



# (НЕ)ДОСТУПНА ДОПОМОГА: ЩО ЗАВАЖАЄ ДІТЯМ ОТРИМУВАТИ ПІДТРИМКУ, КОЛИ ВОНА ПОТРІБНА?

ДОСТУП ДИТИНИ ЗА ПСИХОЛОГІЧНОЮ  
ТА ПСИХІАТРИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ В УКРАЇНІ

## Вступ

Доступ дітей до психологічної та психіатричної допомоги є ключовим напрямом діяльності БФ «Голоси дітей». З початком повномасштабного вторгнення проведено багато досліджень, які свідчать, що психологічний стан дітей в умовах війни значно погіршується. Зокрема, 80 % українських дітей демонструють симптоми посттравматичного стресового розладу (Beyond Conflict, вересень 2024). На практиці в щоденній роботі БФ «Голоси дітей» ми стикаємося з проблемою: підлітки до 14 років, які прагнуть отримати допомогу та мають на це реальну потребу, не можуть самостійно звернутися до психолога чи психіатра без згоди батьків, одного з них чи іншого законного представника. Отримати таку згоду не завжди можливо через необізнаність батьків, упереджені погляди чи складні життєві обставини, у яких може перебувати сім'я.

Метою дослідження є аналіз регулювання міжнародним правом та українським законодавством доступу дітей до психологічної та психіатричної допомоги, а також вивчення переваг і недоліків, доцільності та законодавчих можливостей для зниження віку, з якого діти можуть самостійно звертатися за психологічною допомогою без згоди батьків чи іншого законного представника.

Основним методом дослідження є кабінетний аналіз (desk research) та порівняльний аналіз українського законодавства й міжнародних стандартів щодо доступу до медичної допомоги загалом та психологічної чи психіатричної допомоги зокрема. У межах аналізу міжнародних стандартів фокус зроблено на досвіді країн ЄС для визначення шляхів гармонізації українського законодавства зі стандартами ЄС, а також на практиках держав, де доступ до психологічної допомоги для дітей і підлітків є більш доступним.



## Огляд українського законодавства

В Україні доступ дітей до психологічної та психіатричної допомоги регулюється такими основними законодавчими й нормативно-правовими актами:

- Цивільний кодекс України № 435-IV від 16 січня 2003 року (ЦК України)
- Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» № 2801-XII від 19 листопада 1992 року (Основи законодавства)
- Закон України «Про систему громадського здоров'я» № 2573-IX від 6 вересня 2022 року Про систему громадського здоров'я від 06.09.2022 № 2573-IX
- Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» № 1053-IX від 3 грудня 2020 року
- Закон України «Про психіатричну допомогу» № 1489-III від 22 лютого 2000 року
- Закон України № 4223-IX від 15 січня 2025 року «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні»
- Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1018-р «Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року».
- Розпорядження Кабінету Міністрів України від 21 червня 2024 р. № 572-р «Про затвердження Плану заходів на 2024-2026 роки з реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року»
- Постанова Кабінету Міністрів України від 29 листопада 2022 р. № 1338 «Деякі питання надання психологічної допомоги ветеранам війни, членам їх сімей та деяким іншим категоріям осіб»
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 08.08.2014 № 549 «Про внесення змін до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України» (затвердження форми та інструкції щодо заповнення форми первинної облікової документації № 003-6/о «Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення».
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15.09.2016 № 970 «Інструкція щодо заповнення форми первинної облікової документації № 003-11/о «Усвідомлена згода батьків чи іншого законного представника на проведення психіатричного огляду особи віком до 14 років (малолітньої особи)».
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 грудня 2023 року № 2118 «Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню», зареєстровано в Міністерстві юстиції України 25 січня 2024 р. за № 126/41471

Законодавчі акти, зазначені вище, мають чітку ієрархію: Цивільний кодекс України (ЦК України) має найвищу юридичну силу. Основи законодавства України про охорону здоров'я, Закони України «Про систему громадського здоров'я», «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», «Про психіатричну допомогу», «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні» мають рівний юридичний статус, проте два останні є спеціальними у відповідній сфері. У правозастосуванні діє принцип співвідношення загальних та спеціальних норм: ЦК України встановлює загальні правила надання медичної допомоги, водночас Основи законодавства деталізують ці правила, а Закони «Про психіатричну допомогу» та «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні» регулюють окремі, специфічні аспекти у своїй галузі. У разі колізії чи наявності прогалин, спеціальні норми, що конкретизують відповідну сферу, мають пріоритет перед загальними нормами.

**Психологічна допомога є не лише частиною системи охорони здоров'я, а має міждисциплінарний характер, що охоплює медичний, освітній, соціальний та правовий виміри.**

У контексті забезпечення належного захисту прав та інтересів дітей, які опинилися у складних життєвих обставинах, доцільно наголошувати на їх доступі до психологічної допомоги як обов'язковому елементі системи соціальних послуг. Відповідно до Закону України «Про соціальні послуги» від 17 січня 2019 р. №2671-VIII, Порядку організації надання соціальних послуг (постанова Кабінету Міністрів України № 587 від 1 червня 2020 року), а також Класифікатора соціальних послуг (наказ Мінсоцполітики № 429 від 23 червня 2020 року), надання дітям психологічного консультування, кризового втручання, соціально-психологічної реабілітації та психолого-педагогічної корекції має бути інтегрованим і доступним у громадах. Такий підхід сприяє своєчасному виявленню психологічних проблем, стабілізації емоційного стану дитини, формуванню навичок подолання стресових ситуацій, а також покращенню сімейних відносин.

Право дитини на доступ до психологічної допомоги під час навчання забезпечується відповідно до Положення про психологічну службу в системі освіти України (наказ МОН від 22 травня 2018 року №509), яке становить нормативну основу для реалізації цього права в освітньому просторі. Психологічна служба закладу освіти стає першою лінією захисту психічного здоров'я дітей, забезпечуючи системне й адресне реагування на їх потреби в емоційній, поведінковій чи адаптаційній сфері, сприяє створенню умов для виконання освітніх і виховних завдань.

В умовах воєнного стану в Україні на нормативному рівні вперше було визначено зміст та порядок надання психологічної допомоги як частини державної системи соціального захисту. Постанова Кабінету Міністрів України від 29 листопада 2022 р. № 1338 «Деякі питання надання психологічної допомоги ветеранам війни, членам їх сімей та деяким іншим категоріям осіб» закріпила поняття психологічної допомоги як комплексу професійних заходів, спрямованих на подолання наслідків психотравмувальних подій, відновлення психоемоційного стану та адаптацію до мирного життя. Подальший розвиток цей підхід отримав у наказі МОЗ України від 13 грудня 2023 р. № 2118 «Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню», який унормував порядок організації психосоціальної допомоги для різних категорій громадян. Отже, у контексті викликів воєнного стану було закладено правові засади для системного надання психологічної допомоги не лише військовослужбовцям і їхнім сім'ям, а й широким верствам населення, що свідчить про посилення уваги держави до охорони психічного здоров'я громадян.

У правовому вимірі психологічна допомога дітям, які постраждали від домашнього насильства, булінгу та інших форм насильства, гарантується Законами України «Про охорону дитинства», «Про запобігання та протидію домашньому насильству» № 2229-VIII від 7 грудня 2017 року, Порядком забезпечення соціального захисту дітей, які перебувають у складних життєвих обставинах, зокрема дітей, які постраждали від жорстокого поводження, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 1 червня 2020 року №585, Порядком проведення та документування результатів медичного обстеження постраждалих осіб від домашнього насильства або осіб, які ймовірно постраждали від домашнього насильства, та надання їм медичної допомоги, затвердженим наказом МОЗ України від 1 лютого 2019 року № 278, наказом МОН від 28 грудня 2019 року № 1646 «Деякі питання реагування на випадки булінгу (цькування) та застосування заходів виховного впливу в закладах освіти».

Підходи правосуддя, дружнього до дитини, що впроваджується в Україні (розпорядження Кабінету Міністрів України від 14 липня 2025 року № 708-р «Про схвалення Національної стратегії захисту прав дитини у сфері юстиції на період до 2028 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025-2028 роках»), обумовлюють залучення психолога в провадженнях, що здійснюються за участі дитини, яка перебуває в конфлікті чи контакті із законом, з метою забезпечення її найкращих інтересів та недопущення повторної травматизації.

Присутність психолога під час опитування дитини, визначення її потреб у наданні медичних, психологічних та реабілітаційних послуг передбачено Порядком виявлення, повернення, забезпечення супроводу та реінтеграції дітей, депортованих або примусово переміщених внаслідок збройної агресії Російської Федерації проти України, затвердженим

постановою Кабінету Міністрів України від 14 травня 2024 р. № 551 (у редакції постанови Кабінету Міністрів України від 21 січня 2025 р. № 66).

Отже, забезпечення доступу дітей до психологічної та психіатричної допомоги слід розглядати як ключовий індикатор комплексного підходу до реалізації прав дитини, її добробуту та забезпечення найкращих інтересів у всіх сферах життя.

Поняття «психологічна допомога» охоплює низку споріднених термінів, таких як «психосоціальна допомога», «психологічне консультування», «перша психологічна допомога», «психологічна діагностика», «кризове» та «екстрене психологічне консультування», які унормовуються на рівні відомчих нормативно-правових актів. Кожен із цих підходів має специфічну функцію – від підтримки соціальної адаптації та оцінки психічного стану до надання негайної допомоги в кризових ситуаціях – що демонструє багаторівневий та міждисциплінарний характер психологічної допомоги.

До січня 2025 законодавство України не містило чіткого визначення, що є «психологічною допомогою». Новоприйнятий у січні 2025 року Закон України «Про систему охорони психічного здоров'я» (введення в дію відбудеться 07.02.2026 року) вперше надав це визначення та деталізував зміст і форми надання психологічної допомоги.

**Насамперед Закон розмежовує такі термінологічні поняття:**

**допомога у сфері психічного здоров'я** – будь-які дії, спрямовані на профілактику або лікування психічних розладів, подолання складних життєвих обставин чи розв'язання інших проблем, пов'язаних з психічним здоров'ям, збереження й відновлення психічних функцій, працездатності та соціальної активності людини, досягнення психологічного добробуту, види яких визначені цим Законом;

**інші проблеми, що стосуються психічного здоров'я**, – психосоціальні, емоційні, поведінкові труднощі, які не відповідають діагностичним критеріям психічних розладів, але можуть бути супутніми при психічних розладах, або які можуть бути викликані складними життєвими обставинами, стресом чи іншими чинниками.

**Стаття 24** даного Закону запроваджує класифікацію видів допомоги у сфері психічного здоров'я, а саме:

1. психосоціальна допомога;
2. психологічна допомога;
3. психотерапія;
4. психологічна реабілітація;
5. психіатрична допомога.

Перед тим як перейти до розгляду питання, з якого віку дитина має можливість самостійного звернення по психологічну чи психіатричну допомогу, варто зрозуміти чи дана допомога є видом медичної послуги.

Психологічна допомога в Україні регулюється різними правовими підходами залежно від того, ким саме вона надається та в якому контексті. Фактично існує суттєва різниця між допомогою, що надається психологами закладів освіти, соціальних служб, служб порятунку, громадських організацій чи благодійних фондів, та допомогою, що надається лікарями – психіатрами, психологами й психотерапевтами (як з медичною, так і з немедичною освітою), які працюють у закладах охорони здоров'я. Ці відмінності впливають на вимоги до оформлення інформованої згоди, особливо у випадку надання допомоги дітям.

Закон України «Про систему охорони психічного здоров'я» визначає фахівців у цій сфері як фізичних осіб, які надають допомогу у сфері психічного здоров'я, мають відповідну освіту, необхідні професійні знання та навички, а також виконали встановлені законодавством вимоги щодо атестації та/або сертифікації. Стаття 39 Закону регулює безперервний професійний розвиток фахівців у сфері психічного здоров'я та передбачає проходження атестації особами, які є медичними працівниками, фахівцями з вищою немедичною освітою з психологічної допомоги, які є працівниками закладів охорони здоров'я. Фахівці у сфері психічного здоров'я за професійними напрямками роботи (освіта, соціальна сфера, безпека та оборона, інші сфери) проходять сертифікацію. З Перехідних положень Закону впливає добровільний характер сертифікації «немедичних» психологів протягом перших шести років із дня опублікування Закону (з 07.02.2025), після чого така сертифікація та наявність сертифіката стають обов'язковими. Проходження атестації медичними працівниками та фахівцями з вищою немедичною освітою, які надають психологічну допомогу в закладах охорони здоров'я, не обмежене Законом конкретними часовими рамками.

Нормативно-правова база України визначає, що провадження діяльності психологом в окремій сфері обумовлює конкретні компетенції, завдання, повноваження та кваліфікаційні вимоги до такого фахівця.

- **У сфері соціальних послуг і соціального захисту** кваліфікаційні вимоги регламентуються Довідником кваліфікаційних характеристик професій працівників (Випуск 80 «Соціальні послуги», наказ Мінсоцполітики України від 29.03.2017 № 518) та професійними стандартами.

Професійний стандарт «Практичний психолог (соціальна сфера)» (наказ Мінекономіки від 03.02.2021 № 211) спрямований на профілактику негативних соціальних проявів та надання допомоги соціально вразливим групам і особам у складних життєвих обставинах, а «Психолог установи соціального захисту» (наказ НДІ соціальної політики та НАНУ від 27.09.2022 № 28) – на організацію й здійснення соціально-психологічної роботи з отримувачами соціальних послуг.

- **У сфері освіти** відповідно до Професійного стандарту «Практичний психолог закладу освіти» (наказ Мінекономіки від 24.11.2020 № 2425) та Положенням про психологічну службу в системі освіти України (наказ МОН від 22.05.2018 № 509) визначено завдання психолога щодо діагностики, корекції, консультування, профілактики та психологічного супроводу учасників освітнього процесу. Лист МОН від 24.07.2019 № 1/9-477 «Про типову документацію працівників психологічної служби в системі освіти України» визначає стандартизовані форми та порядок ведення документації для працівників психологічної служби, що забезпечує єдині підходи до обліку, планування та звітності в освітніх закладах і сприяє належному документальному супроводу психологічної діяльності.

- **У сфері охорони здоров'я** вимоги до лікарів-психологів, лікарів-психіатрів і суміжних спеціалістів регламентує Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я» (наказ МОЗ від 29.03.2002 № 117, зі змінами від 25.01.2023 № 138). Він охоплює лікарські професії («лікар-психолог», «лікар-психотерапевт», «лікар-психіатр» тощо), а також професії «клінічний психолог» та «психотерапевт» для фахівців з вищою немедичною освітою, які були впроваджені як нововведення у 2023 році.

Основні завдання та обов'язки лікаря-психолога закладу охорони здоров'я передбачають надання медико-психологічної допомоги особам різного віку, які її потребують. Він здійснює психофілактику серед людей груп ризику щодо розвитку психічних, психосоматичних та поведінкових розладів, психодіагностику, лікування й медико-психологічну реабілітацію пацієнтів з різними соматичними захворюваннями спільно з відповідними лікарями-спеціалістами, пацієнтів з різними видами психічних, психосоматичних та поведінкових розладів.

**Лікар-психіатр** застосовує сучасні методи профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та диспансеризації хворих психіатричного профілю, надає їм швидку та невідкладну медичну допомогу.

У номенклатурі лікарських спеціальностей (наказ МОЗ від 18.08.2021 №1753) виокремлено специфіку надання медичної допомоги дітям («лікар-психіатр дитячий», «лікар-психіатр підлітковий»), що підкреслює необхідність спеціальних знань та компетенцій.

Зокрема, до функціональних обов'язків **дитячого дільничного лікаря-психіатра** входить проведення консультацій за направленням дитячих лікарів інших спеціальностей, зокрема за місцем проживання пацієнта. Він проводить медичне обстеження нервово-психічного здоров'я дитини перед вступом до школи, сприяє правовому та соціально-побутовому захисту дітей, надає патронажну допомогу хворим дітям, а також підтримує постійний зв'язок із дільничним педіатром, дитячим неврологом, лікарями дитячих шкільних установ.

**Клінічний психолог та психотерапевт** як професіонали з вищою немедичною освітою з психологічної допомоги у сфері охорони здоров'я зосереджуються на немедикаментозних підходах, зокрема: психодіагностиці, профілактиці, психологічній корекції та реабілітації, а також роботі з сім'ями пацієнтів. Вимоги до знань вікової та соціальної психології забезпечують їхню готовність працювати не лише з дорослими, а й із дітьми та підлітками.

Отже, у кожній сфері діяльності психологів встановлено чіткі нормативні вимоги та професійні стандарти, які визначають межі компетентності. Це дозволяє забезпечити системність та високу якість надання психологічної допомоги, зокрема дітям та підліткам.

Незалежно від професійного напрямку роботи психологів актуальним і практично гострим є питання інформованої згоди клієнта (пацієнта) – отримувача допомоги у сфері психічного здоров'я.

Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики та лікування надається обов'язково при зверненні до психолога закладу охорони здоров'я. Для отримання психіатричної допомоги пацієнт (батьки малолітньої особи, законний представник) обов'язково підписує усвідомлену згоду на проведення психіатричного огляду (амбулаторну психіатричну допомогу, госпіталізацію, лікування, та ін.) відповідно до законодавчих вимог. Письмова згода батьків (законних представників) необхідна для проведення індивідуальної діагностики, корекції за запитом учасників освітнього процесу. У роботі психологів громадських організацій та благодійних фондів склалася практика оформлення інформованої згоди про отримання психологічного консультування, що підписується особою під час надання такої допомоги, і є документом, який пояснює характер послуг, їхні межі, умови конфіденційності та можливі ризики.

Отже, на вид та зміст інформованої згоди впливають як професійний статус особи, яка надає психологічну допомогу, так і місце, де саме така допомога надається. Попри цивільно-правовий характер, інформована згода для цілей надання медичної допомоги є більш урегульованою, адже до неї застосовуються окремі норми ЦК України та Основ законодавства про охорону здоров'я. Водночас згода на психологічне консультування є більш гнучкою, оскільки ґрунтується на застосуванні загальних положень щодо вчинення правочинів, відповідно до ЦК України.

Інформована згода в медичній сфері має затверджену форму (накази МОЗ від 08.08.2014 № 549 та від 15.09.2016 № 970), завжди укладається в письмовій формі та передбачає високий рівень відповідальності обох сторін. Натомість інформована згода на психологічне консультування за межами закладу охорони здоров'я може надаватися як усно, так і письмово: для неї не передбачено типової форми чи затверджених інструкцій щодо оформлення.

Розглянемо питання віку, з якого дитина може самостійно звертатися за психологічною чи психіатричною допомогою в Україні. Оскільки в цій сфері діють два окремі види регулювання, нижче спочатку буде проаналізовано можливість звернення дитини до психолога поза межами закладу охорони здоров'я, а згодом – у межах системи медичної допомоги та послуг.

Відповідно до Закону України «Про охорону дитинства», дитина – особа віком до 18 років (повноліття), якщо згідно з законом, застосовуваним до неї, вона не набуває прав повнолітньої раніше. Варто розпочати з того, що діти за українським законодавством (ст. 31 та ст. 32 ЦК України) мають різну правосуб'єктність, тобто різне коло прав, обов'язків та відповідальності, зокрема:

- **0–14 років – частково цивільна дієздатність (малолітня дитина);**
- **14–18 років – неповна часткова дієздатність (неповнолітня дитина).**

Саме обсяг цивільної дієздатності дітей визначає їхню здатність самостійно укласти угоди, зокрема надавати інформовану згоду на отримання психологічної допомоги чи медичного втручання.

Відповідно до статті 31 Цивільного кодексу України малолітні особи, тобто діти до 14 років з частковою дієздатністю, можуть укласти лише дрібні побутові правочини, що задовольняють їхні повсякденні потреби, мають невелику вартість і відповідають їхньому фізичному, духовному чи соціальному розвитку. Однак психологічна допомога, навіть якщо вона є безоплатною, не підпадає під визначення дрібного побутового правочину. Це послуга, що вимагає високого рівня спеціалізації, має значний вплив на психоемоційний стан дитини й не може бути прирівняна до звичайних побутових потреб, таких як купівля продуктів, одягу чи іграшок у магазині. Тому діти до 14 років не можуть самостійно підписувати інформовану згоду на психологічну допомогу. Така згода повинна надаватися батьками або законними представниками.

Особи віком від 14 до 18 років (неповнолітні особи) за змістом ст. 32 ЦК мають ширший обсяг цивільної дієздатності, ніж малолітні, але він все ще є неповним. Вони можуть самостійно укласти певні договори (наприклад, банківські угоди, розпоряджатися своїми доходами, ставати учасниками юридичних осіб). Однак інші правочини, не передбачені статтею 32 Цивільного кодексу України, потребують згоди батьків або законних представників.

З огляду на це, підписання дитиною згоди на психологічну допомогу є спірним питанням, оскільки така допомога не підпадає під чітко визначені правочини, які неповнолітні можуть укласти самостійно, а тому згода батьків є додатковим запобіжником. Ймовірним наслідком для громадських чи благодійних організацій, які надають безоплатно психологічну допомогу підліткам, може бути визнання правочину недійсним (тобто коли дитина не мала достатнього обсягу дієздатності для його укладання) або позадоговірна відповідальність, якщо надані послуги призвели до шкоди здоров'ю дитини й причинно-наслідковий зв'язок доведено в судовому порядку.

Осучаснення законодавства, яким регулюється доступ до психологічної допомоги окремих категорій осіб, не прояснює проблемних аспектів отримання згоди її отримувача – дитини. Як приклад, Порядок та умови надання психологічної допомоги ветеранам війни, членам їх сімей та деяким іншим категоріям осіб, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 29 листопада 2022 р. № 1338 (в редакції постанови Кабінету Міністрів України від 4 грудня 2023 р. № 1270), містить визначення: «психологічна допомога – діяльність, що провадиться на трьох рівнях, визначених цими Порядком та умовами, спрямована на професійну допомогу особі, яка має ризик розвитку розладів психіки та поведінки, сприяння особі в психосоціальной адаптації до зміненої життєвої ситуації, осмисленні її досвіду, розширенні самоусвідомлення та можливостей самореалізації, а також допомогу з метою розв'язання психологічних проблем, зумовлених складними життєвими обставинами, кризовим станом, надзвичайною ситуацією та/або катастрофою, воєнними діями»; а також визначає дитину в статусі отримувача послуг як члена сім'ї ветерана/учасника бойових дій, дитини, над якою встановлено опіку чи піклування. (п. 42, п.п. 6,8).

Пункт 6 вказаного Порядку обумовлює, що послуги із психологічної допомоги можуть надаватися в такій формі: індивідуальній, сімейній, груповій. Одним з принципів надання психологічної допомоги, закріплених п. 7 Порядку, є добровільність, що передбачає неможливість надання послуг із психологічної допомоги без добровільної згоди отримувача послуг.

За змістом п. 44 Порядку перед початком надання психологічної допомоги необхідна інформована згода отримувача послуг відповідно до вимог законодавства. Суб'єкт надання послуг інформує отримувача послуг про мету та зміст процесу надання психологічної допомоги, а також про те, що інформація щодо надання психологічної допомоги є конфіденційною та її незаконне поширення тягне за собою відповідальність згідно із законом. У разі згоди на отримання психологічної допомоги суб'єкт надання послуг укладає з отримувачем послуг угоду про надання психологічної допомоги. Попри те, що Порядок виокремлює дитину як отримувача послуг із психологічної допомоги, він не конкретизує віку, з якого згода надається дитиною самостійно чи її законним представником.

Як зазначено вище, психологічна допомога може бути надана дитині в закладі освіти, де вона навчається, відповідно до Положення, затвердженого наказом МОН від 22 травня 2018 року № 509. Психологічна служба забезпечує своєчасне й систематичне вивчення психофізичного розвитку здобувачів освіти, мотивів їх поведінки й діяльності з урахуванням вікових, інтелектуальних, фізичних, гендерних та інших індивідуальних особливостей, сприяє створенню умов для виконання освітніх і виховних завдань закладів освіти. Психологічне забезпечення освітнього процесу в закладах освіти здійснюють практичні психологи.

Пункт 7 даного Положення визначає обов'язки працівника психологічної служби, а саме серед них є здійснення індивідуальної діагностики, корекції за запитом учасників освітнього процесу, отримавши письмову згоду батьків (законних представників). Зазначена згода може бути відкликана в будь-який момент.

Перейдемо до ситуації, коли психологічна та психіатрична допомога надаються в закладі охорони здоров'я, та інформована згода є обов'язковою. Стаття 285 ЦК України та 39 Основ законодавства є дзеркальними та закріплюють право на інформацію/обов'язок надання інформації про стан власного здоров'я. Відповідно до цих положень, лише повнолітня фізична особа має право на правдиву й повну інформацію про стан свого здоров'я, зокрема, на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються її здоров'я. Батьки (усиновлювачі), опікуни, піклувальники мають право на інформацію про стан здоров'я дитини або підопічного.

У літературі з цього питання науковці та практики доходять висновку, що такі норми про доступ до інформації та можливості надання згоди становлять прогалину в законі, а тому «до врегулювання законодавчих положень щодо згоди та медичної інформації доцільно отримувати згоду як від особи віком 14–18 років, так і від її законних представників».

Відповідно до частини 3 статті 284 ЦК України, медична допомога фізичній особі, яка досягла чотирнадцяти років, надається за її згодою. Саме ця норма закону встановлює, що самостійна згода дитини на лікування можлива лише з 14 років. До досягнення цього віку будь-яка медична допомога (зокрема психологічна чи психіатрична) потребує згоди законного представника (одного з батьків чи опікуна).

Аналогічна норма міститься в статті 43 Основ законодавства, яка регулює порядок надання згоди на медичне втручання. Зокрема, вона передбачає, що «згода інформованого відповідно до статті 39 цих Основ пацієнта необхідна для застосування методів діагностики, профілактики та лікування. Щодо пацієнта віком до 14 років (малолітнього пацієнта), а також пацієнта, визнаного в установленому законом порядку недієздатним, медичне втручання здійснюється за згодою їх законних представників».

Однак стаття 43 Основ законодавства є бланкетною, оскільки відсилає до статті 39, що регулює обов'язок надання інформації про стан здоров'я повнолітній особі. Це змушує тлумачити норму в сукупності, що створює додаткові труднощі.

На відміну від Основ законодавства, ЦК України містить чітке положення щодо віку з 14 років, з якого згода особи є необхідною. У той час стаття 43 Основ, навпаки, фокусується лише на обов'язковій згоді законних представників для малолітніх пацієнтів (до 14 років), проте не містить чіткого регулювання щодо надання згоди неповнолітніми, що може призводити до множинного трактування.

При цьому ЦК України мав би мати вищу юридичну силу, але навіть у ньому є певні паралелі, зокрема норма, що дозволяє лише повнолітній особі отримати інформацію про стан здоров'я. Це ще більше ускладнює ситуацію та вказує на відсутність системності в регулюванні цього питання.

З 1992 року, коли набрали чинності Основи законодавства, та з 2004 року, коли набрав чинності Цивільний кодекс України, колізія щодо згоди на медичне втручання так і не була врегульована. Про існування цієї колізії погоджуються і міжнародні організації, називаючи це «нормативним дисонансом», і українські науковці та практики. Причини цього можуть варіюватися: від відсутності актуальності питання до браку політичної волі. Розуміння причин, чому прогалина досі не усунена, дозволить надати коректні рекомендації.

На практиці законодавці й медичні працівники, прагнучи додаткового захисту, вимагають згоди як від дитини віком від 14 років, так і від обох законних представників. Такий підхід є виправданим з огляду на потенційну відповідальність лікарів. Однак у 2023 році рекомендації «до моменту врегулювання норми отримувати згоду від усіх сторін» виглядають доволі нелогічними та несистемними. Така практика існує понад 20 років, є загальноприйнятою й фактично узвичаєною, що викликає запитання, чому проблема не порушувалася на законодавчому рівні раніше.

Цікаво, що МОЗ України затвердило єдину форму інформованої добровільної згоди пацієнта, яка охоплює як повнолітніх осіб із повною цивільною дієздатністю, так і дітей (адже нічого не свідчить про протилежне). У формі передбачено заповнення фрази «про характер мого (моєї дитини) захворювання» з вимогою підкреслити відповідний варіант. У законодавчо визначеній інструкції щодо її заповнення, зазначається, що пацієнт, який звернувся до закладу, заповнює та підписує таку згоду в присутності лікаря, без урегулювання окремих положень, що у випадку неповної дієздатності така згода підписується як законними представниками, так і дитиною. Водночас лише у сфері психіатричної допомоги існує окрема форма згоди, яку підписують батьки для малолітньої дитини.

Для ситуацій, коли пацієнтові від 14 до 18 років, відсутня окрема, чітко врегульована форма згоди, що враховувала б спільне підписання дитиною та її законними представниками (нагадаймо, що не існує окремої правової норми, яка б безпосередньо вимагала спільного підписання згоди законних представників та неповнолітньої дитини). У більшості випадків такі згоди, найімовірніше, підписуються окремо: одна – дитиною, інша – батьками. Відсутність чіткого регулювання не лише ускладнює роботу медичних працівників, а й потенційно впливає на захист прав неповнолітніх пацієнтів.

Як у ЦК України, так і в Основах законодавства передбачено виняток із вимоги обов'язкової згоди законного представника щодо малолітнього пацієнта. Відповідно до Основ законодавства, згода пацієнта чи його законного представника на медичне втручання не потрібна лише за наявності ознак прямої загрози життю пацієнта за умови неможливості отримання з об'єктивних причин згоди на таке втручання від самого пацієнта чи його законних представників. Зауважмо, що Основи законодавства передбачають певні умови доступу до медичної допомоги без згоди законного представника, а саме:

- **ознаки прямої загрози життю;**
- **неможливість отримання з об'єктивних причин згоди законного представника.**

ЦК України не передбачає умову неможливості отримання з об'єктивних причин згоди законного представника, а наявність «реальної загрози життю фізичної особи» є достатньою підставою для надання медичної допомоги без згоди законних представників чи самого пацієнта. Проте це положення є актуальним лише в критичних випадках загрози життю й не застосовується до легких чи середніх випадків самостійного звернення дитини до психолога чи психіатра без згоди законного представника.

Відповідно до частини 5 статті 43 Основ законодавства, якщо відмову на медичне втручання надає законний представник пацієнта й вона може мати для пацієнта тяжкі наслідки, лікар повинен повідомити про це органи опіки та піклування. Цей механізм може бути використаний у боротьбі з бездіяльністю законних представників.

Зауважимо, що всі вищенаведені норми, у яких ідеться про доступ до медичної допомоги, повністю та беззастережно поширюються й на доступ до психологічної чи психіатричної допомоги, зокрема щодо ознак прямої загрози життю. Протягом тривалого періоду в українському суспільстві існувала й певною мірою досі зберігається стигматизація щодо психологічної чи психіатричної допомоги. Водночас українське законодавство визначає, що «здоров'я – стан повного фізичного, психічного й соціального добробуту, а не лише відсутність хвороб і фізичних вад», а «невідкладний стан людини – раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини або її оточення й виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин».

Частина 6 статті 284 ЦК України містить бланкетну норму про надання фізичній особі психіатричної допомоги відповідно до закону. Тобто ЦК України допускає інше спеціальне регулювання доступу до психіатричної допомоги. Відповідно до Закону України «Про психіатричну допомогу», психіатрична допомога – «комплекс спеціальних заходів, спрямованих на обстеження стану психічного здоров'я осіб на підставах та в порядку, передбачених цим Законом та іншими законами України, профілактику, діагностику психічних розладів, лікування, нагляд, догляд, медичну та психологічну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади,

зокрема внаслідок вживання психоактивних речовин. Закон не поширюється на доступ до психологічної допомоги, проте є спеціальним законом щодо доступу до психіатричної допомоги фізичних осіб, зокрема дітей.

Закон передбачає декілька видів психіатричної допомоги, зокрема:

- **психіатричний огляд;**
- **амбулаторна психіатрична допомога;**
- **госпіталізація особи до закладу з надання психіатричної допомоги;**
- **огляд осіб, госпіталізованих до закладу з надання психіатричної допомоги в примусовому порядку;**
- **примусові заходи медичного характеру тощо.**

Психіатричний огляд проводиться лікарем-психіатром: особи, яка досягла 14 років, на її прохання або за її усвідомленою письмовою згодою; особи віком до 14 років (малолітньої особи) – на прохання або за письмовою згодою її батьків чи іншого законного представника. У разі незгоди одного з батьків або за відсутності батьків психіатричний огляд особи віком до 14 років (малолітньої особи) проводиться за рішенням (згодою) органу опіки та піклування, яке ухвалюється не пізніше ніж через 24 годин з моменту звернення іншого законного представника зазначеної особи до цього органу й може бути оскаржене відповідно до закону, зокрема в судовому порядку.

Тобто доступ до психіатричної допомоги в окремих аспектах є подібним до доступу до психологічної допомоги (де-юре – у частині граничного віку дитини, з якого згода не вимагається), проте існують відмінності у випадку незгоди одного з батьків чи законного представника, коли залучається орган опіки та піклування. Водночас цим законом передбачено випадки, коли згода не є обов'язковою, однак такі випадки чітко визначені законом і є вичерпними, з огляду на більш серйозну специфіку психіатричної допомоги порівняно з психологічною.

Психіатричний огляд особи може бути проведено без згоди дитини чи її законного представника у випадках, коли одержані відомості дають достатні підстави для обґрунтованого припущення про наявність в особи тяжкого психічного розладу, внаслідок чого вона:

- вчиняє чи виявляє реальні наміри вчинити дії, що становлять безпосередню небезпеку для неї чи оточення, або
- є неспроможною самостійно задовольняти свої основні життєві потреби на рівні, який забезпечує її життєдіяльність, або може завдати значної шкоди своєму здоров'ю у зв'язку з погіршенням психічного стану в разі ненадання їй психіатричної допомоги.

Рішення про проведення психіатричного огляду в такому випадку приймає лікар-психіатр на підставі заяви, яка містить відомості, що дають достатні підстави для такого огляду. Із заявою можуть звернутися родичі особи, яка підлягає психіатричному огляду, лікар будь-якої медичної спеціальності, а також інші особи.

## Огляд міжнародного права та інших юрисдикцій

У блоці проаналізовано основні рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), законодавства ЄС та інших країн. Ні міжнародні організації у сфері захисту дітей та здоров'я, ні міжнародне право чи право ЄС не визначають чіткий віковий поріг, з якого доступ до психологічної чи психіатричної допомоги надається дитині самостійно за її згодою, без втручання законних представників. Часто існують лише оцінювальні рекомендації, а держави на свій розсуд імплементують їх на законодавчому та практичному рівнях.

Перш ніж перейти до розгляду конкретних міжнародних стандартів та досвіду інших країн, потрібно зрозуміти, чи існує аналогічна ситуація у світі з регулюванням роботи психолога, що може бути медичним працівником, а може й не мати медичної освіти, але надавати послуги з консультування. Ситуація із психіатром безспірна – це лікар у всіх країнах ЄС та США. Щодо психолога ситуація неоднозначна, а в ЄС відсутнє єдине регулювання, яке б чітко визначало вимоги до цієї професії та її роль у системі охорони здоров'я.

Психологи є частиною сектору охорони здоров'я та соціальних послуг. Ця галузь охоплює широкий спектр діяльності: від медичної допомоги, яку надають кваліфіковані медичні працівники в лікарнях, до догляду в закладах тривалого перебування, який також передбачає певний рівень медичної допомоги, та соціальної роботи без залучення медичних працівників.

Згідно з даними Європейської федерації асоціації психологів, можна виділити два основні підходи до інтеграції психологів у систему охорони здоров'я, що впливають на обсяг консультування, вік, з якого дитина може самостійно звернутися до психолога без згоди батьків, а також вимоги до інформованої згоди пацієнтів.

### 1. Повна інтеграція психологів у систему охорони здоров'я

У межах цієї моделі звання «психолог» є юридично визнаним та захищеним, а діяльність психологів регулюється Міністерствами охорони здоров'я або уповноваженими професійними органами. Психологічні послуги вважаються частиною медичної допомоги. Відповідно надання інформованої медичної згоди є обов'язковою умовою роботи психолога, а віковий поріг для самостійного звернення дитини встановлюється на тому ж рівні, що й для будь-якого іншого медичного втручання. До країн із повною інтеграцією належать: Австрія, Хорватія, Кіпр, Чехія, Фінляндія, Франція, Греція, Італія, Норвегія, Португалія, Швеція.

## 2. Часткова інтеграція психологів у систему охорони здоров'я

У цій групі країн звання «психолог» є частково визнаним або захищеним, але регуляція стосується лише певних сфер психологічної діяльності (наприклад, клінічної, шкільної або організаційної психології). Інформована згода залежить від конкретного контексту та сфери діяльності (медична – у закладах охорони здоров'я та відповідно вік застосовується аналогічний до медичного втручання, водночас в освітніх закладах можуть діяти більш гнучкі цивільно-правові відносини). До країн із частковою інтеграцією належать: Естонія, Литва, Польща, Нідерланди, Туреччина, Словенія, Іспанія. Наприклад, у Нідерландах вимоги до психологів у закладах охорони здоров'я визначаються урядом Нідерландів через Закон про професії у сфері охорони здоров'я (Wet Beroepen in de Gezondheidszorg або BIG), який адмініструє реєстр BIG від імені Міністерства охорони здоров'я, добробуту та спорту. Своєю чергою, національна професійна організація психологів (NIP) визначає вимоги до дитячих і підліткових психологів, а також до психологів у сфері праці та організаційної діяльності через свої програми Register Psycholoog й адмініструє реєстр NIP.

У 2023 році Європейська Комісія опублікувала Повідомлення Європейському парламенту, Раді, Європейському економічному і соціальному комітету та Комітету регіонів щодо всеосяжного підходу до психічного здоров'я, у якому особлива увага приділяється посиленню ролі системи охорони здоров'я у сфері ментального здоров'я. Документ наголошує на важливості диверсифікації можливостей отримання допомоги та підкреслює роль різних середовищ для просування психічного здоров'я, профілактики, раннього виявлення та втручання.

Зокрема, зазначається, що «різноманітні середовища, такі як школи, робочі місця, будинки для літніх людей та в'язниці, є ключовими місцями для просування психічного здоров'я, профілактики, раннього виявлення та втручання. Профілактика та ранні інтервенції, здійснювані фахівцями, які працюють з дітьми, зокрема вчителями, можуть сприяти підвищенню стійкості психічного здоров'я дітей і молоді та пом'якшувати потенційні негативні наслідки, зокрема шляхом надання їм можливості висловлювати свою думку. Дитячі садки та школи є ідеальним середовищем для того, щоб навчити дітей навичок регулювання емоцій та розуміння питань психічного здоров'я, а також розвивати такі вміння, як емпатія, самоусвідомлення та впевненість у собі».

Цей підхід демонструє акцент не стільки на індивідуальному наданні психологічної допомоги, скільки на створенні середовища, яке сприяє формуванню стійкості, емоційного інтелекту та соціальних навичок у дітей.

Для визначення умов укладання договору про надання психологічної допомоги за межами закладів охорони здоров'я необхідно звернутися до цивільного законодавства кожної окремої юрисдикції. Це дозволить з'ясувати вік, з якого дитина може бути стороною такого договору, а також правові вимоги щодо інформованої згоди.

Однак, перед цим доцільно розглянути міжнародні стандарти надання психологічної допомоги дітям та молоді, які встановлюють загальні межі для подібних правовідносин.

Конвенція ООН про права дитини, що визначає основні права дітей, закріплює право на найвищий досяжний рівень здоров'я (стаття 24) та право висловлювати свою думку в усіх питаннях, що її стосуються, з урахуванням її віку та зрілості (стаття 12). На жаль, статтю 12 часто вузько тлумачать через її другу частину та здебільшого роблять фокус на участь в адміністративному чи судовому процесі. Проте такий підхід хибний.

У 2009 році Комітет з прав дитини ухвалив «Загальний коментар № 12 (2009): Право дитини бути почутою», де окремою секцією виділено, як «право бути почутим» реалізується у сфері охорони здоров'я.

По-перше, «Комітет наголошує, що право дитини бути почутим стосується як індивідуальних рішень щодо медичної допомоги, так і залучення дітей до розробки політики та послуг у сфері охорони здоров'я. Державам-учасницям рекомендовано запровадити законодавство, яке дозволяє дітям доступ до конфіденційного медичного консультування без згоди батьків у випадках, коли це потрібно для їхньої безпеки чи добробуту. Крім того, комітет зазначає, що право на консультування та отримання порад є відмінним від права надання медичної згоди й не повинно обмежуватися віковими рамками.

По-друге, Комітет також заохочує встановлення вікових меж, після яких діти можуть самостійно надавати згоду на лікування. При цьому молодші діти, які демонструють здатність до усвідомленого вибору, також повинні мати можливість бути почутими».

Тобто, акцент знову робиться не так на віці, як на спроможності висловлювати власні думки, демонструвати свою зрілість і в будь-якому випадку залучати дітей до прийняття рішення щодо їх здоров'я. На додаток, стаття 3 Конвенції ООН про права дитини встановлює наскрізний принцип у тлумаченні та застосуванні положень Конвенції, а саме принцип «найкращого інтересу дитини», що означає, зокрема, що в неоднозначних чи спірних ситуаціях мають застосовуватись ті практики, які будуть найкраще впливати на стан, здоров'я та розвиток дитини.

У 2013 році Комітет з прав дитини ООН видав «Загальний коментар №15 (2013) щодо права дитини на досягнення найвищого можливого рівня здоров'я (стаття 24)». У ньому зазначено, що «Комітет визнає, що розвиток спроможностей дітей впливає на їхню здатність самостійно приймати рішення щодо власного здоров'я. Відповідно до рівня своєї зрілості діти повинні мати доступ до конфіденційного консультування та порад без згоди батьків або законного опікуна – за умови, що фахівці, які працюють із дитиною, оцінюють це, як найкращий інтерес дитини. Держави мають чітко визначити законодавчі процедури для призначення відповідних осіб, уповноважених надавати згоду від імені дітей без батьків або законних опікунів, або допомагати дітям у наданні згоди залежно від їхнього віку та рівня зрілості».

З буквального тлумачення коментаря до Конвенції з прав дитини та детального аналізу статті 12 та 24, неодноразово робиться акцент на конфіденційне консультування чи поради без згоди батьків, урахування віку та зрілості, а також найкращих інтересів дитини у сфері охорони здоров'я, а не лише буквальне застосування чинного національного законодавства. Роблячи цей висновок, ми в жодному разі не закликаємо й не вважаємо, що національне законодавство можна порушувати, а лише показуємо, що існують багато міжнародних стандартів та практик, які в розумних межах можуть відступати від буквального трактування закону, якщо він не виконує своєї основної функції в цій сфері – захисту інтересів та прав дитини.

## Рекомендації інших агенцій ООН, зокрема ВООЗ та ЮНІСЕФ

У 2024 році ВООЗ та ЮНІСЕФ опублікували спільний Звіт щодо психічного здоров'я дітей та молоді: керівництво з надання послуг. Відповідно до цього звіту, «законодавство у сфері психічного здоров'я стосується правових положень, пов'язаних із психічним здоров'ям. Такі положення зазвичай охоплюють питання захисту цивільних та людських прав людей із психічними розладами, а також стосуються закладів лікування, персоналу, професійної підготовки та структури послуг. Для дітей і молоді необхідно звернути увагу на те, щоб законодавство долало, а не посилювало бар'єри до доступу. Наприклад, вимога згоди основних опікунів для отримання послуг психічного здоров'я особами до 18 років може перешкоджати зверненню за допомогою. Політика у сфері психічного здоров'я є організованим набором цінностей, принципів і цілей для покращення психічного здоров'я та зменшення тягаря психічних розладів у суспільстві, визначаючи бачення для майбутніх дій. Добре сформульована політика, поєднана з чітким планом реалізації та бюджетом, є потужним засобом для впровадження змін. Однак менше половини держав-членів ВООЗ, здебільшого країн із високим рівнем доходу, мають політику чи план у сфері психічного здоров'я для дітей і молоді».

На сьогодні залишається чинною також інша концепція ВООЗ: Комплексний план заходів у сфері психічного здоров'я на 2013-2030 роки, який визначає чотири основні завдання:

- 1. зміцнення й посилення ефективності лідерства й управління у сфері психічного здоров'я;**
- 2. надання комплексних, інтегрованих і чуйних послуг у сфері психічного здоров'я та соціальних послуг на рівні громад;**
- 3. впровадження стратегій зміцнення психічного здоров'я та профілактики психічних розладів;**
- 4. посилення інформаційних систем, доказової бази й досліджень у сфері психічного здоров'я.**

У межах першого завдання серед запропонованих заходів для держав-членів визначено: розроблення, посилення, актуалізацію й реалізацію національних політик, стратегій, програм, законів і нормативно-правових актів у сфері психічного здоров'я в усіх відповідних секторах. Зокрема, це стосується кодексів практики й механізмів моніторингу захисту прав людини й виконання положень законодавства відповідно до доказових даних і найкращих практик, а також положень Конвенції про права осіб з інвалідністю й інших міжнародних і регіональних інструментів у сфері прав людини.

У межах другого завдання державам-учасницям запропоновано проактивне визначення груп підвищеного ризику розвитку психічних захворювань, які мають обмежений доступ до послуг, та надання їм належної підтримки (серед прикладу таких груп є діти загалом, не кажучи про дітей, які постійно живуть в умовах збройного конфлікту, зазнають постійного переміщення тощо). Після визначення таких груп ВООЗ рекомендує розробляти стратегію доступу до психологічної допомоги, яка відповідає потребам цих вразливих груп.

У межах цього дослідження третє завдання є найбільш актуальним. За даними ВООЗ, у цьому звіті зазначено: «Особливо важливо зміцнювати психічне здоров'я й забезпечувати профілактику психічних розладів на ранніх етапах життя, оскільки 50 % усіх психічних розладів, які мають дорослі, починають розвиватися до досягнення 14-річного віку. Для дітей і підлітків із психічними розладами має бути забезпечена рання допомога – доказові психосоціальні та інші немедикаментозні втручання на рівні громади. При цьому варто уникати інституціоналізації й медикалізації. Такі втручання не повинні порушувати прав дітей, визначених у Конвенції про права дитини, а також в інших міжнародних і регіональних інструментах у сфері прав людини.

Діти й підлітки, які постраждали від стихійних лих або громадянських конфліктів і заворушень, зокрема за участі збройних сил чи збройних угруповань, мають дуже високу потребу в підтримці психічного здоров'я, тому їм потрібно приділяти особливу увагу». Основним заходом для вирішення цього завдання для держав-учасниць пропонується розроблення й координація мультисекторальної стратегії. Вона має поєднувати загальні й цільові втручання для зміцнення психічного здоров'я й профілактики психічних розладів, з особливим акцентом на потребах конкретних вразливих груп населення на всіх етапах життя. Діти, особливо в умовах збройного конфлікту, визначені одними із найбільш вразливих груп населення.

Отже, на Україну як на державу-учасницю ВООЗ, поширюються зазначені рекомендації. Хоча вони не мають і не можуть мати примусового характеру, їх дотримання є важливим для збереження життя дітей та забезпечення їх розвитку. Це актуалізує потребу адаптації законодавства до реальних запитів дітей, які проживають в умовах війни та не мають реального доступу до психологічної чи психіатричної допомоги у віці до 14 років через неможливість отримати згоду батьків. Варто наголосити, що саме превентивне зміцнення психічного здоров'я чи лікування до 14 років є значно ефективнішим на ранніх стадіях, ніж у дорослому віці.

Ще у 2005 році ВООЗ ухвалила Пакет рекомендацій «Політика та керівництва у сфері психічного здоров'я», які залишаються актуальними й сьогодні. У вказаному документі ВООЗ зазначає, що пакет рекомендацій стосується психічного здоров'я в перинатальний період (від зачаття до народження), дитячий вік (від народження до 9 років) та підлітковий вік (10-19 років). Варто зауважити, що підлітковий вік ще у 2005 році був визначений з 10 років, що підкреслює початок періоду значних фізичних, психологічних, емоційних та інших змін, коли доступ до психологічної допомоги може бути ключовим.

## Право Ради Європи

Перейдемо до регіонального міжнародного законодавства, що поширюється на держави-члени Ради Європи, зокрема й на Україну. Конвенція про захист прав людини й основоположних свобод, що також відома за назвою Європейська конвенція з прав людини (ЄКПЛ), не гарантує право на охорону здоров'я чи право на здоров'я. Проте Європейський суд з прав людини (ЄСПЛ), що є духом та живим інструментом ЄКПЛ, розглядав низку справ, пов'язаних зі здоров'ям, зокрема дітей. По-перше, ЄСПЛ аналізує питання, пов'язані із загрозою для життя через проблеми зі здоров'ям дітей. Проте ці справи не стосуються доступу до психологічної допомоги неповнолітніх чи питання відсутності згоди, а більш серйозних випадків прямого медичного втручання, наприклад переливання крові чи взяття аналізів без згоди законних представників («Глас проти Сполученого Королівства»). У більшості кейсів, за відсутності критичної ситуації, що становить загрозу життю дитини, ЄСПЛ встановив, що медичне втручання без згоди батьків є порушенням статті 8 Європейської конвенції з прав людини («Свідки Єгови Москви та інші проти Росії»).

Проте, у ЄСПЛ немає випадків розгляду справ, де була відсутня згода батьків, і саме вона завдала тяжких ушкоджень або смерті дитини як основний предмет спору, адже відповідачем у ЄСПЛ може виступати лише держава, а позивачем фізична особа. Тобто, на практиці ми бачимо лише випадки, коли згода батьків була проігнорована лікарями, і саме цей факт розглядався перед судом щодо потенційного втручання в приватне та сімейне життя. Проте проведення аналогії між правовими аспектами надання медичної допомоги, як-от взяття аналізів чи переливання крові, та наданням психологічної допомоги є неможливим, тому цю судову практику варто враховувати, але не безпосередньо застосовувати її до цього дослідження. Вона показує лише ризик, з яким можуть стикатись лікарі чи згодом держава у випадку порушення прямої заборони законного представника надавати дитині медичні послуги. На жаль, ця практика не діє у зворотному напрямку, а також щодо батьків, які через релігійні погляди (як-от, наприклад, заборона переливання крові) ставлять під загрозу життя дитини.

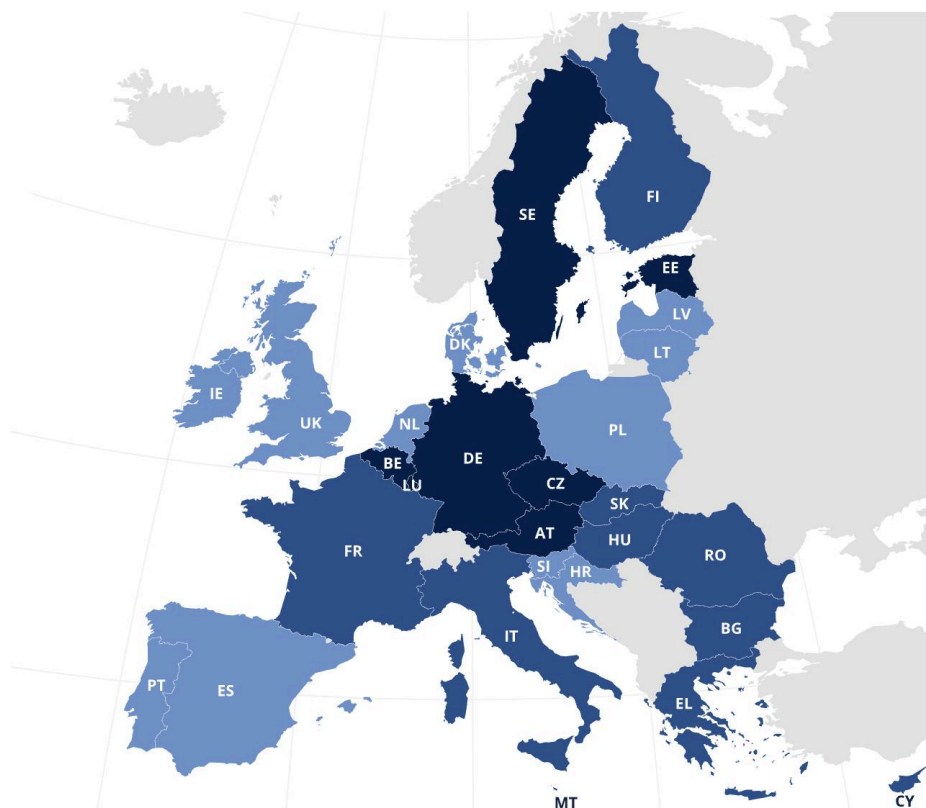
Крім ЄКПЛ та практики суду існує інше право Ради Європи, зокрема, можливість прийняття актів Комітетом Міністрів. У 2011 році, Комітет Міністрів Ради Європи прийняв «Рекомендації щодо дружньої до дітей охорони здоров'я», де більш детально прописано право на участь дитини щодо свого здоров'я. Загалом ці рекомендації повністю переформулюються з тими, що надані спеціальним комітетом ООН, зокрема встановлюють, що «якщо, згідно із законом, дитина не має здатності надати згоду на втручання, її думка повинна враховуватися як все більше важливий фактор, пропорційно до її віку та ступеня зрілості. Перед цим дітям слід надати відповідну інформацію. Діти повинні розглядатися як активні члени суспільства, а не лише як пасивні суб'єкти рішень, які приймають дорослі. Це означає, що з урахуванням їхнього віку та ступеня зрілості вони мають бути поінформовані, проконсультовані та мати можливість брати участь у процесах ухвалення соціальних рішень у питаннях охорони здоров'я, зокрема щодо оцінювання, планування та поліпшення послуг у цій сфері.

Наостанок, у 1997 році Радою Європи було прийнято Конвенцію про захист прав людини та гідності людської істоти у зв'язку із застосуванням біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину. Стаття 6 цієї Конвенції регулює захист осіб, які не здатні надати згоду. У разі, якщо відповідно до закону неповнолітня особа не має здатності надати згоду на втручання, таке втручання може бути здійснене лише за дозволом її представника, уповноваженого органу або особи чи органу, передбаченого законом. Думка неповнолітньої особи має враховуватися як дедалі більш визначальний фактор залежно від її віку та рівня зрілості.

## Приклади інших юрисдикцій

Агенція Європейського Союзу з фундаментальних прав на її офіційному вебсайті опублікувала таблицю та короткий опис щодо надання згоди на медичне лікування/втручання без згоди батьків.

### Age at which children can consent to medical treatments, including diagnosis and surgery, without parental consent



© EuroGeographics for the administrative boundaries \* FRA - All rights reserved - Minimum age requirements related to rights of the child in the EU, 2017  
 | Year: 2017  
 Source: FRA, <http://fra.europa.eu>

### Age at which children can consent to medical treatments, including diagnosis and surgery, without parental consent



Відповідно до статті 35 Хартії основоположних прав, ЄС гарантує право кожного на доступ до профілактичної медичної допомоги та користування медичним лікуванням відповідно до національного законодавства та практики.

Відповідно до офіційної інформації на вебсайті Агенції, «мінімальний вік для згоди на медичне лікування без батьківської згоди відрізняється у 28 державах-членах ЄС, залежно від характеру лікування, обов'язків медичного персоналу щодо інформування батьків і потреби в згоді. У десяти країнах-членах ЄС (Болгарія, Кіпр, Фінляндія, Франція, Греція, Угорщина, Італія, Мальта, Румунія та Словаччина) діти не мають права самостійно ухвалювати рішення про медичне лікування до досягнення повноліття, і згода батьків є обов'язковою. Наприклад, у Франції остаточне рішення батьків має враховувати думку дитини, якщо вона здатна висловити свою волю.

В Ірландії, Литві, Нідерландах, Польщі, Португалії, Іспанії та Великій Британії мінімальний вік, з якого діти можуть надавати згоду на лікування без схвалення батьків, становить 16 років. У Хорватії цей вік також становить 16 років, однак, якщо медичне втручання несе високий ризик для фізичного чи психологічного здоров'я, потрібна письмова згода батьків. У Данії та Словенії мінімальний вік встановлено на рівні 15 років. У Данії можливість надання згоди пацієнтами віком 15–17 років залежить від їхньої зрілості, яка оцінюється в кожному конкретному випадку.

У Латвії найнижчий мінімальний вік у ЄС для самостійної згоди на лікування – 14 років. У Великій Британії діти молодші за 16 років можуть надавати згоду, якщо здатні зрозуміти характер і наслідки лікування. В Австрії, Бельгії, Чехії, Естонії, Німеччині, Люксембурзі та Швеції немає фіксованого мінімального віку для згоди на лікування. У кожному випадку рішення ухвалюється індивідуально залежно від зрілості дитини».

## Нідерланди

Згідно з національним законодавством Нідерландів, зокрема Законом про медичні контракти на лікування, діти віком від 16 років мають право самостійно надавати згоду на медичне втручання. Водночас Агенція Європейського Союзу з фундаментальних прав на своєму вебсайті уточнила, що «для пацієнтів віком від 12 до 15 років необхідна згода як пацієнта, так і батьків або опікунів. Однак, якщо відсутність лікування може завдати серйозної шкоди пацієнту (наприклад, у разі захворювання, що передається статевим шляхом), або якщо це є усвідомленим та обґрунтованим бажанням дитини (зокрема, у випадках переривання вагітності чи вакцинації), лікар може ухвалити рішення не інформувати батьків або опікунів. Дітям до 12 років необхідна згода батьків».

Такий підхід дозволяє дитині з 12 років брати активну участь у розв'язанні питань щодо свого здоров'я, а не бути пасивним суб'єктом у даному процесі.

## Королівство Великої Британії

Діти до 16 років можуть самотійно давати згоду на лікування, якщо вони вважаються достатньо інтелектуально розвиненими, компетентними та здатними повністю зрозуміти, що передбачає їхнє лікування. Такий підхід відомий як тест на компетенцію Гіллік (Gillick competent), що виник у результаті знакової справи Gillick v. West Norfolk, дозволяє медичним працівникам оцінювати, чи може дитина повністю усвідомлювати характер, переваги та ризики запропонованого лікування. Аналогічні правила застосовуються й до консультування щодо психічного здоров'я.

У літературі ґрунтовно досліджено відмінність підходу Великої Британії компетенції в порівнянні з фіксуванням вікового порогу (як, наприклад, у статті щодо порівняння згоди на медичне втручання неповнолітніх у Великій Британії та Польщі). Один із ключових висновків таких досліджень стверджує, що британська система пропонує більш гнучкий та прогресивний підхід до згоди неповнолітніх на медичні рішення порівняно з жорсткими віковими обмеженнями, як от у Польщі. Замість фіксованого вікового порогу британська модель зосереджується на реальній зрілості та розумінні дитини, визнаючи, що діти розвиваються з різною швидкістю й заслуговують на автономію, якщо вони здатні ухвалювати обґрунтовані рішення щодо власного здоров'я. Підкреслюючи дедалі більшу здатність дітей до самотійного вибору, британська система сприяє їхній участі в ухваленні медичних рішень, забезпечуючи при цьому відповідні гарантії. Це дозволяє досягти балансу між автономією, добробутом та батьківським наглядом.

## Естонія та Чехія

Естонія та Чехія є прикладами країн, у яких, на відміну від Великої Британії, не встановлено мінімального віку, з якого «тест на компетенцію» не застосовується, а оцінюється кожен конкретний випадок окремо. Відповідно до Закону про зобов'язання (Law of Obligations Act), здатність дітей-пацієнтів (як осіб з неповною дієздатністю) повинна оцінюватися в кожному конкретному випадку, тоді як закон надає один критерій для оцінки дієздатності: здатність відповідально зважувати переваги та недоліки:

«§ 766. (4). У випадку пацієнта з обмеженою дієздатністю права, зазначені у пунктах (1) та (3), належать його законному представнику настільки, наскільки пацієнт не здатний відповідально оцінити переваги та недоліки. Якщо рішення законного представника суперечить інтересам пацієнта, постачальник медичних послуг не повинен його виконувати. Пацієнт має бути поінформований про обставини та інформацію, зазначені в пункті (1), у розумному обсязі». Проте, є дослідження, які стверджують, що лікарям часто не доводиться проводити цей тест на компетенцію, адже на практиці, більшість неповнолітніх дітей відвідують лікаря разом із законним представником.

У Чехії ж враховується не лише зрілість неповнолітнього, але й серйозність медичного втручання.

## Бельгія

Закон Бельгії від 2002 року «Про права пацієнтів» надає неповнолітнім право надання згоди за умови, що вони здатні розумно оцінювати свої інтереси, без будь-яких обмежень щодо типу дій, на які вони можуть дати згоду. Оцінка автономії неповнолітнього вважається складним і подекуди неоднозначним процесом. Водночас під час такої оцінки необхідно враховувати важливість медичного втручання та серйозність його можливих наслідків.

## Норвегія

Норвегія не була покрита аналізом Агенції Європейського Союзу з фундаментальних прав, проте це країна, яка встановлює чи не найнижчий поріг залучення дитини до розв'язання питань щодо її здоров'я.

Дитина, яка здатна сформулювати власну думку, має право отримувати інформацію та висловлювати свою думку з 7 років. З 12 років дитина має право відмовитися від інформування батьків про стан свого здоров'я, а з 16 років може давати згоду на медичне втручання, якщо не передбачено спеціальних положень або якщо характер заходів не вказує на інше. Відповідно до секції 31 Закону про дітей та батьків (Act relating to Children and Parents), коли дитина досягає 12-річного віку, її думка повинна мати значну вагу.

## Німеччина

Згідно з даними Агенції Європейського Союзу з фундаментальних прав, Німеччина належить до країн, де право дитини на згоду визначає лікар на підставі зрілості дитини. У науковій літературі та на практиці думки з цього приводу розходяться. Є дослідження, які зазначають, що здатність неповнолітнього ухвалювати такі рішення оцінюється індивідуально з урахуванням його зрілості та здатності розуміти інформацію, надану лікарем. Зазвичай вважається, що це підлітки у віці від 14 до 17 років. Ці дві вікові групи, до 14 років та від 14 років, виникають не випадково та регулюються не законодавством про охорону здоров'я, а Цивільним кодексом (Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)), що є прототипом українського цивільного права. До 14 років у Німеччині дитина має обмежену дієздатність, з 14 – неповну цивільну дієздатність. Тому, зазначають у літературі, що хоч вік щодо надання згоди і не визначений, до 14 років лікар повинен зазвичай отримувати згоду батьків (або іншої особи, установи чи органу, які мають права опіки), а саме у віці від 14 до 17 років застосовується тест на зрілість, та здатність давати згоду повинна визначатися в кожному окремому випадку, як зазначено вище.

Тому, навіть якщо спеціальне законодавство у сфері охорони здоров'я не встановлює вікового порогу згоди, твердження щодо відсутності мінімального віку при наданні згоди на медичне втручання у випадку Німеччини є некоректним, адже цивільне законодавство врегульовує цю норму та дає чіткіші рамки щодо випадків, коли тест на зрілість застосовується в кожному конкретному випадку.

## Австрія

Австрія, як і Німеччина, належить до країн, де застосовується тест на зрілість, а мінімальний вік на згоду на медичне втручання не встановлено.

«Дитина, яка здатна зрозуміти ситуацію й самостійно ухвалювати рішення, може самостійно вирішувати, чи давати згоду на медичне лікування. Якщо дитині виповнилося 14 років, вважається, що вона розуміє ситуацію та здатна формувати власні судження (ст. 146с (1) Цивільного кодексу Австрії).

Медичне лікування, яке зазвичай супроводжується серйозними фізичними чи психологічними наслідками, може бути здійснене лише за умови згоди як дитини, яка здатна зрозуміти ситуацію й самостійно ухвалювати рішення, так і особи, яка має право на юридичне представництво в справах опіки та виховання (ст. 146с (2) ЦК Австрії). До таких серйозних втручань можуть належати вживання психотропних препаратів, косметична операція чи нанесення татувань».

## Канада

У Канаді регулювання надання психологічної допомоги неповнолітнім залежить від провінції, і в різних юрисдикціях діють свої правила щодо згоди на консультації, захисту конфіденційності та ролі законних представників.

По-перше, згода на надання психологічної допомоги є обов'язковою та повинна регулярно оновлюватися. Зазвичай згода на консультування неповнолітнього вимагає участі батьків або інших законних представників. Проте існує «доктрина зрілого неповнолітнього» (mature minor doctrine), відповідно до якої діти, які мають достатній рівень інтелектуального та емоційного розвитку, можуть надавати згоду на психологічне консультування самостійно, без участі батьків. У разі, якщо зріла дитина звертається за консультацією без відома батьків, і консультант визнає її зрілою, вона може отримати послуги без згоди опікунів.

## США

Психологічне консультування (counselling) є важливою частиною системи психічного здоров'я, проте його регулювання щодо неповнолітніх у США значно варіюється залежно від штату. У деяких штатах неповнолітні можуть самостійно надавати згоду на психологічне консультування вже з 12 років (Каліфорнія, Арканзас) чи з 13 років (Флорида, Вашингтон). Ці штати дозволяють підліткам отримувати амбулаторне консультування без залучення батьків. Однак це обмежується консультаціями та не охоплює медикаментозне чи стаціонарне лікування.

У низці штатів неповнолітні можуть самостійно звертатися за послугами консультування з 14 років (Айдахо, Канзас, Мічиган (лише амбулаторне консультування), Нью-Мексико, Орегон, Пенсільванія, Вермонт). Колорадо є єдиним штатом, де застосовується вік 15 років. Ці юрисдикції надають підліткам можливість отримувати консультативну підтримку у випадках, коли залучення батьків неможливе або небажане.

У більшості штатів підлітки з 16 років можуть самостійно надавати згоду на консультування з психічного здоров'я: Іллінойс, Кентуккі, Луїзіана, Меріленд, Массачусетс, Міннесота, Монтана, Нью-Йорк, Оклахома, Теннессі, Техас

У багатьох штатах лише досягнення повноліття (18 років) надає право на самостійну згоду на консультування: Аляска, Арізона, Джорджія, Індіана, Айова, Міссісіпі, Міссурі, Небраска, Невада, Північна Кароліна, Північна Дакота, Техас, Юта, Західна Вірджинія, Вайомінг. У цих штатах доступ до психологічного консультування без згоди батьків фактично неможливий. У штаті Коннектикут немає обмеження щодо віку, ліцензований фахівець може провести максимум шість сеансів консультування з питань психічного здоров'я для неповнолітніх без згоди батьків, після чого необхідна повторна оцінка.

Отже, міжнародні стандарти та практика багатьох країн демонструють чітку тенденцію до визнання дитини не як пасивного об'єкта медичних рішень, а як активного суб'єкта, який має право на участь в ухваленні рішень, що стосуються її здоров'я. Залежно від юрисдикції психологічна допомога розглядається як частина медичної допомоги, або виводиться за її межі. У багатьох юрисдикціях підхід базується не лише на фіксованих вікових обмеженнях (і не лише формально, але й на практиці), а й на принципі «зростаючої зрілості», що дозволяє враховувати індивідуальні особливості розвитку дитини та її здатність розуміти наслідки медичного втручання.

## Висновки

Регулювання доступу до психологічної та психіатричної допомоги в Україні залежить від суб'єкта надання такої послуги, що надалі визначає правила та форму підписання інформованої згоди. У випадку, якщо така допомога надається в межах системи охорони здоров'я, існує певна прогалина в українському законодавстві щодо віку самостійного звернення. У випадку, якщо психологічна допомога надається в школах і соціальних установах організаціями громадянського суспільства, застосовуються загальні вимоги цивільного законодавства щодо можливості укладання певних правочинів неповнолітніми.

Законодавство України передбачає зміну правосуб'єктності дитини у віці 14 років, коли з часткової дієздатності вона переходить до неповної. Це впливає на можливість самостійного звернення по медичну допомогу, зокрема психологічну та психіатричну. До 14 років дитина не може звертатися по таку допомогу до медичних закладів без згоди законних представників, крім випадків, коли існує загроза життю дитини, а отримати згоду батьків неможливо через об'єктивні обставини. Щодо доступу до психіатричної допомоги без згоди батьків для дітей до 14 років, закон дозволяє це лише у випадках тяжкого психічного розладу або коли дитина не може забезпечувати базові життєві потреби й становить небезпеку для себе чи оточення. У менш критичних ситуаціях згода законних представників залишається обов'язковою.

Водночас у законодавстві існує прогалина щодо врегулювання прав дитини віком від 14 до 18 років в аспекті доступу до медичних послуг. З одного боку, дитина з 14 років має право надавати згоду на медичне втручання (зокрема психологічну допомогу), але інформація про стан здоров'я надається повнолітній особі, тобто з 18 років. Така невідповідність створює правову невизначеність у ситуаціях, унаслідок чого норма про згоду на лікування з 14 років не діє самостійно, а призводить до фрагментованого трактування на практиці про необхідність спільного підписання згоди дитиною та її законними представниками. Аналогічна проблема виникає у випадку емансипації неповнолітнього, тобто у разі набуття повної цивільної дієздатності до 18-річного віку.

Тому проблема полягає не лише в прогалині між статтями 284 та 285 ЦК України, а також статтями 39 та 41 Основ законодавства про охорону здоров'я, але загалом у тому, що законодавець встановлює умови набуття повноліття як підставу для отримання інформації про стан свого здоров'я, на відміну від факту набуття повної цивільної дієздатності.

Щодо можливості отримання психологічної допомоги за межами медичних закладів, зазначений правочин не може бути вчинений дитиною з 14 років самостійно та повинен здійснюватися лише за згодою одного з батьків. Зміна цивільного законодавства в частині дієздатності є малоімовірною, адже вона впливає на ширший спектр прав та обов'язків дитини.

Можливе профільне регулювання та зниження віку самостійного звернення за психологічною допомогою (консультуванням), що не є медичною послугою, лише у випадку прийняття законодавства у сфері психологічної допомоги, за аналогією до психіатричної допомоги, згідно з частиною шостої статті 284 ЦК України.

Своєю чергою, міжнародний досвід показує, що підходи до надання дітям доступу до психологічної та психіатричної допомоги без згоди законних представників значно відрізняються залежно від країни, та залежно від того, чи психологічна допомога та консультування здійснюються в системі охорони здоров'я чи за її межами. Проте спільним для більшості країн є визнання дитини як окремого суб'єкта, який може приймати рішення щодо власного здоров'я, якщо має достатній рівень зрілості та розуміння.

У деяких країнах, наприклад, у Латвії, Данії, Нідерландах та Іспанії, встановлені чіткі вікові межі, після яких діти можуть самостійно давати згоду на лікування (щодо психологічної допомоги, яка надається в медичних закладах). Вік коливається від 14 до 16 років, проте дитину до спільного підписання інформованої згоди залучають значно раніше, і вік може варіюватися з 7 до 12 років.

В інших країнах, зокрема у Великій Британії, Німеччині, Австрії та Чехії, немає жорстких вікових обмежень – рішення ухвалюють на основі індивідуальної оцінки зрілості дитини. Проте досвід Німеччини та Австрії свідчить, що тут встановлений мінімальний вік 14 років, коли дитина може самостійно давати згоду на медичне втручання (винятком можуть бути серйозні операції чи переривання вагітності, що можуть вимагати згоди законних представників). Як бачимо, цей вік значно нижчий, ніж фактичний вік надання згоди дитини в Україні.

У Великій Британії використовується тест Гіллік, який дозволяє лікарям оцінити, чи дитина достатньо зріла, щоб зрозуміти суть лікування та його наслідки. У Канаді застосовується «доктрина зрілості дитини», яка дозволяє надавати дитині психологічне консультування (зокрема, ліцензованим психологам) без згоди законних представників, якщо в кожному індивідуальному випадку дитина проявляє здатність усвідомлення причин, процесу та наслідків такого консультування.

Законодавство США є дуже фрагментованим у контексті психологічного консультування (що в більшості випадків надається також суто ліцензованими психологами), і вік самостійного звернення дитини доволі рідко становить 12–14 років, та здебільшого переважає факт досягнення 16-річного віку.

Важливим є й принцип «найкращих інтересів дитини», який закріплений у міжнародних документах, таких як Конвенція ООН про права дитини. Цей принцип вимагає, щоб будь-яке рішення щодо здоров'я дитини враховувало насамперед її інтереси. Конфіденційний доступ до психологічної допомоги без необхідності згоди батьків також визнаний важливим елементом захисту прав дитини в документах ВООЗ та ООН, та міжнародні агенції закликають до зняття усіх, зокрема вікових, бар'єрів доступу до психологічної допомоги/консультування.

Загалом міжнародний досвід свідчить, що успішні правові системи ґрунтуються на поєднанні вікових обмежень із можливістю індивідуальної оцінки зрілості дитини. Важливо не лише враховувати формальні вимоги, але й забезпечити конфіденційність, доступність послуг та повагу до голосу дитини як окремого суб'єкта права.

В Україні, де психологічне консультування часто виходить за межі медичної сфери, законодавство демонструє більш жорсткі підходи до можливості дитини самостійно звертатися по допомогу без згоди батьків, порівняно з регулюванням у країнах ЄС, Канаді чи США щодо аналогічних послуг у межах системи охорони здоров'я. З огляду на кількість дітей, які переживають травму війни, ухвалення профільного законодавства щодо психологічної допомоги та консультування є нагальним. Це дозволить ефективніше захищати права дітей у сфері охорони здоров'я та забезпечить їм реальний доступ до необхідної підтримки.

Щодо психологічної та психіатричної допомоги в межах системи охорони здоров'я, українське законодавство є доволі прогресивним. Проте ефективність його застосування обмежується законодавчими прогалинами, зокрема щодо можливості дитини надавати згоду на медичне втручання та отримувати інформацію про свій стан здоров'я. Усунення цих невідповідностей сприятиме підвищенню доступності та якості медичних (зокрема психіатричних чи психологічних) послуг для дітей.

# Рекомендації

## 1. Для Кабінету Міністрів України (КМУ) та Верховної Ради України (як суб'єктів права законодавчої ініціативи)

**1.1.** Ухвалити, із залученням громадськості, підзаконні нормативно-правові акти, необхідні для виконання та реалізації положень Закону України «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні»;

**1.2.** На виконання статті 6 Закону України «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні» щодо окремих напрямків охорони психічного здоров'я дітей та молоді, а також осіб, що постраждали від збройної агресії РФ, зокрема внутрішньо переміщених осіб, розробити окреме нормативно-правове регулювання, що передбачатиме доступ до психологічної допомоги та психосоціальної допомоги без жорстких вікових обмежень, з акцентом на індивідуальну оцінку зрілості та здатності дитини ухвалювати усвідомлені рішення;

**1.3.** Розробити та ухвалити законопроект для вирішення нормативного дисонансу щодо доступу до психологічної та психіатричної допомоги, що надається в системі охорони здоров'я, дітей шляхом:

**a.** внесення змін до статті 285 ЦК України з метою надання дітям від 14 років права на доступ до інформації, що стосується їхнього здоров'я, та аналогічних змін до статті 39 Основ законодавства про охорону здоров'я;

**b.** урегулювання норми про цивільну емансипацію в контексті надання згоди на медичне втручання шляхом внесення змін до ЦК України;

**c.** розгляду можливості зниження віку доступу до психологічної допомоги шляхом імплементації тесту на зрілість або визначення в законодавстві віку з 12 років, коли дитина має право висловлювати свої погляди щодо медичного втручання та їх обов'язкового врахування;

**d.** розв'язання питання спільної згоди дитини та законного представника;

**e.** предметного регулювання доступу до психологічної та психіатричної допомоги.

## 2. Для громадянського суспільства

**1.1.** Спільні адвокаційні зусилля

**a.** Координація зусиль та спроможності між міжнародними та громадськими організаціями щодо адвокації у сфері доступу до психологічної та психіатричної допомоги дітей.

**b.** Моніторинг упровадження змін із регулярними звітами чи комунікацією, достатнім висвітленням проблематики та етапів змін.

# РЕЦЕНЗІЯ НА АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ

«Доступ дітей до психологічної та психіатричної допомоги»,  
підготовлений Благодійною організацією  
«Благодійний фонд “Голоси дітей”» у 2025 році

## Правова значущість

Питання доступу дітей до психологічної та психіатричної допомоги безпосередньо пов'язане з реалізацією права дитини на здоров'я, закріпленого в статті 24 Конвенції про права дитини. Україна, ратифікувавши Конвенцію, визнала право кожної дитини на користування найбільш досконалими послугами системи охорони здоров'я та взяла на себе зобов'язання забезпечити, щоб жодна дитина не була позбавлена доступу до таких послуг. На національному рівні цей принцип конкретизується у Законі України «Про охорону дитинства», який визначає, що система заходів щодо охорони дитинства має забезпечувати належні умови для гарантування безпеки, охорони здоров'я, навчання, виховання, фізичного, психічного, соціального, духовного та інтелектуального розвитку дітей, їх соціально-психологічної адаптації та зростання в атмосфері миру, гідності, взаємоповаги, свободи та рівності.

Ментальне благополуччя є частиною загального стану здоров'я дитини, його ігнорування може мати серйозні наслідки для фізичного, емоційного та соціального розвитку. Відповідно, психологічна підтримка повинна розглядатися не як додатковий чи факультативний елемент медичного обслуговування, а як необхідна частина реалізації права дитини на здоров'я. Забезпечення доступу дітей до психологічної та психіатричної допомоги є практичним втіленням як міжнародно-правових, так і національних гарантій цього права.

Представлений у Звіті огляд міжнародних стандартів та вітчизняного законодавства демонструє правове підґрунтя доступу дітей до психологічної та психіатричної допомоги, а також наявність не врегульованих законодавчо питань, які перешкоджають повноцінній реалізації прав дитини. На основі ієрархії законодавчих та підзаконних актів виокремлено правові підходи до забезпечення широких верств населення психологічною та психіатричною допомогою, водночас виявлено недостатню регламентацію можливості самозвернення дітей віком до 14 років та від 14 до 18 років.

У Звіті детально проаналізовано спеціальне законодавство, акцентуючи увагу на завданнях психологічної допомоги у сфері охорони здоров'я, освіти, соціальних послуг та соціального захисту, а також на кваліфікаційних вимогах до фахівців у сфері психічного здоров'я та професійних стандартах їхньої діяльності. Окремо підкреслено питання доступу малолітніх та неповнолітніх до психологічної і психіатричної допомоги, зокрема необхідність інформованої згоди дитини та її батьків (законних представників) чи одного з них як обов'язкової передумови надання такої допомоги.

Поглиблений аналіз законодавства у сфері охорони здоров'я демонструє неузгодженість нормативних підходів щодо реалізації права дитини на доступ до медичної допомоги, що переважно залежить від згоди батьків або інших законних представників. Законодавчі колізії та проблематика отримують додаткове підтвердження у думках і висновках провідних науковців, які досліджують правові аспекти захисту фізичного і психічного здоров'я дітей та практичну реалізацію їхніх прав.

Так, аналітичний звіт обґрунтовує, що забезпечення доступу дітей до психологічної та психіатричної допомоги слід розглядати не лише в контексті системи охорони здоров'я, а як важливий індикатор комплексного правового, соціального та гуманітарного виміру дотримання прав дитини, її добробуту та захисту найкращих інтересів у сучасному суспільстві, а також показник рівня виконання державою своїх зобов'язань у сфері охорони психічного здоров'я населення.

## Актуальність

Для України питання забезпечення доступу дітей до психологічної та психіатричної допомоги набуло особливої актуальності в умовах воєнного стану та тривалих соціально-психологічних наслідків війни. Діти, які зазнали втрати, вимушеного переселення, розлуки з родинами чи пережили бойові дії, потребують не лише медичної, а й системної психологічної допомоги для подолання травматичного досвіду та відновлення. Недостатній доступ до кваліфікованої психологічної чи психіатричної допомоги може призводити до освітніх втрат, соціальної ізоляції, формування тривожних або депресивних станів.

Аналіз державних заходів та ініціатив громадянського сектору у сфері охорони психічного здоров'я в Україні демонструє зростання уваги до цієї сфери. Психологічна допомога та консультування виступають як невід'ємна складова освітнього процесу, системи медичних і соціальних послуг, відновлювальних та реінтеграційних заходів, а також як форма супроводу у випадках домашнього насильства, булінгу чи інших кризових ситуацій. Вони також забезпечують підтримку та захист прав дитини у процесі доступу до правосуддя на засадах, дружніх до дитини, сприяючи захисту її прав. Тому системна підтримка ментального здоров'я дітей та забезпечення їхнього доступу до психологічної і психіатричної допомоги має стати пріоритетом державної політики, освітніх і медичних установ, громадських організацій, а також сімейного виховання. Такий підхід дозволить дитині повноцінно розвиватися, навчатися, будувати стосунки та ефективно долати життєві труднощі.

Актуальність аналітичного звіту зумовлена не лише зростанням уваги до питань ментального здоров'я дітей в Україні, а й необхідністю зіставлення національних підходів із міжнародними стандартами та кращими світовими практиками у цій сфері. У звіті проаналізовано основні рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), висновки Комітету ООН з прав дитини, положення Конвенції про права дитини та інших міжнародних договорів, а також законодавство Європейського Союзу та окремих країн.

Цей аналіз дозволив окреслити загальні підходи до організації психологічної та психіатричної допомоги для дітей та виявити ключові принципи, що можуть бути адаптовані для національної практики. Водночас міжнародні організації у сфері захисту прав дитини та охорони здоров'я, так само як і міжнародне право чи право ЄС, не визначають чіткий віковий поріг та демонструють різні підходи до визначення віку, з якого дитина може самотійно, за власним бажанням, отримати доступ до психологічної чи психіатричної допомоги без згоди законних представників.

Представлений у звіті огляд міжнародних стандартів і закордонного досвіду демонструє чітку тенденцію до визнання дитини не як пасивного об'єкта медичних рішень, а як активного суб'єкта, який має право на участь в ухваленні рішень, що стосуються її здоров'я. У багатьох юрисдикціях підхід до психологічної допомоги базується не лише на формальних вікових обмеженнях, а й на принципі «зростаючої зрілості», що дозволяє враховувати індивідуальні особливості розвитку дитини та її здатність усвідомлено розуміти наслідки медичного втручання. Примітно, що у різних країнах психологічна допомога може входити до складу медичних послуг або надаватися окремо, проте у всіх випадках наголошується на активній участі дитини у прийнятті рішень, що забезпечує повагу до її прав та формує практично застосовні механізми захисту ментального здоров'я.

Виявлені під час дослідження законодавчі та практичні прогалини на національному рівні, відсутність єдиних міжнародних стандартів та неоднорідність підходів зарубіжної практики щодо вікового цензу ускладнюють реалізацію права дитини на самотійне звернення для отримання психологічної чи психіатричної допомоги, а також отримання інформованої згоди батьків (законних представників), зокрема в ситуації конфлікту інтересів, режиму окремого проживання, неналежного виконання батьківських обов'язків тощо.

Звіт є вчасним, адже підкреслює суспільну значущість проблеми та необхідність формування чітких і практично застосовних механізмів доступу дітей до психологічної та психіатричної допомоги, які забезпечують реалізацію права на здоров'я та відповідають кращим світовим практикам, адаптованим до національних умов. Практична значущість звіту полягає в тому, що його висновки та рекомендації можуть бути використані:

- державними органами – для вдосконалення політики у сфері охорони психічного здоров'я дітей, напрацювання змін до законодавчих і нормативно – правових актів;
- громадськими організаціями – для розроблення програм підтримки та адвокації у сфері доступу дітей до психологічної допомоги та захисту їхніх прав;
- освітніми, соціальними й медичними установами – для інтеграції міжнародного досвіду та практик у повсякденну діяльність навчання, надання соціальних послуг та медичного обслуговування дітей.

## Методологія, зміст і структура

Методологічною основою аналітичного звіту є кабінетний аналіз законодавчих, нормативних та аналітичних джерел у поєднанні з порівняльно-правовим методом дослідження. Авторки здійснили глибоке вивчення українського законодавства у сфері охорони здоров'я, освіти, соціального захисту та прав дитини, зіставивши його з міжнародними стандартами, правовим регулюванням та досвідом окремих держав.

Особлива увага приділена порівняльному аналізу українського законодавства з правовими системами країн Європейського Союзу, що дає змогу окреслити можливості гармонізації національних норм із європейськими підходами у сфері надання дітям медичної допомоги, зокрема психологічної та психіатричної. Також увагу зосереджено на країнах, де доступ неповнолітніх до психологічної допомоги є більш відкритим та гнучким, і на законодавчих моделях, які базуються на принципі «зростаючої зрілості» дитини.

Зміст звіту структуровано логічно та послідовно: від огляду національного законодавства, його прогалин, суперечностей до аналізу міжнародних договорів, рекомендацій міжнародних організацій і практики зарубіжних країн, що візуалізує доцільність і перспективи оновлення тематичного нормативно-правового регулювання в Україні. Такий підхід забезпечує цілісність дослідження, дозволяє виявити ключові правові колізії та визначити напрями вдосконалення національної політики у сфері забезпечення права дітей на психологічну і психіатричну допомогу.

Обрана методологія є обґрунтованою та відповідає меті аналітичного звіту. Поєднання кабінетного аналізу з порівняльно-правовим підходом забезпечило комплексне змістовне розкриття теми, дало змогу виявити прогалини у національному законодавстві та окреслити шляхи його вдосконалення з урахуванням міжнародних стандартів і світових практик.

Змістовність та структурованість дослідження, послідовність тематичних розділів, групування даних, покликання на зміст конкретних нормативних та наукових джерел роблять його доступним для практичного використання широкій аудиторії фахівців у сфері психічного здоров'я, захисту прав дітей, правників, освітян, медичних працівників, надавачів соціальних послуг та інших зацікавлених темою осіб.

## Доцільність рекомендацій

Висновки аналітичного звіту вирізняються глибиною опрацювання теми, логічною послідовністю та узгодженістю з викладеним матеріалом. Автори аргументовано показують, що принцип «найкращих інтересів дитини» має бути покладений в основу всіх рішень, що стосуються охорони психічного здоров'я дітей. Звіт демонструє здатність поєднати міжнародно-правовий підхід із національним контекстом, визначаючи конкретні напрями вдосконалення українського законодавства. Ґрунтовне вивчення міжнародного досвіду дозволяє сформулювати практичні орієнтири для модернізації національної системи психологічної допомоги дітям.

Звіт демонструє аналітичну глибину та практичну цінність, а отримані результати можуть бути використані для розроблення державних і локальних політик, нормативно-правових змін і практичних рекомендацій, проведення адвокаційних кампаній щодо покращення доступу дітей до психологічної та психіатричної допомоги в Україні.

Рекомендації, надані суб'єктам законодавчої ініціативи, організаціям громадянського суспільства, дітям, підліткам та їхнім батькам (законним представникам) відповідають виявленим проблемам у сфері доступу дітей до психологічної та психіатричної допомоги.

Водночас видається доцільним рекомендувати організаціям громадянського суспільства продовжити дослідження та оцінити доступність і ефективність наявних механізмів надання психологічної та психіатричної допомоги дітям в Україні шляхом опитування (вивчення думки) фахівців у сфері психічного здоров'я, дітей, їхніх батьків (законних представників), зокрема в сільській місцевості та на територіях, що постраждали від воєнних дій чи наближені до них. Це дозволить виявити бар'єри доступу, оцінити практичну ефективність наявних послуг, підготувати рекомендації для їхнього вдосконалення, а також здійснити обмін кращими практиками серед надавачів психологічних послуг шляхом напрацювання й поширення відповідних алгоритмів та рекомендацій у професійній спільноті.

## Висновки рецензії

Звіт є аналітично глибоким, структуровано побудованим і практично значущим, в основу висновків якого покладено необхідність врахування принципу «найкращих інтересів дитини» у всіх рішеннях щодо її ментального здоров'я. Він обґрунтовує, що доступ дітей до психологічної та психіатричної допомоги є невід'ємною складовою реалізації права на здоров'я та важливим індикатором дотримання прав дитини в Україні.

Аналітичний звіт демонструє актуальність та чутливий характер проблеми, особливо в умовах викликів воєнного стану, виявляє законодавчі прогалини щодо інформованої згоди та самозвернення дітей до фахівців у сфері психічного здоров'я.

Змістовність, структурованість та логічна послідовність матеріалу роблять його зручним для практичного використання фахівцями різних сфер.

Практична значущість дослідження полягає в можливості використання його висновків для вдосконалення національної системи психологічної допомоги, гармонізації національних норм із міжнародними стандартами та європейськими підходами у сфері надання дітям медичної допомоги, зокрема психологічної та психіатричної, покращення доступності та якості послуг для дітей, а також для розроблення державних, громадських і правоосвітніх ініціатив у сфері ментального здоров'я.

Лариса Гретченко,  
адвокатка у справах сім'ї та захисту прав дітей,  
експертка правоосвітніх та правозахисних платформ,  
керівниця Центру «Адвокат дитини» Вищої школи адвокатури  
Національної асоціації адвокатів України (2020–2023 рр.)

7 жовтня 2025 р.

