

Міністерство освіти і науки України  
Національний університет «Києво-Могилянська академія»  
Факультет правничих наук  
Кафедра «Києво-Могилянська школа врядування»

**Магістерська робота**  
освітній ступінь – магістр

на тему: **«ВИРОБЛЕННЯ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ  
ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ ТА КІСТКОВОГО МОЗКУ В УКРАЇНІ»**

Виконала: студентка 2-го року  
навчання, спеціальності 281  
«Публічне управління та  
адміністрування»  
Приходько Аліна Сергіївна

Керівник: Кисельова Т. С.,  
кандидат юридичних наук, доктор  
філософії в галузі права.

Керівник: Рябцев Г. Л.,  
доктор наук з державного  
управління, професор.

Рецензент: \_\_\_\_\_

Магістерська робота захищена

З оцінкою \_\_\_\_\_

Секретар \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 р.

Київ-2021

**Декларація  
академічної доброчесності**

Я Приходько Аліна Сергіївна, студентка магістерської програми за спеціальністю «Публічне управління та адміністрування» НаУКМА, адреса електронної пошти alinaprykhodko96@gmail.com, підтверджую таке:

- написана мною кваліфікаційна робота на тему «Вироблення державної політики у сфері трансплантації органів та кісткового мозку в Україні» відповідає вимогам академічної доброчесності та не містить порушень, передбачених п. 3.1. Положення про академічну доброчесність здобувачів освіти у НаУКМА, зі змістом якого я ознайомлений/ознайомлена;
- надана мною електронна версія роботи є ідентичною її друкованій версії.

12.05.2021

*Дата*



*Підпис*

Приходько А.С.

*Прізвище, ініціали*

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ ТА КІСТКОВОГО МОЗКУ .....	9
1.1. Суб'єкти державного управління у сфері трансплантації органів та кісткового мозку в Україні .....	9
1.2. Основні принципи функціонування системи трансплантації в Україні	14
1.3. Складові результативної державної політики у сфері трансплантації органів та кісткового мозку: «іспанська модель» .....	18
1.3.1. Функціонування системи трансплант-координації .....	19
1.3.2. Безперервні освітні програми для всіх працівників, які залучені до процесу трансплантації.....	20
1.3.3. Державна політика, спрямована на популяризацію донорства .....	21
1.3.4. Імплементация «Програми забезпечення якості органів, отриманих завдяки посмертному донорству» .....	22
1.3.5. Відшкодування матеріальних витрат госпіталів з коштів державного бюджету.....	22
1.3.6. Міжгалузеве співробітництво.....	23
1.3.7. Правове регулювання операцій із застосуванням трансплантації...	23
1.4. Висновки до Розділу 1 .....	25
РОЗДІЛ 2. ПРОБЛЕМИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ ТА КІСТКОВОГО МОЗКУ В УКРАЇНІ .....	28
2.1. Еволюція розвитку системи трансплантації України (1991-2021 рр.) ..	28
2.2. Характеристика недоліків державної політики у сфері трансплантації України .....	36
2.2.1. Відсутність державної політики щодо популяризації донорства ....	36

2.2.2. Незадовільний стан матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я .....	39
2.2.3. Відсутність єдиного державного реєстру донорів та реципієнтів ...	40
2.2.4. Незабезпечення імуносупресивною терапією пацієнтів з пересадженими органами та кістковим мозком .....	40
2.2.5. Неналежне приділення уваги до кадрового забезпечення з боку держави.....	41
2.2.6. Відсутність міжгалузевого співробітництва.....	43
2.2.7. Прогалини у законодавстві.....	43
2.3. Фактори середовища, що формують контекст проблеми .....	44
2.4. Висновки до Розділу 2 .....	47
<b>РОЗДІЛ 3. ПОТЕНЦІЙНІ ШЛЯХИ УСУНЕННЯ ІСНУЮЧИХ НЕДОЛІКІВ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ .....</b>	<b>49</b>
3.1. Розробка критеріїв результативності для впровадження дієвої системи трансплантації .....	49
3.2. Вироблення заходів та рекомендацій щодо покращення курсу дій для органів державного управління.....	53
3.2.1 Розробка державної політики щодо популяризації донорства .....	54
3.2.2. Системне фінансування для модернізації матеріально-технічної бази та витратних матеріалів .....	60
3.2.3. Повноцінний запуск Єдиної державної інформаційної системи трансплантації органів та тканин (ЄДІСТ).....	61
3.2.4. Забезпечення якісної імуносупресивної терапії .....	62
3.2.5. Безперервні освітні програми для медичних працівників .....	63
3.2.6. Розвиток міжгалузевого співробітництва .....	64
3.2.7. Вдосконалення правового регулювання .....	66

3.3. Висновки до Розділу 3 .....	67
ВИСНОВКИ .....	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	70

## ВСТУП

**Актуальність теми** обумовлена великою кількістю померлих українців через стан системи трансплантації в Україні, який залишається незадовільним. Щорічна потреба таких операцій в Україні складає понад п'яти тисяч: 2 тис. хворих потребують пересадки нирки, 1,5 тис. – серця, ще близько 2 тис. – печінки, 2500 осіб – кісткового мозку [1]. На даний момент немає офіційних статистичних даних щодо кількості людей, які помирають щороку, не дочекавшись трансплантації, адже досі немає єдиного державного реєстру, але за даними Інституту серця МОЗ України: «Щодня помирає 9 людей через відсутність системи трансплантації» [2]. Таким чином, за рік – це щонайменше 3240 смертей, а за майже 30 років незалежності України – приблизно 100 тис. українців померли, очікуючи на трансплантацію.

Другим аргументом є низька якість життя людей, які чекають на операцію. Взяти, наприклад, пацієнтів з хронічною нирковою недостатністю. Вони вимушені відвідувати процедуру гемодіалізу щонайменше тричі на тиждень; одна процедура триває в середньому 4 години (не беручи до уваги час, який витрачають пацієнти на дорогу до лікарні і додому) – і так впродовж усього життя. Громадянин Білорусі очікує на трансплантацію нирки 13-14 місяців, в той час як в Україні людина все життя буде прив'язана до апарату з проведення гемодіалізу (варто зазначити про те, що пацієнти, які відвідують таку процедуру знаходяться в зоні ризику зараження різними видами вірусних гепатитів, і це, в свою чергу, створює загрозу для громадського здоров'я, адже з вірусом гепатиту С можна жити роками, не знати про нього і заражати оточуючих). Для держави це також економічно не є вигідним, бо лікування пацієнтів з нирковою недостатністю процедурою гемодіалізу обходиться державі дуже дорого – лікування одного пацієнта методом гемодіалізу на рік коштує державі приблизно 365 тис. грн. [3] (за 2020 р. НСЗУ сплатила 1 млрд. 403 млн. грн. закладам охорони здоров'я за процедуру гемодіалізу [4]). У переліку послуг з надання третинної медичної допомоги методом

трансплантації органів трансплантація нирки від родинного донора буде коштувати державному бюджету приблизно 323 798 грн. грн. Це нижче, ніж вартість процедури діалізу за один рік [5]. Аналогічна операція для українців в Білорусі коштуватиме 70 000 дол. [6] (тобто в Україні ця операція обійдеться мінімум у п'ять разів дешевше). Крім того, успішно прооперовані українці зможуть повертатися до своєї трудової діяльності, що є безумовним позитивом для української економіки. Хоча, наприклад, гемодіаліз підтримує життя пацієнта, він не є повноцінним замінником нирки, окрім купи часу, що витрачають пацієнти на саму процедуру, існує дуже багато побічних ефектів (гіпертонія, різні інфекційні захворювання), тому дуже часто люди випадають із свого професійного життя.

Третім аргументом є великі видатки з бюджету на проведення аналогічних операцій за кордоном (у 2020 р. у Державному бюджеті України було передбачено майже 1.1. млрд. грн. на лікування українців за межами Батьківщини) [7]. Таке використання коштів є неефективним, адже їх можна було вкласти в реформування української системи трансплантації та врятувати набагато більше життів, адже проведення таких операцій в Україні значно дешевше.

**Дослідницьке питання:** Яким чином подолати недоліки державної політики для побудови результативної системи трансплантації органів та кісткового мозку в Україні?

**Метою роботи** є виявлення та виправлення недоліків державної політики, які заважають досягти Україні трансплантаційної незалежності, яка надасть можливість громадянам України отримувати трансплантаційну допомогу на Батьківщині.

Для реалізації цієї мети необхідно вирішити наступні завдання:

- 1) розкрити принципи та механізми державної політики у сфері трансплантації;

2) дослідити проблеми, які існують в сучасній трансплантаційній системі України;

3) визначити механізми, за допомогою яких можливо виправити недоліки державної політики і досягти показників результативності.

**Об'єктом дослідження** є державна політика у сфері трансплантації органів та кісткового мозку в Україні.

**Предметом дослідження** є проблеми та недоліки, які існують у даній сфері та механізми їх вирішення.

При написанні роботи були використані наступні **методи дослідження**: методи аналізу та синтезу, порівняння використано для вивчення принципів, механізмів та недоліків державної політики в Україні та в державах з успішним досвідом впровадженням реформи системи трансплантації; історичний метод для відслідковування процесу еволюції системи трансплантації в Україні та системний метод для комплексного розгляду недоліків державної політики, які заважають розбудові системи трансплантації.

**Джерельну базу** склали нормативно-правові документи українського законодавства та наукові праці таких дослідників: Г. В. Анікіна, Г. А. Білецька, Я. О. Ковальова, О.Ю. Усенко, В.Л. Виноградов, І.В. Логінов, М. Маніалік, Р. Матесанц, М. Стефаноне, Е. Енкер, М. Еванс, Т. Філі, Дж. Чітеріо, П. Мерфі.

**Структура роботи.** Робота складається зі вступу, 3 розділів, кожен розділ поділяється на підрозділи, висновків та списку використаних джерел. Загальний обсяг магістерської роботи – 83 сторінки, у тому числі список використаних джерел, що налічує 100 найменувань та складає 14 сторінок.

## **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ ТА КІСТКОВОГО МОЗКУ**

### **1.1. Суб'єкти державного управління у сфері трансплантації органів та кісткового мозку в Україні**

Державне управління у сфері трансплантації – це діяльність органів виконавчої влади, спрямована на реалізацію права людини на охорону здоров'я, а саме на отримання безоплатної та якісної медичної допомоги із застосуванням трансплантації.

Стамбульська декларація про торгівлю органами та трансплантаційний туризм зосереджує увагу управлінців на тому, що потрібно створити самодостатню систему трансплантації, яка зможе самостійно забезпечити потребу своїх громадян в операціях із застосуванням трансплантації [8].

Відповідно до ст. 6 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» суб'єктами державного управління у сфері трансплантації є:

- Кабінет Міністрів України (КМУ);
- Центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я;
- Центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення [9].

Згідно з ст. 7 профільного закону, *КМУ*:

- координує роботу ЦОВВ для надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації;
- забезпечує розроблення та виконання державних цільових програм, спрямованих на розвиток медичної допомоги із застосуванням трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією;

- забезпечує фінансування видатків на медичну допомогу із застосуванням трансплантації;
- забезпечує нормативно-правове регулювання надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією [9].

КМУ затверджував не одну цільову програму щодо розвитку системи трансплантації. Наприклад, Ю.В. Тимошенко у 2008 р. затвердила державну цільову соціальну програму «Трансплантація» на період до 2012 р. [10]. З того, що планувалося зробити – не було реалізовано майже нічого: ні Єдиної державної інформаційної системи трансплантації органів та тканин (ЄДІСТ), ні реформовано Координаційний центр трансплантації органів, тканин і клітин, який існував на той момент, ні створено службу трансплант-координації.

Аудиту використання коштів проведено не було, тому скільки коштів пішло не за цільовим призначенням відслідкувати неможливо.

Щодо фінансування видатків на операції з трансплантації, то КМУ видав постанову «Про затвердження переліку послуг та тарифів на послуги з надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги методом трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів, які надаються учасниками пілотного проекту щодо зміни механізму фінансового забезпечення оперативного лікування з трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів» (2019 р.) [5]. Як зазначалося вище, за цією постановою, алотрансплантація нирки (від живого донора або донора-трупа) коштує 323 798 грн.

З останнім прийнятих НПА КМУ можна виділити:

- Постанова «Про затвердження Порядку перевезення анатомічних матеріалів людини в межах України, ввезення таких матеріалів на митну територію України та вивезення їх за межі митної території України» (2020 р.) [11];

- Постанова «Про затвердження Порядку отримання та надання гемопоетичних стовбурових клітин та обміну інформацією щодо наявних анатомічних матеріалів людини, призначених для трансплантації» (2020 р.) [12].

Центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я є *Міністерство охорони здоров'я (МОЗ)*. Ст. 8 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» надає вичерпний перелік повноважень МОЗ у цій сфері.

Оскільки МОЗ є центральним органом виконавчої влади, то основне завдання цієї державної установи – формування та реалізація державної політики у сфері надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації та здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією [9]; це включає в себе і розробку стратегії розвитку галузі, і забезпечення нормативно-правового регулювання, визначення потреб населення у трансплантації, а також надання ліцензій закладам охорони здоров'я, які зможуть проводити операції із застосуванням трансплантації. Не варто також забувати про розробку та впровадження інформаційної кампанії щодо популяризації донорства серед населення України (соціальна реклама, круглі столи тощо).

Крім того, МОЗ повинен «утворити спеціалізовану державну установу у сфері трансплантації органів, тканин та клітин, що здійснює організаційно-методичне керівництво закладами охорони здоров'я, що надають медичну допомогу із застосуванням трансплантації та/або здійснюють діяльність, пов'язану з трансплантацією, трансплант-координацією» [9]. Це було зроблено 23 вересня 2020 р.; установа отримала назву Український центр трансплант-координації [13]. Її директором став Коваль Дмитро Михайлович, який раніше був заступником Зоряни Скалецької та відповідав за розвиток системи трансплантації в Україні.

Ця спеціалізована установа буде узгоджувати дії всіх сторін, які причетні до операції із застосування трансплантації за допомогою ЄДІСТ – бази реципієнтів і потенційних донорів. Система зможе знаходити пару

«донор-реципієнт», сюди ж будуть вносити згоду або незгоду на використання органів людини після її смерті.

До початку роботи ЄДІСТ рішення про операцію із застосування трансплантації реципієнту анатомічного матеріалу від донора–трупа приймається консилиумом лікарів закладу охорони здоров'я [14].

Відповідно до закону, МОЗ має займатися підготовкою медичного персоналу, який буде залучений до операцій із застосуванням трансплантацій (формування державного замовлення для таких спеціалістів). У першу чергу йдеться про нову для України професію «трансплант-координатор», яка була затверджена у державному класифікаторі професій у 2019 р. за ініціативою МОЗ. За словами Степанова Україні потрібно щонайменше 500 таких фахівців для результативної роботи трансплант-координації, зараз в ЄДІСТ зареєстровано 54 трансплант-координатора [15]. Можна сказати, що ця нова медична професія стане фундаментом для успішної побудови системи трансплантації в Україні.

Окрім вищеперерахованих повноважень, МОЗ є відповідальним за виконання державної програми «Лікування громадян України за кордоном», яка діє з 2003 р. [16]. У межах цієї програми важкохворим пацієнтам виділяють кошти на лікування за межами України.

За даними МОЗ України, у 2018 р. лікування за цією програмою отримали 278 пацієнтів (273 осіб– трансплантація анатомічних матеріалів та кісткового мозку, 5 осіб – інші види лікування). Бюджет даної програми становив 653 млн. грн. [17].

Кожного року фінансування на програму «Лікування громадян України за кордоном» збільшується, але коштів не вистачає, адже вартість трансплантації серця в середньому становить 100 тис. дол., комплексу серце-легені – 150 тис. дол., трансплантація нирки – 70 тис. дол., печінка – 125 тис. дол. [1].

У 2019 р. у Державному бюджеті України було передбачено 689,95 млн. грн. [18] на лікування українців за межами Батьківщини, а у 2020 і у 2021 рр. бюджет однаковий – по 1.1 млрд. грн. на кожен рік [19].

Функцію центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення в Україні виконує «національний страховик» – *Національна служба охорони здоров'я (НСЗУ)*, яка була утворена в грудні 2017 р., а почала свою роботу влітку 2018 р.

НСЗУ не володію коштами як такими, вона розпоряджається ними: закуповую у лікарень медичні послуги для українців, а потім оплачує їх з казначейських рахунків [20], тобто цей орган напряду сплачує кошти за надану медичну послугу громадянину України.

Наприклад, за встановленим КМУ тарифами з оплати операцій із застосуванням трансплантації, за пересадку печінки від донора-трупа держава має сплатити 929 125 грн. [5]; саме НСЗУ буде сплачувати ці кошти медичному закладу, який буде проводити операцію.

Крім того, НСЗУ має оплачувати не лише операції з трансплантації, а й платити за трансплантати та їх доставку, якщо мова йде про гемопоетичні стовбурові клітини, які Україна буде отримувати з міжнародних донорських реєстрів. Так, трансплантат для першої неродинної пересадки кісткового мозку, проведеної в Україні, коштував 14500 євро [21] (за цей трансплантат держава не сплатила німецькому реєстру донорів кісткового мозку, адже на той момент був відсутній механізм фінансування зі сторони держави; це зробили приватні особи).

Варто зазначити, у випадку недотримання умов договору (наприклад, вимога до пацієнта сплатити кошти за лікарські засоби, за які було сплачено кошти НСЗУ) надає змогу цьому ОВВ розірвати договір через невиконання його умов.

У профільному законі йдеться також про те, що місцеві органи виконавчої влади забезпечують формування та реалізацію політики у цій сфері, проте їх повноваження не конкретизовані.

## **1.2. Основні принципи функціонування системи трансплантації в Україні**

Трансплантація здійснюється на таких принципах (ст. 4 профільного закону) [9]:

*1) Добровільність.* Це основоположний принцип означає, що як реципієнт, так і донор (живий донор, родина померлого донора або померлий донор, який за життя дав згоду на вилучення у нього органів та/або тканин), усвідомлюють всі ризики та переваги втручання в їх організм, і виключно на добровільній основі погоджуються або відмовляються від медичного втручання. Отже, про жодний примус не може бути й мови.

Щодо стосується посмертного донорства, за українським законодавством передбачена «презумпція незгоди» (opt-in system), тобто кожен українець за замовчуванням не згоден бути донором, і вилучення органів стає можливим за умови надання прижиттєвої згоди або якщо особа померла, не залишивши своєї волі, то дозвіл або заборону дають її родичі. Така модель працює в багатьох країнах, наприклад в Німеччині та США.

*2) Гуманність.* Всі дії держави (медичного персоналу, державних службовців МОЗ тощо) спрямовані на порятунок людини, яка є пріоритетом при виробленні державної політики, і система трансплантації покликана не тільки зберегти життя людини, а й забезпечити їй якісний рівень цього життя.

*3) Анонімність.* В першу чергу, мова йде про те, що вся інформація про донорів та реципієнтів є конфіденційною та буде міститися в ЄДІСТ із визначеним законом колом осіб, які будуть мати доступ до неї.

По друге, йдеться про нерозголошення реципієнту персональних даних донора/його родини та навпаки. На мою думку, це не є правильною позицією,

адже в обох сторін може бути бажання познайомитися, і держава може піти назустріч в цьому випадку.

Так, наприклад, Ізраїль за умови згоди родини донора та самого реципієнта надає можливість познайомитися один з одним. Більше того, учасників зустрічі запитують щодо можливості висвітлення ЗМІ їх знайомства для популяризації донорства в країні [22]. Крім того, родина донора сама може популяризувати донорство серед своїх знайомих та друзів, не усвідомлюючи цього, адже часто після дозволу рідних на вилучення органів, їх терзають сумніви щодо правильності їх рішення; після знайомства з реципієнтом, такі сумніви скоріше за все зникнуть і родичі захочуть поділитися цим зі своїм оточенням.

*4) Надання донорських органів потенційним реципієнтам за медичними показаннями.* Трансплантація може бути застосована виключно у тому випадку, коли інші види лікування не допомагають врятувати життя пацієнта (тобто до прийняття рішення про трансплантацію вже були використані всі інші методи та засоби лікування). Відповідно до ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» рішення про необхідність проведення трансплантації приймає консиліум лікарів [9].

*5) Безоплатність трансплантації для донора та реципієнта.* Цей принцип забороняє купівлю-продаж донорських органів. Вилучення органів має відбуватися виключно на безоплатній основі, адже, в іншому випадку, це буде сприяти комерціалізації донорства, що є недопустимим.

Про заборону оплати анатомічних матеріалів людини нам говорить і п'ятий керівний принцип ВООЗ із трансплантації людських клітин, тканин та органів, проте там зазначається, що цим положенням не забороняється компенсація з боку держави (а не родини реципієнта) донору, поки він тимчасово не працює через його реабілітацію після вилучення органів або

компенсація певних медичних витрат, які виникли через його рішення стати донором [23].

У Стамбульській декларації про торгівлю органами та трансплантаційний туризм також зазначено про «фінансовий нейтралітет», тобто «донори та їх родини не несуть витрат і не отримують фінансову допомогу в зв'язку з донорством» [8].

Виключенням є донорство гемопоетичних стовбурових клітин. У ст. 15 ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» йдеться наступне: «Вилучення у донора гемопоетичних стовбурових клітин проводиться безоплатно (за бажанням донора) або на умовах грошової компенсації за рахунок бюджетних коштів донору гемопоетичних стовбурових клітин витрат, пов'язаних із здійсненням донорства (крім витрат, пов'язаних з вилученням анатомічних матеріалів)» [9]. Цей порядок має бути встановлений КМУ; станом на січень 2021 р. він не був розроблений.

*б) Дотримання черговості (крім родинного та перехресного донорства).* Реципієнти отримують донорський орган в залежності від їх місця у «списку очікування». Саме ЄДІСТ буде визначати пару «донор-реципієнт» виходячи з таких критеріїв: імунологічна сумісність, ступінь тяжкості пацієнта (наскільки терміновою потрібна трансплантація), наближеність закладу охорони здоров'я, в якому проводиться вилучення анатомічних матеріалів людини для трансплантації, до закладу охорони здоров'я, в якому може бути проведена трансплантація, можливість першочерговості проведення трансплантації неповнолітньому реципієнту та живому донору, який раніше надав анатомічні матеріали (окремо для трансплантації органів, тканин та клітин) та інші показники, які визначить МОЗ [9].

Надання пріоритетності для пацієнта, який за свого життя став донором, не є новелою українського законодавства. Більше того, Ізраїль надає перевагу не тільки особам, які вже стали донорами, а й тим, хто надав прижиттєву згоду

на донорство після своєї смерті [22]. На мою думку, це чудовий приклад мотивування людей давати згоду на посмертне донорство, який можуть взяти на озброєння українські законотворці.

*7) Достойне ставлення до тіла людини у разі посмертного донорства.* Медичний персонал, який відповідальний за вилучення органів у померлого донора повинен робити це відповідно до Наказу МОЗ №226 від 25.09.2000 – «Інструкції щодо вилучення органів людини в донора-трупа».

У цьому нормативно-правовому акті зазначено наступне: «Спеціалісти бригади вилучення донорських органів повинні вживати всіх можливих заходів, щоб вилучення органів не призвело до спотворення тіла донора-трупа та щоб розрізи, зроблені на відкритих частинах тіла, були менш помітні» [24].

*8) Безперервність отримання медичної допомоги особам, яким трансплантовано анатомічні матеріали.* У першу чергу, йдеться про доступ реципієнта до імуносупресивних лікарських засобів, адже від цього залежить життя пацієнта: немає пожиттєвої імуносупресивної терапії – втрачається сенс трансплантації.

І, звичайно, особа повинна мати доступ до кваліфікованої медичної допомоги, адже як зазначають українці, яким були зроблені операції з трансплантації в Білорусі, повернувшись додому, у них немає можливості звернутись до лікарів різних спеціальностей.

Як на мене, не вистачає принципу прозорості, адже суспільству дуже легко втратити довіру до системи трансплантації. Так, у Німеччині у 2013 р. трапився скандал, пов'язаний із некоректним веденням списку очікування пацієнтів [25]. Це дуже сильно підірвало довіру німців до трансплантології і одразу відбилося на зниженні донорської активності серед громадян Німеччини. Зараз у ФРН середній термін очікування на пересадку нирки складає 6 років, а в Іспанії від 8 міс. до двох рр. Тож не дивно, що громадяни

Німеччини намагаються отримати статус резидента в Іспанії, щоб стати у чергу на нирку саме там [26].

Про це ж говорить 11 керівний принцип ВООЗ: «Організація і здійснення заходів, пов'язаних з донорством і трансплантацією, так само як і клінічні результати, повинні бути прозорими і відкритими для уважного вивчення при забезпеченні особистої анонімності і конфіденційності донорів і реципієнтів» [23].

Таким чином, МОЗ має постійно надавати звіти про кількість вилучених та пересаджених органів, кількість донорів; необхідні роз'яснення яким чином розподіляються анатомічні матеріали тощо для забезпечення прозорості системи трансплантації в Україні.

### **1.3. Складові результативної державної політики у сфері трансплантації органів та кісткового мозку: «іспанська модель»**

Іспанська модель системи трансплантації вважається зразковою у світі, оскільки вже не одне десятиліття залишається світовим лідером за кількістю донорів на мільйон населення. Так, у 2019 р. на 1 млн. населення припадало 49.6 донорів; для порівняння, в країнах, які активно займаються розвитком вітчизняних систем трансплантацій, такі показники: США – 36 донорів на 1 млн. населення, Португалія – 33.7 донорів, Хорватія – 32 донори [27].

Іспанія вдалося стати лідером і утримувати цю позицію завдяки зосередженню своїх зусиль на популяризації донорства та організаційній складовій, адже головна мета – жоден орган не повинен бути втраченим.

Так було не завжди. Закон, який регулює сферу трансплантології був прийнятий ще у 1979 р., але держава продовжувала пасти задніх.

Далі розглянемо, які заходи допомогли Іспанії перетворитися з аутсайдера на світового лідера.

### 1.3.1. Функціонування системи трансплант-координації

Система трансплант-координації існує на 3 рівнях [28]:

Перший рівень – центральний, за який відповідає Національна організація з трансплантації (це підрозділ Міністерства охорони здоров'я). Ця установа займається координацією роботи двох інших рівнів, веде загальний список очікування, відповідає за логістику, збирає статистику та розробляє кампанії щодо популяризації донорства в країні.

Крім того, саме Національна організація з трансплантації складає стратегічні плани щодо розвитку системи трансплантації, наприклад, «Стратегічний план розвитку донорства та трансплантації органів на 2018-2022 рр.» [29]. Одразу стає зрозумілим, що управлінці в Іспанії надають перевагу стратегічному управлінню над ситуативним.

Варто зазначити, що Національна організація з трансплантації є партнером Всесвітньої організації з охорони здоров'я з 2006 р.; разом вони розробляють рекомендації з покращення системи трансплантації для різних країн, а також заснували «Глобальну обсерваторію з донорства та трансплантації» («Global Observatory on Donation and Transplantation») [27], яка є міжнародною базою даних щодо проведених операцій із застосуванням трансплантації, кількості донорів на 1 млн. населення та іншої статистичної інформації по різних країнам світу.

Наступний рівень – регіональний. Іспанія розділена на 17 регіональних трансплантаційних підрозділів (по одному на автономний регіон) [30].

Кожний з цих підрозділів веде лист очікування, займається координацією роботи бригад з вилучення органів та іншими організаційними завданнями; ці підрозділи знаходяться у постійній комунікації з тими госпіталями, які мають ліцензію на проведення операцій із застосуванням трансплантації, а також з Національною організацією з трансплантації.

Третій рівень – госпітальний. За кожним госпіталем, який проводить операцій з трансплантації, має бути закріплено як мінімум 1 трансплант- або госпітального координатора, в обов'язки якого входить виявлення донора, спілкування з його родичами, участь в організації діагностики смерті мозку, комунікація з регіональним підрозділом Національного трансплантаційного агентства [23].

Цей рівень є найважливішим у всій системі, адже все залежить від роботи трансплант-координатора: чи вчасно він виявить потенційного донора, чи зможе отримати згоду на вилучення органів у родичів померлого, як трансплант-координатор організує процес вилучення тощо.

Трансплант-координатори в іспанській моделі представлені працівниками відділень інтенсивної терапії з колом стандартних обов'язків і частковою зайнятістю у ролі трансплант-координатора.

Важливим моментом є те, що трансплант-координатори в Іспанії повинні не лише вміти спілкуватися із родичами померлої людини, а й з представниками ЗМІ. Тобто, такі фахівці повинні мати не лише медичну освіту, вони мають бути хорошими комунікаційниками та мати відповідну психологічну підготовку.

### **1.3.2. Безперервні освітні програми для всіх працівників, які залучені до процесу трансплантації**

Трансплантологія – це високоспеціалізована медична допомога, тому вона потребує постійного навчання, і не лише для хірургів-трансплантологів, але й для анестезіологів, медсестр та, звичайно, для трансплант-координаторів. Як зазначалося вище, вони повинні мати психологічну підготовку, постійні тренінги по комунікаціям та дуже добре орієнтуватися в юридичних питаннях, які пов'язані з донорством.

Однією з найкращих програм для трансплант-координаторів є Transplant Procurement Management (TRM), яка проводиться у Мадриді. Тут готують не лише іспанських фахівців, а й іноземних колег.

Безперервне навчання вважається одним з найважливіших факторів успішного функціонування іспанської моделі.

### **1.3.3. Державна політика, спрямована на популяризацію донорства**

Фахівці з державного управління Іспанії зрозуміли, що запорукою успіху є кількість донорських органів, адже скільки грошей не було б витрачено на медичне обладнання, освіту спеціалістів тощо – все виявиться марним за умови відсутності органів, тому популяризація донорства – це незмінна складова «іспанської моделі».

Такий курс дій держави включає в себе:

- постійну взаємодію із ЗМІ (трансплантологи, трансплант-координатори зустрічаються із журналістами та відповідають на різні питання щодо донорства, операцій). Також має місце робота з лідерами думок, які теж залучені до популяризації донорства.
- цілодобову гарячу лінію підтримки, куди може зателефонувати кожен і отримати юридичну, статистичну та іншу роз'яснювальну інформацію щодо донорства та трансплантації [30];
- потужну освітню політику. В усіх навчальних закладах є лекції щодо важливості донорства, діти змалечку звикають до того, що трансплантація – це нормальний спосіб лікування;
- ставлення церкви до донорства. Іспанія є досить релігійною державою, де переважна більшість населення є католиками, і католицька церква всіляко підтримує донорства, а на табличках у соборах Іспанії пишуть «Не забирайте свої органи на небеса, вони потрібні тут» [31].

Отже, іспанська влада проводить безперервну роз'яснювальну роботу зі своїми громадянами щодо важливості донорства, і цей діалог рятує тисячі життів щороку.

#### **1.3.4. Імплементация «Програми забезпечення якості органів, отриманих завдяки посмертному донорству»**

Програма забезпечення якості органів, отриманих завдяки посмертному донорству (Quality Assurance Program in the Deceased Donation process) [32] займається аналізом втрат органів від потенційних донорів, а саме чому так сталося (організаційні проблеми, проблема з медичним обладнанням, лікарська помилка, відмова родичів щодо пожертви органів тощо) і що саме потрібно зробити аби в майбутньому запобігти таким випадкам.

Може бути внутрішній аудит (коли сам госпіталь аналізує свою роботу) і зовнішній (коли до госпіталю запрошуються фахівці ззовні). Наприкінці такого аудиту має бути обов'язкова оцінка роботи закладу та рекомендації щодо покращення роботи відповідного госпіталю. Розробка методології та наступне зберігання звітів покладено на Національну організацію з трансплантації.

#### **1.3.5. Відшкодування матеріальних витрат госпіталів з коштів державного бюджету.**

Всі операції є безкоштовними для пацієнтів. Відшкодування покриває всі витрати госпіталів, які є необхідними для їх результативної роботи. Кожна лікарня, що здійснює закупівлі та трансплантацію, має річний бюджет на основі донорських та трансплантаційних заходів, проведених у попередньому році [33].

Треба також зазначити, що за охорону здоров'я відповідає кожний автономний регіон країни, тому і фінансування здійснюється з регіонального бюджету [34]; медична система Іспанії була децентралізована у 2002 р., це

стосується не лише фінансування, а й складання планів розвитку медицини в кожному регіоні.

### **1.3.6. Міжгалузеве співробітництво**

Як бачимо з попередніх пунктів, трансплантологія розвивається у випадку співпраці між медичними установами, органами державної влади, журналістами, освітянами, церквою. Якщо хтось «випадає» з цього ланцюжка, то страждає вся система.

Наприклад, якщо виникає необхідність швидко доставити вилучені органи до трансплантаційного центру, де їх пересадять реципієнтам – тут потрібна скоординована робота поліції (у випадку аварії), госпіталів, бригади з вилучення органів. У випадку нескоординованої роботи дуже легко втратити донорські органи, які придатні до трансплантації всього декілька годин (серце «живе» приблизно чотири години).

Отже, без міжгалузевої співпраці не буде результативної системи трансплантації.

### **1.3.7. Правове регулювання операцій із застосуванням трансплантації**

Згідно з іспанським законодавством, кожна людина автоматично згодна пожертвувати свої органи після смерті, навіть якщо вона не реєструвалася в якості донора за життя – так звана «презумпція згоди» (opt-out approach) [35]; виключенням є ситуація, коли людина написала відмову від пожертви органів за свого життя.

Потенційний посмертний донор, крім своєї згоди, не повинен мати протипоказань до донорства (наприклад, відсутність ВІЛ/СНІДу, гепатитів).

Багато дослідників (Г. А. Білецька [36], Я. О. Ковальова [36], М.М. Новицька [37]) вважають, що презумпції згоди є одним з вирішальних факторів успіху країни у трансплантології. Я з цим категорично не згодна. Якщо взяти до порівняння країни, в яких діє презумпція згоди вже не перший

рік, ми побачимо, що показники за кількістю донорів на 1 млн. населення і кількість проведених операцій за рік дуже відрізняються.

Нижче приведено таблицю, яка показує різні показники системи трансплантації за функціонування презумпції згоди в державі.

*Таблиця №1.1 – Показники систем трансплантації держав, в яких діє презумпція згоди за 2019 р. [27].*

Держава	Населення (млн.)	Кількість донорів на 1 млн. населення	Загальна кількість проведених операцій
Іспанія	46.4	49.61	5449
Білорусь	9.4	26.38	531
Російська Федерація	143.9	5.14	2429

Як бачимо, всі три країни мають однакову юридичну модель, проте показники – зовсім різні. На мою думку, зміна норми в самому законі нічого не реформує, вагу має виключно популяризація донорства та організація самого процесу. У РФ за минулі роки було чимало скандалів, пов'язаних з підозрою родичів у тому, що лікарі нелегально забирали у їх рідних органи. При цьому, медичний персонал навіть не повідомляв родичів про вилучення органів; вони дізнавалися про це вже після похорон, коли отримували заключення патологоанатомів. Це спричинило подання позовів до суду проти лікарень, великий розголос у ЗМІ щодо «чорної» трансплантології, і це зрозуміло, не йде на користь розвитку систему трансплантації.

До прикладу в Іспанії, навіть якщо людина за життя не написала відмову стати посмертним донором, трансплант-координатор все одно спілкується з рідними загиблого і запитує думку сім'ї щодо вилучення органів. Вважається,

що краще не вилучати органи у людини, якщо близькі категорично проти, адже імовірність потенційного скандалу є дуже поганим чинником для майбутнього розвитку галузі трансплантології у майбутньому; все має бути максимально чесно і прозоро. Тим паче, родичі у будь-якому випадку мають право дізнатися, що будуть робити з тілом близької людини, а механізм, який працює в РФ є повністю непрозорим і лише погіршує ставлення суспільства до донорства та медичної системи.

Ще одним доказом того, що презумпція згоди чи незгоди не вирішує проблему дефіциту органів є ситуація, яка склалася у Сполученому Королівстві. Тут вже досить давно йде дискусія про запровадження підходу «opt out». У 2015 р. Уельс самостійно змінив у себе презумпцію незгоди на згоду, але очікуваних результатів, а саме різкого збільшення кількості посмертних донорів не відбулося [35].

В Іспанії на законодавчому рівні давно затверджено «Протокол смерті мозку», що є вирішальним моментом для розвитку системи трансплантації, адже більшість донорських органів отримується в результаті встановлення цього діагнозу (затверджено діагностичні критерії, дії медичного персоналу при встановленні смерті мозку).

Крім вищезгаданого протоколу, на національному рівні затверджені інші протоколи, зокрема протоколи, направлені на управління процесом пожертви органів від померлого донора (наприклад, протокол «Ранньої ідентифікації донора») [38, с. 35-36].

#### **1.4. Висновки до Розділу 1**

Отже, основними суб'єктами державного управління у сфері трансплантації є КМУ, МОЗ та НСЗУ.

Саме ці установи мають виробляти та реалізовувати державну політику у сфері трансплантації із дотриманням усіх необхідних принципів, які зазначені у профільному законі «Про застосування трансплантації анатомічних

матеріалів людині», а саме: добровільність, гуманність, анонімність, надання донорських органів потенційним реципієнтам за медичними показаннями, безоплатність трансплантації для донора та реципієнта, дотримання черговості, достойне ставлення до тіла людини у разі посмертного донорства, безперервність отримання медичної допомоги особам, яким трансплантовано анатомічні матеріали [9].

Україні варто запозичити іспанський досвід розбудови системи трансплантації, який передбачає функціонування національної мережі трансплант-координаторів, дієву державну політику, спрямовану на популяризації донорства в державі, освітні програми для медичного персоналу, міжгалузеве співробітництво, безкоштовні операції для пацієнтів, але повне відшкодування вартості таких операцій із державного бюджету та відсутність законодавчих перешкод для системи трансплантації.

МОЗ вже зараз створив «Український центр трансплант-координації», зробив державне замовлення на підготовку трансплант-координаторів, які працюють на базі лікарень, які мають ліцензію на проведення таких операцій та далі планує розвивати мережу трансплант-координаторів. Крім того, у бюджет закладено кошти на повне відшкодування лікарням вартості операцій.

Що стосується недоліків «іспанської моделі» для України, варто виокремити «презумпцію згоди», адже українське суспільство ще неготове до неї, оскільки відсутня культура донорства та в цілому діалог між владою та суспільством щодо важливості донорства. На мою думку, ще одним недоліком такої моделі є відсутність можливості проведення платних операцій для іноземців. У довгостроковій перспективі (через 5 років) українська система трансплантації змогла б надавати медичну допомогу іноземним громадянам, за рахунок якої було б прооперовано більше українців.

Отже, приклад розбудови іспанської системи трансплантації доводить, що продумана державна політика із впорядкованим законодавством та

чудовою організаційною роботою здатні створити дієву систему трансплантації з нуля. Україна може взяти основні принципи побудови такої системи, але з врахуванням своїх «вхідних даних».

## РОЗДІЛ 2. ПРОБЛЕМИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАНІВ ТА КІСТКОВОГО МОЗКУ В УКРАЇНІ

### 2.1. Еволюція розвитку системи трансплантації України (1991-2021 рр.)

Історично розвиток трансплантології в Україні після відновлення незалежності можна поділити на три періоди:

**1 період: 1991-1999 рр.** Початком періоду вважається власне проголошення відновлення незалежності, а закінченням цього періоду можна вважати прийняття ЗУ «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині» [39].

Першим важливим документом цього часу стало прийняття ВРУ ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» 1992 р. [40]. Цим законом дозволяється пересадка анатомічних матеріалів людині, а також законодавчо закріплюється діагноз «смерть мозку», пояснюється що саме означає цей діагноз та хто саме констатує смерть мозку (проте відсутній перелік діагностичних критеріїв смерті мозку). Видається дивним той факт, що це було закріплено на законодавчому рівні ще в 1992 р., а станом на 2019 р. із «понад 750 відділень інтенсивної терапії, необхідним обладнанням для констатації смерті мозку забезпечені лише 5%» [41]. Йдеться про доплери та газоаналізатори, які необхідні не лише для постановки цього діагнозу, але й в цілому для нормального функціонування реанімаційних відділень.

То ж яким чином можна розвивати трансплантологію в Україні, якщо неможливо поставити діагноз «смерть мозку», внаслідок якого і отримується найбільша кількість донорів?

У 1993 р. МОЗ видало наказ «Про організацію трансплантації нирки в Україні на етапі реорганізації медичної служби» [42], який тимчасово регулював не лише трансплантацію нирки, а й процедуру гемодіалізу.

Першу трансплантацію в незалежній Україні провели в Центрі трансплантації органів і гемодіалізу Запорізької обласної клінічної лікарні у 1992 р. Це була трансплантація нирки, у 1994 р. тут трансплантували першу печінку, а в 1996 р. – підшлункову залозу [43]. З того часу м. Запоріжжя стали вважати «столицею» української трансплантології.

У 1994 р. постановою КМУ №257 було затверджено створення Координаційного центру трансплантації органів, тканин і клітин [44]. Це була перша спроба створення державної установи, яка б мала займатися трансплант-координацією в Україні, але, на жаль, вона не стала успішною – центр було утворено лише на папері.

**2 період: 1999-2018 рр.** Критеріями виокремлення цього періоду стали:

1) Прийняття першого спеціального закону, який регулював цю діяльність – «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині» 1999 р. 2) Прийняття нового ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині» 2018 р.

ЗУ «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині» встановив «презумпція незгоди» та формально дозволив вилучати органи у донорів після смерті, але фактично трупна трансплантація цим законом була заблокована, адже закон 1999 р. ніколи повноцінно не працював, оскільки не було прописано більшості механізмів вилучення, зберігання анатомічних матеріалів, не було створено єдиного реєстру хворих та потенційних донорів, не була прописана процедура того, яким чином має бути оформлена згода чи незгода на донорство та куди її треба надсилати.

У подальшому було прийнято ряд важливих НПА:

1) Постанова КМУ №695 2000 р. «Деякі питання реалізації Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині». Цей документ містив перелік закладів охорони

здоров'я та наукових установ, які могли здійснювати операції із застосуванням трансплантації [45];

- 2) Наказ МОЗ №96 2000 р. «Порядок перевезення анатомічних матеріалів людини в межах України та вивезення їх за межі України» та «Порядок узяття, зберігання і використання кісткового мозку». Цим Порядком було визначено умови, в яких мають транспортуватися анатомічні матеріали та хто саме може їх перевозити [46];
- 3) Наказ МОЗ України № 226 «Про затвердження нормативно-правових документів з питань трансплантації» 2000 р., який містив ряд інструкцій (наприклад, Інструкція щодо вилучення органів людини у донора-трупа або Інструкція щодо виготовлення біоімплантатів) та перелік органів, які можна вилучати у посмертного донора [24].

У 2001 р. провели першу операцію з пересадки серця в Україні у Національному Інституті хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова.

Перша Державна програма розвитку трансплантації була затверджена КМУ у 2002 р. [47]. До 2005 р. було поставлено багато завдань, зокрема такі амбітні як входження «до Європейської інформаційної системи «Євротрансплант» (станом на лютий 2021 р. це не досягнуто), створення ЄДІСТ (це завдання буде ставитися в кожній наступній державній програмі, проте буде досягнуто лише у 2020 р.) та інші завдання, більшість з яких не були реалізовані.

З 2003 р. розпочалося фінансування державної програми «Лікування громадян України за кордоном» (сама програма була затверджена у 1995 р.), якою можуть скористатися українці, яким неможливо надати певний вид медичної допомоги на Батьківщині. До цієї програми багато питань з боку ефективного використання коштів; також пацієнти жаліються на довгий період збору документів, нерозуміння того, як формується черга на цю програму та подальше очікування (не всі реципієнти можуть дочекатися на

операцію, адже тривалість очкування – від декількох місяців до декількох років.). Крім того, один з провідних гематологів України Олександр Лисиця зазначає про існування такої схеми, коли представники іноземних клінік «домовляються» з українськими колегами про те, щоб останні направляли своїх пацієнтів до цих установ через програму «Лікування громадян України за кордоном», і після цього отримували за це певне винагородження [21].

У 2004 р. вийшов наказ МОЗ України № 374 «Про медичні центри (відділення) трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів», яким було порядок утворення трансплантаційного центру, параметри, яким він має відповідати, завдання центру та його права [48].

У 2006 р. наказом МОЗ України № 812 було затверджено «Положення про Координаційний центр трансплантації органів, тканин і клітин» [49]. Це вже була друга спроба створення Координаційного центру на теренах України. Крім, координації закладів охорони здоров'я та просвітницької роботи, на центр було покладено обов'язок створення та наповнення Єдиної державної інформаційної системи трансплантації. Роботу цієї державної установи варто назвати результативною, адже потреба в трансплантаціях не була забезпечена.

Наступником кроком стало прийняття у 2006 р. Концепції Державної програми «Трансплантація» на 2006–2010 рр. У цій Концепції КМУ визнав, що із загальної потреби населення в операціях із застосування трансплантації, держава забезпечує лише 1.1%, а фінансування сфери трансплантації становило 5-10% потреби [50]. Всі очікувані результати (зниження рівні смертності серед українців, яким потрібна пересадка органів, навчання медичного персоналу, популяризація донорства) не були досягнуті.

У 2008 р. КМУ затвердив Державну цільову соціальну програму «Трансплантація» на період до 2012 р [51]. Цей документ був написаний набагато якісніше за попередній: тут чітко зазначалися проблеми, які заважають розвиватися трансплантології в Україні, розписані завдання та

заходи, які потрібно здійснити (наприклад, передбачалося реформування структури Координаційного центру трансплантації органів, розробка стандартів якості трансплантатів, знову ж таки створення Єдиної державної інформаційної системи трансплантації). Крім того, було зазначено про законодавчі прогалини в чинному на той момент законі щодо трансплантації та те, що терміново було потрібно внести до нього зміни. Також були прописані конкретні очікувані результати (можна прослідкувати виконання програми за роками) і обсяг фінансування.

Як зазначив професор О. Усенко, станом на 2012 р. програма була профінансована на 51,5%; з усіх запланованих заходів було виконано лише фінансування підготовчого етапу пацієнтів перед трансплантацією та імуносупресивної терапії [52].

Відсутність контролю за виконанням усіх державних програм призвело до того, що станом на 2014 р. в Україні було проведено всього 8 трансплантацій серця (це за 23 р. незалежності), це при тому, що щорічна потреба оцінюється у 1000-1500 операцій. Трансплантацій нирок було більше – приблизно 2100 (за весь період незалежності), проте щорічна потреба складає 2500 [53], тобто за 23 р. кількість проведених операцій не задовольнила навіть щорічну потребу.

До 2018 р. в Україні в середньому виконували 130 операцій на рік, декілька сотень пацієнтів відправляли за кордон на лікування, інші помирали.

### **3 період: 2018 – 2021 рр.**

У травні 2018 р. був прийнятий новий закон, який покликаний регулювати цю галузь медицини («Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людини»).

З цього моменту відбулися помітні зрушення в цьому напрямку; особливим виявився 2020 р. – 112 млн. грн. були виділені з Державного

бюджету на розвиток трансплантації в Україні, а на 2021 р. закладені рекордні кошти – 502 млн. грн. [54].

За новим законом трансплантація можлива тільки за умови створення та запуску ЄДІСТ. Як зазначалося раніше, введення в роботу ЄДІСТ було заплановано на 1 січня 2019 р., але цього не сталося, і саме тому, всі операції з трансплантації було заблоковано майже на 2 місяці, поки не було відтерміновано вступу нового закону у дію. Тривалий час відбувалася розробка системи та наповнення реєстрів; лише 31 грудня 2020 р. ЄДІСТ була запущена у тестовому режимі (до повноцінного початку роботи даної системи рішення про можливість або неможливість застосування трансплантації реципієнту органу чи тканини від донора–трупа приймається консилиумом лікарів закладу охорони здоров'я) [14].

Новий закон, як і попередній, передбачає «презумпцію незгоди» померлого на донорство його анатомічних матеріалів, тобто органи для трансплантації можливо вилучити тільки в разі, якщо людина за життя надала на це згоду. Аналогічна модель працює в Німеччині, Данії, Канаді, США, Австралії.

В новому законі більш детально розкриті терміни, механізми та процедури, які є необхідними для того, щоб створити діючу систему трансплантації в Україні. Так, в ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людини» 2019 р. було введено поняття «бригада вилучення анатомічних матеріалів людини». Це група медичних та інших працівників закладу охорони здоров'я, яка створюється для вилучення, зберігання, перевезення анатомічних матеріалів людини [9].

Але одним із найголовніших нововведень стало поняття трансплант-координатора. Трансплант-координатори будуть виявляти потенційних донорів отримуватимуть згоду на вилучення анатомічних матеріалів, організовуватимуть процес вилучення, зберігання й перевезення анатомічних

матеріалів, вноситимуть та оновлюватимуть до ЄДІСТ всю необхідну інформацію щодо, наприклад, згоди чи незгоди потенційних донорів або їх представників на вилучення органів.

Зараз пройти навчання за цією спеціальністю можливо на базі Запорізької медичної академії післядипломної освіти МОЗ (перший заклад, який розпочав підготовку таких спеціалістів), Національної медичної академії післядипломної освіти ім. Щупика, Національному інституті хірургії та трансплантації ім. Шалімова і Національному медичному інституті ім. Богомольця [55].

У 2019 р. КМУ видав постанову «Про затвердження переліку послуг та тарифів на послуги з надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги методом трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів, які надаються учасниками пілотного проекту щодо зміни механізму фінансового забезпечення оперативного лікування з трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів» [5], яка є дуже важливою, адже тарифи на операції відповідають ринковій ціні і не потребують жодних доплат (ані легальних, ані корупційних) з боку пацієнтів.

У грудні 2019 р. в Україні вперше було проведено трансплантацію в районній лікарні (трансплантація нирки), а саме в КНП «Ковельське міськрайонне територіальне медичне об'єднання». В цій же лікарні провели трансплантацію серця вперше з 2004 р. [56]. Це стало можливим завдяки пілотному проекту МОЗ з трансплантації (в якому беруть участь станом на березень 2021 р. вже 38 закладів охорони здоров'я [57]), а також попередньому головному лікарю цього медичного закладу – Олегу Самчуку.

З усіх лікарень, які отримали ліцензії від МОЗ на проведення операцій з трансплантації, зараз виокремлюється Львівська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, яку зараз очолює той же Олег Самчук. Тут же у 2020 р. провели першу в Україні пересадки підшлункової залози.

Восени 2020 р. МОЗ затвердив «Порядок констатації та діагностичні критерії смерті мозку людини» [58]. Прийняття такої процедури є необхідним кроком для розбудови системи трансплантації в Україні і відповідає європейським стандартам.

Навесні 2020 р., у самий розпал карантину, в Україні провели першу за весь період незалежності трансплантацію кісткового мозку від неродинного донора [21]. Операція відбулася завдяки злагодженій роботі команди «ОХМАДИТ» та БФ «Український реєстр донорів кісткового мозку». Саме цей фонд і знайшов донора (ним став громадянин Німеччини) для однорічного хлопчика, якого врятували в «ОХМАДИТ».

У 2020 р. важливими документами, прийнятими КМУ стали постанова «Про затвердження Порядку перевезення анатомічних матеріалів людини в межах України, ввезення таких матеріалів на митну територію України та вивезення їх за межі митної території України» [11] та постанова «Про затвердження Порядку отримання та надання гемопоетичних стовбурових клітин та обміну інформацією щодо наявних анатомічних матеріалів людини, призначених для трансплантації» [12]. Останній НПА дозволяє пришвидшити розвиток системи трансплантації кісткового мозку.

Крім того, у вересні 2020 р. КМУ утворив новий Український центр-трансплант-координації, який матиме штат трансплант-координаторів та «буде координувати діяльність закладів охорони здоров'я, що надають допомогу із застосуванням трансплантації» [59].

За 2020 р. вдалося пересадити 10 сердець, 20 печінок, 94 нирки та 1 підшлункову залозу. Плани на 2021 р. амбітніше – 245-250 операцій [60]. У цьому році планується перша за всю історію незалежності пересадка легень. Зрозуміло, що така кількість операцій не задовольнить щорічну потребу навіть на 10%, але це вдвічі більше, ніж раніше проводили операцій за рік.

Отже, як бачимо, з 1991 р. було прийнято величезну кількість НПА, утворено і реформовано Координаційний центр трансплантації, але це не принесло бажаної кількості операцій – у 2008 р. потреба в операціях із застосуванням трансплантації оцінювалася у 5000 на рік, у 2021 р. МОЗ називає таку саме кількість.

У лютому 2021 р. у Львові вже провели мультиорганний забір органів у посмертного донора та врятували життя чотирьом людям. Тож, наразі саме Львів вважається «столицею» української трансплантології.

З усіх державних програм аудит використання коштів було проведено лише один раз (програма «Лікування громадян України за кордоном»). Аудит показав неефективне використання коштів і відсутність контролю з боку МОЗ над якістю наданих послуг українцям іноземними клініками.

## **2.2. Характеристика недоліків державної політики у сфері трансплантації України**

### **2.2.1. Відсутність державної політики щодо популяризації донорства**

На мою думку, відсутність діалогу влади з суспільством щодо важливості донорства – це найважливіший недолік, який гальмує розвиток системи трансплантації в державі, адже можна вкласти мільярди гривень в закупівлю необхідного обладнання, освіту медичного персоналу, але якщо не буде анатомічних матеріалів, які має трансплантувати хірург-трансплантолог, то ці інвестиції втрачають сенс.

Р. Матесанц зазначає, що одним з ключових факторів успіху у розвитку системи трансплантації є підвищення рівня інформованості населення щодо важливості донорства [61]. Підтвердженням цього є той факт, що у всіх країнах, де функціонує розвинена система трансплантації, діє потужна соціальна реклама, у школах та вищих навчальних закладах викладають програми щодо розвитку трансплантології та пояснюють як саме вона рятує життя людей.

Наприклад, у соціальній рекламі в Аргентина зображені органи людини у сміттєвих пакетах, у місці, де на думку авторів реклами, опиняються анатомічні матеріали людини після смерті у тому випадку, коли особа за життя написала відмову стати посмертним донором або її рідні не дають згоду на вилучення органів після її смерті. Під зображенням сміттєвих пакетів допис англійською «Stop wasting life» – «Досить марнувати життя» [62].



*Рисунок 2.1. Аргентинська соціальна реклама*

Іншим прикладом є бразильська соціальна реклама. На фото зображено пожежника, який рятує 7 людей. Поруч відповідний допис – «You can do the same», що перекладається як «Ви можете зробити те ж саме»; а нижче написано, що посмертний донор може врятувати до 7 інших життів [63].



*Рисунок 2.2. Бразильська соціальна реклама*

Бельгійці у своїй соціальній рекламі зобразили хворого чоловіка, який каже, що у нього немає часу дочекатися на останній сезону серіалу («I can't wait for the season finale») [64].



*Рисунок 2.3. Бельгійська соціальна реклама.*

А тепер подивимося на українську «соціальну рекламу» (фото із соціальної мережі «Фейсбук»). Формулювання «вилучення органів» є професійним терміном, яким послуговуються і медичний персонал, і журналісти – в цьому немає нічого незаконного. Організаціям, які ініціювали розміщення такою кампанії (в переліку є навіть ЦОВВ, а саме Міністерство соціальної політики), варто було б зазначати про саме «**незаконне** вилучення органів», бо в тому формулюванні, яке ми бачимо, йдеться про заклик боротьби проти будь-якого вилучення органів, і проти добровільних донатій також.



Рисунок 2.4. Українська «соціальна реклама».

Суспільству треба пояснювати чому донорство важливе і для того, щоб ця комунікація була результативною, потрібна відповідна державна політики.

### 2.2.2. Незадовільний стан матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я

Тут йдеться в першу чергу про трансплантаційні відділення та відділення інтенсивної терапії, які мають бути забезпечені усім необхідним обладнанням та лікарськими засобами, адже без цього неможливо створити результативну систему трансплантації. В першу чергу, йдеться про обладнання для констатації смерті мозку, адже згідно з ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині», медичний персонал має право вилучати органи у померлої людини тільки після констатації смерті мозку, тобто відсутність обладнання дорівнює відсутності операції. Як зазначалося раніше, лише 5% відділень інтенсивної терапії забезпечені необхідним устаткуванням для постановки такого діагнозу.

Дж. Чітеріо та П. Мерфі акцентують увагу, що в Іспанії понад 95% усіх донорських органів від померлих отримують як раз у відділенні інтенсивної терапії, і всі зусилля щодо збільшення донорства спрямовані на ранню ідентифікацією пацієнтів із руйнівними травмами мозку, тому особливо важливим є закупівля апаратів штучної вентиляції легень (ШВЛ) [65]. Ситуація з коронавірусом показала наскільки погано Україна забезпечена апаратами ШВЛ.

### **2.2.3. Відсутність єдиного державного реєстру донорів та реципієнтів**

Система трансплантації не може існувати без точних даних щодо кількості потенційних донорів та пацієнтів, які потребують трансплантації. Незважаючи на те, що у кожній державній програмі було прописано створення такого реєстру – його досі немає.

Таким чином, всіх реципієнтів заносять у паперові списки очікування різні лікарні та неурядові організації. Донорів органів на даний момент внести просто не має куди. Виключенням є «Український реєстр донорів кісткового мозку», який був створений однойменним благодійним фондом у 2018 р. Зараз цей фонд виконує функції держави, популяризуючи донорство кісткового мозку та, найголовніше, ця організація створила та продовжує наповнювати перший український реєстр, присвячений донорству кісткового мозку. Станом на лютий 2021 р. в цьому реєстрі зареєстровано 2609 донорів [66].

Варто зазначити, що ще у 2009 р. на Державний експертний центр МОЗ (тоді це було ДП «Державний фармакологічний центр» МОЗ) було покладено обов'язок створити реєстр донорів саме кісткового мозку, але перевірка Державної аудиторської служби у 2012 р. виявила, що цього реєстру не існувало навіть у розробці [67].

Новоствореному Українському центру трансплант-координації необхідно якомога швидше запуснути державний реєстр у дію для розбудови системи трансплантації.

### **2.2.4. Незабезпечення імуносупресивною терапією пацієнтів з пересадженими органами та кістковим мозком**

Наразі в Україні існує проблема незабезпечення медикаментами, а саме імуносупресантами людей з пересадженими органами. Людина після отримання донорського органу та кісткового мозку життєво має приймати ліки, які не дозволять відторгнення трансплантата. Така терапія є досить

дорогою і найважливіше те, що призначений препарат лікарем після трансплантації неможна змінювати на інший.

В Україні пацієнти вимушені дуже часто купувати такі ліки за власний рахунок, тому що МОЗ у рамках економії, закупаючи імуносупресивні препарати, самостійно замінював їх на інші, без попередньої консультації з лікарями, які супроводжують пацієнтів з пересадженими органами. Така самовільна заміна ліків загрожує відторгненням трансплантата.

О. Ніконенко називає таку економію коштів сумнівною, адже це порушує усі протоколи лікування та загрожує життю пацієнта. Він зазначає, що для безпечного переходу людини з одного препарату на інший (виключно за медичними показаннями), її мають покласти в стаціонар та «виконати приблизно 5 проб» для перевірки того, наскільки цій конкретній людині підходять ці ліки. Одна проба коштує в середньому 4 тис. грн. [68].

Отже, навіть зміна препарату за медичними показаннями є досить дорогою процедурою для Державного бюджету, а якщо людині змінюють призначену лікарем терапію без потреби та ще й без госпіталізації – це загрожує смертю пацієнта та зводить нанівець всі операції з трансплантації.

#### **2.2.5. Неналежне приділення уваги до кадрового забезпечення з боку держави**

Наслідком цього недоліку є брак кваліфікованих кадрів та відсутність можливості підвищувати кваліфікацію для медичного персоналу, який наразі задіяний у операціях із застосуванням трансплантації.

О. Ніконенко говорить про «обов'язковість курсу із діагностики смерті мозку для реаніматологів та анестезіологів та про курси підвищення кваліфікації для сімейних лікарів» [41].

Раніше вже зазначалося про труднощі, пов'язані з констатацією смерті мозку в Україні у зв'язку з дефіцитом необхідного обладнання. Проте, є проблеми із браком знань щодо цього діагнозу і в працівників відділень

реанімації та інтенсивної терапії. Головні лікарі медичних закладів також не завжди зацікавлені у постановці такого діагнозу пацієнтам, адже тоді вони у більшості випадків стають потенційними донорами, а це додаткова відповідальність та обов'язки. Крім того, у минулому правоохоронці приходили з перевітками до таких лікарень і викликали на допити хірургів-трансплантологів, і лікарі були вимушені замість того, щоб займатися своєю роботою, ходити по відділеннях поліції. На мою думку, держава навпаки повинна створити сприятливі умови праці для лікарів, які проводять операції з трансплантації, а не створювати для них бюрократичних проблем, адже це не є нормою, коли медик рятує життя пацієнту, і за це ще може понести кримінальну відповідальність.

Внесення змін до ст.143 КК України у 2019 р. полегшило роботу медичного персоналу, залученого до операцій із застосуванням трансплантації.

Особлива увагу варто приділити трансплант-координаторам, адже це нова професія в Україні та одночасно одна з найважливіших складових успішної системи трансплантації; без розвитку служби трансплант-координації не вдасться досягти трансплантаційної незалежності. Незважаючи на те, що декілька ВНЗ проводять курси з підготовки таких спеціалістів – цього недостатньо.

Українці, які отримали донорський орган зазначають про те, що багато лікарів в Україні (терапевтів, невропатологів і т. д.) відмовляються надавати їм медичну допомогу через брак знань.

Отже, іспанська система трансплантації довела необхідність постійного навчання медичного персоналу і українські розробники державної політики у сфері трансплантації мають обов'язково врахувати цей досвід.

### **2.2.6. Відсутність міжгалузевого співробітництва**

Міжвідомча співпраця є необхідною умовою для розвитку трансплантації неродинного донорства, адже дії при появі донора мають бути скоординовані: від виїзду бригади вилучення органів до доставки органів у лікарню для пересадки (в першу чергу мова йде про співпрацю між МОЗ та МВС, а саме Національною поліцією України та Державною службою з надзвичайних ситуацій, адже для транспортування органів у багатьох країнах виділяється поліцейський кортеж або навіть застосовується санітарна авіація). На жаль, зараз така співпраця відсутня.

### **2.2.7. Прогалини у законодавстві**

Операції з трансплантації для порятунку хворих роблять в Україні починаючи з 1999 р., коли був ухвалений ЗУ «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині». Цей закон ніколи повноцінно не працював, оскільки не було прописано більшості механізмів вилучення, зберігання анатомічних матеріалів, не було створено єдиного реєстру хворих та потенційних донорів.

У травні 2018 р. був прийнятий новий закон, який покликаний регулювати цю сферу («Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людини»). Закон передбачає запуск ЄДІСТ – платформи, на якій будуть створені та об'єднані реєстри реципієнтів, потенційних донорів, трансплант-координаторів та ще п'ятьох інших реєстрів; саме вона буде підбирати пару «донор-реципієнт». Блокування всіх операцій на декілька місяців у 2019 р. сталося через недалекоглядність законотворців, які не розраховували час на створення та наповнення ЄДІСТ і прописали, що всі трансплантації з 1 січня 2019 р. можливі виключно із застосуванням цієї системи; якщо ж лікарі б робили все одно операції, їх би очікувала кримінальна відповідальність за порушення порядку операції. Ситуацію

вдалося виправити шляхом внесення змін до профільного закону, які дозволили проводити операції лікарям і до запуску цієї системи.

Новий закон, як і попередній, передбачає презумпцію незгоди померлого на донорство його анатомічних матеріалів, тобто органи для трансплантації можливо вилучити тільки в разі, якщо людина за життя надала на це згоду.

Проте, деякі моменти не розкриті; наприклад процедура «перехресного донорства» – у законі написано, що порядок його застосування визначатиметься нормативно-правовим актом Кабінету Міністрів України, якого досі, майже через три роки після прийняття профільного закону, немає.

Але в цілому, на даний момент українське законодавство у цій сфері є задовільним та не створює більше загроз для українських лікарів та їх пацієнтів.

### **2.3. Фактори середовища, що формують контекст проблеми**

#### *1. Загальний рівень розвитку медицини в державі.*

Охорона здоров'я громадян – одна з головних функцій держави. Наразі якщо порівнювати рівень медичного обслуговування України з іншими державами світу (особливо з високорозвиненими), то порівняння буде не на користь вітчизняної системи охорони здоров'я.

Так, за індексом процвітання, який складається аналітичним центром Legatum Institute починаючи з 2008 р., Україна за категорією «Охорона здоров'я» (станом на 2020 р.) посідає 92 місце із 167 можливих [69]. Нашими сусідами є Гайана та Ель-Сальвадор (показники, з яких складається ця категорія, включають у себе: рівень вакцинації, тривалість життя; рівень смертності; кількість хворих на діабет та ожиріння тощо). Така низька оцінка якості сфери охорони здоров'я не може не лякати.

Відповідно до ЗУ «Про Державні фінансові гарантії медичного обслуговування» на медицину потрібно витратити не менше 5% ВВП [70], тоді як в Україні цей показник ніколи не досягував навіть до 4% ( у 2021 р. він

складає 3,5 % від ВВП [71]). Саме тому всі рівні надання медичної допомоги відчують недостатність фінансування і важко говорити про якісні медичні послуги.

Оскільки операції із застосуванням трансплантації відносяться до третинного (високоспеціалізованого) рівня медицини – то їх вартість є великою, тому розбудова системи трансплантації вимагає безперервного значного фінансування (закупівля необхідного технічного обладнання, кошти на освіту для медичних працівників, оплата праці медичного персоналу тощо).

Влітку 2020 р. з'явилися заяви В. Зеленського про необхідність розвитку системи трансплантації в Україні та про вкладення 3-4 млрд. грн в цю сферу за два наступні роки [72].

## *2. Недовіра суспільства державним інститутам, зокрема, МОЗ та МВС.*

Для того, щоб в державі зростала донорська активність, у суспільства має бути довіра до держави, в першу чергу, до лікарів та правоохоронних органів. Люди повинні бути впевненими у тому, що лікарі до останнього будуть боротися за їх життя, а правоохоронці не допустять жодних протиправних дій з метою нелегального заволодіння анатомічними матеріалами людини.

На жаль, через нескоординовані дії МОЗ під час пандемії коронавірусу (ситуація, яка склалась довкола вакцинації, надбавок лікарям, закупівлі ліків тощо) та недореформованість правоохоронних органів, в українців не додається довіри і до трансплантології.

До того ж, українські ЗМІ не раз використовували сенсаційні заголовки про «чорних» трансплантологів для того, щоб підвищити свої рейтинги, а МОЗ потім доводилося їх спростовувати (наприклад, ситуація в Івано-Франківську довкола судово-медичних експертів, які начебто вирізали органи для підприємства «Біоімплант») [73].

## *3. Потенційні корупційні ризики.*

Відомими є факти корупції, наприклад, в медичних закупівлях, але про лікарів-корупціонерів, пишуть не так часто, а особливо про трансплантологів-хабарників.

Так, восени 2019 р. затримали Олега Котенка, завідувача відділення трансплантації печінки в інституті Шалімова, який підозрювали у тому, що він брав хабарі зі своїх пацієнтів протягом всієї кар'єри. Багато колег заступилися за нього, мовляв він лікар, яких одиниці в Україні, і треба вибачити йому та надати можливість надалі проводити операції. Як передає ТСН: «Колишній завідувач відділення трансплантації печінки Інституту імені Шалімова зізнався в корупційному злочині і пішов на угоду зі слідством. Покарання, яке визначив суд – штраф у 8,5 тисяч гривень» [74]. Зараз О. Котенко працює у приватній клініці «Оберіг» і носить звання «заслуженого лікаря України».

Продовжуючи тему корупції серед медичного персоналу варто згадати про гучний скандал, який мав місце в Охматдиті у 2018 р. Тоді було звільнено Олега Рижака (керівник відділення трансплантації кісткового мозку) Світлану Донську (завідувачка центру дитячої онкогематології), яких звинувачували у корупції як батьки дітей, які лікувалися у цьому медичному закладі, так і представники різних благодійних фондів, які допомагають онкохворим пацієнтам; Національна поліція відкрила проти них кримінальну справу [75].

Пацієнти, які відвідують процедуру гемодіалізу також зазначають про хабарі, які вони вимушені сплачувати медичному персоналу.

Окремої уваги заслуговують чиновники, які дотичні до програми «Лікування громадян України за кордоном» та до розподілу медичної субвенції з Державного бюджету місцевим бюджетам (МОЗ та департаменти охорони здоров'я державних адміністрацій).

Як раз через відсутність систематичного контролю за використанням коштів, і трапляються такі ситуації, адже з різноманітних державних програм у сфері трансплантації, які діяли за весь час в Україні, повний аудит був проведений Рахункової палатою лише стосовно програми «Лікування громадян України за кордоном» за 2016-2017 рр. За результатами аудиту було визначено, що частина коштів була витрачена неефективно, нерезультативно та не за цільовим призначенням. [76].

Особливо небезпекою видається непрозоре використання частину коштів, адже зараз бюджет програми складає більше 1 млрд. грн. Скільки грошей було витрачено таким чином за попередні роки невідомо.

Я вважаю, що всі витрати з Державного бюджету на розбудову системи трансплантації мають відбуватися виключно через НСЗУ з обов'язковим контролем за використанням бюджетних коштів, а саме аудитом ефективності використання бюджетних коштів Рахунковою палатою або Державною аудиторською службою.

Звичайно, що роботу антикорупційних органів неможливо замінити абсолютно ні чим. При виявленні під час аудиту фактів, що містять ознаки кримінальних правопорушень, необхідно обов'язково Поінформувати Національне антикорупційне бюро України та Національну поліцію України. Хабарники мають нести відповідальність відповідно до українського законодавства – лише реальні покарання винних зможуть повернути довіру українців до медичної системи України.

#### *4. Нерозвиненість інфраструктури.*

На перший погляд здається, що це несуттєве питання, але при виявленні потенційного донора час на пересадку органів спливає занадто швидко (для серця критичний термін 6 годин, для печінки — 12 годин, а для нирки — доба), тому карета швидкої допомоги має оперативно доставити донора до необхідного пункту призначення, а враховуючи стан доріг в державі, це виявляється досить складним питанням. Органи можуть перевозити окремим літаком санітарної авіації, каретою швидкої допомоги чи навіть комерційними авіарейсами (в США органи вже транспортують дронами), до того ж, може бути необхідна скоординована доставка пацієнта, який перебуває в черзі на донорський орган.

### **2.4. Висновки до Розділу 2**

Незважаючи на те, що старт вітчизняної системи трансплантації було покладено ще в 1992 р., коли відбулася перша трансплантація нирки в Україні з моменту проголошення незалежності, довгі роки єдиними змінами були

видання різних нормативно-правових актів та утворення на папері установ, які мала займатися розвитком системи трансплант-координації в Україні. Крім того, була започаткована державна програма «Лікування громадян України за кордоном», яка за висновками як Рахункової палати, так і різних аналітичних центрів є вкрай неефективною та фактично фінансує розвиток медичних систем інших країн.

Таким чином, у розділі 2 було виділено проблеми державної політики, які заважають розвиватися вітчизняній системі трансплантації: відсутність державної політики щодо популяризації донорства, незадовільний стан матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, відсутність єдиного державного реєстру донорів та реципієнтів, незабезпечення пацієнтів якісною імуносупресивною терапією, проблеми з кадровим забезпеченням, брак міжвідомчої співпраці та деякі законодавчі прогалини.

Крім того, було виокремлено фактори середовища, які впливають на вирішення проблеми. До них можна віднести незадовільний стан медичної системи України в цілому, недовіру суспільства державним інститутам, корупцію як в органах державної влади, так і в системі охорони здоров'я на рівні медичного персоналу закладів охорони здоров'я та проблеми із інфраструктурою, зокрема зі станом доріг та транспортними засобами, які знаходяться у власності держави (в першу чергу, йдеться про транспортні засоби МВС).

## РОЗДІЛ 3. ПОТЕНЦІЙНІ ШЛЯХИ УСУНЕННЯ ІСНУЮЧИХ НЕДОЛІКІВ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У СФЕРІ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ

### 3.1. Розробка критеріїв результативності для впровадження дієвої системи трансплантації

У серпні 2020 р. МОЗ презентувало стратегію розбудови системи трансплантації України на період 2020-2023 рр., в якій зазначено про очікування здобути трансплантаційну незалежність до 2023 р. [77; слайд №8]. У цьому документі також містяться заплановані результати з кількості трансплантацій органів та кісткового мозку на 1 млн. населення до 2023 р.

*Таблиця №3.1 – Заплановані результати з кількості трансплантацій анатомічних матеріалів людини на 1 млн. населення до 2023 р. [77].*

Анатомічний матеріал	Кількість трансплантацій на 1 млн. населення
Нирка	15.18
Печінка	6.05
Серце	2.5
Легені	1.0
Кістковий мозок (аутологічна)	11.52
Кістковий мозок (алогенна)	2.08

МОЗ не зазначило, на яку саме кількість населення України були зроблені розрахунки. На думку німецьких трансплантологів з клініки Шлезвіг-Гольштейн, в Україні щороку має бути трансплантовано приблизно 150 сердець, адже кількість населення в Україні вдвічі менше за Німеччину (населення Німеччини станом на березень 2021 р. складає 83.1 млн. осіб [78]), а в останній кожного року пересаджують приблизно 300 сердець (думка була озвучена на німецько-українському саміті з трансплантології) [79].

На жаль, у стратегії щодо розбудови системи трансплантації в Україні, також не було зазначено на яку саме донорську активність розраховує МОЗ, тобто яка кількість посмертних донорів очікується на 1 млн. населення, наприклад, станом на 1 січня 2023 р. Ще в 2000 р. на Всесвітньому конгресі трансплантологів в Італії було зазначено, що донорська активність має складати не менше 25 донорів на 1 млн. населення [80]. Варто зазначити, що іноземний досвід, зокрема Білорусі, доводить, що результативна система трансплантації функціонує і при меншій донорській активності. Так, білоруські трансплантологи вже у 2011 р. проводили іноземцям операції при донорській активності всього 10,1 донор на 1 млн. населення, і це при тому, що розвиток системи трансплантації в країні розпочався у 2008 р. (починали з показника – 3,9) [81].

Як повідомляє МОЗ, зараз в Україні донорська активність складає 0,2 донора на 1 млн населення [82], що є вкрай низьким та незадовільним показником для системи охорони здоров'я будь-якої держави. Тому Україні потрібно якомога швидше підвищити цей показник хоча б до 10 донорів на 1 млн. населення.

Якщо говорити про кількість трансплантацій на 1 млн. населення, то за словами І. Заславець, засновниці ГО «Всеукраїнська платформа донорства IDonor», середній показник трансплантацій у Європі – 23 на 1 млн. населення; тобто за таких показників, в Україні мали проводити приблизно 1000 трансплантацій нирки та 500 печінки. За 2020 р. було трансплантовано 20 печінок та 94 нирки [83].

Що стосується трансплантації кісткового мозку, то за 2020 р. було виконано 204 операції на території України; на 2021 р. заплановано довести кількість таких трансплантацій до 480, що звичайно не задовольнить повну потребу українців, проте збільшення їхньої кількості вдвічі свідчить про розвиток системи трансплантації в Україні, тим паче з 480 операцій – 50 планується провести від неродинного донора (до 2020 р. в Україні не було

проведено жодної трансплантації кісткового мозку від неродинного донора) [84].

Отже, враховуючи критично низьку донорську активність в Україні, плани МОЗ досягти трансплантаційної незалежності до 2023 р. вдаються вкрай нереалістичними.

Зважаючи на вищенаведені показники, очікуваними результатами дієвої системи трансплантації є наступні показники: створення та скорочення єдиного листа очікування для громадян України та можливість проведення платних операцій для іноземців.

Основним результатом має стати *створення та скорочення єдиного листа очікування для громадян України*, тобто всі зусилля державної влади мають бути сконцентровані на наданні якісної та вчасної високоспеціалізованої медичної допомоги, а саме операцій із застосуванням трансплантації, українцям на території України.

Щодо *можливості проведення платних операцій для іноземних громадян*, тут пропонується запозичити досвід білоруських колег, які за рахунок таких операцій роблять трансплантації для самих білорусів повністю безкоштовно. До речі, саме українці складають найбільший відсоток іноземців, які знаходяться у листі очікування цієї держави (середній термін очікування трансплантації нирки для білоруса складає 13-14 місяців [85]), що є одним з найнижчих показників по тривалості очікування в Європі, а для іноземця може доходити до 5 р., адже громадянин іноземної держави може отримати орган лише у тому випадку, коли жодному громадянину Білорусі він не підійшов). Важливим моментом є норма в білоруському законодавстві про те, що максимальний відсоток операцій із застосуванням трансплантації для іноземців не може перевищувати 10% від загальної кількості проведених операцій за рік [86].

Цей результат стане можливим виключно після здобуття Україною трансплантаційної незалежності, а тому є довготривалим.

*Таблиця №3.2 – Критерії результативності дієвої системи трансплантації*

Очікуваний результат	Показник результативності	Індикатор
1.Створення та скорочення єдиного листа очікування для громадян України	1.1. Повноцінний запуск ЄДІСТ	1.1.1. Запуск ЄДІСТ до 1 квітня 2021 р.
	1.2. Збільшення кількості операцій із застосуванням анатомічних матеріалів людини	1.2.1. Збільшення донорської активності до 10 донорів на 1 млн. населення до 1 липня 2024 р. 1.2.2. Функціонування в кожній області мінімум одного закладу охорони здоров'я, який поєднає в собі базу вилучення та трансплантаційне відділення з щонайменше з 1 трансплант-координатором на медичний заклад

		<p>станом на 31.12.2021 р. 1.2.3. З 1 липня 2021 р. початок інформаційної кампанії задля налагодження діалогу з суспільством про важливість донорства.</p>
2.Можливість проведення платних операцій для іноземних громадян	1.3. Створення листа очікування для іноземних громадян у середньостроковій перспективі (5 років).	1.3.1. З 1 січня 2026 р. можливість проведення до 10% платних операцій для іноземців від загальної кількості операцій, які будуть здійснюватися на території України.

### **3.2. Вироблення заходів та рекомендацій щодо покращення курсу дій для органів державного управління**

В Україні розпочалась реальна розбудова системи трансплантації після прийняття у 2018 р. ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині», адже більшість юридичних бар'єрів було знято. На даний

момент Україна вже впроваджує окремі елементи «іспанської моделі»: впровадження професії трансплант-координатора, переформатування єдиного центру координації.

Проте, як зазначалося в попередньому розділі, існує багато інших недоліків у державній політиці, які заважають розвиватися вітчизняній системі трансплантації.

### **3.2.1 Розробка державної політики щодо популяризації донорства**

За розробку державної політики щодо популяризації донорства має відповідати Український центр трансплант-координації (в Іспанії саме Національна організація з трансплантації відповідальна за цей напрямок державної політики); йому потрібно розробити *інформаційну кампанію, яка ставить собі за мету популяризацію донорства.*

Комунікативні цілі такої кампанії наступні:

- 1) Спонукати замислитися українців над важливістю донорства (якщо раніше людина просто не цікавилася цією темою);
- 2) Змінити ставлення українців до цього питання (якщо воно було негативне).

Ключові повідомлення:

*1 ключове повідомлення. Чому я повинен стати донором?*

1. Це може врятувати інших людей.

Цей меседж скоріше за все вплине на більш активних та свідомих громадян, бо йдеться скоріше про моральний обов'язок щодо інших.

2. Це може врятувати мене.

Тут людина розуміє, яка буде користь саме для неї. У рекламному ролику/курсі потрібно донести меседж, що як потенційним донором, так і потенційним реципієнтом може стати кожний з нас. Тобто, Вам самому колись

може знадобитися трансплантація органу, і тільки донор зможе врятувати ваше життя.

*2 ключове повідомлення. Трансплантація органів – це послуга, яка рятує людське життя.*

У цьому випадку ми робимо акцент на тому, що трансплантація – це не лише про вилучення органів, а це – комплексна послуга, яка включає в себе як вилучення органів за згодою людини або її родичів, а й робота медичного персоналу, медичне обладнання, міжвідомча співпраця та найголовніше – це врятована людина.

Влітку 2017 р. Соціологічна група Рейтинг провела опитування щодо пожертви органів, за результатами якого виявилось, що 63% респондентів виступають за пожертву людських органів після смерті, 25% – не підтримують цю ідею та ще 12% – не визначились [87].

Як бачимо з опитування, підтримка донорства досить суттєва, проте з населенням потрібно проводити роз'яснювальну роботу, завдяки якій люди з самого дитинства почнуть звикати до того, що трансплантація — це нормальний спосіб лікування.

На мою думку, просвіта (починаючи з самого дитинства) є одним з найуспішніших засобів у популяризації донорства анатомічних матеріалів людини, адже як зазначає Ф. Кантаровіч: «Молодь, а особливо діти позбавлені упереджень і можуть легко засвоювати нові ідеї, іноді набагато легше, ніж дорослі» [88]. Це вказано стосовно розвінчування різних упереджень довкола посмертного донорства. Йдеться про те, що скоріше за все дитина, яка ще під час навчання у школі дізналася про існування трансплантології, про людей, які потребують пересадки різних органів та про посмертних донорів-героїв, які рятують навіть після своєї смерті не одне життя, в дорослому віці скоріше за все зареєструється в якості потенційного донора або у випадку смерті близької

людини надасть згоду про вилучення у неї органів (і розмова між цією людиною та трансплант-координатором в лікарні не стане для нею шоком).

Коли ж з особою ніхто ніколи не говорив про посмертне донорство, ситуація буде кардинально протилежною. Людина буде думати при слові трансплантація виключно про «чорних» трансплантологів, викрадення людей та вбивства. В Україні завдяки різним серіалам та фільмам склалось як раз таке враження. Але суспільство має розуміти, що «не так страшно стати донором органів після смерті, як реципієнтом за життя» (це слова засновника ГО «Національний рух «За трансплантацію» Ю. Андрєєва) [1].

Останнім часом ситуація почала змінювати. За 2020 р. телеканали «СТБ» та «Україна» показали декілька фільмів та серіалів, де як раз показували не лікарів-злочинців, а пересічних громадян, які чекають на пересадку роками. Крім того, телеканал «Україна наприкінці 2020-на початку 2021 р. запустив цикл сюжетів «Життя після трансплантації», де показував історії українців з пересадженими органами. Я вважаю, що саме таких передач має бути більше на українському телебаченні. Крім того, потрібно транслювати фільми про донорство органів (наприклад, «Щасливого Різдва», про дівчину, яка потребує пересадки серця через свою хворобу тощо). Саме такі фільми показують реальний стан речей у світі, а не серіали, де викрадають людину і вилучають анатомічні матеріали; при цьому дуже часто викрадач і хірург – це одна особа, яка все робить самотійно. Українські трансплантологи вже не раз зазначали про те, щоб відбулася успішна трансплантація, необхідна команда із десятків професіоналів щонайменше. Тому треба позбуватися стереотипів, які існують в головах людей здобуті здебільшого через фільми, серіали або ЗМІ.

Повертаючись до теми освіти, можна запозичити досвід Канади, а саме їх шкільну освітню програму з цієї теми. Вона містить історію розвитку трансплантації як методу лікування, різницю між пожертвою органів від живого та померлого донору, яка смертність серед тих людей, які очікують на пересадку органу та навіть ставлення релігії до донорства органів [88].

Окремого пункту заслуговує пояснення дітям концепції «смерть мозку». В Україні не те, що діти або дорослі без медичної освіти не знають або не визнають її, є навіть лікарі, які не вірять в цю концепцію. Проте, це не ефемерна річ, яку можна чи неможна визнавати. «Смерть мозку» за визначенням, яке наведене в «Organ shortage: current status and strategies for improvement of organ donation – A European consensus document» – це повне та незворотне припинення всіх функцій мозку, яке з наукової, етичної та правової точки зору прирівнюється до смерті особи. Для встановлення смерті мозку є обов’язковим суворе тестування за узгодженими протоколами» [89]. Тобто – це незворотній процес та чіткий медичний діагноз, який дорівнює смерті людини.

Саме тому треба приділити окрему увагу в інформаційній кампанії розвінчуванню цієї невіри в концепцію «смерть мозку» і зробити акцент на тому, що цей діагноз ставиться не заради отримання людських органів, а в першу чергу, для того, щоб припинити втручання у пацієнта, який вже помер. Можливість вилучення органів у пацієнтів з таким діагнозом – це лише опція, якою лікарі можуть скористатися, якщо особа виявила за життя бажання стати донором після своєї смерті або згода її родичів на це, але суспільство має розуміти, що нестача органів веде до смерті людей.

Таким чином, пропонується створити єдиний навчальний онлайн-курс на платформі Prometheus або EdEra. Чому онлайн-курс, а не уроки або лекції в живому форматі у кожному навчальному закладі? Окрім фінансової сторони питання, це людський фактор, адже якщо в певному навчальному закладі поставляють відповідальну особу за такі уроки/лекції, а людина сама є противником донорства, то результат такого «навчання» є очевидним.

Пропонується також запуснути соціальну рекламу (приклади соціальної реклами інших держав в 2 розділі) на телебаченні, у громадському транспорті та у соціальних мережах. Окремої уваги заслуговують останні. Я вважаю, що суспільство можна інформувати про важливість донорства через соціальні

мережі. Такі дослідники як М. Стефаноне, Е. Енкер, М. Еванс, Т. Філі стверджують, що змінити відношення суспільства до донорства можливо за допомогою соціальних мереж. Дослідники звернулися до лідерів студентського самоврядування у коледжі для того, аби вони підтримали донорство органів у соціальних мережах; після закінчення експерименту було повідомлено про збільшення реєстрації потенційних донорів серед студентів цього коледжу [90].

Канадці також активно використовують сучасні технології у популяризації донорства (Facebook, YouTube, Twitter, Instagram) [91].

Також через соціальні мережі можливо співпрацювати з лідерами суспільної думки, які можуть давати прижиттєву згоду на посмертне донорство і оповістити про це своїх підписників (наприклад, Андрій Пятов чи Дмитро Разумков, які зареєструвалися в якості потенційних донорів в українському реєстрі донорів кісткового мозку).

Потрібно проводити тижні донорства (наприклад, у жовтні, адже 17 жовтня відзначається Всесвітній день донорства та трансплантації органів).

У США навіть «проводиться парад пам'яті за участі людей з пересадженими органами і родичів тих, хто став посмертним донором» [92].

Р. Матесанц у своїй статті зазначає про різні інструменти, включаючи роботу ЗМІ, існування цілодобової гарячої лінії з питань трансплантації [61]. (можна створити таку лінію при МОЗ, де населення зможе проконсультуватися з оператором щодо різних питань, пов'язаних із донорством). Що стосується роботи зі ЗМІ, то треба якомога активніше з ними співпрацювати (давати інтерв'ю співробітникам МОЗ, медичними працівниками; робити телевізійні сюжети); потрібно зробити їх нашими союзниками у популяризації донорства (інакше, буде втрачено важливий канал донесення інформації, а у найгіршому випадку отримаємо статті про «чорну» трансплантологію).

*З ким співпрацювати?* На мою думку, варто розділити заінтересованих сторін на 5 категорій і з кожною з них провести консультації:

- 1) Національні організації: ГО Національний рух «За трансплантацію», ГО IDonor: Всеукраїнська платформа донорства, БФ «Український реєстр донорів кісткового мозку», ГО «Трансплантація – шанс на життя», БФ «Асоціація пацієнтів гемодіалізу та пацієнтів з трансплантованою ниркою», Центр стратегічних комунікацій StratCom Ukraine;
- 2) Міжнародні організації (ВООЗ, ПРООН, Агентство США з міжнародного розвитку);
- 3) Експерти (Дмитро Коваль, Ірина Заславець, Оксана Дмитрієва), публічні особи, які підтримають донорство;
- 4) Всеукраїнська Рада Церков і Релігійних Організацій;
- 5) ЗМІ.

До фінансового забезпечення для створення потужної інформаційної кампанії можна залучити донорів, наприклад Агентство США з міжнародного розвитку або ПРООН. Саме Агентство США з міжнародного розвитку («Проект енергетичної безпеки») фінансує розробку та імплементацію комунікаційної стратегії Міністерства енергетики України.

Схожий приклад, пов'язаний з розробкою додатку «Дія» одним з найкращих маркетингових агентств України «Fedoriv Agency» (розробка дизайну, імені, комунікаційних рішень), роботу якого профінансували міжнародні донори [93].

Крім того, має бути постійний моніторинг того, що пишуть ЗМІ, пересічні українці у соціальних мережах (наприклад, коментарі на офіційних сторінках МОЗ), робити висновки щодо дієвості кампанії та вносити корективи за необхідності.

### **3.2.2. Системне фінансування для модернізації матеріально-технічної бази та витратних матеріалів**

Оскільки трансплантологія є високоспеціалізованою медичною допомогою, вона потребує великого фінансування.

Як зазначалося раніше, українські реанімаційні відділення майже не забезпечені базовим медичним обладнанням для констатації смерті мозку; звичайно, що таке обладнання є дорогим, проте те саме обладнання необхідне для встановлення не лише цього діагнозу, але і для інших, тому воно має бути обов'язково в таких відділеннях.

Що стосується вартості, то ціна одного газоаналізатора складає приблизно 10-11 тис. дол. (вартість витратних матеріалів дорівнює 250 дол. на 45 днів) [94].

Відділення трансплантації кісткового мозку потребують обладнання для проведення екстракорпорального фотофереза – це приблизно 9 млн. грн. (поки в Україні не було в жодній лікарні цього устаткування доводилося відправлять пацієнтів за кордон – у Західній Європі 1 курс коштує від 20 до 40 тис. євро [21], тобто від 674 000 грн. до 1 млн. 348 тис. грн на одного пацієнта; тому доцільніше робити цю процедуру саме в Україні. Крім того, мають закуповуватися асептичні бокси.

Із впровадженням медичної реформи та реформи децентралізації, саме органи місцевого самоврядування є відповідальними за матеріально-технічний стан закладів охорони здоров'я, власниками яких вони є. Зараз завдяки державній підтримці у вигляді пілотного проєкту з трансплантації лікарням, які беруть у ньому участь, повністю відшкодовується вартість витратних матеріалів, оплата медичного персоналу та інші складові, які входять до вартості операції. Державна підтримка МОЗ необхідна і для закупівля необхідного обладнання, але виключно через централізовані закупівлі, а саме через ДП «Медичні закупівлі України».

Таким чином, лише системне фінансування закладів охорони здоров'я як з державного, так і місцевих бюджетів може забезпечити не лише розвиток системи трансплантації, а й забезпечити нормальне щоденне функціонування українських реанімаційних відділень.

### **3.2.3. Повноцінний запуск Єдиної державної інформаційної системи трансплантації органів та тканин (ЄДІСТ)**

На платформі ЄДІСТ будуть створені та об'єднані 9 реєстрів:

- 1) реєстр пацієнтів, які потребують пересадки;
- 2) реєстр потенційних донорів;
- 3) реєстр осіб з трансплантованим анатомічним матеріалом;
- 4) перелік закладів охорони здоров'я, які мають ліцензію на проведення операцій із застосуванням трансплантації;
- 5) реєстр трансплант-координаторів;
- 6) реєстр із заявами про згоду чи незгоду на вилучення органів після смерті або заява при призначення уповноваженої особи, яка буде вирішувати як поступити з органами померлої людини;
- 7) реєстр згоди осіб, які є уповноваженими на надання такої згоди на вилучення анатомічних матеріалів для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів із тіла осіб, яких вони представляють;
- 8) реєстр анатомічних матеріалів людини, призначених для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів;
- 9) відомості про надану письмову поінформовану згоду реципієнта установленого зразка на надання медичної допомоги із застосуванням трансплантації [9].

До ЄДІСТ поки що не входить реєстр донорів кісткового мозку. Цим реєстром займається БФ «Український реєстр донорів кісткового мозку». Фонд співпрацює з WMDA (The World Marrow Donor Association) [66]. Це Всесвітня донорська асоціація кісткового мозку, в якій вже було знайдено

декілька донорів для українців. Саме розвиток міжнародного співробітництва є вирішальним у пошуку донора кісткового мозку.

На мою думку, створення окремої Державної інформаційної системи трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин не є доцільним; варто інтегрувати реєстр донорів кісткового мозку до вже створеної ЄДІСТ, а також додати туди реєстр реципієнтів.

Розробником системи виступило ТОВ «Грін Лайт Корпоративні рішення» [95]. Зараз ЄДІСТ не функціонує повноцінно, лише у дослідній експлуатації.

Інформаційну кампанію потрібно запускати після повноцінного запуску ЄДІСТ; в іншому випадку, буде дуже дивна ситуація, коли наприклад, людина побачила соціальну рекламу, вирішила дати згоду на посмертне донорство, приходить на прийом до свого лікаря (саме сімейний лікар має вносити згоду чи незгоду пацієнта на донорство у систему), а виявляється, що дані немає куди вносити (буде просто втрата грошей на інформаційну кампанію та розчарування людини).

#### **3.2.4. Забезпечення якісної імуносупресивної терапії**

Імуносупресивну терапію усі пацієнти мають отримувати безкоштовно та вчасно. Стабільність у вживанні цих ліків гарантує повноцінне життя людям з пересадженими органами.

Для такого забезпечення в ЄДІСТ створено окремий реєстр людей, які отримали донорський орган; саме за цим списком має розраховуватися необхідна кількість препаратів з конкретно назвою препаратів (на кшталт електронного реєстру інсулінозалежних пацієнтів).

Крім того, корисним є досвід Казахстану, який на законодавчому рівні закріпив проведення імуносупресивної терапії одним препаратом (за його торговою назвою) [68]. Україні варто піти таким же шляхом, адже це критичний момент у посттрансплантційному періоді для людей з

пересадженими органами. Як зазначив Р. Жук: «Пацієнту, котрий переніс відповідну операцію (трансплантацію), необхідно протягом усього життя приймати один і той самий препарат (однієї торгової марки) для імуносупресії» [96]. Зміна препарату є дуже небажаною для пацієнта, а МОЗ, на жаль, у гонитві за економією коштів має практику зміни препаратів, які закупаються, навіть без консультацій з лікарями, які супроводжують пацієнтів після операцій. Такий шлях веде до відторгнення трансплантата та до погіршення стану людей з пересадженими органами.

Проаналізувавши середню вартість ліків на рік для одного пацієнта, найменша ціна склала 291,5 тис. грн. [97]. Враховуючи вартість таких препаратів, закупівля імуносупресивних препаратів має відбуватися виключно через ДП «Медичні закупівлі» для мінімізації корупційних ризиків.

### **3.2.5. Безперервні освітні програми для медичних працівників**

Оскільки операції з трансплантації – це високоспеціалізована медична допомога, то рівень підготовки фахівців має бути відповідним. Особлива увагу варто приділити трансплант-координаторам, адже це нова професія в Україні та одночасно одна з найважливіших складових успішної системи трансплантації. Одна з найкращих програм для них – це Transplant Procurement Management (TPM), яка проходить у м. Мадрид.

Зараз в цьому напрямі відбувається зрушення з боку державної влади; так, МОЗ вже домовився з Посольством Іспанії в Україні «про можливість стажування українських фахівців у провідних трансплантологічних центрах Іспанії» [98]. Така можливість міжнародних обмінів є дуже важливим інструментом для того, щоб перейняти досвід українським спеціалістам.

Крім того, в Україні дуже рідко констатують смерть мозку, і це відбувається не тільки через дефіцит відповідного обладнання, а й через брак знань у медичного персоналу лікарень (тому особливий акцент має бути на навчанні медичного персоналу відділень інтенсивної терапії). Як зазначають

Д. Ескудеро та Дж. Отеро «в Іспанії 85% усіх трансплант-координаторів є лікарями-реаніматологами [99]; Україна може запозичити іспанський досвід і коли трансплант-координатор не буде мати роботи з потенційним донором, він зможе суміщати свою роботу з іншою медичною практикою, наприклад, у відділенні інтенсивної терапії.

Незважаючи навіть на високий рівень підготовки медичного персоналу, вони постійно мають проходити навчання для підвищення своєї кваліфікації.

В цілому, розвиток міжнародного співробітництва в галузі освіти є просто необхідним для розвитку системи трансплантації. Одним з постійних партнерів у цьому напрямі є Федеративна Республіка Німеччина (ФРН). Так, у січні 2021 р. був проведений німецько-український саміт з трансплантології за підтримки МОЗ та посольства ФРН в Україні, який став початком співпраці між українськими лікарями та університетською клінікою Шлезвіг-Гольштейн [79].

### **3.2.6. Розвиток міжгалузевого співробітництва**

Для побудови результативної системи трансплантації необхідно, щоб дії всіх учасників процесу були скоординовані. Для виправлення цього недоліку державної політики, спочатку потрібно визначитися із стейкхолдерами.

Першим стейкхолдером виступає Міністерство внутрішніх справ (МВС). Його варто розділити на декілька груп:

- 1) Національна поліція України;
- 2) Державна служба України з надзвичайних ситуацій;
- 3) Державна прикордонна служба.

Співробітництво із цими трьома групами є критично важливим, оскільки у більшості випадків саме від них залежить час доставки органів до операційної або супровід реципієнта, а час є вирішальним фактором під час операції із застосуванням трансплантації. У випадку наших стейкхолдерів мова йде: Національна поліція – потенційний кортеж для супроводу карети швидкої

допомоги, Державна служба України з надзвичайних ситуацій – застосування санітарної авіації, Державна прикордонна служба – перевезення анатомічних органів людини, а саме гемопоетичних стовбурових клітин через митну територію України.

Крім того, міжвідомча співпраця між МОЗ та Національною поліцією має відбуватися постійно для уникнення ситуацій, які склалися в минулому із постійними викликами на допити трансплантологів, яких звинувачували у нелегальному вилученню органів; через такі ситуації, лікарі роками боялися робити операції із застосуванням трансплантації, адже врятувавши чиєсь життя – можна було занапастити власне.

Також з керівництвом МВС варто обговорити можливість внесення позначок про згоду чи незгоду на посмертне донорство до таких документів як паспорт, водійські права в якості альтернативи походу до сімейного лікаря або трансплант-координатора (у США є можливість при отриманні посвідчення водія отримати і позначку, що ви дозволяєте або не дозволяєте вилучати свої органи після своєї смерті [92]).

Тому для початку, необхідно провести декілька зустрічей між керівництвом МОЗ та МВС для виокремлення спільних напрямків роботи та розробки чіткого плану дій.

Іншим стейкхолдером виступає *Міністерство цифрової трансформації України*. Тут нас цікавить застосунок «Дія», в якому можна, розмістити окрему вкладку із згодою чи незгодою на посмертне донорство. На мою думку, це може бути значно ефективніше за візити до медичного персоналу, уповноваженого на внесення таких даних до ЄДІСТ та за внесення згоди чи незгоди при отриманні документів.

Крім того, В. Пішта пропонує створити Міжвідомчу координаційну комісію з питань трансплантації при КМУ [100]. Я підтримую цю ідею, адже в рамках такого консультативно-дорадчого органу буде значно простіше

координувати міжвідомчі зустрічі на рівні ЦОВВ і за потреби залучати інших стейкхолдерів

І останнім, але дуже важливим стейкхолдером є *місцеві органи влади*, які можуть допомагати як активною популяризацією донорства, так і матеріальним забезпеченням лікарень та посттрансплантаційним супроводом людей з пересадженими органами. Йдеться звичайно не про перекладання всього фінансового навантаження на органи місцевого самоврядування (як в окремих напрямках робиться зараз, наприклад, у забезпеченні імуносупресивною терапією людей з пересадженими органами виключно за кошти місцевих бюджетів), а за партнерство між центральною та місцевою владою. Це питання має вирішуватися за допомогою консультацій між представниками МОЗ та органами місцевого самоврядування.

### **3.2.7. Вдосконалення правового регулювання**

КМУ має видати постанову, яка врегулює процедуру «перехресного донорства» – єдиної можливості використання органів живого донора, який не є близьким родичем або членом родини. Суть «перехресного донорства» полягає в обміні ниркою або частиною печінки між родинами двома реципієнтів. Звичайно, для того, щоб застосувати такий вид донорства на практиці, окрім постанови КМУ, необхідна повністю функціонуюча ЄДІСТ.

Крім того, відповідно до ЗУ «Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині», за бажанням донора гемопоетичних стовбурових клітин, йому може бути надана грошова компенсація. В законі не зазначено за що саме має бути компенсація, в якому розмірі; зазначено лише, що розробка порядку компенсацій таких витрат покладається на КМУ. З одного боку, є очевидним, що законодавець, написавши таку статтю закону, намагався мотивувати людей ставати донорами гемопоетичних стовбурових клітин по аналогії із донорством крові, але з іншого боку, чи не є це різновидом торгівлі анатомічними матеріалами людини? Саме тому, на мою думку, цей

пункт має бути детально розписаним та аргументованим у профільному законі.

Варто внести зміну до профільного закону щодо можливості призначення пацієнту з трансплантованим анатомічним матеріалом препаратом імуносупресивної терапії не за діючою речовиною, а за торговою назвою.

Також на законодавчому рівні потрібно закріпити який саме орган державної влади буде оцінювати якість наданих послуг, пов'язаних з трансплантацією (за аналогією з іспанською програмою «Quality Assurance Program in the Deceased Donation process»). На мою думку, таку діяльність може реалізовувати Український центр трансплант-координації.

### **3.3. Висновки до Розділу 3**

Для того аби виправити недоліки державної політики у сфері трансплантації, необхідно зрозуміти яких саме показників хочуть досягти суб'єкти державного управління. Для цього було розроблено критерії результативності дієвої системи трансплантації (два очікуваних результати – це створення та скорочення єдиного листа очікування для громадян України та можливість проведення платних операцій для іноземних громадян). До кожного результату було вироблено показники результативності та індикатори.

Також напрацьовано рекомендації для органів державного управління, а саме конкретні кроки з популяризації донорства серед громадян України (із запозиченням іноземного досвіду), заходи щодо покращення роботи ЄДІСТ, закупівлі медичного обладнання, витратних матеріалів та імуносупресивної терапії, без якої є неможливим розбудова системи трансплантації.

Крім того, було зазначено про необхідність постійного навчання для персоналу, який задіяний в трансплантаціях, міжгалузевого співробітництва та внесення змін до українського законодавства.

## ВИСНОВКИ

Незважаючи на активний розвиток системи трансплантації в Україні з 2018 р. та дійсно помітні зрушення, залишається багато помилок у державній політиці щодо розбудови системи трансплантації, які заважають Україні здобути трансплантаційну незалежність. Для усунення існуючих недоліків державної політики у сфері трансплантації, пропонується наступні кроки:

1. Розробка державної політики, спрямованої на популяризацію донорства органів та кісткового мозку, яка буде включати інформаційну кампанію із використанням соціальної реклами (на ТБ, у соціальних мережах, у громадському транспорті), освітні програми для громадськості (наприклад, онлайн курс на платформі Prometheus), проведення тижня донорства (наприклад, у жовтні, адже 17 жовтня відзначається Всесвітній день донорства та трансплантації органів), співпраця з лідерами суспільної думки, а також включення уроків та лекцій в шкільну та університетські навчальні програми.
2. Безперервне фінансування для забезпечення необхідним медичним обладнанням та витратними матеріалами трансплантаційних відділень та відділень інтенсивної терапії, яке має забезпечуватися спільними зусиллями МОЗ та органів місцевого самоврядування.
3. Запуск ЄДІСТ – платформи, на якій буде створено 9 реєстрів, які необхідні для повноцінного функціонування системи трансплантації. На думку автора, до ЄДІСТ має бути інтегрована Державна інформаційна система трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин. Таким чином, в ЄДІСТ буде об'єднано 10 електронних реєстрів.
4. Забезпечення якісною імуносупресивною терапією пацієнтів з пересадженими органами та кістковим мозком. Цього можна досягти шляхом створення в ЄДІСТ окремого реєстру пацієнтів з пересадженими органами (це передбачено профільним законом) із

зазначенням точної кількості необхідних імуносупресивних засобів (враховуючи рекомендації лікарів про призначення препаратів не за діючою речовиною, а за його торговою назвою) із попереднім плануванням та узгодженням з медичними закладами; закупівлі таких препаратів мають відбуватися вчасно і виключно через ДП «Медичні закупівлі України».

5. Приділення уваги до освітніх програм для підвищення кваліфікації всього медичного персоналу, який задіяний у процесі трансплантації (зокрема, медична освітня програма – Transplant Procurement Management (TRPM), міжнародні обміни з різними трансплантаційними центрами, наприклад з німецької клінікою Шлезвіг-Гольштейн тощо). Крім того, МОЗ варто попрацювати над оновленням медичної програми в українських медичних університетах, особливо інформації, яка стосується констатації смерті мозку.
6. Розвиток міжвідомчої співпраці, а саме з Міністерством внутрішніх справ (допомога у логістиці та висловленні позиції українців щодо донорства анатомічних матеріалів при отримання документів) та Міністерством цифрової трансформації (використання застосунку «Дія» для отримання згоди чи незгоди громадян України на посмертне донорство).
7. Усунення законодавчих прогалин, а саме питань що стосуються перехресного донорства, порядку оплати або її заборони щодо донорства гемопоетичних стовбурових клітин, закріплення на законодавчому рівні використання препаратів імуносупресивної терапії за торговою назвою та визначення відповідального органу, який буде контролювати якість послуг, які будуть надаватися у трансплантаційних відділеннях.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Розвиток трансплантології в Україні. Матеріали конференції Трансплантологія в Україні: проблеми та шляхи їх вирішення (13.11.2018 р., м. Київ) URL: <http://ukrmedclub.com/transplantaciya-v-ukra%D1%97ni-buti-chi-ne-buti-medichni-ta-yuridichni-aspekti/> (дата звернення: 23.02.2021).
2. Кутузова Т. Щодня помирає 9 людей через відсутність системи трансплантації – Інститут серця. Радіо Свобода. URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/28311442.html> (дата звернення: 23.02.2021).
3. Андрейців І. Прив'язані й без вибору: історії українців, у яких відмовили нирки. Українська правда. URL: <https://life.pravda.com.ua/health/2018/05/30/231249/> (дата звернення: 23.02.2021).
4. Пацієнт з хворобою нирок може обрати лікування гемодіалізом у приватному медичному закладі. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/paciyent-z-hvoroboyu-nirok-mozhe-obrati-likuvannya-gemodializom-u-privatnomu-medichnomu-zakladi> (дата звернення: 23.02.2021).
5. Про затвердження переліку послуг та тарифів на послуги з надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги методом трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів, які надаються учасниками пілотного проекту щодо зміни механізму фінансового забезпечення оперативного лікування з трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів: Постанова Кабінету Міністрів України від 18.12.2019 №1083. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1083-2019-%D0%BF#Text> (дата звернення: 23.02.2021).
6. Григорьева О. 16. Олег Руммо: чаще всего иностранным гражданам пересаживаем почки. Минск-новости. URL:

<https://minsknews.by/oleg-rummo-chashhe-vsego-inostrannyim-grazhdanam-peresazhivaem-pochki/> (дата звернення: 23.02.2021).

7. 139 українців направили на лікування за кордон. Міністерство охорони здоров'я. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/139-ukrainsiv-napravili-na-likuvannja-za-kordon> (дата звернення: 23.02.2021).
8. The Declaration of Istanbul on organ trafficking and transplant tourism. 2008. URL: <https://www.declarationofistanbul.org/the-declaration> (дата звернення: 23.02.2021).
9. Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині: Закон України від 18.05.2018 р. № 2427-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2427-19#Text> (дата звернення: 23.02.2021).
10. Про затвердження Державної цільової соціальної програми «Трансплантація» на період до 2012 року: Постанова Кабінету Міністрів України від 8.10.2008 р. № 894. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/894-2008-%D0%BF#Text> (дата звернення: 23.02.2021).
11. Про затвердження Порядку перевезення анатомічних матеріалів людини в межах України, ввезення таких матеріалів на митну територію України та вивезення їх за межі митної території України: Постанова Кабінету Міністрів України від 05.08.2020 № 720. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/720-2020-%D0%BF#Text> (дата звернення: 23.02.2021).
12. Про затвердження Порядку отримання та надання гемопоетичних стовбурових клітин та обміну інформацією щодо наявних анатомічних матеріалів людини, призначених для трансплантації: Постанова Кабінету Міністрів України від 05.08.2020 № 720. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/257-2020-%D0%BF#Text> (дата звернення: 23.02.2021).
13. Про утворення спеціалізованої державної установи «Український центр трансплант-координації»: Постанова Кабінету Міністрів України від

- 23.09.2020 р. № 1154-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-utvorennja-specializovanoyi-der-a1154r> (дата звернення: 23.02.2021).
14. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині: Закон України від 28.02.2019 р. № 2694-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2694-19#Text> (дата звернення: 23.02.2021).
15. Степанов: Україні потрібно 500 трансплант-координаторів. Інтерфакс-Україна. URL: <https://ua.interfax.com.ua/news/pharmacy/716796.html> (дата звернення: 23.02.2021).
16. Порядок направлення громадян на лікування за кордон: Наказ Міністерства охорони здоров'я від 30.10.2003 р. №503. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0503282-03#Text> (дата звернення: 23.02.2021).
17. На лікування в закордонних клініках направлено 31 людину. МОЗ. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/na-likuvannja-v-zakordonnih-klinikah-napravleno-31-ljudinu> (дата звернення: 23.02.2021).
18. Ще 119 пацієнтів направлять на лікування за кордоном. МОЗ. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/sche-119-pacientiv-napravljat-na-likuvannja-za-kordonom> (дата звернення: 23.02.2021).
19. На лікування одного хворого за кордоном у 2021 році уряд планує витратити 2,4 млн гривень, – дослідження. LB.ua. URL: [https://lb.ua/society/2020/09/30/467139\\_na\\_likuvannya\\_hvoroogo.html](https://lb.ua/society/2020/09/30/467139_na_likuvannya_hvoroogo.html) (дата звернення: 23.02.2021).
20. Як працюватиме Національна служба здоров'я України. МОЗ. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/jak-pracjuvatime-nacionalna-sluzhba-zdorovja-ukraini> (дата звернення: 23.02.2021).
21. Тетяна Негода. Олександр Лисиця, дитячий онкогематолог: «Вдалося зняти з батьків купівлю ліків на 95%». Укрінформ. URL:

<https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3039228-oleksandr-lisica-ditacij-onkogematolog.html> (дата звернення: 23.02.2021).

22. Vinogradov V.L. Israel's experience in the organization of the program of organ donation. Interview with Transplant Coordinator Kirill Grozovskiy, Hadassah University Hospital (Jerusalem, Israel). *Transplantologiya*. 2015. № 2. P. 20–25.
23. WHO Guiding Principles on Human Cell, Tissue and Organ Transplantation. 2010. URL: <https://www.who.int/transplantation/en/> (дата звернення: 23.02.2021).
24. Інструкція щодо вилучення органів людини в донора-трупа: Наказ Міністерства охорони здоров'я від 25.09.2000 р. №226 у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 09.06.2017 № 626. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1154-17#n6> (дата звернення: 23.02.2021).
25. Німеччина: медикам закидають маніпуляції з донорськими органами. BBC Україна. URL: [https://www.bbc.com/ukrainian/entertainment/2013/01/130103\\_medicine\\_scandals\\_dt](https://www.bbc.com/ukrainian/entertainment/2013/01/130103_medicine_scandals_dt) (дата звернення: 23.02.2021).
26. Трансплантація органів: чому хворі німці їздять в Іспанію. Deutsche Welle. URL: <http://surl.li/mcbb> (дата звернення: 24.02.2021).
27. ONT-WHO Global Observatory on Donation and Transplantation. URL: <http://www.transplant-observatory.org/data-charts-and-tables/> (дата звернення: 24.02.2021).
28. Логинов И. В., Кечаева Н.В., Резник О. Н. Значение организационных факторов в преодолении дефицита донорских органов. Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2011. №1. С. 100–107.
29. Plan estratégico en donación y trasplante de órganos 2018-2022 Sistema Español de Donación y Trasplante. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. URL: <http://www.ont.es/infesp/Documents/PLAN%20ESTRATEGICO%20DONACION%20Y%20TRASPLANTE%2>

[ODE%20%C3%93RGANOS%202018-2022.pdf](#)

(дата звернення:

24.02.2021)

30. Jean-Daniel Rainhorn, Samira El Boudamoussi. New Cannibal Markets. 2015. P. 215-228
31. «Залиште органи на землі»: чи з'явиться в Україні посмертне донорство. BBC Україна. URL: [https://www.bbc.com/ukrainian/society/2015/08/150819\\_donors\\_organic\\_transplantation\\_ko](https://www.bbc.com/ukrainian/society/2015/08/150819_donors_organic_transplantation_ko) (дата звернення: 24.02.2021)
32. G. de la Rosa B. Domínguez-Gil R. Matesanz S. Ramón J. Alonso-Álvarez J. Araiz G. Choperena J. L. Cortés D. Daga J. Elizalde D. Escudero E. Escudero C. Fernández-Renedo M. A. Frutos J. Galán M. A. Getino F. Guerrero M. Lara L. López-Sánchez S. Macías J. Martínez-Guillén N. Masnou S. Pedraza T. Pont A. Sánchez-Rodríguez. Continuously Evaluating Performance in Deceased Donation: The Spanish Quality Assurance Program. American Journal of Transplantation. 2012. 12. P. 2507–2513
33. Rafael Matesanz, Beatriz Dominguez-Gil. Strategies to optimize deceased organ donation. Transplantation Reviews. 2007. № 21. P. 177-178
34. Health Systems in Transition. Spain Health system review. SESPAS. 2010. Vol. 12 No. 4. 43.
35. Chris Baraniuk. Spain leads the world in organ donation – what's stopping other countries catching up? Independent. URL: [https://www.independent.co.uk/news/long\\_reads/spain-leads-world-organ-donation-organ-transplant-health-science-a8417606.html](https://www.independent.co.uk/news/long_reads/spain-leads-world-organ-donation-organ-transplant-health-science-a8417606.html) (дата звернення: 24.02.2021).
36. Білецька Г.А., Ковальова Я.О. Трансплантологія в Україні: медичні та юридичні аспекти проблеми. Медичне право. 2013. №3. С.103-110.
37. Новицька М.М. Адміністративно-правове регулювання трансплантації анатомічних матеріалів людині в Україні: дис. ... канд. доктора філософії за спеціальністю 12.00.07 – адміністративне право і процес; фінансове право; інформаційне право. Суми, 2019. 267 с.

38. Executive Agency for Health and Consumers. Universitat de Barcelona. Quality criteria quality indicators in organ donations. URL: [http://www.odequs.eu/pdf/ODEQUS\\_Quality\\_Criteria-Indicators.pdf](http://www.odequs.eu/pdf/ODEQUS_Quality_Criteria-Indicators.pdf) (дата звернення: 18.03.2021).
39. Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини: Закон України від 16.07.1999 р. №1007-XIV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1007-14#Text> (дата звернення: 24.02.2021).
40. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 24.02.2021).
41. Світлана Тернова. Розвиток органної трансплантації залежить від можливостей діагностики смерті мозку. Ваше здоров'я. URL: <https://www.vz.kiev.ua/rozvytok-organnoyi-transplantatsiyi-zalezhyt-vid-mozhlyvostej-dyagnostyky-smerti-mozku/> (дата звернення: 24.02.2021).
42. Про організацію трансплантації нирки в Україні на етапі реорганізації медичної служби: Наказ Міністерства охорони здоров'я від 18.05.1993 р. №107. URL: [https://zakononline.com.ua/documents/show/105536\\_105536](https://zakononline.com.ua/documents/show/105536_105536) (дата звернення: 24.02.2021).
43. Трансплантація серця і печінки. Запорізький державний медичний університет. URL: [http://zsmu.edu.ua/p\\_273.html](http://zsmu.edu.ua/p_273.html) (дата звернення: 24.02.2021).
44. Про створення Координаційного центру трансплантації органів, тканин і клітин: Наказ Міністерства охорони здоров'я від 27.04.1994 р. №256. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/257-94-%D0%BF#Text> (дата звернення: 24.02.2021).
45. Деякі питання реалізації Закону України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини»: Постанова Кабінету Міністрів України від 24.04.2000 р. №695. URL:

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/695-2000-%D0%BF#Text> (дата звернення: 24.02.2021).

46. Про затвердження нормативно-правових актів з питань трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людині: Наказ Міністерства охорони здоров'я від 04.05.2000 №96. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0682-00#Text> (дата звернення: 24.02.2021).
47. Про затвердження Державної програми розвитку трансплантації на 2002-2005 роки: Постанова Кабінету Міністрів України від 12.09.2002 р. № 1339. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1339-2002-%D0%BF#Text> (дата звернення: 24.02.2021).
48. Про медичні центри (відділення) трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів: Наказ Міністерства охорони здоров'я від 26.07.2004 № 374. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0374282-04#Text> (дата звернення: 24.02.2021).
49. Положення про Координаційний центр трансплантації органів, тканин і клітин: Наказ Міністерства охорони здоров'я від 11.12.2006 №812. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1380-06#Text> (дата звернення: 24.02.2021).
50. Про схвалення Концепції Державної програми «Трансплантація» на 2006-2010 роки: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 20.07.2006 р. № 416-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/416-2006-%D1%80#Text> (дата звернення: 24.02.2021).
51. Про затвердження Державної цільової соціальної програми «Трансплантація» на період до 2012 р.: Постанова Кабінету Міністрів України від 8.10. 2008 р. №894. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/894-2008-%D0%BF#Text> (дата звернення: 24.02.2021).
52. Сучасний стан і шляхи вдосконалення трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів в Україні. Національна академія медичних наук.

URL: <http://amnu.gov.ua/suchasnyj-stan-i-shlyahy-vdoskonalennya-transplantaciyi-organiv-ta-inshyh-anatomicznyh-materialiv-v-ukrayini/>  
(дата звернення: 24.02.2021).

53. Олександр Устінов. Трансплантація органів в Україні: бути чи не бути? Український медичний часопис. URL: <https://www.umj.com.ua/article/88518/transplantaciya-organiv-v-ukraini-buti-chi-ne-buti> (дата звернення: 24.02.2021).
54. На розвиток системи трансплантації у бюджеті-21 передбачили понад пів мільярда – МОЗ. Укрінформ. <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3158414-na-rozvitok-sistemi-transplantacii-u-budzeti21-peredbacili-ponad-piv-milarda-moz.html> (дата звернення: 24.02.2021).
55. Максим Степанов: Протягом 2021 року кількість трансплант-координаторів буде значно збільшено. МОЗ. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/maksim-stepanov-protjagom-2021-roku-kilkist-transplant-koordinativ-bude-znachno-zbilsheno> (дата звернення: 24.02.2021).
56. В Україні вперше провели трансплантацію нирки у районній лікарні. Укрінформ. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-regions/2822928-v-ukraini-vperse-proveli-transplantaciu-nirki-u-rajonnij-likarni.html> (дата звернення: 24.02.2021).
57. «Пересадка»: експерти про майбутнє трансплантації органів в Україні та те, як стати донором. URL: <http://www.nrcu.gov.ua/news.html?newsID=95361> (дата звернення: 18.03.2021).
58. Порядок констатації та діагностичні критерії смерті мозку людини: Наказ Міністерства охорони здоров'я від 09.11.2020 р. №2559. URL: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/RE35543.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE35543.html) (дата звернення: 24.02.2021).
59. Уряд прийняв низку рішень щодо розвитку сфери охорони здоров'я та створення «Українського центру трансплант-координації». КМУ. URL:

<https://www.kmu.gov.ua/news/uryad-prijnyav-nizku-rishen-shchodo-rozvitku-sferi-ohoroni-zdorovya-ta-stvorennya-ukrayinskogo-centru-transplant-koordinaciyi> (дата звернення: 24.02.2021).

60. МОЗ запланував наступного року не менше як 250 операцій із трансплантації. Укрінформ. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/3163220-moz-zaplanuvav-nastupnogo-roku-ne-mens-ak-250-operacij-z-transplantacii.html> (дата звернення: 24.02.2021).
61. Matesanz R. Factors that influence the development of an organ donation program. Transplantation Proceedings. 2004. №36. p. 739–741.
62. (FATH) Argentinian Foundation of Liver Transplant: #StopTrashPlant by DDB Argentina. URL: <https://www.thedrum.com/creative-works/project/ddb-argentina-fath-argentinian-foundation-liver-transplant-stoptrashplant> (дата звернення: 24.02.2021).
63. Brazilian Association of Organ Transplant: Firefighter. URL: [https://www.adsoftheworld.com/media/print/brazilian\\_association\\_of\\_organ\\_transplant\\_firefighter](https://www.adsoftheworld.com/media/print/brazilian_association_of_organ_transplant_firefighter) (дата звернення: 24.02.2021).
64. Re-born to be alive create I can't wait for the season Finale Campaign. Ethical Marketing News. URL: <https://ethicalmarketingnews.com/tag/i-cant-wait-for-the-season-finale> (дата звернення: 24.02.2021).
65. Giuseppe Citerio, Paul G Murphy. Brain death: the European perspective. Seminars in Neurology. 2015. №35. 139-144.
66. Український реєстр донорів кісткового мозку. URL: <https://ubmdr.org/> (дата звернення: 24.02.2021).
67. Про ефективність діяльності ДП «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України». Державна аудиторська служба. URL: <https://www.dasu.gov.ua/ua/plugins/userPages/469> (дата звернення: 23.02.2021).
68. Життя після трансплантації в Україні: рятуйся, як можеш? Ваше здоров'я. URL: <http://amnu.gov.ua/zhyttya-pislya-transplantacziyi-v-ukrayini-ryatujsya-yak-mozhesh/> (дата звернення: 23.02.2021).

69. Legatum Prosperity Index. Legatum Institute. 2020. р. №14. р. 17.
70. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 25.02.2021).
71. Оборона, медицина, інфраструктура: державні витрати за останні 10 років. Слово і діло. URL: <https://www.slovoidilo.ua/2020/12/22/infografika/finansy/oborona-medycyna-infrastruktura-derzhavni-vytraty-ostanni-10-rokiv> (дата звернення: 25.02.2021).
72. Зеленський пообіцяв знайти 3-4 млрд грн на систему трансплантації в Україні. Інтерфакс-Україна. URL: <https://ua.interfax.com.ua/news/pharmacy/673907.html> (дата звернення: 25.02.2021).
73. «Чорні трансплантологи» здавали органи державному підприємству. ТСН. URL: <https://tsn.ua/ukrayina/organi-1.html> (дата звернення: 25.02.2021).
74. Трансплантолог-мільйонер, якого затримали на хабарі в 20 тисяч доларів, цілком визнав свою провину. ТСН. URL: <https://tsn.ua/video/video-novini/transplantolog-milyoner-yakogo-zatrimali-na-habari-v-20-tisyach-dolariv-cilkom-viznav-svoyu-provinu.html> (дата звернення: 25.02.2021).
75. Скандал в Охматдиті: МОЗ обіцяє, що хворі не залишаться без допомоги. Укрінформ. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/2530951-skandal-v-ohmatditi-moz-obicae-so-hvori-ne-zalisatsa-bez-dopomogi.html> (дата звернення: 25.02.2021).
76. Рішення «Про розгляд Звіту про результати аудиту ефективності використання коштів державного бюджету, виділених Міністерству охорони здоров'я України для лікування громадян України за кордоном». Рахункова Палата. URL: <https://rp.gov.ua/upload->

[files/Activity/Collegium/2018/12-1\\_2018/R\\_RP\\_12-1\\_2018.pdf](files/Activity/Collegium/2018/12-1_2018/R_RP_12-1_2018.pdf). (дата звернення: 25.02.2021).

77. Поетапний план впровадження трансплантаційної незалежності України 2020-2023 р. Міністерство охорони здоров'я. URL: <https://moz.gov.ua/article/health/poetapnij-plan-vprovadzhenija-transplantacijnoi-nezalezhnist-ukraini-2020-2023-rr> (дата звернення: 14.03.2021).
78. Current population. Statistisches Bundesamt. URL: [https://www.destatis.de/EN/Themes/Society-Environment/Population/Current-Population/\\_node.html](https://www.destatis.de/EN/Themes/Society-Environment/Population/Current-Population/_node.html) (дата звернення: 17.03.2021).
79. Запрошуємо до участі в онлайн-симпозіумі: німецько-український саміт щодо сприяння розвитку трансплантації органів в Україні. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. URL: <http://nmuofficial.com/news/onlajn-symposium-nimetsko-ukrayinskyj-samit-shhodo-spryyannya-rozvytku-transplantatsiyi-organiv-v-ukrayini/> (дата звернення: 14.03.2021).
80. М. Маниалик. Трансплантационная координация как самодостаточный и эффективный инструмент развития органного донорства. Трансплантология. 2011. №1. С. 68-71.
81. Лещук С.П. Органное донорство в Республике Беларусь: опыт 10 лет, этические проблемы и перспективы развития (слайд №15). URL: <https://rm.coe.int/-/16807bbb64> (дата звернення: 14.03.2021).
82. Проблеми та перспективи розвитку системи трансплантації в Україні: що заважає рятувати тисячі українців за допомогою трансплантації? Міністерство охорони здоров'я. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/problemi-ta-perspektivi-rozvitku-sistemi-transplantacii-v-ukraini-scho-zavazhae-rjativati-tisjachi-ukrainciv-za-dopomogoju-transplantacii> (дата звернення: 14.03.2021).

83. Заславець І. Трансплантація від «А» до «Я»: правда і міфи про пересадження органів. Mind UA. URL: <https://mind.ua/openmind/20222689-transplantaciya-vid-a-do-ya-pravda-i-mifi-pro-peresadzhennya-organiv> (дата звернення: 14.03.2021).
84. Масний В. За рік кількість центрів трансплантації кісткового мозку в Україні зросла вдвічі – Степанов. Суспільне. URL: <https://suspilne.media/114129-comu-nepravilno-zamovcuvati-cinu-na-vakcinu-proti-covid-19-poasnue-ekspert/> (дата звернення: 14.03.2021).
85. Беницевич Н. Трансплантолог Олег Руммо о том, как, кому и за сколько в Беларуси пересаживают органы. TUT. BY. URL: <https://news.tut.by/society/497067.html> (дата звернення: 14.03.2021).
86. Болгова Т. Гомельские трансплантологи с начала 2013 года выполнили 21 операцию по пересадке почки. БЕЛТА. URL: <https://www.belta.by/interview/view/gomelskie-transplantologi-s-nachala-2013-goda-vypolnili-21-operatsiju-po-peresadke-pochki-3979> (дата звернення: 14.03.2021).
87. Оцінка медичної сфери в Україні. Соціологічна група Рейтинг. URL: [http://ratinggroup.ua/research/ukraine/ocenka\\_medicinskoj\\_sfery\\_v\\_ukrain\\_e.html](http://ratinggroup.ua/research/ukraine/ocenka_medicinskoj_sfery_v_ukrain_e.html) (дата звернення: 17.03.2021).
88. Félix Cantarovich. The Society, the Barriers to Organ Donation and Alternatives for a Change. Organ Donation and Transplantation. Current Status and Future Challenges. 2018. p. 47-67.
89. Organ shortage: current status and strategies for improvement of organ donation – A European consensus document. European Directorate for the Quality of Medicines and HealthCare. 2003. URL: [https://www.edqm.eu/medias/fichiers/Organ\\_shortagecurrent\\_status\\_and\\_strategies\\_for\\_improvement\\_of\\_organ\\_donation\\_A\\_European\\_consensus\\_document.pdf](https://www.edqm.eu/medias/fichiers/Organ_shortagecurrent_status_and_strategies_for_improvement_of_organ_donation_A_European_consensus_document.pdf) (дата звернення: 17.03.2021).

90. M.Stefanone, A. Anker, M. Evans, T. Feeley. Click to “Like” Organ Donation: The Use of Online Media to Promote Organ Donor Registration. Progress in Transplantation. 2012. №22. p. 168-174.
91. Модіна О. Трансплантація кісткового мозку в Україні: реальність або «місія нездійсненна»? Радіо Свобода URL: <https://www.radiosvoboda.org/a/29334819.html> (дата звернення: 17.03.2021).
92. Лисицька І. Система трансплантації в США як приклад для наслідування Україною. Ваше здоров'я. URL: <https://www.vz.kiev.ua/systema-transplantatsiyi-v-ssha-yak-pryklad-dlya-nasliduvannya-ukrayinoyu/> (дата звернення: 17.03.2021).
93. В Україні презентували бренд цифрової держави – «Дія». Media Sapiens. URL: <https://ms.detector.media/media-i-vlada/post/23574/2019-09-27-v-ukraini-prezentuvaly-brend-tsyfrovoi-derzhavy-diya/> (дата звернення: 17.03.2021).
94. Больницы в Украине практически не располагают даже простейшим оборудованием для диагностики смерти мозга. URL: <http://www.fixygen.ua/news/20190929/bolnitcy-v-ukraine.html> (дата звернення: 17.03.2021).
95. Єдину державну інформсистему трансплантації розроблено, вона готова до запуску – розробник. Інтерфакс-Україна. URL: <https://ua.interfax.com.ua/news/press-conference/637646.html> (дата звернення: 17.03.2021).
96. Пацієнти вимагають змінити принцип держзакупівлі препаратів імуносупресії. Інтерфакс-Україна. URL: <https://ua.interfax.com.ua/news/press-conference/525972.html> (дата звернення: 17.03.2021).
97. Рішення №04/15-19 від 24.01.2019. Про виконання Районної програми Трансплантологія у 2017-2018 роках та затвердження Комплексної програми Трансплантологія у 2019-2020 роках. Сокирянська районна

рада. URL: <http://gromady.cv.ua/sk/rada/276/documents/53531/content/>  
(дата звернення: 17.03.2021).

98. МОЗ розпочинає співпрацю з Іспанією у сфері трансплантології. Міністерство охорони здоров'я. URL: <https://moz.gov.ua/article/international-collaboration/moz-rozpochinae-spiivpracju-z-ispanieju-u-sferi-transplantologii> (дата звернення: 17.03.2021).
99. Escudero D. Intensive care medicine and organ donation: Exploring the last frontiers? *Medicina Intensiva*. 2015. №39. P. 366–374.
100. Пішта В.І. Адміністративно-правове регулювання трансплантації в Україні: дис. ... канд. доктора філософії за спеціальністю 081 «Право» (08 – Право). Ужгород, 2020. 229 с.