні цінності», і точно вже не може зводитись до оцінки моральності жінок. Питання врегулювання штучного переривання вагітності знаходиться на перетині проблем права, моралі та релігії. Але саме таке поєднання систем регулювання суспільних відносин робить це питання ще цікавішим з точки зору права.

Де закінчуються регулятивні можливості права? Чи можуть і повинні уявлення про мораль та релігію впливати на право? Як це кореспондується з принципом наукового забезпечення законодавчої діяльності тощо?

З приводу такого регулятора суспільних відносин як релігія слід зазначити наступне. Згідно зі статтею 35 Конституції України кожен має право на свободу світогляду і віросповідання. Це право включає свободу сповідувати будь-яку релігію або не сповідувати ніякої. При цьому церква і релігійні організації в Україні відокремлені від держави, а школа – від церкви. Жодна релігія не може бути визнана державою як обов'язкова. За таких обставин окремі релігійні настанови можуть знаходити відображення у правовому регулюванні держави виключно за умови, що їх доцільність є науково обгрунтованою. Тут слід пам'ятати, що будь-яка успішна церква у своєму розвитку спирається не лише на власні релігійні норми, а й на економічні закономірності, адже економіка є наукою. Усі інші релігійні настанови, які держава не визнає науково обгрунтованими, можуть поширюватися серед прихожан і дотримуватися останніми лише за їх добровільної згоди.

Щодо моралі як регулятора суспільних відносин і апелювання до неї при прийнятті законів слід звернути увагу на такі моменти. По-перше, моральні норми – це неписані правила. Юридична практика містить безліч випадків різнотлумачення писаних норм. Чого, наприклад, варті положення статті 434^1 «Підстави для передачі кримінального провадження на розгляд палати, об'єднаної або Великої Палати Верховного Суду» КПК України, де йдеться про необхідність відступу від висновку щодо застосування норми права у подібних правовідносинах, викладеного в раніше ухваленому рішенні Верховного Суду. Аналогічні положення містяться в ЦПК України та КАС України. Тобто, з одного боку, практична сторона будь-якого урегульованого питання є надзвичайно різноманітною і непередбачуваною, з іншого – професійні судді найвищих судових інстанцій не завжди мають можливість забезпечити єдність судової практики на основі писаного права. Мораль – це передусім про дуже суб'єктивні уявлення окремих осіб. По-друге, наведені вище приклади підміни понять при формуванні відповідної політики МОЗ України, ігноруванні у відповідних кримінально-правових дослідженнях висновків кримінологічних досліджень, відсутності обгрунтованої концепції віку добровільної згоди виглядають щонайменше нелогічно. Аласдер Макінтайр у своїй праці «Після чесноти: дослідження теорії моралі» висловився таким чином: «фактичні судження істинні або помилкові, і у сфері фактів існу-

ють раціональні критерії, завдяки яким ми можемо дійти згоди стосовно того, що істинно, а що ні. Але моральні судження, що є вираженням установки чи почуття, ні істинні, ні помилкові. Згода з приводу моральних суджень не гарантується ніяким раціональним методом, тому що такого метода не існує. Вона може бути гарантована, якщо таке взагалі можливо, деякими нераціональними впливами на емоції чи установки тих, хто не згоден з окремим моральним судженням. Ми використовуємо моральні судження не лише для того, щоб виразити наші почуття і установки, але і для того, щоб здійснити такі впливи на інших» [45, 12]. Тут знову постає питання: як повинні у правотворчій діяльності співвідноситися мораль та принцип наукового забезпечення?

Стосовно кримінально-правового регулювання суспільних відносин слід зазначити, що окреслена тема порушує низку надзвичайно цікавих питань теорії права загалом та теорії кримінального права зокрема.

Яка мета кримінально-правового регулювання? Як визначаються об'єкти кримінально-правового захисту? Кримінально-правове регулювання є автономним чи воно повинно слідувати за регулятивним? Які норми первинні: регулятивні чи охоронні? Чи можливе існування охоронних відносин за відсутності регулятивних і що це означає з точки зору характеристики режиму управління державою? Чи достатньо у КК України лише формального визначення кримінального правопорушення? А з точки зору нормотворчої діяльності? Що таке прогресивний кримінальний закон? Які критерії є ключовими при оцінці прогресивності кримінально-правового регулювання? Які ознаки свідчать про таку прогресивність?

Поки питання доступності абортів намагаються звести до проблеми моральності жінок, воно насправді містить в собі відображення підходів до побудови державної політики в цілому, принципів застосування державою репресії, а також місця і ролі особи при взаємодії з державою. А ці питання вже стосуються не лише жінок, а всього суспільства. Просто це той випадок, коли жінок прийнято пропускати вперед.

ЛІТЕРАТУРА:

1. World Health Organization (2012). Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, 2nd ed.. World Health Organization. URL: https://iris.who.int/handle/10665/70914 (дата звернення: 24.01.2026).

2. Концепція реформування кримінального законодавства України. Проєкт. URL: https://newcriminalcode.org.ua/upload/media/2020/08/25/povnyj-tekst-kontseptsiyi-reformuvannya-kk-ukrayiny.pdf (дата звернення: 09.07.2024).

3. Постанова Кабінету Міністрів України від 15 лютого 2006 року № 144 «Про реалізацію статті 281 Цивільного кодексу України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/144-2006-%D0%BF#Text (дата звернення: 24.01.2026).

4. Посібник зі статті 3 Європейської конвенції з прав людини. Заборона катування. Оновлено 31 серпня 2024 року URL: https://ks.echr.coe.int/documents/d/echr-ks/guide_art_3_ukr (дата звернення: 24.01.2026).

5. Lewis, Helen. Difficult Women: A History of Feminism in 11 Fights. London: Jonathan Cape, 2020.

6. Singer, Peter. Ethics in the Real World: 82 Brief Essays on Things That Matter. Princeton: Princeton University Press, 2016.

7. Основи законодавства України про охорону здоров'я. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text (дата звернення: 24.01.2026).

8. Закон України «Про внесення змін до статті 281 Цивільного кодексу України» від 2 листопада 2004 року № 2135-IV. URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/2135-15#Text (дата звернення: 24.01.2026).

9. Пояснювальна записка до законопроєкту № 4533 від 18.12.2003 про внесення змін до статті 281 Цивільного кодексу України – Центральний державний архів вищих органів влади та управління України, № фонду 1, назва фонду "*Верховна Рада України*, м. Київ" за описом № 22, № з/п 6475 індекс 06-01/03/23 том 1 заголовок "Документи про розробку

Закону України "Про внесення змін до статті 281 Цивільного кодексу України" № 2135-IV від 2 листопада 2004 року" (початок ведення 17.12.2003 закінчення 02.11.2004).

10. Закон України «Про внесення змін та визнання такими, що втратили чинність, деяких законодавчих актів України у зв'язку з прийняттям Цивільного кодексу України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/997-16#Text (дата звернення: 24.01.2026).

11. Автори тричі зверталися до МОЗ України як головного органу у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, із зверненнями громадян з метою отримати відповідь, як, все ж таки, формується вітчизняна державна політика у сфері надання медичних послуг з проведення абортів. Зокрема були поставлені такі питання: чим обумовлено встановлення вікових обмежень «менш як 15 років та більш як 45 років» для штучного переривання вагітності, строк якої становить від 12 до 22 тижнів; чи не суперечить обмеження за віком «менш як 15 років» положенням Конвенції про права дитини; чим обумовлене зменшення переліку медичних підстав, за наявності яких можливе штучне переривання вагітності у строк від 12 до 22 тижня; чим була обумовлена кардинальна зміна переліку соціальних підстав здійснення штучного переривання вагітності у порівняні із постановою Кабінету Міністрів України від 12 листопада 1993 року № 926 «Про порядок штучного переривання вагітності від 12 до 28 тижня»; чи враховується у чинній державній політиці заборони абортів економічні чинники, пов'язані з народженням та вихованням дитини, чи мають вплив на формування державної політики у сфері регулювання абортів представники релігійних організацій чи прихильники теорії креаціонізму, чому постанова Кабінету Міністрів України від 15 лютого 2006 року № 144 «Про реалізацію статті 281 Цивільного кодексу України» жодного разу за 20 років не приводилась у відповідність до чинного законодавства, зокрема до Кримінального кодексу України, та не переглядалася у зв'язку зі зміною соціальних умов життя? Два з трьох звернень були проігноровані і залишились без відповіді. На одне звернення автори отримали цитування нормативних актів, на які самі ж автори послалися у зверненні.

12. Конвенція про права дитини. URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/995_021#Text (дата звернення: 24.01.2026).

13. Також слід звернути увагу, що заміна віку у відповідній нормі проєкту нового КК України була здійснена технічно та без системного осмислення концепції віку добровільної згоди та його впливу на систему норм кримінально-правового регулювання у сфері сексуальної свободи та сексуальної недоторканості людини. Зокрема про це свідчать редакції статтей 4.5.7. «Схиляння дитини віком від 14 до 18 років до дії сексуального характеру з третьою особою», 4.5.8. «Розбещення дитини віком до 14 років», 4.5.10. «Сексуальне домагання» та деяких інших (у редакції проєкту від 14.01.2026).

14. World Health Organization (2024). Abortion care guideline, 2nd ed. World Health Organization. URL: https://iris.who.int/handle/10665/382157 (дата звернення: 24.01.2026).

15. World Health Organization (2012). Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, 2nd ed. World Health Organization. URL: https://iris.who.int/handle/10665/70914 (дата звернення: 24.01.2026).

16. World Health Organization (2022). Abortion care guideline: web annex A: key international human rights standards on abortion. World Health Organization. URL: https://iris.who.int/handle/10665/349317 (дата звернення: 24.01.2026).

17. Необхідно зазначити, що в англомовному тексті використовується саме вузьке поняття «rape survivor» («жертва згвалтування»), а не, наприклад, «survivor of gender/sexual based violence» («жертва гендерно обумовленого/сексуального насильства»). Можливо це пов'язано із концептуальним розвитком у цій сфері протягом останнього десятиліття.

18. WHO Scientific Group on Induced Abortion & World Health Organization (1978). Induced abortion : report of a WHO scientific group [meeting held in Geneva from 14 to 18 November 1977]. World Health Organization. World Health Organization. URL: https://iris.who.int/handle/10665/41317 (дата звернення: 24.01.2026).

19. Закон України «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні». URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/4223-20#Text (дата звернення: 24.01.2026).

20. Узагальнені дані медичної звітності по комунальним закладам охорони здоров'я та закладам охорони здоров'я, які знаходяться у сфері управління МОЗ. Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: https://phc.org.ua/monitoring-i-statistika/meddata-1 (дата звернення: 24.01.2026).

21. Інструкція щодо заповнення форми звітності № 13 (річна) «Звіт про переривання вагітності за 20__ рік», затвердженої наказом МОЗ України від 10 липня 2007 року № 378. URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/z1012-07#Text (дата звернення: 24.01.2026).

22. На 18% знизилася кількість абортів від початку великої війни. URL: https://opendatabot.ua/analytics/abortions-2023 (дата звернення: 24.01.2026).

23. Грищук О.В. Людська гідність у праві: філософський аспект: дис... доктора юридичних наук: 12.00.12 –Львівський держ. ун-т внутрішніх справ. – Львів, 2007.

24. Конституція України: Науково-практичний коментар. Харків: Видавництво «Право»; К.: Концерн «Видавничий Дім «Ін Юре», 2003. С. 565.

25. Що таке патерналізм? URL: https://studfreedom.org/shcho-take-paternalizm/ (дата звернення: 24.01.2026).

26. Юридична енциклопедія : [в 6-ти т.] / [редкол. : Ю. С. Шемшученко (голова редкол.) та ін.]. – К. : Укр. енцикл., 2002. – Т. 4 : Н-П. – 792 с.

27. Джек Голланд. Коротка історія мізогінії. Найдавніше упередження у світі. Київ: Rogue Umbrella Ltd. у співпраці з ГО «АРК.ЮЕЙ», 2024. 352 с.

28. Douglas Husak Paternalism. URL: https://bpb-us-e1.wpmucdn.com/blogs.cornell.edu/dist/5/5699/files/2015/06/Routledge-Ch.30-Husak-2cc5zsh.pdf (дата звернення: 24.01.2026).

29. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Стратегії демографічного розвитку України на період до 2040 року» від 30 вересня 2024 року № 922-р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/922-2024-%D1%80#Text (дата звернення: 24.01.2026).

30. Звіт про підсумки діяльності Державної служби України у справах дітей за 2025 рік. URL: https://www.kmu.gov.ua/storage/app/sites/1/17-civik-2018/zvit2025/zvit-kids-2025.pdf (дата звернення: 24.01.2026).

31. Бордюг Т. О. Забезпечення права на життя зачатої, але ще не народженої дитини. *Часопис* Київського університету права. 2018. № 4. С. 182–186. URL: http://jnas.nbuv.gov.ua/article/UJRN-0001034257 (дата звернення: 24.01.2026); Круглова О.О., Котляров С.О. Правове положення зачатої, але ще не народженої дитини за законодавством України та країн ЄС. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2018. № 6. С. 106–108. URL: https://www.lsej.org.ua/6_2018/27.pdf (дата звернення: 24.01.2026); Островська Б.В. Право людини на життя від моменту її зародження в контексті права та моралі. Філософські та методологічні проблеми права. 2016. № 2. С. 140–149. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Fmpp_2016_2_13 (дата звернення: 24.01.2026); Борщевська О. М., Даниленко С. К. Цивільно-правовий аспект запобігання обороту фетальних тканин та ембріонів людини як елемент охорони права людини на стадії ембріоногенезу. Одеський державний університет внутрішніх справ. 2017. № 3. С. 58–62. URL: https://rp.onmu.org.ua/bitstream/handle/123456789/946/12 (дата звернення: 24.01.2026).

32. Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні» від 9 вересня 2013 р. № 787. URL: https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/z1697-13#Text (дата звернення: 24.01.2026).

33. Diamond, Jared. The World Until Yesterday: What Can We Learn from Traditional Societies? New York: Viking, 2012.

34. Жеребкін В. Логіка : підручник. 9-те вид. Київ : Т-во "Знання", 2006. 255 с.

35. Case of Vo v. France (Application no. 53924/00). URL: https://hudoc.echr.coe.int/ukr#{%22itemid%22:[%22001-61887%22]} (дата звернення: 24.01.2026).

36. Уголовний кодекс Украинской ССР. Научно-практический комментарий. Под общ. ред В.И. Зайчука. Киев. 1969. 543 с.

37. Науково-практичний коментар Кримінального кодексу України / за заг. ред. О.М. Джужі, А.В. Савченка, В.В. Чернея, Литвинова О.М./ Київ. Юрінком Інтер. 2015. 1063 с.

38. Schur, E.M., 1969. Our criminal society: The social and legal sources of crime in America. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

39. Див. пункт 5 частини першої статті 284 КПК України у редакції Закону України «Про внесення змін до Кримінального процесуального кодексу України щодо удосконалення окремих положень досудового розслідування в умовах воєнного стану» від 27 липня 2022 року № 2462-IX URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2462-20#n26 (дата звернення: 24.01.2026).

40. Запорожан В. М., Міщенко В. П. Акушерська патологія: Атлас: Навч. посібник. Одеса: Одес. держ. мед. ун т, 2005. 292 с.

41. Ретроспективний аналіз випадків антенатальної загибелі плода в умовах типового міського пологового будинку м. Києва / Бенюк В. О., Гичка Н. М., Котенок А. С. *Здоровье женщины*. 2019. № 6. С. 34–36. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zdzh_2019_6_9 (дата звернення: 24.01.2026).

42. Слід звернути увагу, що автори підтримують у питанні відповідальності за аборти підходи ВООЗ. Наведені міркування щодо батьківства та кримінальної відповідальності за аборти – це скоріше ілюстрація до ірраціональності існуючих у цих питаннях підходів у сфері права.

43. Human rights situation during the Russian occupation of territory of Ukraine and its aftermath'(United Nations Ukraine) URL: https://ukraine.un.org/sites/default/files/2024-04/2024-03-20-OHCHR-Report-Occupation-Aftermath-UKR.pdf (дата звернення: 24.01.2026).

44. "Найстрашніша колонія Росії". Колишні українські військовополонені розповідають про мордовську ВК-10 URL: https://www.bbc.com/ukrainian/articles/c33r1l0e4ylo (дата звернення: 24.01.2026).

45. Macintyre A. After Virtue: A Study in Moral Theory. 3rd ed. Notre Dame, Indiana: University of Notre Dame Press. 2007.

Дата першого надходження статті до видання: 10.08.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 03.09.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 03.11.2026

Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу (CC BY 4.0)