

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ “ОДЕСЬКА ПОЛІТЕХНІКА”
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ “ЛЬВІВСЬКА ПОЛІТЕХНІКА”

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

МАЛАЧИНСЬКА МАРІЯ ЙОСИПІВНА

УДК: 351.773.354

ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ В
УМОВАХ СИСТЕМНИХ РЕФОРМ

Спеціальність: 25.00.02 – механізми державного управління

ДИСЕРТАЦІЯ
на здобуття наукового ступеня
доктора наук з державного управління

Ідентичність всіх примірників дисертації

ЗАСВІДЧУЮ

Вчений секретар спеціалізованої
вченої ради



Юрій ДЗЮРАХ

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


/Марія МАЛАЧИНСЬКА/

Львів – 2024

АНОТАЦІЯ

Малачинська М. Й. Державне регулювання системи перинатальної допомоги в умовах системних реформ. - Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора наук з державного управління за спеціальністю 25.00.02 “механізми державного управління” (281 – публічне управління та адміністрування). – Національний університет “Одеська політехніка” Міністерства освіти і науки України, Національний університет “Львівська політехніка” Міністерства освіти і науки України, Львів, 2024.

У **першому розділі** – *“Сучасна парадигма державного регулювання системи перинатальної допомоги в Україні: теоретичні аспекти”* – досліджено теоретичні основи та практичні аспекти державного регулювання системи перинатальної допомоги в Україні, вивчено проблематику з позицій як науково-теоретичного, так і практичного аналізу. У процесі дослідження було сформульовано концепцію державного регулювання системи перинатальної допомоги, яка покликана стати фундаментом для подальшого розвитку та імплементації інновацій у практику публічного управління. Відштовхуючись від Концепції державного регулювання системи перинатальної допомоги, запропоновано виділити можливі напрями діяльності і класифікувати їх наступним чином: економічний; соціальний; управлінський та адаптаційний. Базуючись на запропонованій нами класифікації підходів до державного регулювання системи перинатальної допомоги та оцінюючи їхню ефективність, запропоновано набір окремих критеріїв, за якими можна здійснювати такий аналіз. Виділено такі механізми державного регулювання системи перинатальної допомоги, як нормативно-правовий, структурно-організаційний, фінансовий, інформаційний, координаційний та кадровий. Виокремлено кадровий механізм і обґрунтовано, що у випадку перинатальної допомоги в сучасних умовах, доцільно розмежовувати кадрове забезпечення охорони здоров'я та кадровий механізм, які мають різні змістові наповнення і цільові призначення, тому кадрове забезпечення охорони здоров'я розглядається як

складова кадрового механізму. Виконано контент-аналіз документів та рекомендацій, випущених ООН, Радою Європи та Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), щоб знайти відповіді на актуальні питання в галузі охорони здоров'я.

У другому розділі – *“Комплексний аналіз державного регулювання системи перинатальної допомоги в Україні”* – проведено аналіз поточного стану функціонування системи перинатальної допомоги у контексті гуманітарної кризи і комплексних реформ. Досліджено зміст та особливості реалізації повноважень органів місцевого самоврядування в системі перинатальної допомоги. Визначено власні повноваження та делеговані повноваження органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я, виокремлено та узагальнено ті повноваження, що стосуються розвитку інфраструктури закладів охорони здоров'я за напрямом надання перинатальної допомоги. Проведено аналіз регіонального виміру державного регулювання системи перинатальної допомоги. Виділено підтримку та заохочення локальних ініціатив, спрямованих на раціональне використання регіональних ресурсів для формування ефективного середовища здоров'язбереження. Виявлено: поточний процес регіоналізації медичних послуг в Україні знаходиться на інфраструктурному етапі медичної реформи. Цей етап характеризується створенням госпітальних округів, що передбачає елімінацію традиційного поділу на обласні, міські та районні лікарні на користь формування інтегрованої мережі закладів охорони здоров'я різних рівнів – надкластерних, кластерних і базових. Це особливо важливо в контексті перинатальної допомоги. У рамках дослідження розглянуто державну політику України щодо вакцинації вагітних. Опитування пацієнток перинатального центру дозволило виявити ключові проблеми, що негативно впливають на охоплення вакцинацією серед цієї категорії населення. Визначено ряд проблем, які включають недостатній рівень інформованості вагітних про важливість та безпечність вакцинації, обмежений доступ до вакцин, відсутність належної медичної консультації та підтримки з боку медичного персоналу, а також існуючі стереотипи та міфи щодо вакцинації

вагітних. Враховуючи ці виклики, автор пропонує комплекс механізмів для покращення ситуації з вакцинацією вагітних в Україні.

У **третьому розділі** – *“Міжнародні виміри регулювання суспільними відносинами в системі перинатальної допомоги”* – проаналізовано зарубіжний досвід становлення державного регулювання систем перинатальної допомоги, різних країн, розглянуті можливості імплементації міжнародних підходів до державного регулювання системи перинатальної допомоги в Україні відповідно до політики ВООЗ, ООН, ЮНІСЕФ, ЄС та інших міжнародних регуляторів. Також здійснено компаративний аналіз міжнародних стратегій з питань перинатальної допомоги, визначено можливість розбудови стратегічних напрямів реформування системи перинатальної допомоги в Україні крізь призму міжнародних показників ефективності її надання. Визначено засадничі принципи реформування ВООЗ для стійкості у воєнний час та у повоєнний період для системи охорони здоров'я України, на цих засадах визначено стратегічні напрями розбудови системи надання перинатальної допомоги як складової систем охорони здоров'я та соціальної підтримки населення України: система перинатальних послуг має ґрунтуватися на сильних сторонах вже функціонуючої системи в Україні; врахування етапності, здобутків та невдач, послідовності проведення реформ різних галузей; вихідним інфраструктурним підґрунтям є наявні установи і заклади охорони здоров'я, їх стан та комплектування; наявний людський ресурс; врахування програмних документів ВООЗ, як критеріїв оцінки успішності й вихідних положень для розробки і впровадження стратегічних напрямів у подальшій розбудові системи перинатальних послуг і Україні; гнучкість та динамічність реакції з боку уряду, ЦОВВ, місцевого самоврядування на нові виклики; реалістична послідовність впровадження заходів з розбудови системи надання перинатальних послуг як інституційного механізму повоєнного відновлення всієї системи охорони здоров'я. Досліджено політику ВООЗ з питань регулювання системи перинатальної допомоги. Встановлено, що ВООЗ брала активну участь у розробці та популяризації стратегій перинатальної допомоги у всьому світі за

останні тридцять років. Нині ВООЗ наголошує на багатогалузевих стратегіях досягнення стійкого здоров'я окремої людини та суспільства, що рекомендується як базова стратегія розвитку всіх галузей охорони здоров'я ХХІ століття.

У четвертому розділі – *“Полісекторальна стратегія державного регулювання системи перинатальної допомоги в Україні”* – обґрунтовано доцільність переходу до полісекторальної моделі державного регулювання системи перинатальної допомоги в Україні в умовах, що швидко змінюються, особливо враховуючи "доковідний період", час пандемії COVID-19, та період війни. У контексті переходу до полісекторальної моделі особлива увага приділяється чотирьом ключовим аспектам: підтримці грудного вигодовування, використанню допоміжних репродуктивних технологій, реалізації програм скринінгу новонароджених, а також зниженню материнської та малюкової смертності. Ці аспекти становлять основу для формування ефективної, доступної та якісної допомоги матерям та їхнім дітям, адаптованої до викликів сучасності, включаючи пандемії та інші кризові ситуації. Підтримка грудного вигодовування є фундаментальною для забезпечення оптимального здоров'я та розвитку новонароджених. У рамках полісекторальної моделі, важливо розробити ініціативи, які б не лише надавали інформаційну підтримку вагітним жінкам та молодим матерям, а й створювали умови в медичних закладах для заохочення та підтримки грудного вигодовування, включаючи навчання медичного персоналу. Допоміжні репродуктивні технології стають важливим інструментом для подолання проблем непліддя та забезпечення можливості мати дітей тим, хто зіштовхується з такими викликами. Впровадження інноваційних ДРТ потребує відповідної регуляції та контролю з боку держави, а також інтеграції зусиль між різними секторами для забезпечення доступу до цих послуг та їх якості. Програми скринінгу новонароджених відіграють критичну роль у ранньому виявленні та лікуванні станів, які можуть вплинути на здоров'я та розвиток дитини. Розширення та оптимізація цих програм потребують спільних зусиль медичної громадськості, державних органів та

місцевого самоврядування, а також включення сучасних технологій для підвищення їх ефективності. Зниження материнської та дитячої смертності залишається однією з найбільш пріоритетних задач у сфері охорони здоров'я. Полісекторальний підхід вимагає не лише покращення медичних послуг, але й залучення ресурсів для соціальної підтримки сімей, освітніх програм для підвищення обізнаності про здоров'я, а також розроблення та імплементації комплексних програм профілактики та втручання.

У п'ятому розділі – *“Трансформаційні рішення у державному регулюванні системи перинатальної допомоги для подолання національних викликів”* – ретельно аналізуються ключові виклики, що стоять перед системою перинатальної допомоги в Україні, особливо під час пандемії та війни. Серед основних викликів в системі перинатальної допомоги: низька обізнаність суспільства про важливість психічного здоров'я, що спричиняє стигматизацію і відтермінування звернення за допомогою; недосконалість законодавства, яке не захищає належним чином права осіб з психічними розладами; відсутність комплексної системи профілактики та регулювання охорони перинатального психічного здоров'я; недостатній кадровий ресурс спеціалістів, готових надавати кваліфіковану допомогу; а також обмежене використання сучасних технологій у цій сфері. У зв'язку з викладеними викликами виникає необхідність впровадження інноваційної структурно-функціональної моделі "Перинатальний світ", що розширює рамки традиційного медичного догляду. Ця модель ставить на меті охоплення комплексу послуг, які включають не лише медичну допомогу, але й психологічний супровід та соціальну підтримку, що є критично важливим для адаптації та відновлення жінок в перинатальний період. Зокрема, особлива увага приділяється потребам жінок з інвалідністю, чий виклики стають ще більш актуальними в умовах війни. У центрі цієї моделі - мультидисциплінарний підхід, який залучає фахівців різних профілів: акушерів, психологів, соціальних працівників, фізіотерапевтів, для створення повноцінної підтримки на всіх етапах перинатального періоду. Важливою складовою є використання сучасних технологій для підвищення доступності та

ефективності послуг, наприклад, телемедицина та електронні системи здоров'я для спрощення комунікації між пацієнтками та фахівцями.

Ключові слова: публічне управління, державне регулювання, перинатальна допомога, відновлення населення, система охорони здоров'я, медичні послуги, реформи

SUMMARY

Malachynska M. State regulation of the perinatal care system in the context of systemic reforms. - Manuscript.

Thesis submitted for the degree of doctor of public administration, specialty 25.00.02 – Mechanisms of public administration. – Lviv Politechnic National University. – Lviv, 2024.

In the first section - "*The Contemporary Paradigm of State Regulation of the Perinatal Care System in Ukraine: Theoretical Aspects*" - the theoretical foundations and practical aspects of state regulation of the perinatal care system in Ukraine are explored, examining the issues from both a scientific-theoretical and practical analysis perspective. During the research, a concept of state regulation of the perinatal care system was formulated, aimed at becoming the foundation for further development and implementation of innovations into the practice of public administration. Building on the Concept of State Regulation of the Perinatal Care System, possible approaches to this activity were proposed and classified as follows: economic; social; administrative; and adaptive approaches. Based on our proposed classification of approaches to the state regulation of the perinatal care system and assessing their effectiveness, a set of specific criteria was proposed for such analysis. The mechanisms of state regulation of the perinatal care system, such as normative-legal, structural-organizational, financial, informational, coordination, and personnel mechanisms, were identified. The personnel mechanism was singled out and justified that, in the case of perinatal care in contemporary conditions, it is appropriate to distinguish between healthcare personnel provision and the personnel mechanism, which have different content and purposes;

thus, healthcare personnel provision is considered as a component of the personnel mechanism. A content analysis of documents and recommendations issued by the UN, the Council of Europe, and the World Health Organization (WHO) was conducted to find answers to current questions in the field of healthcare.

In the second section - "*Comprehensive Analysis of State Regulation of the Perinatal Care System in Ukraine*" - an analysis of the current state of the functioning of the perinatal care system in the context of a humanitarian crisis and comprehensive reforms is conducted. The content and peculiarities of the implementation of powers by local self-government bodies in the perinatal care system were investigated. Own and delegated powers of local self-government bodies in the healthcare sector were identified and summarized, focusing on those powers related to the development of healthcare infrastructure in the direction of perinatal care provision. An analysis of the regional dimension of state regulation of the perinatal care system was conducted. Support and encouragement of local initiatives aimed at rational use of regional resources to create an effective health preservation environment were highlighted. It was revealed that the current process of regionalization of medical services in Ukraine is at the infrastructural stage of medical reform. This stage is characterized by the creation of hospital districts, which implies the elimination of the traditional division into regional, city, and district hospitals in favor of forming an integrated network of healthcare institutions of various levels - supra-cluster, cluster, and basic - which is especially important in the context of perinatal care. The state policy of Ukraine regarding the vaccination of pregnant women was considered within the research. Surveying patients of a perinatal center allowed identifying key problems that negatively affect vaccination coverage among this population segment. A series of problems were identified, including pregnant women's insufficient level of awareness about the importance and safety of vaccination, limited access to vaccines, the absence of proper medical consultation and support from medical staff, and existing stereotypes and myths about vaccinating pregnant women. Considering these challenges, the author proposes a set of mechanisms to improve the situation with vaccination among pregnant women in Ukraine.

In the third section - "*International Dimensions of Regulating Social Relations in the Perinatal Care System*" - foreign experience in the formation of state regulation of perinatal care systems of various countries is analyzed, considering the possibilities of implementing international approaches to the state regulation of the perinatal care system in Ukraine according to the policies of WHO, UN, UNICEF, EU, and other international regulators. A comparative analysis of international strategies on perinatal care was also conducted, identifying the possibility of developing strategic directions for reforming the perinatal care system in Ukraine through the prism of international efficiency indicators of its provision. Foundational WHO reform principles for resilience in wartime and the post-war period for Ukraine's healthcare system were identified, and strategic directions for the development of the perinatal care system as a component of healthcare and social support systems in Ukraine were determined: the perinatal services system should be based on the strengths of the already functioning system in Ukraine; taking into account the phased nature, achievements and failures, and the sequence of reforms in various sectors; the existing healthcare institutions and facilities, their condition and equipment; available human resources; taking into account WHO program documents as criteria for assessing success and as a basis for developing and implementing strategic directions in the further development of the perinatal services system in Ukraine; flexibility and dynamic response by the government, central executive bodies, and local self-government to new challenges; realistic sequence of measures for the development of the perinatal services system as an institutional mechanism for post-war recovery of the entire healthcare system. WHO's policy on regulating the perinatal care system was explored. It was established that WHO has been actively involved in the development and popularization of perinatal care strategies worldwide for the last thirty years. Currently, WHO emphasizes multi-sectoral strategies for achieving sustainable health of an individual and society, recommended as the basic strategy for the development of all health sectors in the 21st century.

In the fourth section - "*The Polisectoral Strategy of State Regulation of the Perinatal Care System in Ukraine*" - the appropriateness of transitioning to a polisectoral model of state regulation of the perinatal care system in Ukraine is substantiated,

especially considering the "pre-COVID period," the time of the COVID-19 pandemic, and the war period. In the context of transitioning to a polisectoral model, special attention is given to four key aspects: support for breastfeeding, the use of assisted reproductive technologies, the implementation of newborn screening programs, and the reduction of maternal and infant mortality. These aspects form the foundation for providing effective, accessible, and quality care for mothers and their children, adapted to the challenges of modernity, including pandemics and other crisis situations. Support for breastfeeding is fundamental for ensuring the optimal health and development of newborns. Within the framework of the polisectoral model, it is important to develop initiatives that not only provide informational support to pregnant women and young mothers but also create conditions in medical institutions for encouraging and supporting breastfeeding, including training medical personnel. Assisted reproductive technologies become an important tool for overcoming infertility problems and ensuring the possibility of having children for those facing such challenges. The introduction of innovative ARTs requires appropriate regulation and control by the state, as well as the integration of efforts between different sectors to ensure access to these services and their quality. Newborn screening programs play a critical role in early detection and treatment of conditions that may affect the health and development of a child. The expansion and optimization of these programs require joint efforts of the medical community, state bodies, and local self-government, as well as the inclusion of modern technologies to enhance their effectiveness. Reducing maternal and infant mortality remains one of the most priority tasks in the field of healthcare. The polisectoral approach requires not only the improvement of medical services but also the involvement of resources for family social support, educational programs to raise health awareness, and the development and implementation of comprehensive prevention and intervention programs.

In the fifth section - "Transformational Solutions in State Regulation of the Perinatal Care System to Overcome National Challenges" - key challenges facing the perinatal care system in Ukraine, especially during the pandemic and war, are thoroughly analyzed. Among the main challenges in the perinatal care system are: low

public awareness of the importance of mental health, leading to stigmatization and delayed seeking of professional help; imperfection of national legislation, which does not adequately protect the rights of people with mental health issues; the absence of a comprehensive system for the prevention and regulation of perinatal mental health; insufficient personnel resources of specialists ready to provide qualified assistance; and limited use of modern technologies in this sphere. Given the challenges outlined, there is a need to introduce an innovative structural-functional model "Perinatal World" that expands the boundaries of traditional medical care. This model aims to cover a range of services that include not only medical assistance but also psychological support and social assistance, which is critically important for the adaptation and recovery of women in the perinatal period. Particularly, special attention is paid to the needs of women with disabilities, whose challenges become even more relevant in wartime conditions. At the core of this model is a multidisciplinary approach that involves professionals of various profiles: obstetricians, psychologists, social workers, physiotherapists, to create comprehensive support at all stages of the perinatal period. An important component is the use of modern technologies to increase the accessibility and effectiveness of services, for example, telemedicine and electronic health systems to simplify communication between patients and specialists.

Keywords: public administration, state regulation, perinatal care, population recovery, healthcare system, medical services, reforms

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

I. Список публікацій здобувача, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

Публікації у наукових фахових виданнях України

I. Список публікацій здобувача, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

Публікації у наукових фахових виданнях України

1. Малачинська, М. Й. (2021). Державна політика запобігання смертності від онкологічних захворювань у жінок: міжнародні підходи та українські реалії. *Наукові перспективи*, 9(15). Взято з: <http://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/view/5754/5787>
2. Малачинська, М. Й. (2022a). Впровадження змін в системі охорони здоров'я на місцевому рівні: управлінські інструменти територіальних громад. *Теоретичні та прикладні питання державотворення*, 1(28), 44–54.
3. Малачинська, М. Й. (2022b). Зміни у підходах та методології дослідження державного регулювання системи перинатальної допомоги в умовах війни. *Ефективність державного управління*, 4(73), 17–21. Взято з: <https://doi.org/10.36930/507302>
4. Малачинська, М. Й. (2022c). Розвиток міжнародних підходів до формування національних політик організації перинатальної допомоги: історичні аспекти. *Наукові інновації та передові технології*, 6(8), 681–692.
5. Малачинська, М. Й. (2022d). Стратегічний контекст трансформації перинатальних служб. (Strategic context of perinatal services transformation). *Social Studies: Theory and Practice*, 13(2), 119–132. DOI: 10.34858/sstp.2.2022.7 Взято з: <https://social-studies.apsl.edu.pl/index.php/pl/>
6. Малачинська, М. Й. (2022e). Сучасні тенденції державної політики у сфері допоміжних репродуктивних технологій та їх вплив на демографічну ситуацію. *Наукові інновації та передові технології*, 10(12), 508–519.
7. Малачинська, М. Й. (2023a). Державна політика вакцинації вагітних в Україні: виклики та можливості. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Державне управління*, 2, 71–78.
8. Малачинська, М. Й. (2023b). Детермінанти розвитку державного регулювання системою перинатальної допомоги в сучасній Україні. *Ефективність державного управління*, 5(74). Взято з: DOI: <https://doi.org/10.36930/507410>
9. Малачинська, М. Й. (2023c). Досвід змін в системі перинатальної допомоги США для реформування системи охорони здоров'я України.

Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права, 4.

Взято з: <https://chasopys.ppp.dp.ua/index.php/chasopys/issue/view/17>

10. Малачинська, М. Й. (2023d). Ефективність публічних ініціатив щодо зменшення ризику материнської та неонатальної смертності: аналіз та пропозиції. *Наукові перспективи*, 6(36), 429–441.

11. Малачинська, М. Й. (2023e). Міжнародні підходи до критеріїв ефективності управління системою перинатальної допомоги. *Публічне управління та місцеве самоврядування*, 2, 61–66. Взято з: <https://doi.org/10.32782/2414-4436/2023-2-8>

12. Малачинська, М. Й. (2023f). Неонатальний скринінг як складник державної політики охорони здоров'я: приклади міжнародного досвіду та адаптація в Україні. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування*, 34(73/3). Взято з: http://www.pubadm.vernadskeyournals.in.ua/journals/2023/3_2023/9.pdf

13. Малачинська, М. Й. (2023g). Підходи до управління в сфері надання перинатальної допомоги на міжнародному рівні. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування*, 34(73),1, 174–179. Взято з: DOI <https://doi.org/10.32782/TNU-2663-6468/2023.1/31>

14. Малачинська, М. Й. (2023h). Повноваження органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я: проблеми реалізації. *Інвестиції: практика та досвід*, 14. Взято з: <https://www.nauka.com.ua/index.php/investplan/issue/view/86/65>

15. Малачинська, М. Й. (2023i). Причини реформ в системі надання перинатальної допомоги. *Аспекти публічного управління*, 11(2), 96–102. Взято з: <https://doi.org/10.15421/152324>

16. Малачинська, М. Й. (2023j). Пріоритетні вектори діяльності ВООЗ щодо підтримки систем перинатальної допомоги в контексті охорони материнства та дитинства. *Публічне управління і адміністрування в Україні*, 34, 125–129. Взято з: <https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2023.34.25>

17. Малачинська, М. Й. (2023k). Роль державної політики у підтримці грудного вигодовування як фактору досягнення цілей сталого розвитку. *Публічне управління та митне адміністрування*, 2(37), 43–48. Взято з: <http://customs-admin.umsf.in.ua/archive/2023/2/5.pdf>

18. Малачинська, М. Й. (2023l). Управління перинатальною допомогою під час пандемії COVID-19 в Україні: організаційно-правовий механізм. *Демократичне врядування*, 1(31). Взято з: <https://science.lpnu.ua/sites/default/files/journal-paper/2023/jun/30677/nadoi-187-199.pdf>

19. Малачинська, М. Й. (2023m). Управління системою перинатальної допомоги в умовах війни: виклики та готовність до реагування. *Публічне управління та місцеве самоврядування*, 1, 3–10, Взято з: <https://doi.org/10.32782/2414-4436/2023-1-5>

20. Малачинська, М. Й. (2023n). Управлінські рішення щодо промоції підтримки охорони здоров'я матерів та дітей. *Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування*, 3 (64).

21. Приходченко, Л. Л., & Малачинська, М. Й. (2023). Управління системою охорони здоров'я в умовах системних криз: аналіз проблем та перспектив крізь призму нормативно-правового законодавства. *Державне управління: удосконалення та розвиток*, 7. Взято з: <https://www.nayka.com.ua/index.php/dy/issue/view/87>

Статті у виданнях, що включені до наукометричних баз даних Scopus /Web of Science

1. Malachynska M., Kuzyk P., & Diegtiar O. (2021). Promoting healthy births and reducing infant mortality through National health system. *International Journal of Health Sciences*, 5.3, 449–460. Retrieved from: <https://sciencescholar.us/journal/index.php/ijhs/article/view/1905/698>.

2. Malachynska, M. (2022). Public management in the perinatal sphere and its impact on demographic changes. *Amazonia Investiga*, 11 (55).

3. Malachynska, M., Barzylovych, A., Buravchenko, S., Zvirych, V., & Votiykova, M. (2022). Management of primary health care facilities in Ukraine. *Universal Journal of Public Health*, 10(5), 527–538.
4. Malachynska, M., Sheiko, V., Polesova, T., & Samoilenko, I. (2021). Management of healthcare institutions in the context of changes and reforms. *Ad Alta: Journal of Interdisciplinary Research*, 11 (2), 137–142. Retrieved from: http://www.magnanimitas.cz/ADALTA/110224/papers/A_25.pdf.
5. Piniashko, O., Zalis' ka, O., Vons, B., Pyrohova, V., Malachynska, M., & Veresnyuk, N. (2016). Assessing real consumption of medications for fertility treatments in Ukraine. *Value in Health*, 19(7), A405.
6. Piniashko, O., Zaliska, O., Pyrohova, V., Malachynska, M., Veresnyuk, N., & Vernikovskyy, I. (2016). Analysis of real-world database: endometriosis treatment practice in Ukraine. *Value in Health*, 19(3), A176.
7. Piniashko, O., Zaliska, O., Pyrohova, V., Malachynska, M., Veresnyuk, N., & Van Doeveren, N. (2016). Real-Life evidence in the treatment of gynecological diseases in Ukraine: Use in Decision Making. *Value in Health*, 19(3), A176.
8. Veresnyuk, N., Pyrohova, V., Malachynska, M., & Piniashko, O. (2017). Comparative evaluation of the efficacy of herbal and nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of dysmenorrhea in women with female reproductive tract congenital anomalies. *Value in Health*, 20(9), A922.
9. Mariya Malachynska, Roman Shevchuk, Bohdan Plish, Iryna Yaremko, Hanna Tolchieva. (2021). The influence of public administration on demographic changes in the perinatal sphere and healthcare. *Ad alta journal of interdisciplinary research*. Vol.11. Issue 2. 2021. P.137-142.

II. Публікації, які додатково відображають наукові результати дисертації

Публікації у наукових виданнях України, які не включені до фахових

1. Шурпяк, С. О., Пирогова, В. І., & Малачинська, М. Й. (2017). Оцінка

ефективності корекції клімактеричного синдрому в жінок перименопаузального періоду з репродуктивними порушеннями в анамнезі. *Reproductive endocrinology*, 37, 65–68.

2. Пирогова, В. І., Козловський, І. В., Малачинська, М. Й., & Литвинюк, С. (2016). Передопераційна підготовка хворих з віруснобактеріальними мікстинфекціями генітального тракту як шлях профілактики періопераційних ускладнень. *Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України*, 2, 324–328.

3. Вереснюк, Н., Пирогова, В., & Малачинська, М. (2018). Особливості спеціалізованої допомоги пацієнткам з аномаліями розвитку статевих органів в умовах “хірургії одного дня”. *Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України*, 2(42), 44–50.

4. Вереснюк, Н., Пирогова, В., & Малачинська, М. (2017). Особливості диференційної діагностики аномалій розвитку матки. *Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України*, 1(39), 8–12.

5. Малачинська, М. Й. (2015). Медичні інформаційні системи. *Медична інформатика та інженерія*, (4), 98–98.

6. Пирогова, В. І., Щурук, Н. В., Малачинська, М. Й., & Шурпяк, С. О. (2016). До питання щодо профілактики гемолітичної хвороби плода й новонародженого. *Акушерство. Гінекологія. Генетика*, (1), 24–28.

7. Malachynska, M. Y., & Veresnyuk, N. S. (2019). Вплив мелатоніну на овуляцію та якість ооцитів на етапі планування вагітності. *Ліки України*, 7(233), 69–71.

Публікації у закордонних виданнях

8. Malachynska, M. (2021). State strategy of mothers and children healthcare in Ukraine as a mechanism for achieving sustainable development goals. *Public Administration and Law Review*, (4), 20–27.

Національні (всеукраїнські) конференції:

9. Малачинська, М. (2022). Удосконалення надання акушерсько-гінекологічної допомоги у Львівській області. *Прагматичний підхід до надання*

акушерсько-гінекологічної допомоги: Всеукраїнська науково-практична конференція. 11.11.2022. Львів.

10. Малачинська, М. (2021). Досвід надання перинатальної допомоги. Обмін досвідом у сфері впровадження системи перинатальної допомоги на обласних рівнях: Всеукраїнська науково-практична конференція. 01.06.2021. Луцьк.

11. Малачинська, М. (2020). Надання послуг якісних і доступних на широкий загаль в межах державної установи. Конференція для топ-управлінців у сфері охорони здоров'я. 30.09.2020. Львів.

12. Малачинська, М. Й. (2022). Навчання фахового медичного персоналу. II Осінній медсестринський форум. 12.11.2022. Львів.

міжнародні конференції:

13. Malachynska, M. (2023). The perinatal assistance system state regulation: approaches and changes. *International conference on global practice of multidisciplinary scientific studies-IV: conference proceedings book*. (p. 170). April 28-30, 2023. Turkish Republic of Northern Cyprus.

14. Малачинська, М. Й. (2023). Готовність системи перинатальної допомоги до функціонування в умовах надзвичайних ситуацій. *Публічне управління у сфері цивільного захисту: освіта, наука, практика : збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції*. (с. 118–120). 16 березня 2023 р. Харків: НУЦЗУ.

15. Malachynska, M. (2023). The perinatal care system reforming: Ukrainian aspect. *Baskent international conference on multidisciplinary studies*. August 4-6, 2023. Ankara, Türkiye. Retrieved from: <https://www.izdas.org/uluslararasıbaskent>

16. World of Conferences. (2022). *Challenges and problems of modern science: I International scientific conference*. London, England. Retrieved from: <https://conference-w.com/england/>

17. Ahi Evran. (2022). *2nd International conference on scientific research by IKSAD Institute and Ahi Evran University 10 May 2022*. Retrieved from:

<https://www.ahievrconference.org/>

18. *Global practice of multidisciplinary scientific studies : IV International conference.* (2023). Turkish Republic of Northern Cyprus. Retrieved from: <https://www.izdas.org/cyprus>

19. Malachynska, M. (2023). Lviv Regional Clinical Perinatal Center as a modern Ukrainian clinic and a leader in the market of medical services in Ukraine. *39th Annual Meeting of ESHRE – European Society of Human Reproduction and Embryology.* 28–29.06.2023. Copenhagen.

20. Malachynska, M. (2023). Prezentacja najnowocześniejszego i najnowocześniejszego banku mleka kobiecego. *Karmienie piersią – norma czy interwencja w kryzysie.* 30.09.2023. Lublin.

21. Malachynska, M. (2023). Discussion and analysis of protocols and approaches to achieve the best results of your work. *Summer School of reproductologist.* 23.09.2023. Cannes.

22. Малачинська, М. Й. (2023). Представлення плану розвитку Львівський обласний клінічний перинатальний центр щодо створення сучасного симуляційно-тренінгового центру. *Форум партнерства Польща-Україна.* 01.03.2023. Львів: Львівська обласна військова адміністрація.

з міжнародною участю:

23. Малачинська, М. Й. (2023). Особливості публічного управління в умовах гуманітарної кризи: регіональний аспект. *Забезпечення стійкості системи публічної влади та управління в умовах воєнного стану та відновлення України : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції за міжнародною участю.* (с. 390). 18 травня 2023 р. Одеса: Національний університет “Одеська політехніка”.

24. Малачинська, М. Й. (2023). Особливості управління перинатальною допомогою під час пандемії Covid-19 в Україні. *Розвиток публічного управління в контексті європейської інтеграції України : матеріали науково-практичної конференції.* (с. 119). 28 квітня 2023 р. Львів: Національний університет “Львівська політехніка”.

25. Малачинська, М. Й. (2023). Державне регулювання системи перинатальної допомоги в умовах війни. *Глобалізаційні виклики: врядування майбутнього: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції*. (с. 48–49). 26–27 квітня 2023 р. Київ : ННІ ПУДС КНУ.

26. Малачинська, М. Й. (2023). *Практичне впровадження сучасних рекомендацій медичного супроводу новонароджених у пологовому залі та відділенні інтенсивної терапії новонароджених: практичний триденний семінар-тренінг з міжнародною участю для лікарів-неонатологів*. 24.04.2023. Львів.

Брифінги у медіа центрі Львівської обласної військової адміністрації.

27. Малачинська М. Вакцинація жінок які планують вагітність, вагітних всіх термінів та годуючих мам, 25.01.2022

28. Малачинська М. Народжуваність у реаліях війни. 24.11.2022

Робочі зустрічі на міжнародному рівні для презентації передового досвіду Львівського обласного клінічного перинатального центру:

29. Зустріч з Міністром охорони здоров'я Італії Ораціо Скіллагі та його командою, 29.09.2023, Італія

30. Зустріч з Першою Леді Латвії Андра Левіте та Першою Леді України Оленою Зеленською, 03.03.2023, Львів

31. Зустріч з адміністрацією медичної клініки WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W KIELCACH, 19.08.2023, м. Кельце

32. Зустріч з адміністрацією європейської клініки матері та дитини - Szpital pediatryczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, 08.07.2023, Варшава

33. Зустріч з адміністрацією Університету Жешува, 10.06.2023, Жешув

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	24
ВСТУП.....	26
РОЗДІЛ 1. СУЧАСНА ПАРАДИГМА ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ: ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ.....	39
1.1. Перинатальна допомога населенню в управлінському дискурсі: аналіз понятійно-категорійного апарату.....	39
1.2. Концептуальні засади державного регулювання системи перинатальної допомоги в Україні.....	62
1.3. Актуалізація питань державного регулювання перинатальної допомоги в умовах системних реформ	86
1.4. Методологія дослідження державного регулювання системи перинатальної допомоги.....	117
Висновки до розділу 1.....	142
РОЗДІЛ 2. КОМПЛЕКСНИЙ АНАЛІЗ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ	
2.1. Державне регулювання системи перинатальної допомоги у національному вимірі крізь призму реформ у сфері охорони здоров'я	146
2.2. Регіональні аспекти державного регулювання системи перинатальної допомоги: виклики та перспективи.....	156
2.3. Управлінські інструменти для регулювання змін в системі перинатальної допомоги.....	172
2.4. Особливості державного регулювання та функціонування системи перинатальної допомоги в умовах гуманітарної кризи.....	184
Висновки до розділу 2.....	208

РОЗДІЛ 3. МІЖНАРОДНІ ВИМІРИ РЕГУЛЮВАННЯ СУСПІЛЬНИМИ ВІДНОСИНАМИ В СИСТЕМІ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ.....	
3.1. Зарубіжний досвід становлення державного регулювання системи перинатальної допомоги.....	214
3.2. Імплементация міжнародних підходів до державного регулювання системи перинатальної допомоги в Україні	233
3.3. Стратегія реформування системи перинатальної допомоги в Україні крізь призму міжнародних показників ефективності її діяльності.....	249
3.4. Політика Всесвітньої організації охорони здоров'я та компаративний аналіз міжнародних стратегій з питань перинатальної допомоги.....	265
Висновки до розділу 3.....	284

РОЗДІЛ 4. ПОЛІСЕКТОРАЛЬНА СТРАТЕГІЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

4.1. Напрями державного регулювання для зниження материнської та неонатальної смертності.....	287
4.2. Державні ініціативи розвитку грудного вигодовування в контексті досягнення Цілей сталого розвитку.....	309
4.3. Впровадження глобальних практик неонатального скринінгу в полісекторальну стратегію.....	317
4.4. Тенденції державного регулювання у сфері допоміжних репродуктивних технологій та їхній вплив на демографічний розвиток.....	329
Висновки до розділу 4.....	339

РОЗДІЛ 5. ТРАНСФОРМАЦІЙНІ РІШЕННЯ У ДЕРЖАВНОМУ РЕГУЛЮВАННІ СИСТЕМИ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ДЛЯ ПОДОЛАННЯ НАЦІОНАЛЬНИХ ВИКЛИКІВ.....	
5.1. Інтегроване регулювання перинатальної допомоги: стратегії для інклюзивності жінок з обмеженими можливостями.....	342
5.2. Оптимізація міжгалузевої взаємодії для покращення охорони перинатального психічного здоров'я.....	370
5.3. Теоретико-експериментальне моделювання системи перинатальної допомоги в Україні (на прикладі Львівської області).....	395
Висновки до розділу 5.....	417
ВИСНОВКИ.....	422
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	438
ДОДАТКИ.....	500

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВПО	–	внутрішньо переміщені особи
ВООЗ	–	Всесвітня Організація Охорони Здоров'я
ДПД	–	допологова перинатальна допомога
ДРТ	–	допоміжні репродуктивні технології
ЖІ	–	жінки з інвалідністю
КМУ	–	Кабінет Міністрів України
МОЗ	–	Міністерство охорони здоров'я України
МОМ	–	Міжнародна організація з міграції
(IOM)		(The International Organization for Migration)
НСЗУ	–	Національна служба здоров'я України
ФКУ	–	фенілкеноурія
CDDA	–	The Commonwealth Disability Discrimination Act Акт про дискримінацію за ознакою інвалідності
CDS	–	Commonwealth Disability Strategy Стратегія Співдружності щодо інвалідності
CEDAW	–	The UN Convention of the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women Конвенція ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок
DAP	–	Disability Access Plan План доступності для осіб з інвалідністю Disability Allowance Programme Програма допомоги особам з інвалідністю
EUROPET	–	European Network for Perinatal Transport Європейська мережа перинатального транспорту
ФаHCSIA	–	Department of Housing, Families, Community Services and Indigenous Affairs

		Департамент житлового будівництва, сімейних справ, соціальних послуг та справ корінних народів
FIGO	–	Federation of International Gynaecologists and Obstetricians Федерація міжнародних гінекологів та акушерів
mhGAP	–	Mental Health Gap Action Programme Програма дій щодо скорочення прогалин у психічному здоров'ї
NHS	–	National Health Service) translates Національна служба охорони здоров'я
SOGC	–	The Society of Obstetricians and Gynaecologist of Canada Товариство акушерів та гінекологів Канади

ВСТУП

Актуальність теми. Ефективне державне регулювання системи перинатальної допомоги вважається визначальним чинником та критично важливим інструментом у забезпеченні досягнення Цілей сталого розвитку, адже воно спрямоване на зниження рівня показників материнської та неонатальної смертності, а також показників здоров'я населення в цілому, забезпечуючи доступ до якісних медичних послуг. Проте цей процес не обмежується лише наданням медичних послуг, оскільки державне регулювання має на меті реалізацію комплексних стратегій, які сприяють створенню умов для здорового материнства та дитинства, що є необхідними елементами для досягнення ширшого спектру Цілей сталого розвитку.

Актуальність державного регулювання системи перинатальної допомоги в сучасному світі набуває особливої ваги в контексті системних реформ та глобальних викликів, зокрема обумовлених пандемією covid-19 та війною в Україні. Демографічні виклики, з якими стикається Україна, до прикладу, зниження народжуваності та старіння населення, потребують активних дій держави для стимулювання відновлення населення. В цьому контексті якісна перинатальна допомога сприяє не лише покращенню здоров'я матерів і дітей, але й підвищує довіру громадян до медичної системи, що може спонукати сім'ї до прийняття рішення про народження більшої кількості дітей. Згадані передумови створюють підґрунтя для розвитку складної, але взаємопов'язаної системи, в межах якої ефективно державне регулювання ймовірно сприятиме покращенню здоров'я населення загалом та добробуту нації. Зважаючи на це, державне регулювання, спрямоване на забезпечення умов для безпечних пологів і вчасної високоякісної медичної допомоги матерям і новонародженим, можна вважати важливим чинником демографічного розвитку.

Беручи до уваги соціальний добробут, освіту, економічну стабільність та екологічні умови, але не обмежуючись ними, здоров'я матері та немовляти є результатом впливу низки чинників. Відтак створюючи умови, сприятливі для здоров'я і благополуччя жінок в перинатальному періоді, необхідно врахувати

всі ці аспекти і аналізувати складність розв'язання проблем через призму взаємодії різних структур та організацій в галузі публічного управління. Це відкриває шлях для розроблення та впровадження інтегрованих програм, які охоплюють значний обсяг превентивних заходів в межах комплексної підтримки матері та дитини, а також освітніх кампаній про важливість перинатального здоров'я для підвищення обізнаності серед населення. Крім того, зосередження уваги на розвиткові міжсекторальної співпраці у межах таких інтегрованих програм сприятиме залученню різноманітних матеріальних і нематеріальних ресурсів, передовсім у сфері освіти, соціального захисту та громадського здоров'я, що дозволить впроваджувати ефективніші стратегії. Все це разом забезпечує міцну основу для створення стійкої та адаптивної системи перинатальної допомоги, здатної протистояти актуальним викликам та розв'язувати нагальні проблеми для поліпшення здоров'я матерів і дітей.

З огляду на демографічні зміни та обставини, обумовлені соціально-економічними та медичними труднощами, що уможливають нерівний географічний, фінансовий та фізичний доступ до медичної допомоги, варіативність якості допомоги, очевидною є потреба у формуванні Концепції державного регулювання системи перинатальної допомоги, яка окреслює візію всебічної державної ініціативи для їх подолання. Відштовхуючись від цієї концептуальної основи, з метою створення ефективною та інклюзивною підсистеми допомоги для майбутніх матерів та немовлят наступним кроком є формування полісекторальної стратегії, що базується на координації зусиль між різними секторами суспільства. Вона передбачає активну взаємодію та співпрацю між сферами охорони здоров'я, освіти, соціального захисту, економіки та іншими сферами функціонування суспільства і, відповідно, можлива до реалізації на рівні області.

Застосування означеного варіанту дій передбачає розробку міжсекторальних комплексних заходів, які починаються з визначення очікуваних результатів, ролей і відповідальностей кожного сектору, і закінчуються створенням спільних планів дій та механізмів їх моніторингу та

оцінки. Важливою складовою такого процесу є моніторинг та аналіз даних відповідно до визначених інтердисциплінарних та міжсекторальних проблем в системі перинатальної допомоги, що дає змогу ідентифікувати та подолати ключові перешкоди для їх ефективного та своєчасного розв'язання.

Загалом запропонований інтегрований та координаційний підхід сприятиме створенню стійких механізмів адаптації до мінливих соціально-економічних умов та демографічних тенденцій, що є критично важливим для підвищення якості здоров'я населення України та досягнення Цілей сталого розвитку.

Важливим теоретико-методологічним підґрунтям для дисертаційного дослідження слугують фундаментальні праці вчених, які заклали основи розвитку наукових концепцій у сфері публічного управління та державного регулювання в галузі охорони здоров'я. Зокрема, у сфері дослідження механізмів державного регулювання значний внесок зробили такі науковці, як В. Бакуменко, З. Бурик, І. Парубчак, Т. Пахомова, П. Петровський, М. Попов, Л. Приходченко; дослідженню тенденцій демографічних процесів та політики природнього відтворення населення в сучасній Україні присвятили свої роботи С. Аксьонова, О. Гаврилюк, Т. Гнатюк, Б. Крімер, І. Курило, Н. Левчук, Е. Лебанова, Н. Рингач та інші; вивченню загальних тенденцій формування державної політики у сфері охорони здоров'я були присвячені дослідження Д. Карамішева, Н. Кризиної, Я. Радиша, І. Хожило, Н. Ярош; методологічні аспекти збереження здоров'я, в тому числі репродуктивного здоров'я населення України, знайшли своє відображення у працях І. Білоус, І. Могилевкіної, С. Мокрецова, Н. Жилки, М. Співака, О. Штогрин, І. Миронюк та інших. Окремої уваги заслуговують дослідження функціонально-організаційної моделі інтеграції галузевих послуг у систему первинної медичної допомоги, які здійснили О. Щербінська, О. Худоба та інші; а також праці, що аналізують функціонування системи охорони здоров'я в умовах сучасних викликів, включаючи війну та пандемію covid-19, авторами яких є Є. Бородін, Н. Калашник, С. Крук, Л. Моїсеєва, Н. Драгомирецька, І. Семчук та інші.

З врахуванням іноземних досліджень, присвячених управлінню системою перинатальної допомоги, аналізувалися сучасні наукові розробки дослідників: С. Аерс, С. Янг (зміни в організації перинатальної допомоги з позиції стійкості системи перинатальної допомоги в умовах криз), С. Арора, С. де Кассан, Б. Мольтрехт, Б.В. Ламб, Е. Рапа, Т. Соукуп (мультидисциплінарні та міжсекторальні підходи до управління системою перинатальної допомоги), П. Гроневеген, Н.А. Мускат, Л. Раджміл, Н. Спенсер, Д. Тейлор-Робінсон, Г. Томазеллі, А. Х'єрн (ключові пріоритетні сфери європейських систем охорони здоров'я) та інші.

Цей багатогранний науковий доробок відіграє значущу роль у формуванні теоретичної та методологічної бази дисертації, як міцного фундаменту для аналізу, розуміння та вироблення рекомендацій щодо вдосконалення державного регулювання системи перинатальної допомоги в Україні. Але незважаючи на чималу кількість ґрунтовних наукових праць у галузі охорони здоров'я, комплексного дослідження проблематики перинатальної допомоги та аналіз її ефективності в контексті відновлення населення України не було здійснено. Здебільшого йдеться про важливі аспекти виключно медичного спрямування, без оцінки ефективності в контексті державної політики. Також не враховуються сучасні виклики і спостерігається певна невизначеність у категоріальному апараті. Це зумовлює потребу продовження досліджень у цьому напрямі, і передусім – осмислення теоретичних і практичних аспектів державного регулювання перинатальної допомоги в контексті системних реформ. Така постановка проблеми та її вирішення дозволяє сформулювати чіткіше уявлення про сутність і природу перинатальної допомоги на сучасному етапі, визначити сукупність інструментів і технологій забезпечення її ефективного функціонування.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційне дослідження виконувалося в рамках Науково-дослідної роботи кафедри публічного управління та регіоналістики Навчально-наукового інституту публічної служби та управління Національного університету

“Одеська політехніка” на тему “Забезпечення сталого розвитку територіальних громад та регіонів в умовах політико-управлінських трансформацій” (номер державної реєстрації 0111U002136). У процесі виконання НДР обґрунтовано основні підходи формування стратегії управління системою охорони здоров'я на різних етапах її розвитку, враховуючи особливості соціально-економічного розвитку та умови системних криз, здійснено аналіз законодавства, що визначає повноваження органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я і сформульовано чітке розуміння суб'єктів відповідальності за окремими напрямками діяльності в процесі впровадження змін.

Мета і завдання дослідження. *Метою* дисертаційного дослідження є розробка та теоретичне обґрунтування методологічних основ державного регулювання системи перинатальної допомоги, що сприятиме оптимізації ресурсного забезпечення та підвищенню ефективності системи охорони здоров'я в цілому, адаптованої до протистояння соціально-економічним викликам шляхом синергії зусиль усіх зацікавлених сторін.

Відповідно до мети дисертаційного дослідження визначено наступні завдання:

- проаналізувати теоретичні основи державного регулювання системи перинатальної допомоги, що передбачає дослідження сучасних концепцій та моделей управління в системі охорони здоров'я;
- виокремити кращі практики міжнародного досвіду в контексті регулювання суспільних відносин в медичній галузі та можливості їх адаптації для розбудови системи перинатальної допомоги в Україні;
- визначити критерії оцінки ефективності механізмів державного регулювання системи перинатальної допомоги для забезпечення універсальної доступності, високої якості медичної та соціальної допомоги на всіх етапах перинатального періоду;
- дослідити існуючу систему перинатальної допомоги в Україні, виявити її сильні та слабкі сторони, а також можливості і загрози для її стійкості у контексті соціально-економічних змін;

- провести емпіричні дослідження для ідентифікації проблемних аспектів функціонування системи перинатальної допомоги та виявлення можливостей для їх мінімізації;

- обґрунтувати полісекторальну стратегію державного регулювання системи перинатальної допомоги, щоб забезпечити її ефективну адаптацію до мінливих соціально-економічних умов;

- сформулювати методологію інституційної трансформації системи перинатальної допомоги для підвищення її гнучкості;

- сформулювати рекомендації для суб'єктів державного регулювання системи перинатальної допомоги щодо ефективного впровадження полісекторальної стратегії в практику публічного управління.

Об'єктом дослідження є суспільні відносини, що виникають при формуванні та реалізації державної політики охорони здоров'я в контексті природнього відновлення населення в Україні.

Предмет дослідження – державне регулювання системи перинатальної допомоги в умовах комплексних реформ в Україні.

Методологія дослідження розглядалася як сукупність концепцій, підходів і методів, що гарантували досягнення визначених у дисертації мети й завдань, спрямованих на розв'язання проблематики регулювання системи перинатальної допомоги у теоретичному та прикладному вимірах.

Джерельну й емпіричну основу дослідження становили законодавчі та нормативно-правові акти органів публічної влади, які регулюють питання медичного обслуговування та соціального захисту населення, звіти, статистичні матеріали, наукова література, статті зарубіжних і вітчизняних учених у періодичних виданнях, офіційні публікації органів законодавчої влади Європейського Союзу, комісій та структур ООН, ВООЗ.

Складність фіксації послуг для жінок з особливими потребами, як соціального явища, та визначення механізмів формування ефективної державної політики реагування на цей медико-соціальний виклик в умовах війни зумовило використання комплексу взаємопов'язаних й взаємодоповнюючих

загальнонаукових і спеціальних методів дослідження, спрямованих на отримання об'єктивних та достовірних результатів.

Методологічною основою дослідження став системний підхід, що дав змогу розглянути керуючу систему і керовані підсистеми як цілісний комплекс організації медико-соціальних послуг; компаративний та логіко-семантичний методи слугували дослідженню категорійно-понятійного апарату дисертаційного дослідження.

Для забезпечення повноти висвітлення предмета дослідження здійснено його умовне структурування на емпіричний та теоретичний рівні, а також використані різні методи наукового пошуку. На емпіричному рівні для розкриття специфіки об'єкта дослідження використовувалися методи статистики та семантичного аналізу (врахування даних захворюваності та смертності в межах перинатального періоду), а також впливу окремих чинників на формування політики з питань перинатальної допомоги; вивчення наукової літератури стосовно досвіду надання перинатальної допомоги в зарубіжних державах. Для посилення достовірності отриманих результатів застосовувалися також методи індукції, узагальнення, контент-аналізу та формально-логічного аналізу законодавчих актів і нормативно-правових документів.

Теоретичний рівень дослідження дав змогу пояснити тенденції змін в досліджуваній сфері та розкрити необхідність оптимізації державного регулювання перинатальної допомоги. Основними теоретичними методами стали: систематизація всієї множини даних емпіричного рівня, прогностичний метод (застосований для формулювання висновків і рекомендацій) узагальнення та концептуального моделювання (для обґрунтуванням нової структурно-функціональної моделі державного регулювання системи перинатальної допомоги); метод експертних оцінок (використано для оцінки ефективності та дієвості запропонованих методик).

Наукова новизна одержаних результатів визначається особистим внеском авторки у вирішення актуальної науково-практичної проблеми в галузі публічного управління, суть якої полягає в низькій ефективності заходів

державної політики щодо підвищення народжуваності та забезпечення високоякісної перинатальної допомоги з врахуванням потреб населення для підтримки здоров'я та відновлення населення України.

Результатами дослідження, що становлять наукову новизну, розкривають головний зміст роботи та виносяться на захист, є такі:

Уперше:

– запропоновано Концепцію державного регулювання системи перинатальної допомоги в Україні, яка визначає основні засади у галузі публічного управління. В межах цієї Концепції виокремлено та обґрунтовано чотири напрями діяльності, зокрема: економічний, соціальний, управлінський та адаптаційний, що свідчить про ретельне осмислення її багатовимірності та взаємопов'язаності між цими напрямками, а також запропоновано критерії оцінки ефективності механізмів державного регулювання системи перинатальної допомоги відповідно до цих напрямів;

– обґрунтовано полісекторальну стратегію державного регулювання системи перинатальної допомоги, що стала важливим кроком у забезпеченні комплексної координації зусиль та інтеграції ресурсів багатьох секторів суспільства. Ця стратегія охоплює визначені в Концепції напрямки діяльності, що спрямовані на досягнення стратегічних цілей в сфері перинатальної допомоги. Особлива увагу приділяється підтримці грудного вигодовування, впровадженні допоміжних репродуктивних технологій, вакцинації вагітних, розширенні програм скринінгу новонароджених, що сприяє зниженню рівнів материнської та дитячої смертності. Впровадження цієї стратегії сприятиме створенню синергії між секторами охорони здоров'я, соціального захисту, освіти та іншими важливими галузями, що не тільки дозволить інтегрувати ресурси, але й об'єднати зусилля різних сторін для досягнення визначених цілей;

– розроблено структурно-функціональну модель “Перинатального світу”, яка втілюється за допомогою інтегративного підходу до надання медичних та супутніх з ними послуг. Модель охоплює два додаткових нових напрямів в

системі перинатальної допомоги (перинатальне психічне здоров'я та інклюзивні перинатальні послуги) та низку заходів, які уможливають інтеграцію такої багатовимірної моделі в існуючу систему охорони здоров'я. В цілому, це дозволяє розвинути та удосконалити інструментарій управління для розвитку інституційної мережі;

– введено нові поняття: *“інклюзивні перинатальні послуги”* (адаптовані медичні та підтримуючі послуги, спрямовані на задоволення специфічних потреб вагітних жінок з інвалідністю, що охоплюють широкий спектр медичної допомоги, включаючи фізичний доступ до приміщень та обладнання, комунікаційну підтримку та інформацію, яка є зрозумілою та доступною, а також чутливість та особливий підхід з боку медичного персоналу для забезпечення якісної та безпечної перинатальної допомоги); та *“перинатальна служба психічного здоров'я”* (спеціалізована медико-соціальна служба, яка надає підтримку, супровід та лікування жінкам з психологічними проблемами або психічними розладами під час вагітності та у післяпологовий період). Ця служба охоплює широкий спектр послуг, включаючи профілактику, раннє виявлення, оцінку, консультування, психотерапію та, за необхідності, медикаментозне лікування.

Удосконалено:

– категорійно-понятійний апарат державного управління системою охорони здоров'я, зокрема уточнено та розкрито значення термінів *“перинатальна допомога”* та *“система перинатальної допомоги”*, внаслідок чого розширились можливості їх використання у теоретико-прикладній діяльності публічного управління;

– метод оцінки ефективності механізмів державного регулювання системи перинатальної допомоги, який базується на порівняльному аналізі з кращими міжнародними практиками та врахуванні специфічних чинників для кожного механізму, зокрема нормативно-правового, організаційно-інституційного, кадрового, інформаційного та фінансового. Також доповнено стратегії адаптації управління для суб'єктів державного регулювання, включаючи визначення

основних тенденцій розвитку, проведення прогнозувань, врахування ролі суспільної думки, оцінку потреб територіальних громад у додаткових медико-соціальних послугах, а також забезпечення дотримання морально-етичних стандартів у застосуванні допоміжних репродуктивних технологій.

Отримали подальший розвиток:

– систематизація міжнародного досвіду формування та реалізації державного регулювання системи перинатальної допомоги для можливості імплементації кращих зарубіжних практик в українських реаліях. Цей підхід дав змогу сформуванню пріоритетності напрямів з підвищення ефективності організації та надання медичних та соціальних послуг жінкам з особливими потребами;

– засади практичного використання і змістовного наповнення комплексу механізмів державного регулювання, які далі розвиваються через посилення зв'язків між різними видами медичних послуг.

Практичне значення одержаних результатів. Основні концептуальні положення, висновки та рекомендації дисертаційної роботи мають практичне спрямування та можуть бути враховані органами публічної влади як при впровадженні організаційно-правових, інституційних і політичних механізмів забезпечення ефективності їх функціонування, так і при оцінюванні управлінського процесу та безпосередньо отриманих результатів діяльності. Висновки та рекомендації дослідження уже використовуються: *Державним експертним центром Міністерства охорони здоров'я України* – використані мультидисциплінарними робочими групами з розробки медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини Міністерства охорони здоров'я України, при формуванні проектів медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги (довідка №2122/21-23 від 29.09.2023); *Західним міжрегіональним департаментом Національної служби здоров'я України* – для підготовки пропозицій до проектів нормативно-правових актів, спрямованих на формування та реалізацію державної політики у сфері медичного

обслуговування населення за програмою державних фінансових гарантій (довідка №1-23 від 23.10. 2023); *Львівською обласною радою* – при формуванні переліку завдань, заходів та показників в межах Комплексної програми підтримки галузі охорони здоров'я Львівської області на 2021 - 2025 роки, зокрема щодо: забезпечення інтенсивною терапією вагітних жінок у критичних станах та недоношених новонароджених дітей; лікування безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій; профілактики виникнення та корекції йододефіцитних станів у вагітних жінок (довідка №35 від 01.09.2023); *Львівською обласною військовою адміністрацією* – про використання новаторських підходів до розв'язання проблем в контексті надання медико-соціальної допомоги матерям та дітям, налагодження співробітництва та розбудови публічних відновин у галузі надання медичних послуг (довідка №5/36-9220/0/2-23-10.1 від 19.09.2023); *Сумською обласною радою* – для подальшого аналізу та підготовки пропозицій до проектів місцевих програм та нормативно- правових актів, а також для її удосконалення регулювання та розвитку перинатальних послуг області (рецензія-відгук №01-29/392 від 27.10.2023); *Судововишнянською міською радою Яворівського району Львівської області* – використані у роботі Виконавчого комітету Судововишнянської територіальної громади при формуванні програм місцевого самоврядування, спрямованих на покращення перинатальної допомоги та демографічної ситуації в Україні. Це також сприятиме розвитку послуг, якість яких залежить від ефективної координації медичних та соціальних служб, зокрема інтегрованих послуг, захисту матерів та дітей, розвитку служб з підтримки психічного здоров'я (довідка №1808/03-16 від 21.09.2023); *Львівським національним медичним університетом імені Данила Галицького* – впровадження в освітню діяльність рекомендацій щодо формування компетенцій фахівців з питань перинатального психічного здоров'я (довідка №01-15/438 від 11.10. 2023);

Особистий внесок здобувача. Дисертація є завершеною самостійною науковою працею, в якій за результатами проведених досліджень отримано нові

обґрунтовані теоретичні та методологічні результати, що закладають належне підґрунтя для розв'язання науково-практичної проблеми у сфері перинатальної допомоги. Наукові результати, висновки та положення, винесені на захист, одержані автором самостійно.

Апробація результатів дослідження. Основні положення дисертаційного дослідження представлено та обговорено на комунікативних заходах, зокрема участь у: *конференціях*: 39th Annual Meeting of ESHRE - European Society of Human Reproduction and Embryology - міжнародний конгрес (Копенгаген, 2023); “Трудне вигодовування - норма чи інтервенція в кризу (Люблін, 2023); “Прагматичний підхід до надання акушерсько-гінекологічної допомоги” (Львів, 2022); IX форумі власників та керівників медичних клінік (Львів, 2022); II Осінньому медсестринському форумі (Львів, 2022); “Обмін досвідом у сфері впровадження системи перинатальної допомоги на обласних рівнях” (Луцьк, 2021); XX Міжнародному економічному форумі (Львів, 2021); Конференція для топ-управлінців у сфері охорони здоров'я (Львів, 2020); *брифінгах* “Рівень захворюваності на Covid-19 зростає” (Львів, 2022); *науково-практичних засіданнях* Львівського відділення Асоціації акушер-гінекологів України (Львів, 2021-2022); “Літня школа репродуктологів” (Канни, 2023); *міжнародних зустрічах* для презентації роботи Львівського обласного клінічного перинатального центру та перспективи розвитку (з Міністром охорони здоров'я Італії Ораціо Скіллачі та його командою, Італія, 2023); *робочих групах* Міністерства охорони здоров'я: для формування уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги “кесарів розтин” (05.01.2022), уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги “фізіологічні пологи” (26.01.2022); стандартів медичної допомоги “нормальна вагітність” (09.08.2022); стандарту медичної допомоги “затримка росту плоду” (02.10.2023).

Публікації. Основні положення дисертаційної роботи викладено у 31 публікації загальним обсягом 35,65 друк. арк., зокрема у 21 статті у наукових фахових виданнях з державного управління, 9 статтях у журналах індексованих у базі Scopus Web of Science, та одній статті у міжнародному журналі.

Структура й обсяг дисертації. Робота складається зі вступу, п'яти розділів, висновків, списку використаних джерел і додатків. Загальний обсяг роботи становить 529 сторінок, обсяг основного тексту – 370 сторінок. Дисертація містить 85 рисунків, 7 таблиць, 30 додатків на 72 сторінках, список використаних джерел на 49 сторінках, що налічує 505 найменувань, в тому числі 238 – іноземними мовами.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНА ПАРАДИГМА ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ: ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ

Цей розділ закладає теоретичну основу для глибшого розуміння ролі державного регулювання в забезпеченні якісної перинатальної допомоги, виокремлюючи перспективи та виклики, що стоять перед Україною в цій галузі. Розглянуті термінологічні аспекти, основні принципи та підходи, які визначають концепцію державного регулювання системи перинатальної допомоги, з акцентом на стратегічні цілі, завдання, та механізми їх реалізації. Проаналізовано комплексність наукового доробку з розв'язання проблематики та обґрунтовано методологію дослідження. Ці теоретичні положення закладають підґрунтя для переходу у наступний розділ, щоб з'ясувати, чи теоретичні засади ефективно перетворюються на практичні дії і сприяють впровадженню реформ.

1.1. Перинатальна допомога населенню в управлінському дискурсі: аналіз понятійно-категорійного апарату

Управлінський дискурс у сфері перинатальної допомоги охоплює широкий спектр понять та категорій, які визначають принципи надання медичної допомоги, стандарти догляду, критерії якості та ефективності медичних втручань. Аналіз понятійно-категорійного апарату в контексті управлінського дискурсу вимагає не лише глибокого розуміння термінології, але й осмислення цих понять у ширшому контексті державної стратегії забезпечення здоров'я матерів і дітей. Таке інтегративне бачення є ключовим для досягнення Цілей сталого розвитку, зокрема, щодо здоров'я та благополуччя.

Важливість цієї термінології полягає у створенні єдиної мови між усіма зацікавленими сторонами. Понятійна ясність сприяє кращому розумінню цілей

і завдань перинатальної допомоги, формуванню ефективних стратегій управління та поліпшенню якості надання медичних послуг.

Державна стратегія в галузі охорони здоров'я матерів і дітей спрямована на мінімізацію ризиків для здоров'я вагітних та новонароджених, зниження рівня материнської та неонатальної смертності, а також забезпечення умов для здорового розвитку дитини. У цьому контексті ключовим є розробка і впровадження комплексних програм, які включають профілактику, раннє виявлення та ефективне лікування станів, що загрожують здоров'ю матері та дитини. Подібні ініціативи вимагають тісної взаємодії між різними рівнями управління та координації зусиль усіх зацікавлених сторін. Отже, інтеграція понять та категорій перинатальної допомоги в ширшу державну стратегію забезпечення здоров'я матерів і дітей має вирішальне значення для досягнення Цілей сталого розвитку [167].

Основною рушійною силою сталого розвитку країни є її населення. Тому багато довгострокових соціальних перспектив базуються на демографічних процесах. Демографічні труднощі в Україні підвищують значення репродуктивного здоров'я для забезпечення відтворення населення, оскільки воно є невід'ємною частиною здоров'я нації в цілому та має стратегічне значення для сталого розвитку суспільства.

Відповідно до Цілей розвитку тисячоліття ООН, які були змінені Цілями сталого розвитку, та стратегії Всесвітньої організації охорони здоров'я одним із пріоритетів у сфері репродуктивного здоров'я для європейського регіону є безпечне материнство та зниження дитячої смертності.

Однак особливе занепокоєння викликає стан репродуктивного здоров'я в Україні. Здоров'я дітей безпосередньо пов'язане зі здоров'ям жінок, яке має стійку тенденцію до погіршення, про що свідчить зростання за останні десять років захворюваності вагітних на анемію, захворювання сечостатевої системи та системи кровообігу. Збільшується кількість безплідних шлюбів та новонароджених із вродженою патологією.

На сьогоднішній день лише існуючі можливості медичного обслуговування не можуть забезпечити якісний рівень обслуговування вагітних і породіль. Отже, цілі сталого розвитку можуть бути досягнуті через державне регулювання, спрямоване на вирішення організаційних та кадрових питань у медичній галузі. Особливо важливо знайти шляхи вирішення цієї проблеми на регіональному рівні з урахуванням територіальних особливостей демографічних процесів, інфраструктури системи охорони здоров'я тощо.

Визнаючи стратегічне значення репродуктивного здоров'я для сталого розвитку суспільства, Україна затвердила Програму дій Міжнародної конференції з народонаселення та розвитку (Каїр, 1994 р.), Цілі розвитку тисячоліття ООН (2000-2015), План сталого розвитку та Цілі (2016-2030). Ці стратегічні документи стали основою державної політики у сфері збереження та підтримання репродуктивного здоров'я населення. Починаючи з 1995 р. національні програми (Планування сім'ї 1995-2000 рр. та Репродуктивне здоров'я 2001-2005 рр.) і державна програма «Репродуктивне здоров'я» стали політичними і стратегічними інструментами реалізації міжнародних документів щодо вирішення проблем репродуктивного здоров'я населення України [75]. Здоров'я нації до 2015 року», заснований на Регіональній стратегії ВООЗ з питань сексуального та репродуктивного здоров'я (2001).

Результати аналізу зміни чисельності населення за останні 10-15 років показують, що Україна перебуває у стані глибокої демографічної кризи через депопуляцію, збільшення частки людей похилого віку та скорочення тривалості життя. Це негативно впливає на розвиток продуктивних сил, рівень добробуту людей та економічну ситуацію в країні і, відповідно, актуалізує питання відтворення здорового населення та стимулювання народжуваності.

В Україні після тривалого періоду зростання народжуваності (2002 – 2012 рр.) з 2013 р. спостерігається її зниження. Особливо відчутним це стало у 2020 році (рис.1.1), коли кількість народжених зменшилася порівняно з 2012 роком на понад 220 тис. осіб (або на 43,6%). Кількість народжених щороку зменшується, останніми роками на 10-30 тисяч.

Нижче наведені показники з моменту набуття Україною незалежності. З часу початку повномасштабного вторгнення офіційних відомостей щодо приросту та скорочення населення, до складових яких належать і показники народжуваності, не оприлюднюються. Є неофіційні данні, які є позицією видання чи експерта, аале ставити їх в один ряд з офіційною статистикою ми вважаємо некоректним.

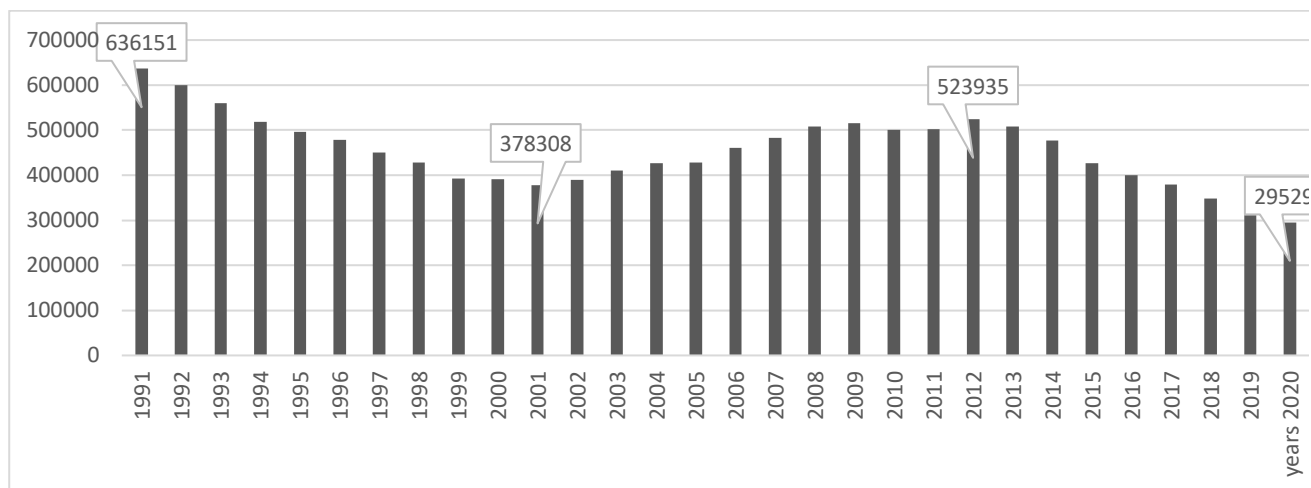


Рис.1.1. Показники народжуваності в Україні за останні тридцять років [65].

Соціально-економічна ситуація, спричинена кризою та військово-політичною нестабільністю, також негативно впливає на поточну репродуктивну діяльність населення та здоров'я новонароджених. Таким чином, крім значного зниження частоти пологів, високим залишається рівень дитячої смертності. У таких умовах зростає цінність кожного народження, а збереження репродуктивного здоров'я потенційних матерів і батьків стає національним пріоритетом відтворення людського потенціалу України.

Незважаючи на реалізацію багатьох програм та проектів міжнародної технічної допомоги, що діють в Україні, ситуація у сфері репродуктивного здоров'я суттєво не покращилася. Рівень материнської смертності в Україні, як показник соціально-економічного розвитку держави, є значно вищим за середній по Європейському Союзу, що потребує першочергової уваги до охорони материнства та дитинства.

Незважаючи на зниження епідемічного процесу ВІЛ-інфекції, проблема ВІЛ-інфекції негативно впливає на репродуктивне здоров'я населення. Ризики поширення ВІЛ зросли в умовах поточної гуманітарної кризи та військових дій на сході України. Зростання захворюваності в складних соціально-економічних та санітарно-гігієнічних умовах (особливо серед внутрішньо переміщених осіб, мешканців тимчасово окупованих територій, зон конфлікту), вірогідне зростання поширеності шкідливих звичок, ризикованої сексуальної поведінки та гендерно обумовленого насильства у військовому насильстві увага та оперативні рішення держ.

Одним із важливих показників стану репродуктивного здоров'я є безпліддя. Близько 15% сімейних пар в Україні страждають від безпліддя, яке можна віднести до прямих репродуктивних втрат. Рівень безпліддя можна істотно знизити за допомогою заходів щодо профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом, післяпологових інфекцій, відмови від небезпечних методів переривання вагітності. При безплідді необхідно забезпечити якісне консультування, діагностику та відповідне лікування [138].

Тенденція збільшення віку жінок у шлюбі та народження першої дитини, так зване “старіння материнства”, ставить нові виклики для збереження репродуктивного здоров'я потенційних матерів і батьків, висуває підвищені вимоги до системи охорони здоров'я. пільги для цієї категорії жінок.

Проблеми, що виникли у сфері репродуктивного здоров'я населення України, зумовлені багатьма факторами: незадовільним соціальним статусом громадян та недостатньою увагою до ролі сім'ї; смертність чоловіків працездатного віку, яка значно перевищує смертність жінок; високий рівень материнської та дитячої смертності через недостатню поінформованість населення про здоровий спосіб життя; недостатній рівень сучасного високотехнологічного оснащення закладів охорони здоров'я та підготовки спеціалістів, що призводить до зниження якості медичної допомоги; незадовільний стан здоров'я вагітних, що призводить до збільшення ускладнень під час пологів і виникнення захворювань у новонароджених; високий рівень

абортів; поширена онкогінекологічна патологія репродуктивних органів, яка є однією з основних причин смертності та призводить до втрати значної кількості молодих жінок, які не реалізували свою репродуктивну функцію.

Поширеними чинниками, які продовжують негативно впливати на репродуктивне та сексуальне здоров'я населення України та погіршення народжуваності, є: кризова соціально-економічна ситуація, падіння рівня життя, зростання стресу, відсутність соціального та правового захисту на виробництві, відсутність належний контроль за дотриманням правил і норм охорони праці та техніки безпеки, погіршенням якості харчування, зростанням загальної захворюваності населення.

Такий стан речей зумовлює необхідність подальшої реалізації комплексу заходів, спрямованих на покращення репродуктивного здоров'я населення.

У 2015 році Україна, будучи державою-членом ООН, прийняла План сталого розвитку на період з 2016 по 2030 роки, включаючи в нього Цілі сталого розвитку. Серед них особлива увага приділяється Цілі 3, яка полягає в “забезпеченні здорового способу життя та сприянні благополуччю для людей усіх вікових груп”. Це передбачає, зокрема, виконання Цілі 3.1 – зниження глобальної материнської смертності, Цілі 3.2 – припинення запобіжної смертності новонароджених і дітей до п'яти років, а також реалізацію Завдання 3.7, що передбачає загальний доступ до послуг у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я, включаючи планування сім'ї, надання інформації та освітніх програм, а також інтеграцію репродуктивного здоров'я у національні стратегії та програми [167].

Окрім цього, важливим аспектом є Ціль 5, Завдання 5.6, яке спрямоване на гарантування повної поваги до сексуальних та репродуктивних прав відповідно до ключових міжнародних угод, таких як Програма дій Міжнародної конференції з народонаселення та розвитку та Пекінська платформа дій, включаючи документи, що виходять з наступних оглядових конференцій.

Відповідно до Резолюції, прийнятої Генеральною Асамблеєю 25 вересня 2015 року, було визначено Порядок денний сталого розвитку до 2030 року. Цей

план реалізовуватимуть усі країни та всі зацікавлені сторони, діючи на основі співпраці та партнерства. Сімнадцять цілей сталого розвитку та 169 проблем, які ми проголошуємо сьогодні, демонструють масштаб і амбіції цього нового глобального порядку денного. Вони зосереджені на розробці Цілей розвитку тисячоліття та виконанні завдань, які не вдалося виконати. Вони спрямовані на реалізацію прав людини для всіх, досягнення гендерної рівності та розширення можливостей усіх жінок і дівчат. Вони є комплексними та неподільними та збалансовують три виміри сталого розвитку: економічний, соціальний та екологічний.

Стратегії та підходи до посилення політики європейських країн у цій сфері також викладено в Європейському плані дій ВООЗ щодо зміцнення сексуального, репродуктивного здоров'я та прав на 2017-2021 роки.

На сьогодні в Україні відсутня комплексна державна програма національного рівня, яка б визначала напрямки та завдання вирішення проблем у сфері репродуктивного здоров'я. Тому можливі три варіанти вирішення проблеми:

Перший варіант – відсутність стратегії та державної програми збереження репродуктивного та сексуального здоров'я. Це загрожує стійкості результатів попередньої програми та не відповідає новим викликам, які породжує глибока соціально-економічна та гуманітарна криза. Результатом такого підходу стане погіршення стану здоров'я громадян, подальші репродуктивні втрати та закріплення стійких негативних тенденцій медико-демографічної ситуації в країні. У довгостроковій перспективі це вимагатиме суттєвого збільшення видатків на охорону здоров'я без суттєвого покращення репродуктивного та сексуального здоров'я населення, материнської та дитячої захворюваності та смертності.

Другий варіант – продовження фінансування окремих напрямків та статей видатків, передбачених попередньою програмою, здебільшого спрямованих на подолання критичних станів та ускладнень у процесі надання спеціалізованої медичної допомоги. Неврахування особливостей ситуації в

країні, сучасних світових підходів до покращення репродуктивного здоров'я та статевого виховання, відсутність системного міжгалузевого підходу до посилення профілактичної складової та скринінгових програм, недостатня інтеграція служб репродуктивного та сексуального здоров'я в первинна медична допомога. охорона здоров'я матиме негативні наслідки. Це призведе до зростання захворюваності, несвоєчасного виявлення ускладнень, що потребуватиме значних фінансових ресурсів для надання високоспеціалізованої медичної допомоги та подальшого медико-соціального супроводу дитини і, можливо, матері протягом життя.

Третій варіант – ухвалення нової Державної програми репродуктивного та сексуального здоров'я із забезпеченням фінансування. Такий підхід свідчить про послідовність зусиль держави щодо виконання взятих міждержавних зобов'язань. Заходи з доведеною ефективністю спрямовані на профілактику, підвищення мотивації населення, особливо підлітків та молоді, до здорового способу життя, безпечної статевої поведінки та репродуктивного здоров'я. Це зменшить потребу в медичній допомозі. Посилення системи ранньої діагностики та лікування захворювань, контролю за перебігом та профілактики ускладнень, особливо під час вагітності та пологів, сприятиме зниженню захворюваності на критичні стани, первинну інвалідність, материнську та дитячу смертність. Такий підхід забезпечить раціональне використання ресурсів галузі, підвищення якості та ефективності медичної допомоги.

Третій, оптимальний варіант полягатиме у подоланні нерівності в доступі до інформації та якісних послуг у сфері репродуктивного та сексуального здоров'я на всіх етапах життя та забезпеченні права кожного на найвищий досяжний рівень здоров'я. Програма має забезпечувати безперервність супроводу (медичного, соціального, психологічного тощо) та принцип охоплення всіх етапів життя людини з урахуванням гендерних аспектів. Створення механізмів стратегічного управління, сталого міжгалузевого співробітництва, посилення підзвітності та залучення громадськості та міжнародних організацій забезпечить дієвість та результативність Програми.

Оптимальним шляхом вирішення проблем репродуктивного та статевого здоров'я є розробка та реалізація Загальнодержавної програми “Репродуктивне та статеве здоров'я нації до 2021 року” з урахуванням досягнень Загальнодержавної програми “Репродуктивне здоров'я нації”.

За відсутності нової Державної програми та Плану заходів у сфері репродуктивного та статевого здоров'я попередні досягнення України у цій сфері можуть бути втрачені та Україна може опинитися під загрозою невиконання міжнародних зобов'язань у цій сфері.

Щоб вирішити проблему, необхідно виконати певні дії:

- розроблення та здійснення заходів, спрямованих на формування репродуктивного та статевого здоров'я населення шляхом популяризації здорового способу життя, відповідального батьківства, культури стосунків та сімейних цінностей, створення сім'ї, планування народження здорової дитини.

- перегляд та вдосконалення нормативно-правової бази з питань репродуктивного та сексуального здоров'я для забезпечення відповідності найкращій міжнародно визнаній базі доказів.

- розробка стратегії та механізмів організації скринінгових програм населення для профілактики та ранньої діагностики раку репродуктивних органів у жінок і чоловіків.

- забезпечення ефективних механізмів управління програмою, моніторингу та оцінки результатів.

Поліпшення показників здоров'я, що є передумовою позитивної динаміки демографічних процесів і сталого розвитку, потребує міцної міжгалузевої взаємодії всіх державних органів та інституцій, взаємодії громадських і міжнародних організацій та приватного сектору, які беруть участь у державній політиці у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я.

Термін “перинатальна допомога” поступово розвивався впродовж тривалого періоду, відображаючи зміни у медичних знаннях та практиці. Основні етапи цього розвитку включають:

Ранній період (до 20 століття): у цей час не було чіткого розуміння перинатальної допомоги як окремої сфери. Догляд за матір'ю та дитиною під час вагітності, пологів та незабаром після народження часто був обмежений і здійснювався переважно акушерками, які зазвичай були основними постачальниками допомоги при пологах, особливо у віддалених та сільських районах, де доступ до лікарів-акушерів був обмежений. Їх роль значно варіювалась залежно від країни та культурного контексту. З розвитком медицини та акушерства починається систематизація знань про вагітність, пологи та новонароджених. У цей період з'являються перші спеціалізовані акушерські клініки.

Середина 20 століття: з'являються нові технології, такі як ультразвукове сканування, що значно покращує можливості діагностики та моніторингу під час вагітності. Також зростає увага до антенатального догляду (догляду до народження дитини) та визнання його важливості для здоров'я матері та дитини.

Кінець 20 - початок 21 століття: період, коли велика увага приділяється ранньому виявленню та лікуванню ускладнень вагітності та пологів. Виникають нові медичні протоколи та керівництва для перинатального догляду, впроваджуються інноваційні методи лікування та догляду.

Сучасний період (21 століття): на цьому етапі перинатальна допомога включає інтеграцію передових технологій, таких як генетичне тестування, детальне ультразвукове сканування, інноваційні методи лікування внутрішньоутробних ускладнень та підтримки недоношених дітей. Також велика увага приділяється психологічному догляду та підтримці сім'ї. Ключовим аспектом сучасної перинатальної допомоги є мультидисциплінарний підхід, що об'єднує не лише медичних працівників (гінекологів, акушерів, педіатрів, неонатологів, генетиків тощо), але й психологів, соціальних працівників, управлінців та інших спеціалістів для забезпечення комплексного догляду за матір'ю та дитиною.

Основна роль перинатальної допомоги полягає у забезпеченні оптимальних умов для вагітних жінок і забезпечення безпеки та здоров'я їхніх дітей. Це включає в себе широкий спектр послуг, таких як антенатальний медичний догляд, підтримувальні послуги під час вагітності, підготовка до пологів, безпосередній нагляд під час пологів, післяпологовий догляд і підтримка при грудному вигодовуванні. Значення перинатальної допомоги полягає також у попередженні та виявленні ризикових факторів, пов'язаних з вагітністю та пологами. Фахівці перинатальної допомоги мають знання і навички, які дозволяють їм вчасно визначити проблеми та уникнути ускладнень. Вони є ключовими учасниками у здійсненні скринінгу, профілактиці та лікуванні захворювань, що можуть вплинути на здоров'я матері та дитини.

Змістове наповнення терміну “перинатальна допомога” змінюється з часом і розглядається у вузькому (суто медичному) та ширшому (з позиції державного регулювання) трактуванні.

Медичне визначення цього терміну в деяких країнах означає “послуги з покращення здоров'я матері та немовляти та допоміжні послуги, які є відповідними для жінок та немовлят протягом перинатального періоду, який починається до зачаття та закінчується в день народження немовляти”.

В Україні з позиції надання медичних послуг та їх організації, перинатальний період починається з 22-го повного тижня вагітності і закінчується після 7 повних діб життя новонародженого (168 годин після народження) [143]. Відповідно до затвердженої інструкції, починаючи з 1 січня 2007 року, Україна внесла зміни до свого законодавства, що стосується реєстрації новонароджених дітей: якщо раніше ця реєстрація стосувалася лише новонароджених з масою тіла від 1000 грамів і після досягнення 28 тижнів вагітності, то тепер також реєструються діти, які народилися передчасно з масою тіла від 500 грамів та терміном від 22 тижнів вагітності [142]. Ця зміна відображає значний прогрес у виходжуванні передчасно народжених дітей, адаптацію законодавства України європейським стандартам і водночас стала

неабияким викликом для українських неонатологів. Такий чітко фіксований період перинатальної допомоги обумовлений напрямами надання допомоги: до 22 тижнів – це гінекологічна допомога, а після цього періоду – акушерська, де усі зусилля спрямовані на продовження вагітності.

У перинатальний період (в період з 22 тижнів вагітності до 7 днів після народження) часто виникають перинатальні стани – це стани тимчасового погіршення здоров'я або патології, які можуть вплинути на жінку, на плід або новонародженого. Таким чином, термін “перинатальні стани” охоплює широкий спектр умов, що включає проблеми, які можуть потребувати медичного втручання для запобігання серйозним ускладненням. Прикладами перинатальних станів можуть бути передчасні пологи, родові травми, низька вага при народженні, внутрішньоутробні інфекції, перинатальна асфіксія, та різноманітні вроджені вади. Хоча більшість проблем зі здоров'ям, і як наслідок – смертей у цій категорії, відбувається саме в перинатальний період, все ж таки залишаються проблеми, спричинені перинатальними станами, які тривають значно довше цього терміну [500].

Перинатальна допомога традиційно вважається сферою медичної науки та практики, оскільки медицина в основному зосереджена на здоров'ї матері та дитини, виявленні та лікуванні можливих ускладнень. Проте, важливість управлінського аспекту в перинатальній допомозі часто недооцінюється. Розгляд перинатальної допомоги не лише з медичної точки зору, але й з позицій державного регулювання, може значно підвищити ефективність надання послуг, оптимізувати ресурси та покращити результати для матерів та їхніх дітей.

Державне регулювання в контексті перинатальної допомоги передбачає комплексний підхід до організації медичного обслуговування, що включає планування, координацію, контроль та оцінку всіх процесів. Такий підхід дозволяє не лише забезпечити високу якість медичних послуг, але й зробити їх більш доступними та ефективними. Врахування управлінських аспектів сприяє кращій організації роботи медичного персоналу, оптимальному використанню

фінансових та матеріальних ресурсів, а також підвищенню задоволеності пацієнтів.

Державне регулювання в перинатальній допомозі також включає впровадження інновацій та новітніх технологій. Цифровізація даних, електронні медичні записи, телемедицина та інші цифрові інструменти можуть значно поліпшити координацію допомоги, спростити доступ до медичної інформації та забезпечити більш ефективне спілкування між медичними працівниками та пацієнтами.

Управлінський підхід сприяє також розширенню доступності перинатальної допомоги. Аналіз потреб населення, планування мережі медичних установ, оптимізація розподілу ресурсів дозволяють зробити медичні послуги більш доступними для широкого кола пацієнтів, включаючи мешканців віддалених та соціально незахищених регіонів.

Контроль та оцінка якості перинатальної допомоги є ще однією важливою управлінською функцією. Регулярне проведення аудитів, аналіз випадків надання допомоги, впровадження стандартів та протоколів дозволяють підтримувати високий рівень медичного обслуговування, своєчасно виявляти та усувати проблеми, а також покращувати професійні навички медичного персоналу.

У зв'язку з цим та з позиції державного регулювання чи управління перинатальна допомога охоплює низку заходів впродовж значно довшого періоду, етапи якого зображені на рис. 1.2 і розглядається крізь функціонування її системи.

Перинатальна допомога має значно ширший вплив, що перетинає соціальні, економічні та управлінські сфери. Забезпечення якісної допомоги під час вагітності, пологів та у перші тижні життя дитини не лише сприяє збереженню здоров'я матері та новонародженого, але й має довготривалі наслідки для суспільства в цілому. Розглянемо далі, як функціонування системи перинатальної допомоги спрямоване на регулювання соціально-економічних процесів.

ПЕРИНАТАЛЬНИЙ ПЕРІОД

Пренатальний період

Рання вагітність: планування, лікування непліддя, застосування ДРТ, вакцинація

Пізня вагітність: медичне спостереження, підготовка до пологів

Інтранатальний період

Період пологів: активний процес медичної допомоги та нагляду

Постнатальний період

Ранній неонатальний (до 7 днів): адаптація, скринінг, грудне вигодовування, догляд, вакцинація

Пізній неонатальний (до 28 днів)

Грудний період (до 1 року): вакцинація, харчування, спостереження

Рис. 1.2.. Етапи перинатального періоду з позиції управління

Перш за все, здорове материнство і дитинство є фундаментом для формування міцного та здорового суспільства. Висока якість перинатальної допомоги зменшує ризик розвитку хронічних захворювань, інвалідності, а також дитячої та материнської смертності. Це, в свою чергу, знижує соціальне навантаження на систему охорони здоров'я та соціальні служби, що веде до економії державних витрат.

Другий аспект стосується трудової участі жінок. Забезпечуючи ефективну підтримку в період вагітності та післяпологовий період, можна сприяти швидшому поверненню жінок на роботу, тим самим підтримуючи економічне зростання та зменшуючи гендерний розрив у зайнятості. Крім того, доступ до якісної перинатальної допомоги може бути чинником, що спонукає

сім'ї до ухвалення рішення про народження дітей, що має важливе значення у контексті демографічних викликів, з якими стикаються багато країн.

Третій важливий аспект – це зміцнення громад. Програми перинатальної підтримки, що включають освітні кампанії, групи підтримки для батьків та ініціативи спільнот, сприяють формуванню міцніших та здоровіших громад. Такі програми не лише підвищують обізнаність з питань здоров'я, але й стимулюють соціальну інтеграцію та взаємодопомогу, формуючи основу для взаємопідтримки та зміцнення соціального капіталу.

Відтак, стратегічною метою та критерієм ефективного функціонування системи перинатальної допомоги є відновлення здорового населення України.

До перинатальної допомоги ми віднесли лікування непліддя/безпліддя та використання допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ), які часто розглядаються в межах репродуктивного здоров'я (рис. 1.3). Проте наш вибір базувався на тому, що, по-перше, ДРТ розглядається в контексті стратегічної мети – відновлення населення, а по-друге, цей етап замикає логічний, послідовний та комплексний ланцюг медичної допомоги, яка може надаватися на рівні перинатального центру.

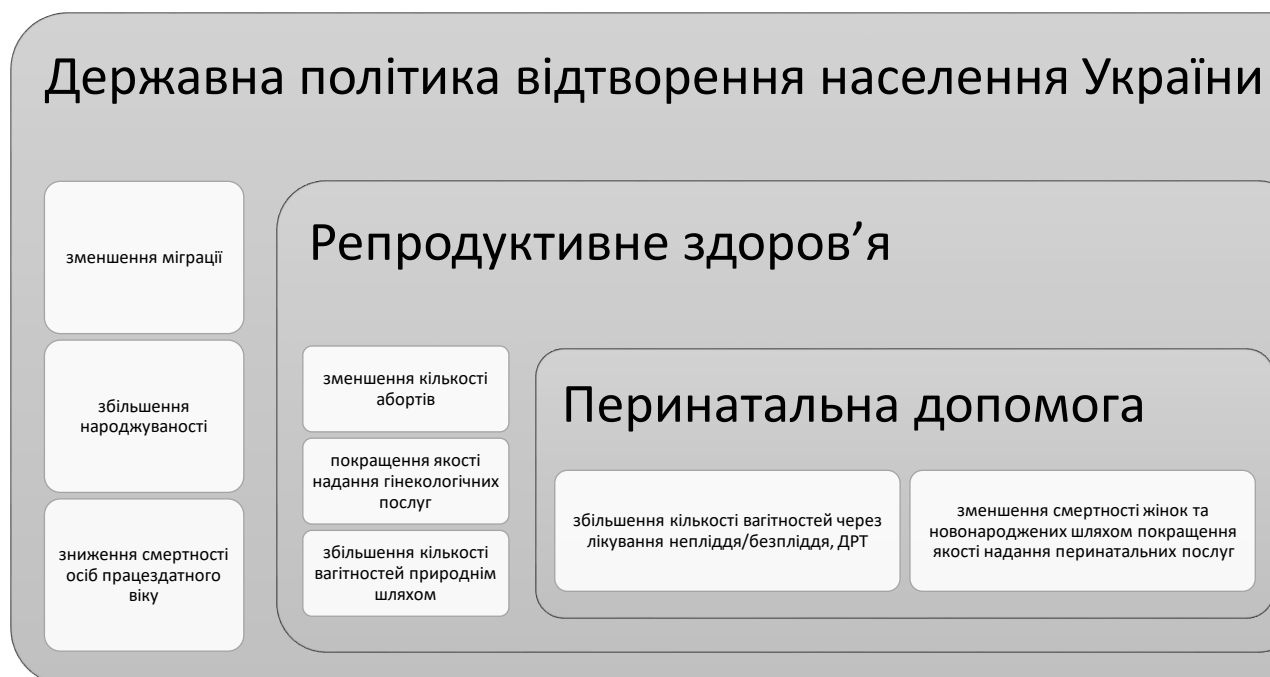


Рис. 1.3. Інтегрована система державної політики відтворення населення

Дослідження перинатальної допомоги, яке охоплює грудний період, також є доцільним через розвиток підходів до грудного вигодовування, скринінг захворювань на ранніх етапах та реабілітація недоношених дітей.

Проблеми перинатальної допомоги в контексті соціально-економічного розвитку зазнали значних змін з часом. Динаміка цих проблем може бути розглянута в кількох аспектах:

Доступність медичної допомоги: у ранні періоди, особливо у менш розвинених регіонах, основною проблемою була проста доступність до медичної допомоги. З розвитком економік та охорони здоров'я, ця проблема змінилася, хоча і не була повністю вирішена, особливо в сільських та віддалених районах.

Якість допомоги: з покращенням економічного становища країни з'являються ресурси для підвищення якості перинатальної допомоги. Це включає краще обладнання, підготовку медичного персоналу, і впровадження сучасних методик лікування та догляду.

Нерівність у допомозі: навіть у міру економічного розвитку залишається значна нерівність в доступі до якісної медичної допомоги. Це стосується не тільки географічної нерівності, але й соціально-економічної, з особливими викликами для малозабезпечених і маргіналізованих груп.

Інновації та технології: з ростом економік збільшується інвестиція в наукові дослідження та розвиток, що призводить до нових технологій і підходів у перинатальній допомозі. Однак, інновації також можуть призвести до розриву в доступі до передових технологій між більш та менш розвиненими країнами.

Зміна демографічних тенденцій: з покращенням умов життя та медичної допомоги спостерігається зниження рівня народжуваності та збільшення середнього віку матерів при народженні дітей. Це призводить до нових викликів у перинатальній допомозі, таких як зростаючий ризик ускладнень вагітності.

Соціальна підтримка та освіта: важливим аспектом перинатальної допомоги є не тільки медичний догляд, але й соціальна підтримка та освітні програми для батьків, особливо у вразливих групах населення.

Глобалізація та пандемії: у сучасному світі вплив глобалізації та світових криз, таких як пандемії, може мати значний вплив на перинатальну допомогу, викликаючи проблеми з доступом до допомоги, перерозподілом ресурсів, та необхідністю адаптації до швидко змінюваних обставин.

Перинатальна допомога включає не тільки медичний аспект, але й психологічні та соціальні послуги, що забезпечують підтримку та консультування для майбутніх батьків. Вона може включати психологічну підтримку, навчання навичкам догляду за дитиною, консультування з питань грудного вигодовування, підготовку до ролі батьківства та багато іншого. Це допомагає родинам забезпечити безпечне та здорове середовище для зростання та розвитку дитини.

Актуальність питань в межах структури системи перинатальної допомоги може змінюватися відповідно до соціальних, економічних та медичних тенденцій з часом. Також можуть виникати нові технології та медичні підходи, які впливають на якість та доступність медичної допомоги. Соціокультурні зміни, такі як рівень освіти, роль жінок у суспільстві також можуть впливати на питання перинатальної допомоги.

Підсумовуючи вищесказане, під терміном “система перинатальної допомоги” ми розуміємо “комплексну, багаторівневу, інтегровану організаційну структуру, яка об'єднує інституційні, професійні, соціальні, освітні та спільнотні ресурси (підтримки, послуг, інформації та ініціатив, які надаються на рівні місцевих громад) з метою надання якісної медичної, психологічної та соціальної підтримки жінкам, забезпечення безпечного материнства та оптимальних умов для розвитку новонароджених, зниження рівня материнської та неонатальної смертності та забезпечення здорового старту в житті дитини.

Інституційна складова системи включає медичні заклади (акушерські стаціонари, перинатальні центри, пологові будинки), первинну медичну допомогу (сімейні лікарі, акушери-гінекологи), спеціалізовані науково-дослідні інститути, а також установи соціального захисту та підтримки. Ця складова також передбачає наявність нормативно-правової бази, яка регулює діяльність та стандарти надання перинатальної допомоги.

Комплекс заходів у системі перинатальної допомоги включає профілактику, діагностику, лікування та відновлення здоров'я матері та дитини. До нього відносяться медичне спостереження за вагітністю, проведення необхідних обстежень та аналізів, підготовка до пологів, забезпечення безпечних пологів, надання допомоги при ускладненнях, а також підтримка годування груддю, вакцинація новонароджених та моніторинг їх розвитку.

Крім того, система включає освітні програми для майбутніх батьків, спрямовані на підвищення обізнаності про здоровий спосіб життя під час вагітності, важливість раннього виявлення та лікування можливих ускладнень, а також підготовку до відповідального батьківства.

Не менш важливою є взаємодія системи перинатальної допомоги з іншими секторами суспільства, включаючи освіту, соціальний захист, громадські організації та бізнес, щоб забезпечити комплексний підхід до підтримки сімей з маленькими дітьми та створення сприятливих умов для їх розвитку.

Проблемні питання в системі перинатальної допомоги, які виникають через неврегульованість суспільних відносин, є вагомим викликом для державного регулювання цієї важливої області. Недосконалість законодавчої бази, недостатнє фінансування, нерівний доступ до якісних послуг, а також недоліки у координації між різними рівнями допомоги спричиняють ряд проблем, які безпосередньо впливають на здоров'я матері та дитини. Важливо визначити певні терміни, які грають ключову роль у цьому контексті.

Визначення основних понять є важливим інструментом в нашому дослідженні, оскільки змістове наповнення цих термінів і фраз допомагають в

розумінні суті політики, управління та державного регулювання і спрощують аналіз правових аспектів в цьому аспекті. Таким чином, розкриття і уточнення цих понять стає важливою передумовою для теоретичного обґрунтування рекомендацій з удосконалення комплексного підходу до державного регулювання. Наголосимо: терміни з галузі охорони здоров'я в нашому дослідженні вживатимуться у тлумаченні Закону України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” [13] та спеціальними словниками понять і термінів Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Державне регулювання системи перинатальної допомоги має прямий вплив на демографічну ситуацію в країні та відтворення населення. Природне відтворення населення в ХХІ столітті сильно відрізняється в різних регіонах і країнах, і на нього впливає складна взаємодія факторів. Базуючись на звітах Бюро з питань народонаселення (Population Reference Bureau), яке функціонує у складі Фонду Народонаселення ООН, ми визначили ключові тенденції та чинники, що впливають на природне відтворення населення у ХХІ столітті, а саме:

- *коефіцієнти народжуваності*: рівень народжуваності або середня кількість дітей, яку жінка повинна народити протягом життя, знижується в багатьох частинах світу (ці показники є катастрофічно швидкими в центральній та Північній Європі). Це зниження часто пояснюється такими чинниками, як розширення доступу до контрацепції, відкладене одруження та зміна суспільних норм;

- *вік першого шлюбу*: багато людей у ХХІ столітті відкладають шлюб і народження дітей, щоб отримати освіту та кар'єрні можливості. Ця затримка може призвести до зниження рівня народжуваності та, в деяких випадках, до зменшення розміру сім'ї за рахунок кількості дітей, що можуть бути народжені у репродуктивному віці;

- *урбанізація*: глобальна тенденція урбанізації призвела до змін у структурі та розмірі сімей. Міські райони часто мають меншу житлову площу

та вищі витрати на життя, що може відштовхувати від рішення про збільшення кількості дітей у родині;

- *економічні чинники*: економічні умови, включаючи рівень доходу, стабільність роботи та витрати на виховання дітей, відіграють значну роль у прийнятті рішень щодо планування сім'ї. Економічна невизначеність може призвести до зменшення розміру сім'ї;

- *доступ до медичної допомоги*: покращений доступ до медичної допомоги, включаючи охорону здоров'я матері та дитини, може призвести до кращих показників виживання немовлят і дітей, потенційно зменшуючи бажання мати великі сім'ї;

- *культурні та соціальні норми*: культурні та соціальні норми значно відрізняються у всьому світі та можуть впливати на розмір сім'ї та час народження дитини. В одних культурах цінуються великі сім'ї, а в інших менші сім'ї є нормою. Фахівці демографи зазначають, що більш ніж для 25% жінок в Європі властиво народжувати першу дитину у віці 35+років, загальносвітовий показник складає 14% [325];

- *державна політика*: державна політика, така як програми планування сім'ї, політика батьківських відпусток і стимули для великих сімей, може мати значний вплив на природне відтворення населення;

- *технологія та допоміжна репродукція*: прогрес у репродуктивних технологіях, таких як екстракорпоральне запліднення (ЕКЗ), надав можливості для пар, які стикаються з проблемами фертильності. Ці технології можуть впливати на природне відтворення населення, дозволяючи людям мати дітей у більш пізньому віці або долаючи безпліддя [459].

Зв'язок між державним регулюванням і плануванням сім'ї є критично важливим аспектом суспільної політики, який впливає на демографічну ситуацію, соціальне благополуччя громадян та економічний розвиток країни. Державне регулювання у сфері планування сім'ї може включати широкий спектр заходів: від розробки та впровадження програм зі здоров'я

репродуктивного, інформування та освіти громадян, до забезпечення доступу до засобів контрацепції та консультацій з питань планування сім'ї.

Термін “планування сім'ї” використовується в двох основних контекстах. На рівні загальних стратегій його визначають як участь державних та приватних організацій у створенні умов для відповідального батьківства та досягнення кожною сім'єю бажаного числа дітей[463]. У практичному аспекті, ця діяльність часто спрямована на регулювання народжуваності шляхом стимулювання сімей обмежувати кількість народжених дітей, і тому програми планування сім'ї іноді відомі як програми контролю народжуваності.

На мікрорівні, під плануванням сім'ї розуміється прийняття подружньою парою (або індивідуально) добровільних рішень щодо розміру своєї сім'ї, включаючи визначення кількості дітей в ній та прийняття заходів, спрямованих на здійснення таких рішень. Морально-етичною та правовою основою для планування сім'ї служить концепція планованого (відповідального) батьківства, що дозволяє сім'ї свільно та відповідально визначати бажану кількість дітей та інтервали між їх народженнями (календар народжень). Це право підтверджено різними міжнародними угодами та розглядається як одне із основних прав людини. Планування сім'ї сприяє досягненню бажаного розміру сім'ї, допомагає у виборі оптимального часу для народження дітей, з урахуванням віку батьків та соціально-економічних умов. Крім того, воно регулює інтервали між народженнями, допомагає уникнути небажаних вагітностей та незапланованих народжень, сприяє зниженню материнської та дитячої смертності, покращенню здоров'я матері та дитини, а також скороченню вторинного безпліддя. Ефективність планування сім'ї залежить від інформованості людей про методи контролю репродукції, доступності та прийнятності цих методів для різних соціальних категорій сімей.

Планування сім'ї з позиції управління може бути визначене як систематичний підхід до розробки та впровадження політичних, правових, фінансових та соціальних заходів, політик, програм та ініціатив, спрямованих на підтримку індивідів та сімей у виборі часу, інтервалу між народженнями

дітей та кількості дітей у сім'ї [464]. Такий підхід допомагає особам та подружнім парам досягти певних репродуктивних результатів: запобігти непланованій вагітності, народити бажаних дітей, регулювати перерви між вагітностями, контролювати вибір часу народження дитини у залежності від віку батьків та інших факторів, визначити кількість дітей в сім'ї.

Сучасні підходи до надання інформації з питань планування сім'ї повинні включати етичні питання для населення щодо дотримання вимог Декларації про права дитини у тому, що зародження нового життя повинне мати можливість народитись в безпечних умовах. Планування сім'ї корисне для збереження здоров'я матері і дитини, оскільки у жінок з'являється можливість визначити оптимальні інтервали між вагітностями та попередити неплановану вагітність у молодому чи більш старшому віці. Уникнення непланованої і ризикованої вагітності є основною стратегією зменшення дитячої та материнської смертності [467].

Що стосується часових рамок, то питання збереження репродуктивного здоров'я є актуальними в певній мірі впродовж всього життя людини, оскільки є невід'ємною частиною розуміння здоров'я людини. Виходячи з фізіологічних особливостей розвитку організму ВООЗ рекомендує звертати особливу увагу на збереження репродуктивного здоров'я у період з 12 до 55 років [463].

Для визначення базових категорій дослідження щодо реформування системи перинатальної допомоги важливо чітко розуміти місце останньої в системі громадського здоров'я, природного відтворення населення та досягнення цілей сталого розвитку в цілому. Це необхідна для усвідомлення важливості регулювання системи перинатальної допомоги в умовах глибинних реформ саме як управлінської, а не виключно медичної проблеми. За вихідне положення дослідження ми беремо твердження про те, що система перинатальної допомоги в сучасному світі є підсистемою в складі процесів збереження репродуктивного здоров'я населення та природного відтворення населення в цілому, заходів демографічної політики.

Демографічна політика може впливати на демографічні процеси у суспільстві як прямими засобами, такими як законодавче обмеження міграції, норми щодо шлюбів або політика народжуваності, а також через непрямі впливи, такі як підвищення рівня життя або сприяння створенню умов для збільшення кількості дітей в сім'ях, пропагування конкретних професій тощо. Для обґрунтування політики важливо постійно аналізувати і оцінювати демографічну ефективність та наслідки заходів, що вживаються. Одним з головних напрямів є розробка політики, яка б була оптимальною з точки зору населення, урахуваючи джерела життєзабезпечення, статус жінок та структуру сімейних відносин.

Термін "контроль народжуваності" або "регулювання народжуваності" використовується для опису дій, які вживає держава в процесі народжуваності, зокрема з метою зниження рівня народжуваності та зміншення темпів зростання населення у країні. Цей термін був вперше запропонований Маргарет Сенджер, яка відкрила першу клініку в Америці для попередження вагітностей в 1916 році у Нью-Йорку.

Розуміння репродуктивного здоров'я та його часові межі застосовуються нами в роботі в трактуванні ВООЗ, а саме як стан повного фізичного, розумового і соціального благополуччя, що характеризує здатність людей до зачаття і народження дітей, можливість сексуальних відносин без загрози захворювань, що передаються статевим шляхом, гарантію безпеки вагітності, пологів, виживання і здоров'я дитини, благополуччя матері, можливість планування наступних вагітностей, в т. ч. і попередження небажаної вагітності.

Можна зробити висновок, що природне відтворення населення у XXI столітті є складним і багатограним явищем, на яке впливає сукупність демографічних, економічних, культурних і технологічних факторів. У той час як в деяких регіонах спостерігається зростання чисельності населення, інші стикаються зі зниженням народжуваності та старінням населення, що може мати важливі наслідки для соціального та економічного розвитку.

1.2. Концептуальні засади державного регулювання системи перинатальної допомоги в Україні

В останні роки значний прогрес у сфері охорони здоров'я демонструє покращення у здоров'ї матерів та дітей, свідченням чого є зростаюча кількість доказів важливості та необхідності розвитку ефективних систем системи перинатальної допомоги. Це підкреслює необхідність інтеграції Цілей сталого розвитку (ЦСР) [446] у цю систему, а також активізації зусиль урядів та охорони здоров'я задля впровадження науково обґрунтованих методів догляду за жінками та новонародженими.

Відповідно до основоположних принципів українського законодавства про здоров'я питання охорони здоров'я стоїть у списку пріоритетів національної політики (ст. 12) [13], а охорона здоров'я матерів і дітей гарантується державною (ст. 57). Держава формує політику охорони здоров'я в Україні та забезпечує її реалізацію, розробляє та втілює стратегії у цій сфері. Тому Уряд зобов'язаний нести політичну відповідальність за вироблення та реалізацію політики, а також за те, щоб посилювати ролі міністрів у реалізації відповідних напрямів політики.

Однак, перехід від теорії до практики не є легким завданням. Серед перешкод на шляху масштабування ефективних втручань можна виділити такі спільні для багатьох країн проблеми, як нестача кваліфікованих медичних кадрів, фінансування та організація надання послуг. У цьому контексті роль уряду набуває особливої ваги, оскільки Міністерство охорони здоров'я, інші відповідні міністерства та агенції є відповідальними за розвиток охорони здоров'я, зміцнення систем перинатальної допомоги, розвиток кадрового потенціалу, а також залучення фінансових та інших ресурсів. Це сприяє досягненню цілей з покращення здоров'я, зменшення нерівностей для отримання необхідних послуг, забезпеченні справедливості у фінансуванні та реагуванні на потреби населення. Тому успішний розвиток системи перинатальної допомоги є результатом зусиль уряду, впровадження заходів для

покращення медичних послуг ініційованих державними інститутами і здійснених через ефективне партнерство з приватними медичними закладами, комерційними структурами, громадськими організаціями та благодійними фондами.

Уряд виступає гарантом дотримання соціальних обов'язків та цінностей, які викладені в конституції, підписаних міжнародних угодах й конвенціях і зобов'язаний забезпечувати доступ до охорони здоров'я та освіти без фінансових бар'єрів, підтримуючи цінність здоров'я як основного права людини. Уряди мають відповідальність за створення умов, за допомогою яких можна буде досягти високого рівня здоров'я матері та дитини, інтегруючи Цілі сталого розвитку у систему перинатальної допомоги та розвиваючи охорону здоров'я через комплексний підхід. Тому Україна, як соціальна держава, політика якої спрямована на створення умов щодо забезпечення гідного рівня життя людини, і положень Конституції України (ст. 49), а також державних програм соціального розвитку, має зобов'язання перед суспільством щодо використання всіх засобів державного регулювання системи перинатальної допомоги.

Оскільки державне регулювання є одним із найбільш суперечливих питань у сфері публічного управління, вважаємо за доцільне зупинитися на уточненні і визначенні того, що таке державне регулювання, коли регулювання може бути корисним, хто його має здійснювати, які організаційні структури та механізми варто використовувати. Різні наукові дисципліни почали розглядати ці та подібні питання через свої концептуальні призми, що призводить до публічних дискусій, які породжують ще більше питань ніж відповідей.

Єдиного стандартного визначення терміну “державного регулювання” не існує. Але існує багато різних, часто суперечливих визначень. Державне регулювання розуміється по-різному, якщо підходити до нього з різних дисциплінарних точок зору – економіки, управління, права та політики. До прикладу, правова наука трактує поняття “державного регулювання” як систему державних заходів (організаційно-правових, економічних тощо) у

сфері соціальних, економічних, політичних, культурних та інших суспільних процесів з метою їх узгодження, упорядкування, формування загальних правил та норм соціальної поведінки та запобігання будь-яким несприятливим наслідкам у суспільстві” [214]. Прихильники економічного підходу розглядають державне регулювання як “комплекс основних форм і методів цілеспрямованого впливу державних установ і організацій на розвиток суспільного способу виробництва (у тому числі продуктивних сил, техніко-економічних, організаційно-економічних та соціально-економічних відносин) для його стабілізації та пристосування до умов, що змінюються” [163]. З соціального погляду, регулювання науковцями утотожнюється з політикою [9]. Науковці-юристи займаються пов’язаними питаннями права та статусу, тоді як політологи наголошують на необхідності компромісу між різними інтересами та потенційними результатами. Хоча кожне визначення ґрунтується на науковій літературі, воно відображає різні дисциплінарні перспективи та виміри, різні політичні програми та різні набори цінностей, які лежать в основі цих програм.

Етимологія визначень “регулювати” та “управляти” вказує на відмінність у розумінні їх сутності. Так, визначальними аспектами поняття “управління” є “спрямування діяльності, задоволення потреб, завершення певної діяльності, на відміну від “регулювання”, де акцент робиться на підпорядкуванні певним правилам, системі з метою злагодженості взаємодії її складових. Відповідно, державне управління, в межах якого реалізуються функції держави та її органів є організованим процесом прямого управління, регулювання та контролю державними органами, здійснення управлінських функцій з метою комплексного соціально-економічного та культурного розвитку держави, її окремих територій, а також забезпечення реалізації державної політики у відповідних сферах суспільного життя, створення умов для реалізації громадянами їх прав і свобод. Тобто, регулювання є складовим елементом здійснення державного управління, похідним поняттям і може виступати окремою функцією. Державне регулювання є сукупністю ідеологічного,

політичного, правового, економічного й адміністративного впливу на об'єкти, тобто, узагальнюючи таку сукупність, можна назвати регулюючим впливом. І тоді, державне управління є значно ширшим поняттям, ніж державне регулювання” [174].

В Україні державне регулювання охорони здоров'я є важливим складовим елементом державної політики та управління галуззю [11], тому державне управління та державне регулювання розглядаються як два різних види державної діяльності. Державне регулювання, на відміну від державного управління, спрямоване не лише на об'єкт управління, а й на середовище, в якому цей суб'єкт здійснює свою діяльність, а отже, вони між собою відрізняються широтою владного впливу [55].

Ще одна відмінність між "управлінням" та "регулюванням" полягає у їх цілях та методах впливу на процеси або системи. Управління зосереджене на досягненні конкретних результатів через активне втручання, мотивацію та розподіл ресурсів. Натомість, регулювання фокусується на створенні умов для злагодженої роботи через встановлення чітких правил і норм. Це менш проактивне втручання та більше про забезпечення дотримання встановлених параметрів, що вимагає контролю та перевірки.

Обидва поняття є важливими для ефективного функціонування будь-якої організованої системи, але вони використовуються для різних аспектів управління та організації діяльності. У сфері охорони здоров'я ми поділяємо думку науковців про те, що “державне регулювання системи управління у сфері охорони здоров'я – це системний, планомірний вплив державних інституцій та інститутів на діяльність суб'єктів макроекономічного середовища охорони здоров'я, враховуючи стабільні умови функціонування ринкового механізму господарювання, основною метою якого є дотримання пріоритетної лінії державної політики щодо фінансового, економічного та соціального зростання індикаторів національного макроекономічного середовища охорони здоров'я, враховуючи пріоритет заходів із збереження та зміцнення здоров'я людського капіталу країни [11].

Розвиваючи думки науковців, ми формуємо авторський підхід до концепції державного регулювання системи перинатальної допомоги, що ґрунтується на основі послідовності цілей та взаємозв'язків (рис. 1.4)



Рис. 1.4.. Концепція державного регулювання системи перинатальної допомоги

Таким чином, в системі перинатальної допомоги державне регулювання теоретично має ґрунтуватися на всебічно продуманій державній політиці та стратегії розвитку цієї сфери, включаючи офіційні програми, нормативні акти, а

також інструменти, що забезпечують виконання законодавства, державний контроль і вжиття примусових заходів з боку урядових структур.

Чітка стратегія розвитку системи перинатальної допомоги на державному рівні визначає бачення майбутнього та описує, як будуть досягнуті цілі. Стратегія є ключовим документом, який окреслює також завдання та процедури, що мають бути виконані центральними та місцевими органами влади, а також органами місцевого самоврядування, з метою досягнення стратегічних цілей для покращення здоров'я матерів і дітей. Ця стратегія визначає довгострокові орієнтири, враховуючи державну політику, національне законодавство та міжнародні стандарти і вимоги.

Для впливу на ситуацію уряд має змогу застосовувати різні засоби, включаючи не лише правові, але й управлінські, фінансові, кадрові та інші механізми. Крім того, державне регулювання системи перинатальної допомоги спирається на державні фінанси, інвестиційно-фінансову систему, а також на наукові та технологічні стратегії країни. Отже, державне регулювання проводиться з допомогою різноманітних регулятивних інструментів та механізмів.

Під механізмом державного регулювання сфери охорони здоров'я доцільно розуміти “сукупність цілей, принципів, методів адміністративного, економічного, правового та соціально-мотиваційного характеру, які здійснюються державою за допомогою досконалого набору інструментів і направлені на забезпечення ефективного та динамічного розвитку сфери охорони здоров'я” [103]. У цьому дослідженні ми виділяємо такі механізми державного регулювання системи перинатальної допомоги, як нормативно-правовий, структурно-організаційний, фінансовий, інформаційний, координаційний та кадровий, які в комплексі слугують підґрунтям для формування висновків та рекомендацій.

Суть основної частини цих механізмів детально описана в наукових джерелах. Однак, серед цих механізмів вважаємо за доцільне виокремити кадровий механізм, який, з нашого погляду, потребує детальнішого опису

змісту, який ми в нього вкладаємо. Дуже часто в літературі використовується термін “кадрове забезпечення” закладів охорони здоров’я. Ми вважаємо, що у випадку перинатальної допомоги в сучасних умовах, кадрове забезпечення охорони здоров’я та кадровий механізм державного управління мають різні змістові наповнення і з позиції державного регулювання їх доцільно розділяти через низку причин, що відображені у таб. 1.

Узагальнюючи вищенаведені відмінності, стверджуємо: кадрове забезпечення охорони здоров’я є складовою кадрового механізму державного регулювання, спрямованою на забезпечення медичних закладів необхідним кваліфікованим персоналом. В контексті війни, коли зростає необхідність розвитку системи надання психологічної допомоги, залучення психологів, які мають приватну практику, до надання послуг жінкам в перинатальному періоді, а також залучення соціальних працівників та представників громадських організацій для розвитку інклюзивних послуг, кадрові питання виходять за межі кадрового забезпечення і розглядаються значно ширше.

Таблиця 1

Сутнісні відмінності у поняттях “Кадрове забезпечення перинатальної допомоги” та “Кадровий механізм державного регулювання перинатальної допомоги”

<i>Ознаки</i>	Кадрове забезпечення перинатальної допомоги	Кадровий механізм державного регулювання перинатальної допомоги
<i>Змістове наповнення</i>	включає в себе процес надання адекватного та кваліфікованого персоналу для забезпечення надання медичних послуг та фокусується на потребах медичних закладів, лікарень, поліклінік, лікарських кабінетів та інших організацій, що надають медичні	ґрунтується на системі управління, яка визначає структуру, функції та відповідальність органів держави у сфері управління кадровими ресурсами, а також охоплює широкий спектр аспектів, включаючи розробку політик, управління бюджетом; визначення стандартів та процедур у сфері кадрів для державних установ; процеси управління кадрами та специфічні вимоги для медичного персоналу; кваліфікаційні

	послуги.	стандарти; ліцензування та сертифікацію; бонусні програми та переваги*.
<i>Об'єкт застосування</i>	зорієнтоване на медичні установи та їхні потреби у персоналі.	охоплює всі сфери державного сектору та регулює кадровий потенціал в державних установах загалом.
<i>Функції</i>	займається наймом, розвитком, управлінням та зберіганням персоналу в медичних закладах.	визначає політику, стандарти та процедури управління кадровими ресурсами на рівні держави.
<i>Масштаб застосування</i>	здоров'я фокусується на конкретній галузі, такій як охорона здоров'я	охоплює більший контекст управління кадровими ресурсами на рівні держави в цілому та міжсекторальній співпраці

Для глибокого аналізу ефективності вищезначених механізмів державного регулювання перинатальної допомоги здійснювався порівняльний аналіз з кращими міжнародними практиками, де на основі комплексного підходу розглядалися різноманітні специфічні для кожного механізму критерії ефективності, зокрема:

Нормативно-правовий механізм:

- актуальність та повнота законодавства: наскільки чинне законодавство відповідає сучасним потребам перинатальної допомоги та міжнародним нормам, стандартам та рекомендаціям;
- інтеграція сучасних підходів: чи враховуються у законодавстві найновіші наукові та практичні досягнення в системі перинатальної допомоги;
- зрозумілість нормативних актів: оцінка легкості, з якою медичні працівники та пацієнти можуть зрозуміти законодавчі норми, вимоги та права, що стосуються перинатальної допомоги;
- доступність інформації: аналіз, наскільки легко отримати доступ до законодавчих та нормативних документів, як для медичних працівників, так і для широкої громадськості;

* Цей опис може бути доповнений та адаптований залежно від конкретних характеристик та потреб системи перинатальної допомоги.

- механізми контролю та звітності: оцінка наявності та ефективності інструментів контролю за виконанням нормативних вимог, а також систем звітності та моніторингу якості перинатальної допомоги.
- гнучкість та адаптивність законодавства: оцінка підходів, які дозволяють оперативно оновлювати законодавство у відповідь на нові наукові відкриття та зміни в суспільних потребах.
- захист прав пацієнтів: наскільки ефективно законодавство захищає права вагітних жінок, родин та новонароджених, включаючи право на конфіденційність, інформовану згоду та доступ до високоякісної медичної допомоги.

Організаційно-інституційний механізм:

- координація між установами: рівень взаємодії та координації між різними установами, що надають перинатальну допомогу, що включає міжсекторальну взаємодію, наприклад, з соціальними службами, освітою, а також інтеграцію послуг для забезпечення комплексного підходу до здоров'я матері та дитини;
- розвиток міжсекторальної співпраці: створення ефективних механізмів співпраці між державними установами, недержавними організаціями та міжнародними партнерами, що сприятиме обміну досвідом, ресурсами та кращими практиками;
- адаптивність системи: здатність інституційної системи адаптуватися до змін у суспільних потребах та нових медичних знаннях;
- ресурсне забезпечення: стосується не лише фінансових інвестицій, але й забезпечення необхідним обладнанням, медикаментами, а також розвитку інфраструктури медичних закладів;
- регіоналізація перинатальних послуг: створення різних рівнів допомоги з урахуванням специфіки та потреб кожного регіону, що є ключовим кроком до оптимізації системи охорони здоров'я;
- розвиток інфраструктури:

- підтримка від недержавного сектору: недержавні організації можуть відігравати важливу роль у забезпеченні доступу до психологічної допомоги, а також у розробці та впровадженні програм соціальної підтримки для сімей, постраждалих від війни.

Кадровий механізм:

- управління та лідерство: залученість керівництва медичних закладів у формуванні ефективної політики та практик у сфері перинатальної допомоги, використанні інноваційних підходів до управління, що допомагає адаптуватися до нових викликів;
- кваліфікація персоналу: рівень професійної підготовки та кваліфікації медичного персоналу, який надає перинатальну допомогу.
- достатність кадрів: відповідність кількості медичного персоналу потребам населення.
- мотивація та задоволеність роботою: умови праці, мотиваційні програми та загальне задоволення персоналу своєю роботою, враховуючи виклики, пов'язані з триваючим військовим конфліктом в Україні.
- інтеграція соціальних працівників та психологів у медичні команди: комплексність підходів до кадрового забезпечення системи перинатальної допомоги через зростаючу потребу в психологічній підтримці вагітних жінок та молодих батьків, а також у соціальному супроводі сімей, які опинилися у складних життєвих обставинах через війну;
- підготовка та навчання: організація спеціалізованих тренінгів для медичного персоналу, соціальних працівників та психологів з акцентом на особливості надання перинатальної допомоги в умовах війни, що є ключовим для підвищення якості допомоги.

Інформаційний механізм:

- доступність інформації: вільний доступ до актуальної, надійної медичної інформації для підтримки інформованого вибору пацієнтів та підвищення рівня медичної грамотності населення, що включає створення та підтримку

онлайн ресурсів, які надають доступ до рекомендацій, досліджень та кращих практик у сфері перинатальної допомоги.

- інформаційно-просвітницькі програми: обсяг та якість інформаційно-просвітницьких програм для вагітних жінок та молодих батьків.
- цифровізація медичних записів: наявність електронних медичних картк, що дозволяють забезпечити неперервність догляду, незалежно від того, де пацієнт отримує лікування; це особливо важливо в перинатальному періоді, коли своєчасний доступ до історії вагітності та медичних висновків може врятувати життя.
- телемедицина: розвиток телемедицини, що відкриває нові можливості для підтримки вагітних жінок та сімей, особливо в умовах обмеженого фізичного доступу до медичних закладів, як це сталося під час COVID-19 пандемії або через військові дії.

Фінансовий механізм:

- достатність фінансування: відповідність обсягів фінансування потребам перинатальної допомоги;
- ефективність використання ресурсів: раціональність та ефективність розподілу фінансових ресурсів у сфері перинатальної допомоги;
- фінансова доступність послуг: наскільки фінансові аспекти не стають бар'єром для отримання перинатальної допомоги;
- залученість позабюджетних коштів: включає різноманітні джерела фінансування, такі як приватні інвестиції, гранти від міжнародних організацій, допомогу від некомерційних фондів та внески від корпоративних партнерів.

Те, як політики визначають регулювання та яке обґрунтування вони приймають, щоб виправдати або відхилити конкретні механізми, також відіграє важливу роль у прийнятій загальній структурі державного регулювання. Однак ключовим моментом тут є те, що, незважаючи на концептуальну відмінність політичних цілей та механізмів регулювання, вони повинні бути розроблені так,

щоб узгоджуватися, якщо уряд хоче мати послідовну та стійку нормативну базу в означеному секторі охорони здоров'я.

Розмірковуючи про застосування наявного діапазону регуляторних інструментів і стратегій в системі перинатальної допомоги, вважаємо необхідним відокремити два різних виміри суспільних цілей для вжиття регуляторних заходів: перший вимір цілей можна назвати “політичними цілями”, тоді як другий – “цілями управління”. Кожен із них має свою особливу функцію та обґрунтування, але кожен має бути тісно пов'язаний з іншим для досягнення своїх цілей.

Перший вимір регуляторної діяльності є нормативним і орієнтованим на цінності, пов'язаним із конкретними цілями політики – цілями та завданнями – та широкими суспільними інтересами (які можуть розглядатися по-різному в різних країнах). Основні політичні цілі, як правило, виражені в національній конституції та у ключових законодавчих актах.

Другий вимір регуляторної діяльності безпосередньо стосується процесів управління системи перинатальної допомоги. Цей рівень є практичним і оперативним і стосується конкретних регуляторних механізмів, за допомогою яких особи, які приймають рішення, прагнуть досягти типу цілей політики. Ці заходи переважно адміністративного характеру, сфокусовані на ефективному та результативному управлінні як людськими, так і матеріальними ресурсами. Їх управлінська спрямованість означає, що вони, як правило, наголошують на діяльності мікрорівня в підгалузі або навіть на рівні закладу/установи. Чітко визначений інституційний характер цього другого, управлінського виміру регулювання можна побачити в видах діяльності, які входять до його компетенції. Це переважно механізми, які впливають на можливості управління системою перинатальної допомоги та зазвичай включають заходи, пов'язані з підвищенням ефективності та результативності роботи.

Таким чином, аналізуючи Концепцію державного регулювання системи перинатальної допомоги, схематично зображену на рис.1, за її вимірами можемо виокремити два види регулювання:

- державне регулювання на основі правил (політико-стратегічне), що передбачає наявність чіткої державної політики розвитку перинатальної допомоги, а також наявність стратегії, що фіксує заходи для досягнення цілей політики;
- державне регулювання на основі результатів, що обумовлене управлінською діяльністю.

Застосування загального підходу державного регулювання до конкретних характеристик системи перинатальної допомоги є за своєю суттю складним процесом, оскільки регулювання – це широкий набір заходів, що включає значний набір конкретних інструментів і стратегій. Так само, система перинатальної допомоги – це розгалужений набір програм і послуг, починаючи від невідкладної допомоги до профілактичних програм, від індивідуальної до загальної, від стаціонарної до первинної медичної допомоги, та психічного здоров'я. Об'єднати ці дві громіздкі сутності в чіткий і внутрішньо узгоджений пакет нелегко.

Відштовхуючись від Концепції державного регулювання системи перинатальної допомоги, пропонуємо виділити можливі напрями до цієї діяльності і класифікувати їх наступним чином:

- економічний підхід;
- соціальний;
- управлінський;
- адаптаційний .

Економічний підхід до державного регулювання перинатальної допомоги можна розглядати як комплексну стратегію, яка спрямована на оптимізацію доступності та якості медичних послуг для вагітних, що в свою чергу сприяє покращенню демографічних показників та здоров'я нації. У цьому контексті, держава виступає не тільки як регулятор, але й як ключовий гравець, здатний впливати на економічні механізми підтримки та розвитку перинатальної допомоги. Обґрунтування державного регулювання полягає в тому, що воно стає чинником чи механізмом, за допомогою якого можна значно покращити

діяльність системи перинатальної допомоги та підвищити її економічну ефективність.

Перш за все, важливо розуміти, що інвестиції в перинатальну допомогу є інвестиціями в майбутнє країни. Висока якість медичного обслуговування на ранніх етапах життя знижує ризик розвитку хронічних захворювань, зменшує смертність серед новонароджених і покращує загальне здоров'я нації. Це, в свою чергу, зменшує економічне навантаження на систему охорони здоров'я в довгостроковій перспективі, оскільки менша кількість людей потребуватиме лікування хронічних захворювань.

Державне регулювання може включати в себе розробку стандартів надання перинатальної допомоги, забезпечення доступності медичних послуг для всіх верств населення, стимулювання розвитку приватного сектору в сфері перинатальної медицини, а також введення податкових пільг для медичних закладів, що спеціалізуються на наданні перинатальної допомоги.

Ключовим елементом економічного підходу до державного регулювання є забезпечення рівного доступу до високоякісної перинатальної допомоги. Це може бути досягнуто за рахунок субсидування вартості медичних послуг для малозабезпечених верств населення або розробки державних програм страхування, що покривають витрати на перинатальну допомогу.

Інший аспект економічного підходу полягає в стимулюванні наукових досліджень та інновацій у сфері перинатальної медицини. Держава може інвестувати у розвиток новітніх технологій, що дозволяють покращити діагностику та лікування під час вагітності та пологів, а також забезпечити фінансування наукових досліджень в цій галузі. Це не тільки сприятиме підвищенню якості медичних послуг, але й стимулюватиме економічне зростання через розвиток високотехнологічного сектору економіки.

Врешті-решт, економічний підхід до державного регулювання перинатальної допомоги передбачає створення умов для формування відповідального ставлення до здоров'я вагітних серед медичних працівників та населення в цілому. Це може включати проведення інформаційних кампаній,

спрямованих на підвищення обізнаності про важливість перинатальної допомоги, а також розробку програм підготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників.

Отже, економічний підхід до державного регулювання перинатальної допомоги є багатограним і вимагає комплексного підходу, що включає фінансування, регулювання, стимулювання інновацій, а також залучення громадськості. Загалом такий підхід має на меті створення оптимальних умов для забезпечення якісної та доступної медичної допомоги вагітним і новонародженим. Це досягається через ефективне фінансування, раціональне використання ресурсів, стимулювання високих стандартів якості та постійну оцінку економічної ефективності системи.

Зазначений підхід ми детально аналізуємо при обґрунтуванні ширшого застосування програм допоміжних репродуктивних технологій.

Соціальний підхід до державного регулювання перинатальної допомоги акцентує на важливості забезпечення доступу до високоякісних медичних послуг для всіх верств населення, з особливим фокусом на маргіналізовані та вразливі групи, жінок з інвалідністю, оскільки перинатальний період є критично важливим для забезпечення здоров'я та благополуччя як матері, так і новонародженого.

Соціальна справедливість у сфері перинатальної допомоги починається з усвідомлення того, що доступ до якісної допомоги не повинен бути привілеєм. Вагітні жінки з низьким рівнем доходу, жінки, які живуть у віддалених або сільських місцевостях, а також жінки з етнічних меншин часто стикаються з бар'єрами на шляху до отримання необхідної медичної допомоги. Державне регулювання, яке виходить з соціального підходу, має на меті видалення цих бар'єрів через розробку і впровадження політик, спрямованих на підвищення доступності та якості перинатальних послуг.

Одним з ключових аспектів соціального підходу є забезпечення універсального покриття медичними страховками, що гарантує вагітним доступ до необхідних медичних послуг без фінансових труднощів. Це включає

регулярні медичні огляди, ультразвукове обстеження, тести на виявлення можливих ускладнень, а також підтримку під час пологів та післяпологовий догляд.

Крім того, соціальний підхід наголошує на важливості комплексного підходу до перинатальної допомоги, який включає не лише медичні, але й соціальні послуги, а також послуги для підтримання психічного здоров'я. Це може бути також забезпечення житлом для вагітних, які зіткнулися з домашнім насильством, надання психологічної підтримки та курсів підготовки до батьківства, які допомагають майбутнім батькам краще підготуватися до народження дитини та її виховання.

Розвиток інклюзивних послуг є одним з ключових для гарантування, що всі вагітні, незалежно від їхніх особливих потреб, мають доступ до якісної перинатальної допомоги. Це включає адаптацію медичних закладів та послуг для вагітних з інвалідністю, розробку спеціальних програм для жінок з високим ризиком соціального виключення, а також надання мовних послуг для мігранток та жінок з національних меншин. Інклюзивність також означає створення безпечного та приймаючого середовища, де кожна жінка може відчувати себе почутою та підтриманою без страху дискримінації чи осуду.

Інвестиції в освіту та підвищення обізнаності серед населення є ще одним важливим елементом соціального підходу. Інформаційні кампанії та освітні програми можуть сприяти кращому розумінню важливості перинатальної допомоги, підвищенню обізнаності про доступні послуги та зменшенню стигми, пов'язаної з пошуком допомоги.

Отже, соціальний підхід до державного регулювання перинатальної допомоги виходить з принципу, що кожна жінка, незалежно від її соціального статусу, має право на доступ до високоякісної медичної допомоги. Цей підхід вимагає комплексної державної політики, спрямованої на підтримку жінок та їх сімей протягом всього перинатального періоду, з особливим акцентом на маргіналізовані та вразливі групи, щоб забезпечити рівний доступ до допомоги та підтримки.

Адаптаційний підхід до державного регулювання перинатальної допомоги, особливо у контексті непередбачуваних викликів, таких як пандемія COVID-19 та військові конфлікти, вимагає гнучкості, інновацій та швидкої реакції на мінливі потреби населення. Ці події впливають на систему охорони здоров'я, створюючи нові виклики для надання перинатальної допомоги, а також підкреслюють необхідність адаптації до нових реалій для забезпечення безперервної підтримки вагітних жінок та їх сімей.

Пандемія внесла корективи у спосіб надання перинатальної допомоги, підкресливши необхідність впровадження телемедицини та цифрових технологій для забезпечення безпечного доступу до медичних послуг. Віддалені консультації з лікарями, онлайн-курси підготовки до пологів та використання мобільних додатків для моніторингу стану здоров'я вагітної та розвитку плода стали новою нормою. Це дозволило зменшити ризик зараження вірусом для вагітних, одночасно забезпечуючи їм необхідну інформаційну та медичну підтримку.

З метою виконання своїх функцій охорони здоров'я та захисту національної безпеки охорони здоров'я уряди через міністерства охорони здоров'я несуть відповідальність за забезпечення необхідними ліками та вакцинами та підтримку мереж лабораторій. Доступ до якісних і доступних вакцин, які використовуються в національних програмах імунізації, стикається з кількома проблемами, включаючи обмежені фінансові ресурси, невідповідні системи постачання та відсутність ефективних національних регуляторних органів для впровадження стандартів якості та безпеки. Уряди повинні приймати стратегічні рішення щодо національних інвестицій у розвиток самозабезпечення та самозабезпечення медичними технологіями, включаючи ліки та вакцини.

У цьому контексті нами широко аналізується бачення держави щодо вакцинації вагітних.

В умовах війни проблематика доступу до перинатальної допомоги стає ще складнішою. Руйнування медичної інфраструктури, перебої з постачанням

медикаментів, а також переміщення населення вимагають від урядів та міжнародних організацій швидкої адаптації та розробки альтернативних шляхів надання допомоги. Мобільні медичні бригади, тимчасові медичні центри, а також співпраця з міжнародними організаціями для забезпечення доступу до перинатальної допомоги в зонах конфлікту стають життєво важливими ініціативами.

Адаптація вимагає не лише впровадження нових технологій або тимчасових рішень, а й переосмислення системи охорони здоров'я, щоб вона стала більш гнучкою та стійкою до криз. Це може включати:

- додаткове навчання персоналу – підвищення кваліфікації медичного персоналу для роботи в умовах кризи, включаючи навички дистанційного консультування та надзвичайної медичної допомоги;
- психологічна підтримка – розробка програм психологічної підтримки для вагітних та їх сімей, адаптованих до умов стресу та невизначеності, характерних для пандемій та військових конфліктів;
- інклюзивність – забезпечення, що адаптаційні заходи враховують потреби всіх груп населення, включаючи внутрішньо переселених осіб та інші вразливі групи;
- міжнародну співпрацю – співпраця з міжнародними організаціями та іншими країнами для обміну досвідом, ресурсами та найкращими практиками у сфері перинатальної допомоги в умовах криз.

Адаптаційний підхід до державного регулювання перинатальної допомоги в умовах пандемії та війни демонструє необхідність гнучкого підходу та перегляду цілей державної політики.

З огляду на зростаючу складність функціонування системи перинатальної допомоги, зокрема з огляду на зміну епідеміологічних і демографічних сценаріїв, роль державного регулювання стає надзвичайно важливою. Суб'єкти державного регулювання уповноважені оцінювати ефективність цих систем з точки зору справедливості, покращення якості, ефективності та задоволеності населення послугами охорони здоров'я. ВООЗ розробила декілька аналітичних

інструментів, щоб допомогти міністерствам охорони здоров'я, як одному з таких суб'єктів, проводити періодичні оцінки ефективності та розробляти свої стратегії на основі фактичних даних [338].

Оцінка ефективності системи перинатальної допомоги стала центральним інструментом державного регулювання і це створює багате джерело доказів для політиків у прийнятті рішень щодо встановлення пріоритетів та розподілу ресурсів. Це також забезпечує відстеження прогресу в досягненні ключових стратегічних національних цілей за конкретними показниками, що особливо важливо, оскільки країни докладають зусиль для досягнення Цілей сталого розвитку. Комплексна система оцінки ефективності системи є “концептуально структурованим способом вимірювання зусиль складної та динамічної організації, з кількома акторами, які працюють у різних вимірах; основною метою якого є оздоровлення людей; аналіз таких знахідок; і застосування результатів для прийняття рішень” [419].

Вимірювання ефективності системи перинатальної допомоги є важливою вимогою для створення систем, які є стійкими, чуйними, ефективними, справедливими, орієнтованими на пацієнта, доступними та сталими [385]. Оцінка ефективності також допомагає зрозуміти взаємозв'язок між напрямками діяльності системи та пов'язаними з ними індикаторами результатів. У зв'язку з цим, виникає питання про те, як зацікавлені сторони можуть визначити, чи система перинатальної допомоги працює/не працює оптимально, і які причини пояснюють рівень ефективності.

Процес аналізу ефективності системи перинатальної допомоги є специфічний, що поєднує процеси моніторингу, оцінки, передачі інформації та аналізу досягнення цілей системи на основі стратегій системи охорони здоров'я”, тоді як система не тільки складається з багатьох частин, але також є складною та містить низку компонентів, включаючи, кадри охорони здоров'я, медичні заклади, комплексність послуг та користувачів цих послуг, а також фінансування.

Хоча фінансування системи перинатальної допомоги є соціалізованим, надання медичних послуг забезпечується як державними, так і приватними постачальниками. Роль уряду часто полягає в тому, щоб керувати загальним розвитком системи шляхом розробки політики та програм охорони здоров'я та регулювання надання медичних послуг. У той час як роль приватних лікарень у наданні послуг зростає, державні лікарні залишаються орієнтиром щодо стандартів якості, цін на послуги, підготовки якісних медичних працівників та медичних і медичних досліджень у різних аспектах.

Базуючись на запропонованій нами класифікації підходів до державного регулювання системи перинатальної допомоги та оцінюючи їхню ефективність, ми також пропонуємо набір окремих критеріїв, за якими можна здійснювати такий аналіз, що відображено на рис. 1.5.

Виокремлення чотирьох підходів державного регулювання дає нам змогу також виокремити різноманітні стратегії, які державна влада може здійснювати в означеному напрямі. Сучасні варіанти стратегій можна розташувати від найсильнішого до найслабшого ступеня регулятивної участі держави.

На підставі аналізу вище поданої інформації та узагальнюючи її, стверджуємо: у сучасному світі, де населення стикається з демографічними викликами, такими як зниження народжуваності та старіння населення, а також з глобальними кризами, які впливають на соціально-економічну стабільність, вдосконалення системи перинатальної допомоги стає невід'ємною частиною стратегічного планування країни. Це відіграє критичну роль не тільки у забезпеченні здоров'я нації, але й стимулює економічне зростання та підтримує соціальну стабільність.

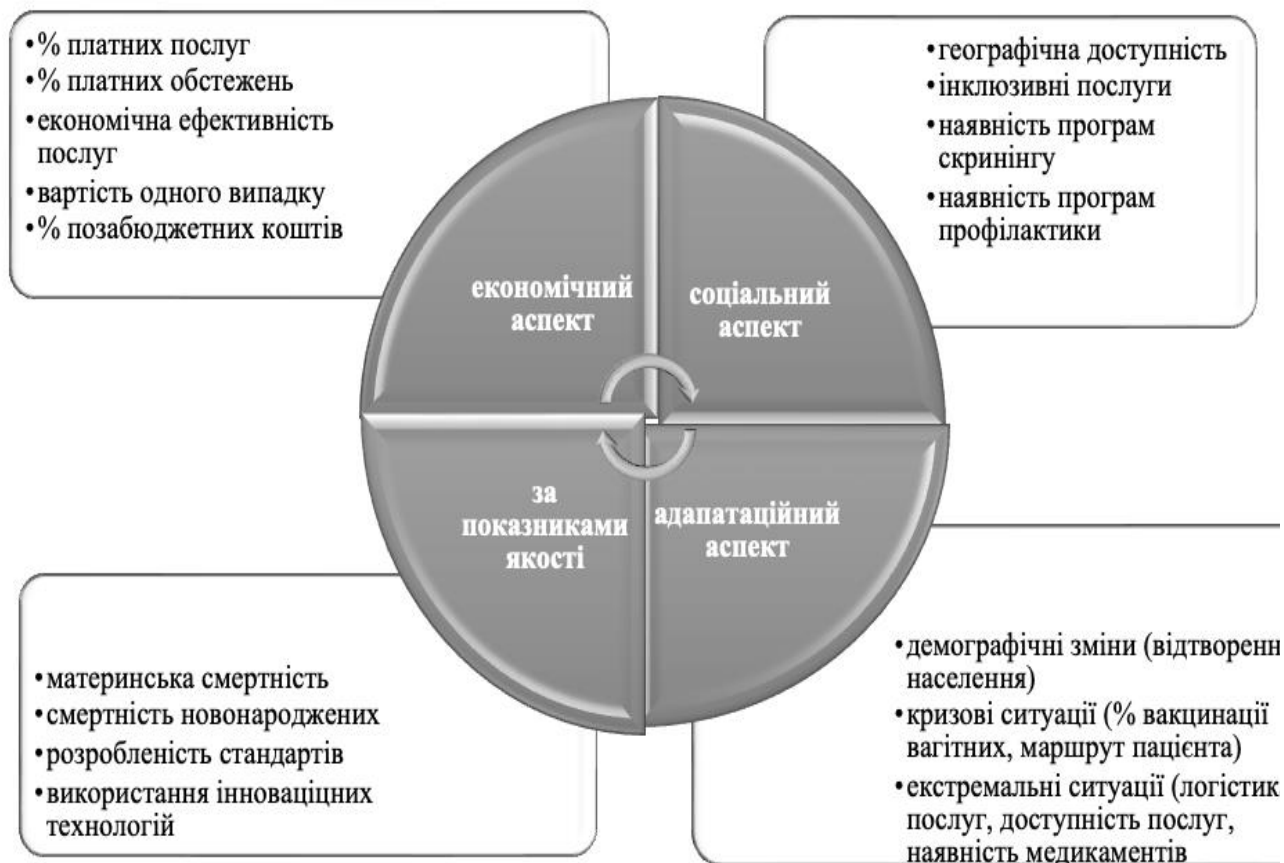


Рис. 1.5. Критерії ефективності державного регулювання за окремими аспектами (сформовано авторкою).

Оцінка ефективності таких систем вимагає аналізу їхніх медичних, економічних та соціальних компонентів. Зокрема, це стосується аналізу концепцій, стратегій та моделей, спрямованих на покращення перинатальної допомоги, що дозволяє державі розробляти та впроваджувати найбільш ефективні практики.

Ключ до покращення системи перинатальної допомоги полягає у всебічній оцінці її ефективності, яка охоплює медичні, економічні та соціальні аспекти здоров'я населення. Ефективність медичної допомоги вимірюється через показники якості догляду за вагітними жінками, матерями та новонародженими. Важливими показниками тут є зниження перинатальної, неонатальної та материнської смертності, а також підвищення якості життя матерів та дітей (таб.2)

Критерії оцінки ефективності удосконалення державного регулювання системи перинатальної допомоги за рівнями і напрямками

Методологічна ієрархія	Показники в межах окремих напрямів			
	Економічний	Медичний	Соціальний	Адаптаційний
Концепція державного регулювання системи перинатальної допомоги	<i>Національний рівень</i>			
	↑ загальні витрати на реалізацію концепції; ↑ фінансова доступність ДРТ;	↓ смертність новонароджених; ↓ материнська смертність; ↓ захворюваність жінок і дітей до одного року; ↑ к-сть державних та приватних закладів, які надають ДРТ; ↑ показники психічного здоров'я матерів	↑ демографічні зміни (відтворення населення); ↓ к-сть безплідних сімей; ↑ к-сть звернень за психологічною допомогою; ↑ % використання ДРТ відповідно до потреби	↑ к-сть програм вакцинації вагітних; ↑ к-сть інформаційних продуктів для підвищення рівня здоров'я вагітних; ↑ програми адаптації вагітних жінок з числа ВПО
Полісекторальна/ стратегія державного регулювання системи перинатальної допомоги	<i>Регіональний / місцевий рівень</i>			
	↑ економічна ефективність інноваційних послуг; ↑ рентабельність інвестицій;	↑ к-сть медичних профілактичних програм в перинатальному періоді; ↑ к-сть банків грудного вигодовування і аналіз потреби в них; ↑ к-сть впроваджених інновацій в систему перинатальної допомоги;	↑ географічна доступність перинатальних послуг; ↑ % закладів, що надають інклюзивні перинатальні послуги; ↑ к-сть соціальних програм для вагітних; ↑ % закладів, що надають психологічні послуги; ↑ к-сть ГО, що працюють в системі перинатальної допомоги і їх аналіз	наявність затвердженого маршруту вагітної у випадках пандемії; ↑ % щеплених вагітних; наявність програм психологічної підтримки в системі перинатальної допомоги; наявність <u>ХАБу</u> мережі перинатальних психологічних послуг
Структурно-функціональна модель «Перинатального світу»	<i>Рівень надкластерного (прирівняного до нього) закладу</i>			
	↓ % платних послуг; ↓ % платних обстежень; ↑ % позабюджетних коштів; ↑ економічна ефективність скринінгових програм	↑ якість і кількість медичних послуг; ↑ к-сть програм скринінгу новонароджених;	↑ задоволеність пацієнтів якістю надання послуг; ↑ к-сть жінок, що охоплені інклюзивними перинатальними послугами; ↑ к-сть жінок, охоплених психологічними послугами	розроблені механізми оптимізації витрат; наявність стандартів залучення психологів та соціальних працівників

З економічної точки зору, система перинатальної допомоги є інвестицією у майбутнє здоров'я нації. Ефективне використання державних коштів на ці цілі визначається через рентабельність інвестицій, обчислювану в контексті вартості лікування, профілактики та довгострокових вигод здоров'я населення. Розуміння взаємозв'язку між витратами на перинатальну допомогу та економічними результатами дозволяє урядам приймати обґрунтовані рішення щодо алокації ресурсів.

Соціальні критерії ефективності включають доступність та рівність у наданні медичних послуг всім групам населення. Це означає, що якість перинатальної допомоги не повинна залежати від соціального статусу, місця проживання або економічної спроможності індивідуума. Всебічний доступ до високоякісної медичної допомоги сприяє зменшенню соціальної нерівності та забезпечує більш стабільне та здорове суспільство.

Аналіз та оцінка цих критеріїв дозволяють не тільки оцінити поточний стан перинатальної допомоги, але й визначити шляхи її подальшого розвитку та вдосконалення. Такий підхід створює міцну основу для розвитку адаптивної та ефективної системи охорони здоров'я, здатної відповідати на змінні потреби суспільства і впливати на загальнодержавний демографічний розвиток.

Найсильнішою формою державного втручання є зовсім не регулювання, а скоріше командно-контрольна стратегія, яка спостерігається під час воєнного стану в Україні. На практиці суб'єкти сектору охорони здоров'я, які повністю належать і управляються державою (або передані регіональним чи місцевим органам влади на операційній основі), підлягають адміністративному контролю зверху вниз. Командування й контроль у сфері охорони здоров'я, як і в армії, вимагає негайного виконання, а не переговорів і/або судових процесів. Таке розуміння командно-контрольного управління.

Аналізуючи детально державне регулювання системи перинатальної допомоги ми сформуvalи авторський підхід до його концепції (рис. 1.6).

У ході дослідження була розроблена концепція державного регулювання системи перинатальної допомоги, яка має слугувати основою для подальшого розвитку та впровадження інновацій у сфері публічного управління. Це посилює розуміння важливості інтеграції зусиль різних сторін задля реалізації концепції.

Акредитація та ліцензування – це інструменти, орієнтовані на якість. Обидві вони складаються з двох основних компонентів: зовнішнього огляду та фіксованих стандартів. Однак, ці два підходи відрізняються тим, що акредитація традиційно зосереджується на вищих стандартах і є добровільною і такою, що самофінансується (наприклад, установа, яка шукає акредитацію, оплачує витрати), тоді як ліцензування зазвичай зосереджується на мінімальних стандартах. Однак як стратегічний варіант акредитація та ліцензування зазвичай використовуються лише як один із компонентів багатостороннього набору регуляторних ініціатив.

Підсумовуючи вищесказане, робимо висновок: державне регулювання системи перинатальної допомоги є не лише важливим, але й невід'ємним елементом державної політики та державної стратегії, що визначає здоров'я матерів і дітей як пріоритет. Воно спрямоване на створення умов, за яких кожна жінка має можливість отримати якісну медичну допомогу, що є основою процвітання суспільства та держави в цілому.

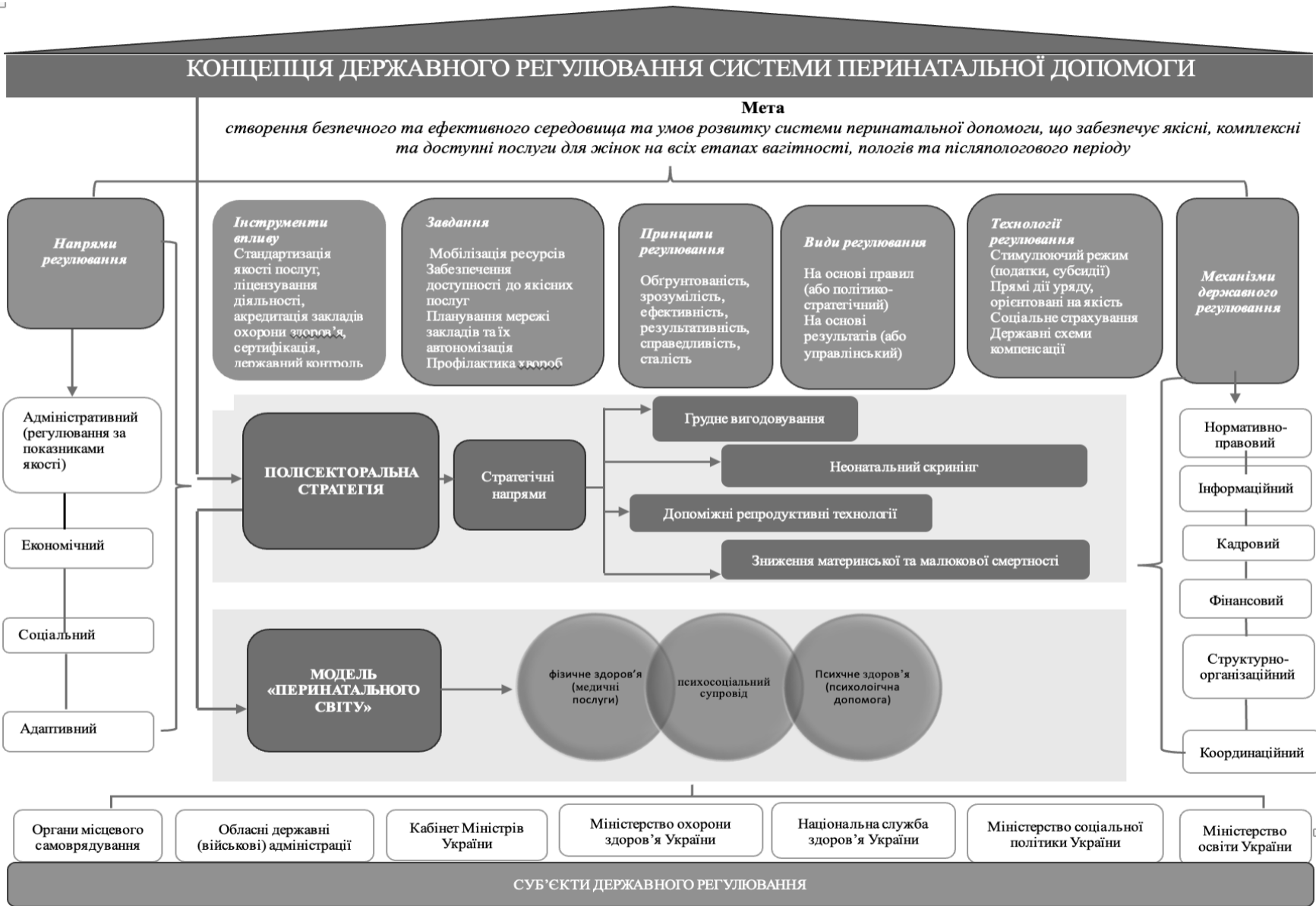


Рис. 1.6. Архітектура Концепції державного регулювання системи перинатальної допомоги в Україні (сформовано авторкою)

1.3. Актуалізація питань державного регулювання перинатальної допомоги в умовах системних реформ

Реформа галузі охорони здоров'я пов'язана з фундаментальною зміною процесів у політиці та інституційних механізмах сектору охорони здоров'я, де, як правило, уряд та центральні органи влади відіграють провідну роль. З аналізу реформування сектору охорони здоров'я в різних країнах можна зробити висновок, що не існує послідовно застосовуваного універсального комплексу чи алгоритму заходів, які визначають реформу сектору охорони здоров'я. Процес реформ також є різним за швидкістю в різних країнах. Розглядаючи досвід реформ сектору охорони здоров'я в світі, можна систематизувати нові форми взаємозв'язків між компонентами систем охорони здоров'я для здійснення складних змін і взаємодії з метою системних реформ. Протягом останніх кількох десятиліть більшість зусиль органів державної влади спрямовуються головним чином на покращення доступності до медичних послуг, уникнення будь-яких форм дискримінації та підвищенні якості медичної допомоги, децентралізацію управління медичною допомогою, а також оптимізацію витрат з державного та місцевих бюджетів на утримання галузі охорони здоров'я.

Тема охорони материнства і дитинства є однією з найбільш гострих в системі охорони здоров'я, і реформування сектору надання перинатальної допомоги неможливо у відриві від реформування системи охорони здоров'я в цілому. За останні декілька років світова система охорони здоров'я пережила значне випробування у зв'язку із Пандемією COVID-19. Система охорони здоров'я України додатково до проблем, які виявила Пандемія COVID-19, стикнулася із системними випробуваннями та руйнуваннями через масштабну військову агресію. Все це, безперечно, вплинуло і на систему перинатальної допомоги, поставила перед нею необхідність реагувати на нові виклики та

необхідність пошуку нових шляхів системних змін з метою зробити її стійкішою до випробувань та ефективнішою в умовах криз.

Коли система реагує на екстрені виклики та коли розбудовують систему надання медичної допомоги в довгостроковій перспективі, задіюються різні механізми публічного управління. Тому важливим є аналіз причин реформ в системі надання перинатальної допомоги задля відновлення та розбудови ефективності цього сектору охорони здоров'я в довгостроковій перспективі

Тема реформування галузі охорони здоров'я в цілому є досить обширною та багатокомпонентною, особливий інтерес до неї в науці та практиці публічного управління був і є прикутий останні роки через Пандемію COVID-19. Тому мають місце наукові дослідження щодо певних аспектів та системного реформування галузі в українському та міжнародному науковому полі. Іншою є ситуація щодо досліджень з реформування системи надання перинатальної допомоги, де кількість українських досліджень є вкрай малою і носить переважно медичний характер і більшість з них же доковідного періоду та часу до повномасштабних воєнних дій. Тому ми обрали логіку дослідження: вивчити загальносвітові тенденції реформування систем охорони здоров'я та їх причини, окремо дослідити причини для змін як виклики війни в Україні, визначити серед загальних причин для системних змін ті, які властиві для надання перинатальної допомоги.

Серед досліджень останніх років, ми хотіли б зазначити на низці міжнародних досліджень щодо принципів реформування системи охорони здоров'я, включно з перинатальною допомогою, таких як “Реформи мають бути зосереджені на покращенні послуг і систем, а не лише на стримуванні витрат” А. Баумана (Baumann A., 2021); “Які ключові пріоритетні сфери, де європейські системи охорони здоров'я можуть вчитися одна в одній” дослідження міжнародного колективу авторів (What Are the Key Priority Areas where European Health Systems Can Learn from Each Other? Policy. Copenhagen, 2021); “Політика жорсткої економії та здоров'я дітей у європейських країнах: систематичний огляд літератури” (Policy and Child Health in European Countries:

a Systematic Literature Review. BMC public health, 2020) [458]; серед українських системних досліджень щодо реформування галузі охорони здоров'я з урахуванням пандемічних та пост пандемічних змін звернемося до роботи колективу фахівців “Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я” [215], досліджень українських вчених у галузі публічного управління, змін в його підходах у постковідний період [329], актуалізації питань ментального здоров'я в контексті масштабних криз [242] та інші. Серед системних досліджень міжнародних організацій останнього року, на наш погляд, важливими в контексті реформування системи перинатальної допомоги є “Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров'я в Україні” Європейського офісу ВООЗ [52]; “Швидка оцінка завданої шкоди та потреб на відновлення” Світового Банку та Європейської комісії [199], де викладений секторальний аналіз, включно з сектором охорони здоров'я матері та дитини.

Досвід багатьох країн чітко показує, що успіх реформ залежить від того, як і ким здійснюється процес, а не від того, як сформульовано зміст [245]. Стала інформаційна політика та освіта щодо реформування сектору охорони здоров'я необхідні для ширшого політичного та суспільного розуміння, а також підтримки. Також необхідний постійний моніторинг та перегляд розвитку систем охорони здоров'я, дослідження для надання актуальних наукових доказів для кореляції та оновлення процесів і механізмів реформування сектору охорони здоров'я [458].

Наукові дослідження та рекомендації міжнародних організацій визначають причини, чому системні реформи в охороні здоров'я є необхідними та актуальними. Наведемо ті, які на думку експертів є властивими для майже всіх систем охорони здоров'я світу.

Доступ до медичної допомоги є однією з головних причин реформування системи охорони здоров'я. Багато людей і спільнот стикаються з перешкодами в доступі до якісної медичної допомоги, або медичної допомоги в принципі такими як географічні або фінансові обмеження, відсутність страхового

покриття, відсутність закладу охорони здоров'я у найближчій доступності чи фахівців відповідного профілю підготовки тощо. Зусилля щодо реформ в таких випадках спрямовані на усунення цих невідповідностей і забезпечення доступності медичних послуг для всіх людей, незалежно від їхнього соціально-економічного статусу, місця перебування чи мешкання [Там само]. Проблема доступності завжди була та є властивою системі охорони здоров'я. Останні роки вона набула специфічних рис, до її змісту додалися питання дискримінації за різними ознаками (ВІЛ-інфіковані, маргінали, наркозалежні, трансгендери, одностатеві пари тощо) та шляхи подолання причин дискримінації.

Загальносвітовою тенденцією є те, що витрати на охорону здоров'я постійно зростають у всіх країнах, і ця тенденція створює серйозну проблему для урядів, місцевої влади, закладів охорони здоров'я, окремих осіб (пацієнтів та їх родин) (Baumann A, 2021) [458]. Пандемія COVID-19 яскраво продемонструвала яких бюджетів може потребувати система охорони здоров'я у разі кризової ситуації. Тому сучасні реформи часто спрямовані на стримування витрат на охорону здоров'я шляхом підвищення ефективності, зменшення бюджетних видатків і впровадження стратегій економічно ефективного надання медичної допомоги. Це може включати такі ініціативи, як сприяння профілактиці, впровадження електронних медичних записів або заохочення використання генеричних препаратів (Hansen et, 2021) [345] . Реформи, спрямовані на підвищення якості системи охорони здоров'я та зменшення її неефективності, матимуть кращі довгострокові результати, ніж реформи, які зосереджені лише на економії коштів. Якщо за мету ставиться успішність реформи, необхідним є спрощення збору й аналізу даних про якість послуг і результати їх застосування, а також допомога органам охорони здоров'я щодо консультування з більшою кількістю досліджень медичних послуг [192, с.157]. Одним із кроків у цьому напрямку є те, що уряди зміцнюють ресурси та можливості органів охорони здоров'я для проактивної взаємодії між службами охорони здоров'я та системними доказами для інформування про розробку політики для дієвих та ефективних рішень.

З цього логічно випливає наступний тренд реформ – покращення якості. Системи охорони здоров'я повинні постійно прагнути покращувати якість медичної допомоги, що надається пацієнтам [398]. Реформи можуть бути зосереджені на покращенні безпеки пацієнтів, зменшенні медичних помилок, покращенні координації медичної допомоги та впровадженні практики, що ґрунтується на доказах. Заходи з покращення якості часто включають зміни в процесах надання медичних послуг, впровадження клінічних рекомендацій і використання показників ефективності для моніторингу та оцінки надавачів медичних послуг.

Допомога, орієнтована на пацієнта. Перехід до допомоги, орієнтованої на пацієнта, став значним рушієм реформ системи охорони здоров'я [402]. Основна увага приділяється залученню пацієнтів до прийняття рішень, повазі до їхніх уподобань і цінностей, а також наданню індивідуальної допомоги, яка відповідає їхнім індивідуальним потребам. Реформи часто підкреслюють важливість спілкування та спільного прийняття рішень між надавачем медичних послуг і пацієнтами. Саме цю парадигму за основу взяла і Україна, впроваджуючи медичну реформу, продовжуючи її всупереч війні [89].

Інтеграція та координація : багато систем охорони здоров'я стикаються з проблемами, пов'язаними з вузькою спеціалізацією в медичній допомозі (на протиставлення комплексному підходу), відсутністю координації між різними надавачами послуг та алгоритмами передбаченими нормативами і стандартами, а також роз'єднаними інформаційними системами (однією з величезних проблем з якою стикнулася Україна в умовах війни та переміщення великої кількості населення – відсутність загальноукраїнської електронного каталогу медичних карток (історій хвороб) пацієнтів; особливо коли мова йшла про вагітних жінок з патологією вагітності, передчасні пологи спричинені стресом на фоні хронічних захворювань тощо) (Slim, 2021) [458]. Системні реформи мають на меті сприяти інтеграції та координації між різними установами охорони здоров'я, такими як лікарні, надавачі первинної медичної допомоги, спеціалісти профільних, надкластерних закладів охорони здоров'я (такими як

перинатальні центри) та соціальні служби. Реалізація перелічених реформ мають покращити якість лікування, зменшити дублювання послуг і покращити загальні результати діяльності системи охорони здоров'я. Також важливим аспектом залишається продовження процесів децентралізації повноважень в управлінні галуззю охорони здоров'я. Одним з основних аргументів проти децентралізації, зокрема і в системі перинатальної допомоги є те, що вона сприяє нерівності витрат між заможнішими та біднішими громадами. Аргумент полягає в тому, що органи місцевого самоврядування, які мають більше ресурсів, зможуть виділяти більше на охорону здоров'я, ніж бідніші місцевості. Дослідження показали (зокрема і в кризових умовах, таких як Пандемія COVID-19), що хоча заможніші населені пункти справді мали змогу витратити більше на душу населення на охорону здоров'я, розрив між багатими та бідними фактично зменшувався протягом періоду децентралізації [187]. Або люди обирали собі іншу громаду для життя, або зверталися у разі ускладнень чи патологій до закладів охорони другого рівня медичної допомоги (надкластерних закладів). Тобто, децентралізація в цілому виявилася дієвою політикою відносно розподілу витрат на охорону здоров'я на душу населення.

Інший напрям управлінських рішень, перш за все фінансових, відданий на місцевий рівень. Він є досить обмежений для певних функцій, які можуть знадобитися для покращення ефективності, наприклад, прийняття на роботу медичного персоналу та їх звільнення, оплата постачальникам та рішення щодо норм (обсягу) медичних послуг. Здається ймовірним, що експерименти з більш широким простором для прийняття рішень і відповідними стимулами для спрямування цього вибору можуть бути варті оцінки їх впливу на ефективність і якість. Нарешті, також очевидно, що центральні органи виконавчої влади потребують більш точної інформації про те, що відбувається на рівні громади. Це дозволить їм розробити системи моніторингу для коригування простору прийняття рішень, стимулів і використання центрального фінансування для досягнення цілей національної політики в галузі охорони здоров'я.

Технологічний прогрес є невблаганним та незупинним, розвиток технологій диктує свої умови, на які мають реагувати управлінці та фахівці систем охорони здоров'я. В цьому випадку мова йде як безпосередньо про нові технології в галузі медицини (суперточне діагностичне обладнання, можливість діагностувати хвороби плоду ще в утробі на ранніх строках та кореляція захворювання, мінімізація можливих наслідків, фармацевтичні розробки, допоміжні репродуктивні технології у лікуванні безпліддя обох статей тощо). Швидкий прогрес у таких технологіях, як електронні медичні записи, телемедицина та штучний інтелект, може революціонізувати надання медичних послуг. Можливо, знадобляться реформи, щоб адаптувати систему охорони здоров'я для ефективного використання цих технологічних досягнень. Це може включати розробку політики та інфраструктури для підтримки інтеграції технологій, забезпечення конфіденційності та безпеки даних в електронних системах, а також вирішення будь-яких етичних сумнівів [229].

Управління здоров'ям населення – це напрям реформ, який має розширити можливості для збереження здоров'я населення, а не виключно розвиток та вдосконалення медичних послуг. Реформи охорони здоров'я дедалі більше визнають важливість управління здоров'ям населення, яке передбачає задоволення потреб здоров'я цілого населення, а не лише зосередження на окремих пацієнтах [215 ,с.478]. Цей підхід передбачає ініціативи щодо запобігання та лікування хронічних захворювань, зміцнення здоров'я та благополуччя та вирішення соціальних детермінант здоров'я. Реформи можуть передбачати співпрацю між організаціями охорони здоров'я, які здійснюють управління, безпосередньо закладами охорони здоров'я та зацікавленими сторонами громади, освітніми закладами, соціальними службами для покращення результатів здоров'я населення. В контексті охорони репродуктивного здоров'я та надання перинатальних послуг цей напрям реформ є надзвичайно важливим, оскільки певна кількість проблем, що у подальшому потребує вирішення через надання перинатальної допомоги лежить не виключно в медичній, алей психологічній та соціальних площинах [329]:

стреси, які переживають вагітні та породіллі через війну, а до того – через пандемію, психологічні перепони при плануванні зачаття, невідповідне сексуальне життя та ризикована поведінка, післяпологові депресії, втрата житла та роботи, вимушене переміщення зі звичайного місця мешкання та втрата зв'язку із лікарем тощо – все це та багато іншого впливають на стан матерів та дитини, що, як віддалений наслідок, потребуватиме розширення та довшої тривалості надання перинатальної допомоги.

Окремої уваги потребує аналіз впливу війни в Україні на реформування системи охорони здоров'я та системи надання перинатальних послуг, зокрема. Хоча, фактично війна триває з 2014 року, масштабні наслідки стали відчутні з початком ескалації, а простіше – з моменту повномасштабного вторгнення. В серпні 2022 року була проведена швидка оцінка завданої шкоди та потреб на відновлення України [199], щоб мати хоча б приблизне уявлення про масштаби руйнувань.

Швидка оцінка завданої шкоди та потреб на відновлення була спільно підготовлена Світовим банком, урядом України та Європейською Комісією у координації з державними установами, агенціями ООН та партнерами з розвитку, науковими колами, організаціями громадянського суспільства та приватним сектором.

Згідно з оцінками, завдана шкода сектору охорони здоров'я становить 1,4 мільярда доларів США. Це відображає грошову оцінку вартості зруйнованої та пошкодженої інфраструктури сектору охорони здоров'я, яка включена до інвентаризації пошкоджень Міністерства охорони здоров'я України. Фактичний рівень завданої шкоди, з оцінками експертів ймовірно, є більшим, з огляду на неповну звітність про пошкоджені об'єкти на територіях, які тимчасово не підконтрольні уряду, та щодо об'єктів приватного сектору. Орієнтовні збитки в 6,4 мільярда доларів США включають витрати на розчищення завалів і знесення зруйнованих об'єктів, втрату доходів приватних надавачів послуг, втрати від фінансування закладів, які не функціонували в повному обсязі під час війни, а також додаткові втрати здоров'я населення.

Потреби на відновлення сектору охорони здоров'я оцінено в 15,1 мільярда доларів США для покриття пошкодженої інфраструктури і збитків у секторі охорони здоров'я, а також збільшення обсягу критичних медичних послуг для населення [199, с.83-87] . Найбільше постраждала медична інфраструктура Донецької, Херсонської, Харківської, Миколаївської та Київської областей (від 20%), і це мова йде тільки про підконтрольні території на момент другої половини 2022 року, ці відомості, зрозуміло, потребують уточнення на момент де окупації всіх територій та завершення військових дій [154] .

Така ситуація створила дві важливі для реформування тенденції. По-перше, розподіл послуг з перинатальної допомоги по регіонах України став нерівномірним – регіони, де активні бойові дії відсутні надають більше послуг, ніж ті, де відсутні військові дії (не береться у розрахунок повітряні атаки, яким піддається вся територія України). По-друге, фінансова підтримка та реформування у межах надання перинатальної допомоги відбувається не рівномірно за напрямками функціонування сектору: особливою підтримкою користуються невідкладна допомога, заходи безпеки, підтримка тимчасово переміщених осіб, а, наприклад, розвиток чи трансфер технологій відбуваються за остаточним принципом.

Війна поставила нові серйозні виклики перед всією системою охорони здоров'я, системою перинатальної допомоги зокрема. Здоров'я та благополуччя жінок і немовлят починається з їхніх сімей і громад, отже детермінується соціальними та економічними умовами, в яких вони ростуть, живуть, звертаються за медичними та іншими послугами; поведінкою, пов'язаною зі здоров'ям, яку легше або важче реалізувати в цих контекстах; їхнім фізичним середовищем.

Під час війни на управління системою перинатальної допомоги впливає цілий комплекс чинників, зумовлених винятковими обставинами та обставинами, що швидко змінюються. Основна увага сконцентрована на секторі національної безпеки та оборони. В контексті системи охорони здоров'я – на екстреній медицині, військовій медицині, невідкладній медичній допомозі

в регіонах активних бойових дій тощо. Розподіл ресурсів є пріоритетним для військових цілей. Це відповідно впливає на наявність ресурсів і персоналу для надіння якісної перинатальної допомоги.

Війна призвела до збільшення попиту на медичні послуги, включаючи перинатальну допомогу, в окремих областях (переважно Львів, Івано-Франківськ, Закарпаття, Київ), через жертви, переміщення населення з інших областей та збої в інфраструктурі охорони здоров'я. Особливо сильно це відчувалося в першій половині 2022 року.

Безпека та захист вагітних жінок, матерів та немовлят, а також медичних працівників є надзвичайно важливим питанням під час війни. Управлінських рішень потребує обладнання місць захисту в медичних закладах, безпечне транспортування для вагітних жінок і встановленні протоколів для вирішення загроз безпеки або надзвичайних ситуацій, які можуть вплинути на послуги перинатальної допомоги, забезпечення безперебійної праці обладнання в операційних, реанімації на випадок відключення світла, води та опалення тощо.

Захист вразливих верств населення, до яких відносять вагітних жінок, породіль та новонароджених дітей, є ще одним фокусом уваги управління. Мовиться про заходи захисту їхніх прав і добробут під час війни (керівні принципи надання допологової допомоги, забезпечення доступу до невідкладної акушерської допомоги та вирішення психосоціальних потреб вагітних жінок та їхніх сімей тощо).

Розуміємо, що чинники, які впливають на управління системою перинатальної допомоги під час війни, можуть змінюватись залежно від можливостей системи охорони здоров'я, яка залежить від ситуації на фронті та соціально-економічній ситуації в країні, а також гуманітарних зусиль та підтримки з боку міжнародних партнерів.

Україна перебуває у стані війни фактично вже дев'ять років, а в активній її фазі – майже півтора. Тому ми вчимося ефективно функціонувати навіть в зазначених умовах. Для забезпечення функціональності та ефективності

системи перинатальної допомоги необхідне є реформування через декілька причин.

По перше – мета залишається незмінною – поліпшення якості та доступності допомоги для матерів і дітей. Перинатальна допомога стосується охорони здоров'я вагітних жінок та їхніх немовлят під час вагітності, пологів і післяпологового періоду [146]. Реформи в системі перинатальної допомоги спрямовані на покращення результатів для матерів і дітей, таких як зниження рівня материнської та дитячої смертності, запобігання передчасним пологам і зниження частоти ускладнень при пологах. Це може включати покращення допологового догляду, впровадження науково-обґрунтованої практики та забезпечення доступу до спеціалізованої допомоги під час вагітності з високим ризиком [154]. До того ж велика кількість фахівців наголошують на погіршенні ментального здоров'я українців [5], зокрема, вагітних жінок і породіль [404], а також негативному впливі погіршення ментального стану на репродуктивну функцію [406]. Підтримка психічного здоров'я та психосоціального благополуччя передбачає реформи системи перинатальної допомоги можуть визнати важливість звернення до психічного здоров'я та психосоціальних потреб вагітних жінок і молодих матерів. Це може передбачати інтеграцію скринінгу психічного здоров'я та служб підтримки в системі перинатальної допомоги, а також надання ресурсів і напрямлень для таких проблем, як післяпологова депресія, тривога та соціальна підтримка.

Наступна нагальна потреба – усунення невідповідності: відмінності в ефективності надання перинатальної допомоги існують серед різних груп населення, громади з низьким рівнем доходу та сільські райони, мешканці районів які більше постраждали від обстрілів та окупації тощо. Системні реформи спрямовані на усунення цих диспропорцій шляхом сприяння справедливому доступу до високоякісних послуг перинатальної допомоги по всій території України. Це може включати такі стратегії, як збільшення різноманітності постачальників медичних послуг, розширення доступу до допологової перинатальної допомоги в районах, які недостатньо

обслуговуються, і впровадження практики догляду з урахуванням місцевих особливостей. Також наголосимо, що до цього сектору проблем належить не тільки доступ до медичних, але і соціальних послуг.

Покращення координації перинатальної допомоги є важливою частиною системи перинатальної допомоги в цілому. Він часто передбачає участь кількох надавачів послуг, як медичних (медсестри і спеціалісти різних профілів для жінки та дитини) та соціальних (від реєстраційних до соціальних чи муніципальних нянь тощо). Реформи можуть бути зосереджені на покращенні координації медичної в середині галузі, медико-соціальної допомоги та комунікації між цими надавачами послуг для забезпечення безперебійної та комплексної перинатальної допомоги. Це може включати створення груп догляду, створення протоколів для обміну інформацією та просування моделей співпраці тощо [211].

Не менш важливим є і посилення профілактичного догляду, який відіграє вирішальну роль у перинатальному здоров'ї. Реформи можуть підкреслити важливість раннього та регулярного допологового огляду, який може допомогти виявити й усунути потенційні ризики для здоров'я на ранніх стадіях. Це включає популяризацію пренатального обстеження, вакцинації та навчання здоровій поведінці під час вагітності. Зосереджуючись на профілактичній допомозі, система перинатальної допомоги може допомогти запобігти ускладненням і сприяти більш здоровим результатам як для матерів, так і для немовлят.

Реформи в системі перинатальної допомоги можуть надати пріоритет пацієнто-орієнтованому підходу до надання послуг з охорони здоров'я, який передбачає залучення жінок та їхніх сімей до прийняття рішень, повагу до їхніх уподобань і цінностей та надання персоналізованого догляду. Це може включати спільне прийняття рішень щодо планів пологів, сприяння інформованій згоді та забезпечення всебічної та культурної освіти пацієнтів [120].

Також зазначимо, що війна спричинила масштабні зсуви у підходах до розбудови системи охорони здоров'я в державі. Останні роки акцент робився на максимальній підтримці первинного рівня доступу до медичних послуг та місцевого самоврядування. В умовах воєнних дій провідна роль регулятора знову була перенесена на державу. З іншого боку, вже зараз необхідно подумати про поствоєнну розбудову системи охорони здоров'я, зокрема й надання перинатальних послуг. Саме зараз закладається підґрунтя для переходу від кризового управління, яке має місце на сучасному етапі розвитку суспільства України (місцеві та загальнодержавні органи влади реагують на виклики в межах короткострокових перспектив в умовах воєнного стану, а також отримують гуманітарну допомогу, покривають нагальні потреби) до управління в межах повоєнної розбудови держави, стратегічного довгострокового планування з огляду високих ризиків та адаптивної готовності реагувати на різного роду кризи.

В умовах війни виникло декілька практик, які можна взяти на озброєння і в майбутньому. Так, восени 2022 року UNFPA запустив телефонну лінію сексуального і репродуктивного здоров'я, до якої, за номером 3033, можуть звернутися пацієнтки та лікарі, які потребують консультації провідних фахівців галузі[437]. ЮНІСЕФ планує розвивати соціальні сервіси, аби родини України отримували необхідну підтримку на всіх етапах розвитку і життя дитини, до таких ініціатив відноситься соціальний працівник у перинатальних центрах, фінансово-економічна підтримка (допомога при народженні, пакунок малюка), послуга раннього втручання, персональний асистент для інклюзивного навчання/розвитку дитини з особливими потребами, денний догляд, відпочинок для батьків, які мають дітей з інвалідністю тощо. Мова йде про розробку нового сервісу – центри життєстійкості. “Їх мережа дозволить батькам та дітям отримати те піклування, яке їм потрібне на конкретному етапі життя” [218]. Зазначимо, що такий системний підхід до перинатальної допомоги з позиції медико-соціального догляду на всіх етапах є дієвим, особливо для внутрішньо

переміщених осіб, які відірвані від звичних для них логістичних та інфраструктурних ланцюжків.

У зв'язку із переосмисленням ступеню готовності системи перинатальної допомоги до функціонування в умовах війни, ми мусимо чітко усвідомлювати, що зміни в управлінні системою перинатальної допомоги відбуватиметься у руслі структурних та змістовних перетворень системи охорони здоров'я в цілому в Україні. Такий підхід вимагає від управлінців сформованого, послідовного, але в той самий час динамічного бачення всього спектру заходів щодо відновлення. Щодо заходів задля підвищення рівня готовності системи надання перинатальної допомоги до реагування на надзвичайні ситуації, то магістральними напрямками, на наш погляд, можна вважати такі:

має ґрунтуватися на сильних сторонах функціонуючої системи в Україні (її адаптивності, наявній інфраструктурі, децентралізації в управлінні тощо);

врахування попередньої історії та послідовності проведення реформ ;

вихідним інфраструктурним базисом є наявні на сьогодні установи і заклади охорони здоров'я (або ті установи на деокупованих територіях, які найменше пошкоджені чи мають кращий логістичний ресурс для відбудови);

можливості людського ресурсу (з урахуванням відтоку медичного персоналу та нерівномірності кваліфікованого персоналу по регіонах України);

врахування “Принципів відновлення та трансформації системи охорони здоров'я в Україні” запропонованих ВООЗ [52], як вихідних положень та критеріїв оцінки успішності для розробки заходів реагування на надзвичайні ситуації, та подальшу розбудову системи перинатальної допомоги;

розмежування гуманітарної допомоги із налагодженням системи надання медичних та соціально-медичних послуг, поступовий перехід від короткострокового реагування (на основі гуманітарної допомоги) до середньострокового та довготрокового планування і розвитку системи надання медичних послуг в цілому, системи перинатальних послуг зокрема;

гнучкість реакцій на нові виклики та реалістична послідовність впровадження заходів із відновлення системи перинатальної допомоги як

інституційного механізму повоєнного відновлення всієї системи охорони здоров'я[125].

Поки триває надзвичайна ситуація, що спричинена війною, є шанс закласти базис для переходу від кризового управління, яке відбувається зараз (загальнодержавні та місцеві органи влади реагують на виклики в межах короткострокових перспектив в умовах воєнного стану, а також отримують гуманітарну допомогу, покривають нагальні потреби) до управління в межах звичайного функціонування, але з урахуванням високого ступеню ризиків та постійної готовності реагувати на виклики.

Багато країн стикаються з викликами, пов'язаними зі зниженням народжуваності та старінням населення. Ця демографічна трансформація може призвести до економічних та соціальних проблем, таких як зростання витрат на пенсії та медичну допомогу, надмірне навантаження на робочу силу та зменшення потенційного росту економіки. У такому контексті системні реформи можуть стати ефективним інструментом для забезпечення відновлення населення.

Системні реформи розглядаються як широкий спектр організаційних, інституційних та структурних змін, спрямованих на перетворення та покращення функціонування певних галузей, таких як охорона здоров'я, освіта, публічне управління, економіка тощо. Характерними ознаками системних реформ є: комплексність (стосуються всієї системи або галузі, а не обмежуються окремими частинами чи аспектами, передбачають перегляд і зміни в усіх ключових секторах); структурні зміни (може включати реорганізацію інститутів, зміну правил та процедур, створення нових установ, прийняття законів і регуляцій, а також зміну структури управління); ефективність і результати (покращення функціонування системи та досягнення позитивних результатів у вигляді покращеної якості послуг, ефективнішого використання ресурсів та задоволення потреб громадян); залучення зацікавлених сторін (реформи часто вимагають участі і підтримки великої кількості зацікавлених сторін, включаючи уряд, громадян, бізнес, міжнародні

організації тощо); системність (зміни повинні бути взаємопов'язаними та взаємодоповнюваними, створюючи новий функціональний баланс у системі) та часовий аспект (реформи - це поетапний процес з поступовим впровадженням змін, який може займати значний час) [132].

Однією з ключових областей для реформування є сфера охорони здоров'я та медичної допомоги. Держави можуть вдосконалити доступність та якість медичних послуг для жінок та дітей, включаючи послуги з планування сім'ї та материнську та дитячу лікарську допомогу. Забезпечення доступу до безкоштовної або доступної контрацепції, консультацій щодо планування сім'ї та підтримки репродуктивного здоров'я може збільшити обізнаність і бажання сімей мати більше дітей.

Соціальна політика також може впливати на репродуктивну поведінку. Держави можуть розглядати вплив податкової політики, надання пільг сім'ям, сприяння розвитку дитячого садочка та освіти для дітей. Зменшення фінансових та практичних бар'єрів перед батьківством може сприяти збільшенню народжуваності [9].

Освіта та інформаційні кампанії щодо репродуктивного здоров'я і планування сім'ї також можуть бути важливими. Держави можуть інвестувати в освітні проекти, спрямовані на підвищення обізнаності населення щодо важливості репродуктивного здоров'я, використання методів контрацепції та впливу демографічних процесів на суспільство.

Усі ці системні реформи та політичні заходи повинні бути внесені до більшої стратегії відновлення населення. При цьому важливо враховувати конкретні демографічні виклики та потреби країни чи регіону [132]. Сприяючи плануванню сім'ї та підтримці сімей, держава може сприяти відновленню населення, забезпечуючи стабільний та стало ростуть приріст.

На перший погляд, питання відновлення населення може здатися загальною та незмінною проблемою для багатьох країн, але в контексті України воно набуває особливого характеру через ряд факторів, які вплинули на демографічні тенденції країни.

Однією з головних причин проблеми відновлення населення є демографічна криза, яка була спричинена декількома ключовими факторами. По-перше, це високий рівень міграції. В Україні було значну кількість людей, які виїхали за кордон в пошуках кращого життя, що призвело до зменшення населення в багатьох регіонах країни. По-друге, низький рівень народжуваності внаслідок соціально-економічних труднощів і відсутності стимулів для молодих сімей мати дітей. Це веде до відсутності природного збільшення населення [56].

Важливим чинником, що вплинув на демографічну тенденцію, є війна на сході України. Цей конфлікт призвів до тисяч жертв і великої кількості поранених, а також викликав переміщення людей зі сходу України в інші регіони країни. Втрата життів і фізичних і психологічних травм відбилися на репродуктивній здатності населення і сімейному плануванні.

Державна служба статистики України з початку повномасштабного вторгнення не оприлюднює офіційну статистику щодо природного приросту населення в Україні, аргументуючи це ситуацією, що склалася “у зв’язку з військовою агресією росії проти України за підтримки білорусі” та обіцяючи, що інформацію “буде оприлюднено після завершення терміну для подання статистичної та фінансової звітності, встановленого Законом України “Про захист інтересів суб’єктів подання звітності та інших документів у період дії воєнного стану або стану війни”” [62]. Тому, в наших дослідженнях ми можемо спиратися тільки на думки експертів.

Ще до повномасштабного вторгнення Україна була серед “лідерів” у світі за темпами скорочення природного приросту населення. У вересні 2023 року відоме Wall Street Journal із посиланням на проведені дослідження опублікувало досить песимістичний матеріал, де йдеться про рівень народжуваності в Україні, а саме, що він може стати найнижчим у світі. Ще на початку 2022-го коефіцієнт народжуваності в Україні знизився до показника 1,2, тоді як для підтримки (не приросту! – примітка автора) чисельності населення потрібно показник мінімум 2,1. Прогнозується, що в найближчому

майбутньому “українців буде максимум 35 мільйонів, а не 52, як при здобутті незалежності” [3].

Ще однією величезною проблемою, є те, що населення скорочується не тільки за рахунок негативної динаміки природного відтворення населення, але й через масштабні міграційні процеси. Так, Operational Data Portal, який є платформою відкритих даних ООН, заявляє про 6 340 300 українських біженців станом на кінець грудня 2023 року [383]. Їх потенційне не повернення до України також створює загрозу з точки зору процесів відтворення населення.

Спад населення і старіння населення призводять до економічних, соціальних та медичних викликів. Ми стикаємося з важливими завданнями, такими як забезпечення якісного здоров'я і соціальної допомоги літнім громадянам, забезпечення продуктивної працездатності молодого покоління та підвищення рівня життя.

Для вирішення цієї проблеми необхідна комплексна стратегія, що включає в себе заходи на рівні держави, регіонів та місцевих громад. Перш за все, це включає в себе стимулювання народжуваності шляхом підтримки сімей та надання доступних дитячих послуг, вдосконалення якості освіти та охорони здоров'я, що були б доступними для всіх громадян.

Важливо враховувати, що проблема відновлення населення – це питання не лише демографічне, а й економічне, соціальне та політичне. Вона стосується питань якості життя та майбутнього України в довгостроковій перспективі. Якщо не буде вжито негайних комплексних заходів, то населення України до 2050 року за прогнозами ООН може скоротитися до 29,4 млн (за умови сорочення не більше ніж на 20%) [3].

Загалом, проблема відновлення населення в Україні є важливою та актуальною темою, яка вимагає комплексного підходу та спільних зусиль усіх сфер суспільства та держави. Наслідки цієї проблеми відчутні вже сьогодні, і вирішення її стане ключовим завданням для майбутнього України.

Відновлення населення, в контексті економіки, є важливою та складною проблемою для багатьох країн, включаючи Україну. Ця проблема зазвичай

стосується демографічного балансу, тобто співвідношення між чисельністю молодого та працездатного населення та кількістю пенсіонерів і літнього населення. Існує декілька ключових аспектів, які свідчать про те, що відновлення населення є важливою економічною проблемою:

Працездатне населення та робоча сила: У багатьох країнах працездатне населення, особливо молодше покоління, є силою, яка рухає економіку. Збалансована чисельність цього населення є важливою для забезпечення робочої сили, необхідної для розвитку та підтримки економічного зростання.

Соціальні витрати: Зі старінням населення зростає навантаження на систему соціального забезпечення та медичних послуг. Пенсії, медичні витрати та інші видатки на літнє населення стають значною фінансовою тягою для держави. Якщо чисельність цього населення перевищує робочу силу, це може викликати фінансовий негативний вплив.

Економічна конкурентоспроможність: Підтримка рівноваги в чисельності молодого та працездатного населення важлива для економічної конкурентоспроможності країни. Молоде населення часто приносить нові ідеї, технології та інновації, які сприяють розвитку економіки.

Фінансовий ринок: Зростання чисельності населення може позитивно вплинути на фінансовий ринок, збільшуючи обсяги позик, інвестицій та споживчого попиту [459].

З іншого боку, недостатнє відновлення населення може призвести до економічних проблем, включаючи зниження потенційного економічного зростання, дефіциту робочої сили та збільшення соціальних витрат на догляд за літнім населенням.

Україна, як і інші країни, повинна розглядати відновлення населення як важливу економічну проблему, і розробити стратегії та політики для стимулювання народжуваності та врегулювання міграції для підтримки стабільного економічного розвитку. Ця тема дуже важлива, оскільки якість медичної допомоги, наданої жінкам під час вагітності та пологів, має

безпосереднє відношення до здоров'я новонароджених та демографічної стабільності.

1. Зниження морбідності¹ та смертності новонароджених. Якщо якість перинатальної допомоги висока, то знижується ризик виникнення ускладнень під час вагітності та пологів, а також смертності серед новонароджених дітей та матерів. Зменшення морбідності та смертності - це першочергова задача для забезпечення довгострокової демографічної стабільності.

2. Збільшення народжуваності. Забезпечення якісної перинатальної допомоги може стимулювати батьків вирішуватися на більше дітей. Якщо молоді сім'ї відчувають впевненість у тому, що медична система готова забезпечити найвищий стандарт надання медичної допомоги, зокрема перинатальної, для них та їхніх дітей, вони можуть бути більш схильні розширювати сім'ї.

3. Підтримка та психологічна допомога для сімей. Якісна перинатальна допомога не обмежується лише медичними аспектами. Вона також включає психологічну та соціальну підтримку для майбутніх батьків. Добре підготовлені сім'ї, які оточені підтримкою та заспокоєнням, будуть більш схильні вирішуватися на більше дітей.

4. Забезпечення здорового старту для майбутніх поколінь. Діти, які народжуються здоровими та оточені відповідною медичною підтримкою, мають більше шансів вирости в продуктивних громадян. Здорові діти виростають у здорових дорослих, що підтримує демографічну стабільність.

5. Забезпечення довіри до системи охорони здоров'я. Якість перинатальної допомоги може вплинути на довіру громадян до системи охорони здоров'я. Якщо люди переконані в якості послуг, які надаються, вони більш схильні шукати медичну допомогу та співпрацювати з лікарями.

¹ Морбідність - це статистичний показник, який визначає розповсюдженість конкретного захворювання, порушення здоров'я або травми в певному населеному групі або популяції. Це число, яке відображає кількість випадків хвороби або травми на певну кількість осіб у певному населеному групі. Морбідність може вимірюватися різними способами, включаючи абсолютну морбідність (кількість випадків в популяції) та відносну морбідність (співвідношення випадків до розміру населення).

Морбідність використовується для аналізу поширеності захворювань, спостереження за їхнім розповсюдженням та визначення популяційних та громадських ризиків для здоров'я. Вона є важливим інструментом в галузі громадського здоров'я для планування та оцінки програм здоров'я, виявлення пріоритетних сфер для медичних досліджень та формування політики охорони здоров'я.

Таким чином, якість перинатальної допомоги визначається як критичний фактор для успішної політики відновлення населення. Забезпечення високої якості допомоги під час вагітності та пологів є інвестицією в здоров'я та демографічну стабільність нації.

В звичайних умовах на формування державного регулювання системи перинатальної допомоги впливає декілька чинників. Ці чинники можуть відрізнятися залежно від конкретної країни чи регіону, але деякі загальні риси можна виокремити, а саме:

I. *Пріоритети охорони здоров'я властиві для певної країни.* Оцінка урядом потреб і пріоритетів охорони здоров'я відіграє значну роль у формуванні державного регулювання. Перинатальна допомога спрямована на забезпечення благополуччя вагітних жінок і новонароджених, і якщо ці сфери будуть визначені як важливі (актуальні, пріоритетні) напрями захисту громадського здоров'я, уряд може визначити пріоритетність розробки нормативних актів і політики для їх вирішення. Охорона громадського здоров'я як об'єкт державного управління передбачає доказовість (моніторинг найбільш проблемних груп населення та найбільших проблем для певного суспільства) [13]. Для України вкрай важливим є визнання розвитку системи перинатальних послуг пріоритетним напрямом. Вважаємо, що не дивлячись на війну, а в певному сенсі і через неї, наша країна надзвичайно зацікавлена у поновленні втрат населення, тому і комплексна підтримка народжуваності має бути (розвиток системи перинатальної допомоги є невід'ємною частиною цього процесу).

II. *Інфраструктура системи охорони здоров'я, зокрема і системи перинатальної допомоги.* Існуюча інфраструктура та ресурси охорони здоров'я в країні чи регіоні значною мірою впливають на формування державного регулювання. Наявність і доступність лікарень, клінік і спеціалізованих закладів перинатальної допомоги є вирішальними факторами. Державне регулювання може бути спрямоване на встановлення принципів та збалансування розподілу потужностей та якості цих закладів для забезпечення

належних послуг перинатальної допомоги. Військові дії в окремих регіонах та постійні обстріли решти території України значним чином пошкодили наявну до 2022 року медичну інфраструктуру. МОЗ веде статистику зруйнованих та пошкоджених закладів охорони здоров'я [154], але тут мова не тільки про матеріальні збитки, але й неможливість надання медичної допомоги певної якості (наприклад хірургічне втручання під час пологів у разі виявлення патологій вагітності чи плоду, своєчасної діагностики таких патологій, виходжування немовлят, які народилися дочасно тощо). Ці послуги є неможливими без певного інструментарію, умов та медичного оснащення. Цей фактор доведеться враховувати при прийнятті рішень щодо державного регулювання системи надання перинатальної допомоги.

III. *Професійні рекомендації та стандарти*: професійні медичні асоціації та організації розробляють рекомендації та стандарти здійснення і нагляду за перинатальними послугами. Ці рекомендації ґрунтуються на практиці, що ґрунтується на фактичних даних, і консенсусі експертів [136]. Державне регулювання може узгоджуватися з цими професійними рекомендаціями або приймати їх, щоб забезпечити послідовне та стандартизоване лікування в системі охорони здоров'я. І тут постає питання, чи можемо ми поступитися стандартами якості в умовах війни, знизити їх через брак ресурсів, знищене медичне обладнання чи нехватку кваліфікованих кадрів. Вважаємо, що при розробці засад державного регулювання системи надання перинатальної допомоги ми не маємо поступатися якістю. Маємо орієнтуватися зразу на високий стандарт ВООЗ та галузевих асоціацій фахівців, діючи за правилом “повільніше, але якісно”. В такій ситуації можливим є варіант розбудови надкластерних лікарень, які зможуть надавати послуги перинатальної допомоги повного циклу – починаючи від планування вагітності і завершуючи медичним супроводом дітей до досягнення ними трирічного віку.

IV. *Юридичні та етичні норми*, як регулятор та орієнтир функціонування системи перинатальної допомоги. Державне регулювання перинатальної допомоги повинно керуватися правовими та враховувати етичні

норми галузі [330]. Це стосується досить широкого кола питань, таких як права пацієнтів, інформована згода, приватність і конфіденційність, а такого вузькогалузових проблем, наприклад, збереження або знищення біоматеріалів у разі застосування допоміжних репродуктивних технологій як способу лікування безпліддя, донорство тощо. Норми можуть стосуватися різних аспектів для захисту прав і добробуту вагітних жінок, новонароджених та їхніх сімей. І тут окрім медичної важлива й суспільна дискусія, на скільки суспільство готово для впровадження тих чи інших рішень як загального правила, чи прийнятні певні норми з релігійної, традиційної та інших точок зору [Там само].

V. *Фінансово-економічні детермінанти.* На формування державного регулювання впливають наявність фінансових ресурсів та економічна спроможність країни чи регіону. Перинатальна допомога може бути ресурсомісткою, вимагаючи інвестицій в інфраструктуру охорони здоров'я, медичне обладнання та кваліфікованих медичних працівників. Фінансові можливості уряду та бюджетні міркування можуть сформувати нормативну базу[173].

VI. *Доказовість в основі управлінських рішень та дослідження.* Відомості про стан перинатального здоров'я в країні, статистика смертності породіль і немовлят, успішні практики, статистика, визначення тенденцій та результати медичних, моніторингових та управлінських досліджень сприяють розвитку державного регулювання. Епідеміологічні дослідження та дослідження практики перинатальної допомоги можуть допомогти визначити сфери, які потребують покращення, або сфери, де необхідне регулювання. Уряди можуть використовувати цю інформацію, щоб керувати своєю політикою та правилами для підвищення якості перинатальної допомоги [343]. Умови війни роблять збір відомостей за різними категоріями неможливим, а відповідно – загальну картину викривленою. Це треба обов'язково враховувати при розробці норм державного регулювання системою перинатальної допомоги.

VII. *Залучення зацікавлених сторін при прийнятті управлінських рішень.* Здається державна політика і відповідальність за неї несе держава. Дійсно, держава як політико-правовий інститут несе відповідальність за своїх громадян. Але перш ніж прийняти певне рішення (особливо, коли мова йде про масштабні довгострокові стратегії), необхідним є залучення різних зацікавлених сторін [413]. У випадку розробки державного регулювання системою перинатальних послуг такими сторонами є медичні працівники, групи захисту прав пацієнтів та громадські організації, фахівці-науковці, органи місцевого самоврядування, органи державної влади, які дотичні до системи перинатальної допомоги (соціальні служби, органи юстиції тощо). Їхній досвід, бачення типових та нетипових випадків, алгоритмів надання медичних та немедичних послуг дітям та матерям, узагальнення досвіду по всій країні та визначення перспектив допомагають розробити політику та нормативні акти, які є ефективними, практичними та відповідають потребам населення.

Ми ще раз акцентуємо: окреслені складові проблеми можуть суттєво відрізнятися залежно від певного регіону. Навіть за функціонування єдиної системи охорони здоров'я, практика надання перинатальної допомоги, оснащення закладів охорони здоров'я, культурні норми, ступінь руйнування інфраструктури та соціально-економічні умови тощо можуть впливати на реальну ефективність управління у сфері надання перинатальної допомоги і давати різний результат. При всьому тому, окреслені детермінанти є спільними для розвитку державного регулювання системою перинатальної допомоги як такої.

Спробуємо визначити специфічні детермінанти, які можуть вплинути на державне регулювання системи перинатальної допомоги в Україні під час війни. У воєнний час на формування державного регулювання системи перинатальної допомоги впливає унікальний комплекс чинників, зумовлених винятковими обставинами. До таких детермінант ми відносимо:

I. *Акцент всіх державних політик на національну безпеку.* Під час війни основна увага уряду часто приділяється національній безпеці та обороні. Розподіл ресурсів, у тому числі ресурсів охорони здоров'я, може бути пріоритетним для військових цілей, лікування та реабілітації військових тощо. Також економіка країни під час війни працює гірше, відповідно зменшуються дотації в центральний та місцеві бюджети, що можна було б витратити на медичні послуги та медичну інфраструктуру. Розподіл ресурсів є нерівномірним як і надходження в бюджети (різними є обсяг сплачених податків до місцевих бюджетів в областях по лінії зіткнення та в областях, де не ведеться активних бойових дій). Це може вплинути і впливає на наявність ресурсів і персоналу для системи перинатальної допомоги, створюючи проблеми з наданням адекватного догляду та якістю послуг. Під час війни система охорони здоров'я може зіткнутися з обмеженнями ресурсів, включаючи медичне забезпечення, обладнання та персонал. Державному регулюванню може знадобитися встановити пріоритети в системі перинатальної допомоги, визначити, як розподіляються ресурси та забезпечити, щоб критичні випадки отримували необхідну увагу та ресурси.

II. *Готовність до надзвичайних ситуацій в будь-який момент.* Умови війни можуть призвести до збільшення попиту на медичні послуги, включаючи перинатальну допомогу, через жертви, переміщення та збої в інфраструктурі охорони здоров'я. Державному регулюванню може знадобитися вжити заходів щодо готовності до надзвичайних ситуацій, щоб гарантувати, що система перинатальної допомоги зможе ефективно реагувати на підвищені вимоги та надзвичайні ситуації, які виникають під час війни. Також змінюється і внутрішні правила та логістика, менеджмент в закладах охорони здоров'я які надають перинатальні послуги: постійні повітряні тривоги, необхідність йти персоналу та переміщувати пацієнтів до бомбосховищ, резервні варіанти джерел електроенергії на випадок відключень тощо диктують свої умови до адміністрування.

III. *Безпека.* Фізичний захист та безпека вагітних жінок, породіль та дітей, медичних працівників стають критичними питаннями під час війни. Державне регулювання може бути зосереджено на забезпеченні захисту медичних закладів, забезпеченні безпечного транспортування для вагітних жінок і встановленні протоколів для вирішення загроз безпеки або надзвичайних ситуацій, які можуть вплинути на послуги з перинатальної допомоги. На жаль перелік небезпек, які можуть загрожувати нині розширився, окрім обстрілів та повітряних атак, додалися загрози техногенних катастроф та ядерна безпека.

IV. *Зниження темпів та переформатування медичної реформи.* Хоча в цілому Україна продовжує загальну тенденцію щодо медичної реформи, війна значним чином змінила її темпи та пріоритети.

V. *Співпраця та координація.* Умови воєнного часу часто вимагають тісної співпраці та координації між різними зацікавленими сторонами, включаючи військовий персонал, постачальників медичних послуг та гуманітарні організації. Державне регулювання може сприяти цій співпраці, щоб система перинатальної допомоги працювала ефективно та результативно, незважаючи на складні обставини.

VI. *Захист вразливих верств населення.* Вагітні жінки, породіллі та новонароджені діти вважаються вразливими групами населення, і державне регулювання повинно передбачати заходи щодо захисту їхніх прав і добробуту під час війни. Це може включати встановлення керівних принципів надання допологової допомоги, забезпечення доступу до невідкладної акушерської допомоги та вирішення психосоціальних потреб вагітних жінок та їхніх сімей [221]. Сама по собі ідея не нова, але в контексті війни має набути переосмислення в сучасних реаліях.

VII. *Міжнародне гуманітарне право.* Під час збройних конфліктів міжнародне гуманітарне право, наприклад Женевські конвенції, відіграє вирішальну роль у захисті прав і добробуту цивільних осіб, включаючи вагітних жінок і новонароджених. Можливо, державне регулювання

потребуватиме узгодження з цими правовими рамками, щоб забезпечити дотримання міжнародних стандартів перинатальної допомоги та соціального захисту, а також фізичної безпеки жінок та дітей. З іншого боку Україна вже більше року стикається з тим, що країна-агресор повністю ігнорує норми міжнародного гуманітарного права, отже питання відповідальності, компенсацій та відновлення мають бути закладені у державну політику вже зараз.

VIII. *Наслідки Пандемії Covid-19 та їх подолання.* Не дивлячись на відсутність прямого зв'язку між двома чинниками, наслідки цих явищ накладаються один на інший і посилюють негативний ефект. До безпекових в контексті війни чинників додаються ще й протиепідеміологічні [систематизовано автором на основі джерел 52, 59, 120, 136, 177, 328].

Важливо зазначити, що певні детермінанти, які впливають на державне регулювання перинатальної допомоги під час війни, можуть змінюватись залежно від характеру конфлікту, його інтенсивності, регіону України, а також можливостей системи охорони здоров'я. Крім того, гуманітарні зусилля та підтримка міжнародних організацій також можуть зіграти значну роль у подоланні викликів та наданні перинатальної допомоги під час війни.

Нагадаємо, що ми розглядаємо перинатальну допомогу як комплекс медичних, соціальних і організаційних заходів, спрямованих на забезпечення безпеки та якості перебігу вагітності, пологів і догляду за жінками та новонародженими дітьми. Ця тема стала актуальною не лише в контексті медицини, але й як об'єкт управлінського дискурсу через свою складність та соціальне значення.

Звернемо увагу на те, що перинатальна допомога впливає на охорону здоров'я матерів та дітей, а також на демографічні показники. Управлінський дискурс в даному контексті розглядається як система політичних, економічних і соціокультурних впливів та рішень, які формують державну політику з питань перинатальної допомоги.

Однією з головних складових управлінського дискурсу є розробка та реалізація державних програм та стратегій у сфері перинатальної допомоги. Досягнення правильного балансу між медичною допомогою, психосоціальною підтримкою і дотриманням прав матерів і новонароджених – завдання, яке визначається в цих програмах. Державні органи в управлінському дискурсі здійснюють моніторинг, аналіз ефективності програм та приймають рішення щодо їх оптимізації.

Важливою складовою управлінського дискурсу є питання фінансування. Політики забезпечення фінансування медичних закладів, які надають перинатальну допомогу, мають безпосередній вплив на якість цих послуг. Управлінський дискурс вимагає постійної оцінки та оптимізації фінансових ресурсів у цій галузі.

Ключовою частиною управлінського дискурсу є освіта та інформування населення. Грамотність майбутніх батьків, їхні знання про можливості перинатальної допомоги, методи планування сім'ї, а також їхні права та обов'язки – це фундамент для досягнення якісного рівня перинатальної допомоги. Управлінський дискурс включає розробку освітніх ініціатив та програм, які сприяють підвищенню інформованості населення.

На підсумок, перинатальна допомога населенню в управлінському дискурсі є складною системою політичних, медичних та соціокультурних питань. Вона вимагає ретельного аналізу, розробки та впровадження стратегій для поліпшення якості та доступності медичних послуг, які спрямовані на збереження життя матерів та новонароджених. Управлінський дискурс є інструментом, який дозволяє розв'язувати складні проблеми в цій галузі та забезпечувати позитивні зміни для суспільства. Можна зазначити на таких особливостях.

1. *Державна політика відновлення населення та покращення здоров'я нації.* Політика у сфері перинатальної допомоги впливає на здоров'я майбутніх поколінь. Грамотне державне регулювання може покращити стан здоров'я нації, забезпечуючи народження здорових дітей. Охорона здоров'я матерів і

немовлят під час перинатального періоду (вагітність, пологи та післяпологовий період), особливо в умовах війни, має велике соціальне значення, оскільки якість перинатальної допомоги впливає на здоров'я новонароджених та матерів, а також на загальний демографічний показник, сприяє зниженню смертності матерів та немовлят, підвищенню якості життя населення і сприяє здоровому відновленню населення.

2. *Правове забезпечення управлінських процесів* визначається як комплекс нормативно-правових актів і положень, які регулюють функціонування та організацію медичних послуг у галузі перинатальної допомоги і на рівні держави, і на рівні конкретних територіальних громад. Їх сутність в цьому контексті містить наступні аспекти: регулювання діяльності закладів охорони здоров'я (встановлює правила щодо функціонування та організації лікарень, пологових будинків, клінік і інших закладів, які надають медичні послуги в сфері перинатальної допомоги); ліцензування та акредитацію закладів охорони здоров'я відповідно до встановлених нормативів і вимог); участь у регіональних програмах (органи місцевого самоврядування можуть брати участь у реалізації регіональних програм і проектів з покращення перинатальної допомоги, в тому числі у плануванні, фінансуванні та координації дій); взаємодія з місцевими громадами (визначає можливість організації роботи з місцевими громадами, зокрема з представниками громадських організацій та жителями, для врахування їхніх потреб та побажань у роботі органів місцевого самоврядування у сфері перинатальної допомоги). Необхідно врегулювати та забезпечити ефективну організацію та надання медичних послуг в сфері перинатальної допомоги на місцевому рівні, з урахуванням потреб та інтересів місцевого населення та забезпечити відповідність цих послуг національним та регіональним стандартам та нормативам. Важливою частиною правового механізму є захист прав пацієнтів, включаючи право на інформований вибір щодо обраної медичної допомоги та забезпечення безпеки і якості послуг. Адміністративна та медична реформи передбачають встановлення чітких стандартів для надання медичних послуг,

зокрема щодо перинатальної допомоги. Завдяки стандартизації, можливо покращити якість перинатальної допомоги та забезпечити однаковий рівень сервісу в різних регіонах. Також вони передбачають створення ефективних систем моніторингу і контролю за наданням медичних послуг. Це дозволяє виявляти проблеми та недоліки в системі перинатальної допомоги та вчасно вживати заходи для їх вирішення. Це може бути досягнуто через впровадження інформаційних систем, стандартизацію та системи відстеження якості послуг. Державне регулювання перинатальної допомоги гарантує дотримання встановлених стандартів, забезпечуючи високу якість медичних послуг, що сприяє покращенню якості медичних послуг та безпеці пацієнтів.

3. *Фінансове забезпечення* сфокусовано на політиці управління ресурсами (економічні витрати та результати). Однією зі складових реформ в Україні є переходи до нових прозорих бюджетних механізмів. Реформи зазвичай супроводжується реорганізацією державних структур та фінансових процесів. Це може вплинути на розподіл фінансових ресурсів на галузі охорони здоров'я, включаючи перинатальну допомогу, зміни в фінансуванні та доступності медичних послуг. Державне регулювання може впливати на ці аспекти так, щоб зменшити фінансові бар'єри та забезпечити доступність перинатальної допомоги для всіх верств населення, передбачає оптимізацію витрат та розподіл ресурсів. Перинатальна допомога – одна з ключових складових медичної системи. Державне регулювання в цій області дозволяє оптимізувати використання ресурсів для максимальної ефективності та забезпечення максимальної кількості людей належною перинатальною допомогою. Перинатальна допомога потребує фінансових витрат, і правильно спрямовані реформи можуть зберегти кошти шляхом оптимізації процесів та забезпечення якості. Витрати на перинатальну допомогу пов'язані з національним бюджетом, тож ефективне державне регулювання стає важливим аспектом управління фінансами в галузі охорони здоров'я. Забезпечення гармонії між потребами громадян і ресурсами охорони здоров'я вимагає прозорості політики та регулювання, які забезпечують розподіл ресурсів на

основі об'єктивних критеріїв. Інвестиції в перинатальну допомогу можуть зменшити витрати на лікування у майбутньому шляхом запобігання медичних ускладнень у новонароджених і матерів.

4. *Політична збалансованість та прозорість державної політики.* Міжнародні зобов'язання: зміни в системі перинатальної допомоги в країнах мають глобальний вплив на здоров'я населення у цілому, зокрема, на рівень медичної безпеки, захист від інфекційних захворювань та пандемій. Багато країн визначають свої цілі в області охорони здоров'я, зокрема перинатальної допомоги, відповідно до міжнародних норм і стандартів, що вимагає системного регулювання та реформ. Залучення громадськості є важливим етапом в процесі реформування системи перинатальної допомоги. Громадськість може виступати як моніторинговий орган, вимагати відкритості в прийнятті рішень, а також підтримувати політики, які відповідають інтересам громади. Ефективне державне регулювання системи перинатальної допомоги може бути вирішальним для публічної підтримки і довіри до влади. Такі реформи попереджають громадські обговорення і можуть мати важливий політичний аспект.

5. *Регіональна координація.* У контексті перинатальної допомоги це може означати кращу організацію мережі лікарень та лікарень і підвищення доступності послуг у віддалених регіонах, перегляд мережі лікарень, що надають послуги вагітним жінкам та немовлятам, а також удосконалення координації між лікарнями та іншими медичними закладами. Більшому залученню громадян до прийняття рішень у сфері охорони здоров'я, включаючи перинатальну допомогу. Це дозволяє забезпечити більшу відповідність системи потребам та очікуванням населення.

6. *Кадрове забезпечення.* Реформи в галузі освіти та підготовки медичних фахівців впливають на наявність та якість персоналу в системі перинатальної допомоги. Забезпечення високої якості підготовки та надання можливостей для навчання та підвищення кваліфікації медичних працівників є ключовим аспектом.

7. *Міжвідомча координація.* Перинатальна допомога пов'язана з багатьма іншими галузями, такими як освіта, соціальний захист тощо. Державне регулювання дозволяє забезпечити інтеграцію цих галузей для комплексного підходу до проблем відновлення населення.

Окреслені нами особливості та перелічені вище детермінанти, які зумовлюють напрями розвитку державного регулювання перинатальної допомоги у воєнний час, зумовлюють наповнення сучасного управлінського дискурсу та його актуалізацію, дозволяють розв'язати складні проблеми галузі перинатальної допомоги, а також забезпечують позитивні зміни для суспільства.

1.4. *Методологія дослідження державного регулювання системи перинатальної допомоги*

Методологія дослідження суспільних явищ детермінована низкою чинників, зокрема предметом дослідження та його вихідними положеннями. Саме катастрофічна відсутність актуальних статистичних даних щодо природного відновлення населення, які могли б лягти в основу формування вектору дослідження, зумовила подальшу логіку організації наукового пошуку.

Поставивши за мету дослідження розробку та теоретичне обґрунтування ефективного державного регулювання перинатальною допомогою для оптимізації взаємодії між усіма зацікавленими сторонами та підвищення ефективності системи охорони здоров'я в цілому, в умовах еkleктичного набору вихідних положень, необхідно було визначити основні принципи дослідження, підходи до його організації, методи і засоби його здійснення. Виходячи з вище описаної логіки дослідження формування та реалізації державного регулювання перинатальної допомоги, на наш погляд доцільно було б визначити загальнонаукові підходи до розуміння суспільних відносин, які виникають у зв'язку з ним.

До загальнонаукових підходів дослідження в державному управлінні можна віднести: історичний (ретроспективний), герменевтичний, функціональний, системний, когнітивний (пізнавальний) та інші [10]. Розмаїття характеристик суспільних відносин, які виникають у зв'язку з наданням перинатальної допомоги, розглянуті нами в підрозділах 1.1. та 1.2, демонструє, що це явище та його значення в державному управлінні можна розглядати лише засобами комплексного підходу, ураховуючи надбання різних галузей сучасної науки. У контексті нашого дослідження виокремлюємо такі підходи до дослідження державного регулювання системи перинатальної допомоги:

– *аксіологічний* (такий підхід дає можливість зрозуміти систему цінностей, прийняту у конкретно-історичному типі культури, ціннісні установки та їх вплив на суспільні відносини, які виникають у зв'язку з організацією та наданням перинатальних послуг. Дослідження з точки зору цього підходу є важливими у контексті розкриття механізмів детермінації прийняття управлінських рішень, які стосуються визначення стратегічних напрямів державного регулювання системи перинатальної допомоги на різних рівнях публічного адміністрування, а також ціннісних орієнтирів суспільства, уявлень про необхідність та методи врегулювання суспільних відносин у цій галузі);

– *герменевтичний* (застосовується для визначення змісту поняття “державне регулювання системи перинатальної допомоги”, “перинатальне психічне здоров'я”, “перинатальна допомога” та їх генези, виходячи з умов, потреб та національних особливостей українського суспільства. Цей метод дозволяє розглядати суспільні відносини в контексті розвитку національних систем надання послуг населенню та охорони здоров'я, а також світових тенденцій формування національних політик у галузі, освіти, охорони здоров'я та соціальній сфері);

– *компетентнісний* (дозволяє розглянути можливості реалізації державного регулювання системи перинатальної допомоги, а також підвищення ефективності діяльності органів державної влади у цій сфері за рахунок

підвищення рівня професійної компетентності управлінців та фахівців, які безпосередньо надають перинатальні послуги);

– *порівняльний* (в контексті цього підходу процеси формування та реалізації державного регулювання системою перинатальної допомоги співвідносяться з потребами країни, особливостями історичних та соціально-економічних умов, особливостями функціонування систем охорони здоров'я, освіти, публічного управління та соціального захисту тощо);

– *ретроспективний* (дозволяє бачити стан явища і його перетворення в контексті еволюційних змін, зв'язки, взаємодії і впливи при формування сучасного розуміння ефективності та механізмів державного регулювання системи перинатальної допомоги);

– *синергетичний* (синергетичний підхід до формування та реалізації державного регулювання системи перинатальної допомоги дозволяє окреслити напрями вдосконалення існуючої системи управління галузями публічного управління, інформації, освіти, охорони здоров'я та соціального захисту, а також передбачити результати введення інновацій у цих галузях. Цей підхід застосовується як основа для синтезу знання у різних галузях з метою координації, а також дає змогу випрацювати нові підходи до ефективного забезпечення різноманітної управлінської діяльності в усіх сферах державного регулювання);

– *системний* (дає змогу визначити стратегію наукового дослідження державного регулювання системи перинатальної допомоги як сукупності (системи) взаємозалежних елементів, такий підхід орієнтує дослідження на розкриття цілісності суспільних відносин, виявлення різноманітних типів його зв'язків у публічно-управлінських відносинах щодо врегулювання різних аспектів процесів надання та супроводу перинатальної допомоги та зведення їх у єдину систему. В контексті цього підходу до дослідження державного регулювання системи перинатальної допомоги можна виділити структурно-функціональний, системно-діяльнісний, системно-генетичний та інші підходи);

– *соціологічний* (цей підхід спрямований на виявлення соціальної обумовленості процесів природного відтворення населення (фізіологічних, соціальних, економічних та інших умов за яких приймається рішення та є можливим зачаття, успішне виношування, народження дитини та догляд за нею, формується позитивний досвід пологів та материнства, що спонукає до народження наступної дитини), а також суспільних відносин пов'язаних з ними. В межах цього підходу можна виокремити напрями дослідження державного регулювання забезпечення права на здоров'я пацієнтів (в цьому випадку жінок та дітей, а в за умов лікування безпліддя – й чоловіків) за рівнями управління, або особливостями формування та реалізації такої політики в різних органах державної влади й місцевого самоврядування та інші);

– *феноменологічний* (передбачає відмову від будь-якої стигматизації, догматизму, упередженості й заданості у формуванні та реалізації державного регулювання системи перинатальної допомоги, забезпечення права на здоров'я, зокрема і в контексті надання перинатальної допомоги. У дослідженні проблематики нашого дослідження цей метод дозволяє неупереджено аналізувати процеси, явища і форми взаємодії між суб'єктами під час формування та реалізації механізмів державного регулювання системи перинатальної допомоги, забезпечення різноманітних прав жінок та дітей, в певних випадках і чоловіків);

– *функціональний* (розглядає формування та реалізацію державного регулювання системи перинатальної допомоги з точки зору його прикладних функцій відносно розвитку суспільних відносин в Україні в цілому, а також на регіональному рівні) [узагальнено автором на основі джерел 6, 70, 96, 120, 165, 170, 195].

Застосувавши вище окреслені підходи, були визначені основні принципи методології дослідження проблематики державного регулювання системи перинатальної допомоги, а саме:

– принцип єдності теорії та практики – переважно застосовувався під час підготовки та проведення опитування вагітних та по проділь, членів їх сімей, формування рекомендацій, участі у розробці стандартів надання медичної допомоги. тощо;

– принцип визначеності – ґрунтується на повному і всебічному відображенні найсуттєвіших сторін і закономірностей об'єктивних процесів, конкретного підходу до їх оцінки, завдяки чому були визначені підходи до державного регулювання системи перинатальної допомоги, окремих її елементів, взаємозв'язків між ними;

– принцип конкретності – відображення дійсності повинно бути чітке і зрозуміле, що застосовувалося під час аналізу матеріалу, порівнянь, формулювання авторських визначень, графічного відображення між секторальної моделі перинатальної допомоги, а також в цілому у дослідженні;

– принцип підпорядкованості – до уваги бралися об'єктивні закономірності обумовленості одного явища іншим, що вимагає врахування розмаїття відносин і зв'язків. Цей принцип став важливим у визначенні відповідності системи перинатальної допомоги міжнародним стандартам, формулюванні пропозицій, розробці та формулювання основних положень між секторальної моделі перинатальної допомоги, визначення, які саме зміни в суспільстві (системні реформи) допоможуть у формуванні ефективного державного регулювання системи перинатальної допомоги;

– принцип системності – розгляд об'єкта як цілісності системи (набору залежних елементів та зв'язків), ми вже наголошували, що мова піде перш за все про систему перинатальної допомоги, а також у дотичності про системи соціального забезпечення, охорони здоров'я в цілому, органів влади тощо;

– принцип нормативності – розгляд об'єкта з точки зору нормативного підходу, тобто відповідності норми або їх комбінації певним фактичним твердженням, що у випадку формування та реалізації державного

регулювання системи перинатальної допомоги дозволяє вирішити питання стандартизації надання послуг жінкам та дітям як у галузі медицини, так й інших галузях ;

– принцип розвитку – формування наукового знання відбувається при повному і всебічному відображенні процесів становлення розвитку об'єкта дослідження, його суперечностей, кількісних і якісних змін і їх взаємного переходу, тобто можливість вивчати та описувати явища через етапи їх виникнення, становлення та спаду (в контексті нашого дослідження – мова йде про процеси вирішення проблем системи перинатальної допомоги в розвитку, її зміни в контексті досягнення Цілей сталого розвитку, реформування систем охорони здоров'я та соціального забезпечення у зв'язку із євроінтеграцією, впровадженням нових технологій, зокрема процесів діджиталізації тощо) (узагальнено автором на основі джерел [6], [53], [174], [195].

Специфіка інформаційної бази вивчення проблем методології дослідження перинатальної допомоги полягає у різноманітності джерел збору даних, а саме: медична документація, відомості соціальних служб, наукові розробки щодо виключно медичних питань надання медичних послуг вагітним, новонародженим та породіллям, молодим мамам та дітям до 1-го року, їх соціальне забезпечення, питання менеджменту медичної та соціальних сфер, нормативне врегулювання тощо. Як наслідок обробка такої різноманітної за змістом та джерелами, а також величезної за обсягами інформації потребує і специфіки методів дослідження.

Нині в Україні, в сутності й в усьому світі, розробляється методологія досліджень в умовах великих ризиків (high risks research). Така необхідність в управлінні різними сферами охорони здоров'я та соціального забезпечення населення була спричинена всесвітньою пандемією COVID-19, а потім ще й війною в Україні. Не можна сказати, що війна в нашій країні стосується тільки наукової спільноти та досліджень проблем перинатальної допомоги виключно в Україні. Велика кількість країн, перш за все європейських, надала можливість

та допомагала переміщенню пацієнтів і цілих медичних закладів в межах країни та за кордон, а у подальшому розгортанню цих закладів або інтеграції українців до систем перинатальної допомоги певної країни. А це потребує узгодження методології процесів: медичних, діагностичних, фармацевтичних, управлінських, супроводу, логістики, фінансування та субфінансування тощо. А відповідно і формування нових підходів до дослідження цих процесів[174].

Іншою характерною зміною процесів досліджень в умовах війни та криз є різке скорочення термінів досліджень. Результати потрібні якомога скоріше, оскільки зовнішні обставини змінюються настільки швидко, що досліджувати управлінські системи десятиріччями не є можливим. У розрахунок береться довгострокова перспектива з фокусом на короткострокову або середньострокову. У кризовій ситуації потреба є у конкретних рішеннях за принципом “тут і зараз” [212].

Військові дії та декілька хвиль криз, які Україна переживає зараз, у дослідженнях щодо регулювання системи перинатальної допомоги створили унікальну за своїм змістом ситуацію дисбалансу нормативного регулювання процесів та реалізації практики. В умовах фізичної небезпеки для пацієнтів та персоналу, навіть за наявності прописаних правових та безпекових механізмів [146], рішення приймається в кожному випадку окремо, виходячи з внутрішнього відчуття більшої безпеки чи більшої небезпеки присутніх там людей. І цей феномен ще майже не досліджений [312]. І потребує не просто дослідження, а й розробки зовсім нового інструментарію наукового дослідження.

Наступною особливістю досліджень сучасного періоду є те, що на жаль, навіть у дослідженнях, де є чітка теоретична база, не завжди всі члени дослідницького колективу дотримуються єдиної думки щодо того, яку теорію слід використовувати. Різні рамки мають різні акценти на окремих проблемах державного регулювання системи перинатальної допомоги, подолання перешкод у розвитку, способах дослідження і впровадження, певних

результатів або стійкості самої системи у разі її переформатуванні в цілому чи окремого рівня тощо.

Наведений нами перелік підходів та змін у методології дослідження державного регулювання системи перинатальної допомоги в Україні в умовах війни не є вичерпний. Додатково до вже наведених прикладів змін і проблем в методології дослідження, наголосимо на активному застосуванні методів аналогії, індикативного проектування та моделювання ситуацій в державному регулюванні системою перинатальної допомоги, що в доковідні та довоєнні часи застосовувалися набагато рідше.

Говорячи про подальші перспективи наукових розвідок, вважаємо за доцільним звернутися до питання яким чином зміни у наукових підходах у дослідженнях можуть вплинути на результати, а як наслідок - на прийняття управлінських рішень на різних рівнях управління та на розбудову системи перинатальних послуг нині та у період післявоєнної розбудови.

Дослідження проблематики розвитку системи перинатальної допомоги є важкою для опису та багатокомпонентною. Ця проблематика містить в собі аспекти управління на різних рівнях, медичної науки та практики, етики, соціології, правової регламентації, організаційного, соціального забезпечення тощо. Враховуючи багатокомпонентність та мультідисциплінарність проблематики постає питання визначення ключових методологічних підходів до її вивчення. Оскільки методологія однієї чи кількох з наук, які містяться у проблематиці регулювання надання перинатальних послуг населенню, не може забезпечити всебічне дослідження та формулювання дієвих рекомендацій. На наш погляд, з методологічних позицій проблематику регулювання надання послуг населенню з перинатальної допомоги доцільно проаналізувати крізь призму системного, гуманістичного, інституціонального, структурно-функціонального, конфліктологічного, діяльнісного, компаративного підходів. Кожен з перелічених наукових підходів розглядається нами як певна компонента дослідження, задля складання цілісної картини. З іншого боку кожен з підходів є методологічним інструментарієм, який ми застосовуємо для

цілісного і різнобічного висвітлення проблематики регулювання системи перинатальної допомоги в контексті управлінських відносин. Ми виходимо з позиції, що чим мультикомпонентним є об'єкт дослідження, тим ширшою має бути палітра підходів, які застосовуються для його вивчення.

Комплексне дослідження проблематики регулювання системи перинатальної допомоги в нашому дослідженні, здійснюється на засадах системного підходу. В сучасній науці системний підхід вважається універсальним принципом світоглядного значення, єдина для багатьох наук методологія пізнання та технологія дослідження [204, с.18]. Системний підхід передбачає декомпозицію, поділ складних об'єктів і явищ дійсності на підсистеми різних порядків з метою їхнього аналізу (системний аналіз), а також наступне їх поєднання для дослідження інтегрованих цілісних характеристик системи (системний синтез) [97,с.398]. Системний підхід дозволяє вивчати явища не відокремлено одне від одного, а у взаємодії та зв'язках, яким чином ці зв'язки впливають на зміни суб'єктів та об'єктів управління. Це неодмінно потребує оцінювання середовища, що визначає чинники й параметри формування, функціонування та розвитку даного явища.

Зазначимо, що нині методологічні засади системного підходу в публічному управлінні перебувають у стані термінологічного і функціонального становлення; не має чітко регламентованих меж, етапів та критеріїв застосування при здійсненні вузькоспеціалізованих досліджень [165, с.176]. Аналіз наукової літератури демонструє, що наведена теза актуальна й для мультидисциплінарних досліджень, яким є вивчення проблематики регулювання системи перинатальної допомоги.

Виходячи з методологічних засад системного підходу, проблематика управлінських процесів у галузі державного регулювання системи перинатальної допомоги розглядається нами як цілісна система, яка характеризується:

- впорядкованістю функціонування;

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

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

Одним з основних принципів дослідження у сфері публічного управління є структурно-функціональний аналіз. Його здійснення базується на твердженні, що кожне соціокультурне явище або процес може бути досліджене як системно-організована структурна цілісність, в якій кожний елемент відіграє певну роль. Структурно-функціональний підхід спрямований на вирішення проблем, пов'язаних з існуванням, функціонуванням і підтриманням життєздатності системи. Структурний аспект включає в себе визначення елементів, які створюють конкретну систему та виявлення стійких зв'язків і відносин між ними. Функціональний аспект включає вивчення внутрішніх механізмів функціонування елементів і зовнішнього функціонування системи в процесі її взаємодії з зовнішнім середовищем. Структурно-функціональний підхід націлений на дослідження стійких закономірностей між елементами системи, зовнішніх проявів властивостей об'єкта (системи або її елемента) у даній системі відносин, певного способу взаємодії об'єкта з навколишнім середовищем [53, с.170]. Структурно-функціональний підхід у дослідженні проблематики управлінських процесів у сфері функціонування системи перинатальної допомоги дає можливість проаналізувати алгоритм закладання морально-етичних основ формування та реалізації державної політики та регіональних програм у сфері перинатальних та супутніх ним послуг через основні функції управління: планування, організацію, координацію, мотивацію, контроль та оцінювання. Послідовна та комплексна реалізація перелічених функцій сприяє формуванню та підтримці стандартів надання медичних

послуг, соціальної допомоги та чіткої правової регламентації у сфері проблематика управлінських процесів у галузі перинатальної допомоги.

Гуманістичний підхід в процесі дослідження проблематики регулювання у галузі розвитку та функціонування системи перинатальної допомоги пов'язаний, перш за все, із аналізом місця та ролі людського чинника. Гуманістичний вимір суспільства та посадовців, які приймають управлінські рішення, це певна якість діяльності, за якої людина її здоров'я (в нашому контексті – репродуктивне) визнається найвищою соціальною цінністю, а забезпечення її прав і свобод визначає зміст і спрямованість управлінської діяльності в цій сфері. Людський вимір крізь призму гуманістичного підходу розглядається як сприйняття системою державного управління сукупності ідей, поглядів, переконань, поваги до честі, гідності і прав людини, турботи про її благо, різнобічний розвиток, про створення гідних людини умов суспільного життя [216, с.17]. Отже, гуманістичний підхід у дослідженнях публічного управління у сфері функціонування системи перинатальної допомоги може застосований, перш за все при формування етичних засад здійснення перинатальної допомоги, розробки алгоритмів захисту прав всіх суб'єктів у процесах її надання (жінок, пар, медичного персоналу, споживачів медико-соціальних послуг, немовлят тощо).

Результативність державного регулювання, як правило, реалізується завдяки інституціоналізації як процесу упорядкування, формалізації та стандартизації. Зважаючи на це, відбувається поширення нового напрямку державно-управлінської теорії та практики – інституціонального підходу [197, с.176]. Інституційний підхід містить концепцію інститутів та інституціональної динаміки, він сфокусований на пояснення найзагальніших закономірностей розвитку будь-якого суспільства, оскільки саме інституціональне середовище задає систему стимулів, спрямовуючи діяльність людей у певному руслі. Головна роль інститутів у суспільстві – зменшення невизначеності шляхом установлення стійкості структури взаємодії між людьми. Інститути визначають і обмежують набір альтернатив, які є в кожній людини, вони включають усі

форми обмежень, створених людьми для того, щоб надати певну структуру людським відносинам [70]. Зазначимо, що інститути підтримують соціальні структури та порядок у суспільстві. Вони ґрунтуються на чітко розробленій ідеології, системі правил і норм, а також на соціальному контролі за їх виконанням. Інституціональна діяльність здійснюється людьми, що організовані в групи, де проведений розподіл на статуси та ролі відповідно до потреб цієї соціальної групи та суспільства в цілому [139,с. 67].

Інституціональний підхід дозволяє розглядати процеси публічного управління не лише як процедури чи діяльність, а як сукупність елементів, що взаємодіють між собою (мовиться про зкординованість дій МОЗ, НСЗУ, департаментів охорони здоров'я обласних адміністрацій, органів місцевого самоврядування, закладів охорони здоров'я різної форми власності, наукових та освітніх закладів, органів соціального захисту тощо). Отже, соціальний інститут, а в нашому випадку інститут публічної управління у певній сфері, створює можливості членам суспільства задовольняти свої потреби та інтереси; регулює дії членів суспільства в межах соціальних відносин; забезпечує стійкість суспільного життя; забезпечує інтеграцію прагнень, дій та інтересів індивідів та здійснює соціальний контроль. Регулювання відносин та надання послуг у сфері функціонування системи перинатальної допомоги, у свою чергу, визначаються набором специфічних цінностей, принципів, норм та стандартів; інтеграцією їх в соціально-політичну, економічну, соціально-етичну структури суспільства та наявністю матеріальних засобів і умов, які забезпечують здійснення соціального контролю [на основі, 170, с.459 та 100, с.322]. Отже, можна зробити висновок, що інституційний підхід у дослідженнях публічного управління у сфері надання перинатальної допомоги може бути застосований для визначення стійких комплексів формальних і неформальних правил поведінки та ієрархії всіх суб'єктів взаємодії, цінностей, принципів, норм, завдяки яким спрямовується й контролюється поведінка/ функціонування цих суб'єктів.

Одним з найсуперечливіших підходів у сучасній методології досліджень є конфліктологічний підхід. Але оминати його увагою ми вважаємо неможливим через гостру суспільну суперечку щодо функціонування системи надання перинатальних послуг в цілому та окремих його етапів, наприклад таких як лікування непліддя за допомогою застосування допоміжних репродуктивних технологій як виду медичної послуги, а також наявності певних нерегульованостей та суперечок щодо медико-соціальної підтримки вагітних жінок та породіль, зокрема із в нестабільному психологічному стані тощо.

Конфліктологічний підхід підкреслює суперечливий характер взаємодії між керуючою системою та системою, якою керують, специфіку управлінської діяльності, спрямованої на регулювання і вирішення конфліктів між загальними та приватними інтересами, між вимогами, які висуваються до лікаря та споживача медичної послуги з боку держави та суспільства. Оскільки суспільство не може повністю задовольнити інтереси і потреби всіх соціальних груп, які займають в ньому різне соціально-економічне та політичне положення, то держава діє в якості легального та легітимного інституту, який має вирішувати і управляти соціальними конфліктами на основі закону та встановлених правових норм [58, с.17-18].

З позицій конфліктологічного підходу публічно-управлінські відносини у сфері функціонування системи перинатальної допомоги розглядалися нами крізь призму потреби суспільства в гармонізації відносин між окремими громадянами, групами громадян, інституціями громадянського суспільства та органами публічної влади, між якими можуть виникнути серйозні суперечності, розходження, конфлікти у підходах та трактуваннях змісту перинатальних послуг тощо.

Досить поширеним у сучасному публічно-управлінському дискурсі є діяльнісний підхід. Він ставить за мету пояснити соціальний процес з огляду свідомої активності суб'єкта та категоріальної визначеності його структур, до яких можна віднести мету, мотив, стратегію, програму, ресурси, засоби, методи, способи дії та результат. Суттєвою ознакою людської діяльності

(включно із публічною службою) є її визначеність метою, і тому вона характеризується як цілепокладання – свідоме формування і практичне досягнення мети, тобто продукування оновленої дійсності [170]. Діяльнісний підхід базується на тому, що суспільство, державне регулювання, суспільні сфери діяльності, публічне управління тощо створені і функціонують лише завдяки активній діяльності їх суб'єктів. Це повністю актуально для досліджень сфери функціонування системи надання перинатальних послуг, оскільки без особистої активності споживачів цього виду послуг та інших суб'єктів взаємодії в цій сфері, галузь надання перинатальних послуг не розвивалася би у швидкому темпі. Тому з засад діяльнісного підходу дослідження публічно-управлінських відносин у сфері функціонування системи перинатальних послуг вивчаються як створення та вдосконалення алгоритмів для ініціювання процесів в цій сфері, а також налагодження дієвого співробітництва всіх зацікавлених суб'єктів та бенефіціарів.

Питання дослідження різних моделей взаємодії у публічно-управлінських відносин у сфері функціонування системи перинатальної допомоги на сучасному етапі потребують, на нашу думку, застосування компаративного підходу. Компаративним аналізом прийнято вважати опис і пояснення схожості і відмінностей (головним чином відмінностей) умов або результатів розвитку соціальних одиниць, зазвичай – регіонів, країн, суспільств і культур. Такий підхід може бути застосований до будь-якого соціального явища чи процесу, оскільки, як зазначає один з засновників компаративного методу Н. Смелзер, його обмеженість виникає лише за умови наявності відмінностей, які не можуть бути безпосередньо порівняні. Він зазначає, що будь-яка соціогуманітарна наука будується на відмінностях між людьми і соціальними устроями [194, с. 6-7]. В основі компаративного методу лежить порівняння, яке пронизує весь процес пізнання від його найнижчих форм до найвищих. Головне у порівнянні полягає не у встановленні відношень, а в їх пізнанні шляхом порівняння [96, с. 254]. Тобто, в контексті нашого дослідження, компаративний аналіз передбачає співставлення різних компонентів структури ієрархічних, інфраструктурних та

правових компонентів публічно-управлінських відносин у сфері функціонування системи перинатальної допомоги з метою встановлення загальних та специфічних подібностей і відмінностей між ними. Незважаючи на наявність певної свободи у виборі параметрів для співставлення, компаративний аналіз завжди будується за такими принципами як: порівнянність явищ, інститутів та інституцій; відповідності один одному різних рівнів, форм і видів елементів порівнюваних систем; врахування історичних, національних, економічних, соціально-політичних та інших умов, в яких виникають і функціонують порівнювальні явища чи процеси; встановлення не тільки загальних рис і ознак, а й особливостей; порівняння процесів і явищ не лише у статиці, а й у динаміці [203, с. 29-34]. На нашу, думку, перелічені принципи є актуальними і для дослідження публічно-управлінських відносин у сфері функціонування системи перинатальної допомоги.

Ще одним методологічним підходом до формування та реалізації системи надання перинатальних послуг, який важливий для реформування цієї галузі, є методологія RBM (Result-Based Management, RBM) — управління, орієнтоване на результат. Це методологія планування та моніторингу реалізації державної політики, що орієнтується на розв'язання нагальних суспільних проблем або задоволення потреб груп (окремої групи) бенефіціарів, сфокусована на досягненні результату та дає змогу рухатись до нього у оптимальний спосіб. Принципи управління, орієнтованого на результат, застосовуються урядами багатьох розвинених держав як основа для розроблення, реалізації та моніторингу державної політики та визнані такими міжнародними організаціями, як Світовий Банк, ООН [445] і ОЕСР [308]. Метою управління, орієнтованого на результати є покращення управління протягом усього життєвого циклу політики: від ініціації (аналіз, планування та дизайн політики) до реалізації (моніторинг та звітність) і до закриття (остаточна оцінка та звіт, а також інтеграція отриманих уроків під час наступного циклу планування політики). Завдяки кращому управлінню уряди можуть максимізувати досягнення результатів.

В межах дослідження проведено контент-аналіз рекомендаційної бази ООН, Ради Європи в галузі охорони здоров'я та ВООЗ для отримання відповідей на запитання в різних галузях охорони здоров'я. Для розробки матриці дослідження регулювання системи перинатальної допомоги в умовах системних реформ ми застосовували також методологію “MATRIX-BABIES”, яка з 2014 року є базисом для уніфікованих звітів з неонатальних послуг, і впроваджується в діяльність неонатологів з усіх областей України [229]. Базуючись на названій методології, була складена така матриця дослідження (таб.2)

Таблиця 2.

МАТРИЦЯ ДОСЛІДЖЕННЯ				
	Дослідницьке питання	Методи	Тип аналізу	Отриманий результат
1	Який контекст дослідження та в чому суть проблеми?	Пошук літератури та ресурсів за тематикою перинатальної допомоги, соціально-культурологічний аналіз, експертна оцінка	Якісний	Формулювання проблеми, на вирішення якої спрямоване дослідження
2	Наскільки ґрунтовно розроблений понятійно-категорійних апарат?	Робота з нормативними актами різної юридичної сили та наукових досліджень, контент аналіз, співставлення, порівняння, системний аналіз	Якісний	Уточнено або сформульовано нові визначення
3	За якими ключовими напрямками проводити дослідження?	Висунення та перевірка гіпотез, висунення та відбір альтернатив, моделювання, прогнозування, побудова дерева цілей, дерева подій (event tree analyses),	Якісний	Визначено складові системи перинатальної допомоги
4	Як формується та реалізується політика за окремими складовими системи перинатальної	Ретроспективний аналіз, перспективний аналіз, системний аналіз, моделювання, спостереження, аналіз статистичних звітів та рекомендацій	Кількісний, якісний	Сформовано висновки та пропозиції за окремими складовими

	допомоги	(міжнародні)		
5	Яким чином змінилися підходи управлінської діяльності у сфері перинатальної служби в умовах епідемії COVID-19 та війни	Анкетування, опитування, ранжування, аналіз статистики та аналітичних звітів, робота з фокус-групами	Кількісний, якісний	Сформовані пропозиції за результатами аналізу
6	Які механізми державного управління потребують удосконалення?	Аналіз міжнародного досвіду, моделювання, перспективний аналіз, системний аналіз	Якісний	Запропоновано удосконалений комплексний підхід до вирішення означеної проблематики

Зразу зазначимо, що ВООЗ має різні стратегії та методології для управління захистом репродуктивного здоров'я, попередження смертності породіль та немовлят, менеджменту надання медичних послуг на різних рівнях управління тощо. Розробляючи план та дерево цілей для дослідження ми брали за основу декілька базових вихідних положень, властивих майже для всіх досліджень ВООЗ. Це наступні вихідні положення.

Виходячи із внутрішньої логіки дослідження, його структуру ми умовно поділили на два рівні:

- емпіричний рівень;
- теоретичний рівень.

Для інформації, яку ми планували отримали на емпіричному рівні, характерним є те, що вони є результатом безпосереднього контакту з пацієнтами перинатальних центрів. На цьому рівні ми ставили завданням отримати знання про конкретну діяльність, яка має місце при врегулюванні суспільних відносин пов'язаних з організацією перинатальної допомоги. Оскільки надання перинатальної допомоги є складним процесом, який містить окрім надання медичної допомоги, ще й психологічну, соціальну та інші компоненти, ми сконцентрували увагу лише на управлінських аспектах

організації та надання послуг в медичній та соціальній галузях. Аналізуючи системи охорони здоров'я та соціального захисту як об'єкти дослідження на цьому етапі, а також процеси, що формують певні правовідносини, ми встановлювали емпіричні закономірності.

Емпіричний рівень характеризується специфікою об'єкта дослідження. Це зв'язки, відносини, властивості, які виявлені в ході практичної діяльності та включені в процес пізнання. Він більше ґрунтується на статистичній інформації, аналізі законодавства та нормативно-правових документах, дотичних до проблематики надання перинатальної допомоги в її широкому розумінні, тому в цьому відношенні узагальнена інформація на даному рівні, з нашого погляду, є більш об'єктивною.

На цьому рівні пізнання вирішувалися такі дослідницькі завдання:

- збір фактів про реальну діяльність системи охорони здоров'я і системи соціального захисту населення в частині надання послуг для вагітних, породіль та немовлят, жінок/чоловіків, які лікують безпліддя за допомогою методів допоміжних репродуктивних технологій – це ті події, явища, властивості, зв'язки, відносини, які зафіксовані у певний спосіб;
- отримання даних на основі співставлень та спостережень;
- складання схем, діаграм для наглядного сприйняття найбільш важливих тенденцій у функціонуванні системи перинатальної допомоги, системи охорони здоров'я (у випадках коли це впливає на систему перинатальної допомоги, переважно це стосується підходів о реформування та надання медичних послуг), системи соціального забезпечення (коли це дотично до системи перинатальної допомоги);
- узагальнення наукових фактів, даних та іншої емпіричної інформації.

Теоретичний рівень являє собою ніби розріз досліджуваного об'єкта під певним кутом зору, заданим нами, тобто через механізми формування та реалізації державної політики у галузі перинатальної допомоги. Він будувався з явною спрямованістю на пояснення об'єктивної реальності і його головним

завданням є опис, систематизація і пояснення всієї множини даних емпіричного рівня з обґрунтуванням альтернативної парадигми.

Емпіричний і теоретичний рівні мають певну автономію, проте їх неможливо виокремити один від іншого. Над емпіричним рівнем дослідження надбудовується теоретичний рівень. Разом з тим теоретичний рівень будувався таким чином, що в ньому відбивається безпосередньо не навколишня дійсність, а сформовані нами ідеальні об'єкти.

Емпіричний і теоретичний рівні органічно пов'язані між собою. Теоретичний рівень існує не сам по собі, а спирається на дані емпіричного рівня, і в цьому сенсі зв'язок теорії і емпірії (практики) є очевидним. Проте і емпіричні знання не позбавлені теоретичних уявлень. Сукупність емпіричних знань є певним знанням про дійсність лише тоді, коли ці дані тлумачаться з позицій певних теоретичних уявлень.

Основними програмним компонентом нашого наукового дослідження виступила наукова постановка проблеми. Процес визначення проблем ознаменувався її чітким формулюванням; висуненням альтернативних ідей щодо можливих шляхів вирішення проблеми; обрання оптимальної ідеї, за допомогою якої вірогідніше досягнути вирішення проблеми; слідування цій ідеї під час дослідження; послідовне використання всіх інших альтернативних ідей за умови, якщо ідея, що була обрана на початку, не вирішила проблеми; вихід вирішеної проблеми на практику шляхом визначення етапів дії.

Формулювання проблеми дослідження супроводжувалося певними складнощами, оскільки її суть може розглядатися з різних площин, що перебувають на стику декількох галузей науки. Специфіка цього дослідження полягає ще й в тому, що проблема, на вирішення якої спрямовано дане дослідження, одночасно розглядається з практичної і науково-теоретичної точки зору:

- суть прикладної (практичної) проблеми полягає у низькій ефективності заходів державної політики з перинатальної допомоги, що недостатньо впливає на підвищення народжуваності та забезпечення

високоякісною допомогою матерів і дітей в перинатальному періоді та не досягає мети відновлення населення України та належної підтримки здоров'я нації, що обґрунтовує необхідність розробки та впровадження нових управлінських підходів;

– науково-теоретична проблема фокусується на тому, що існуючий науковий доробок, теоретичні підходи та концепція прийняття управлінських рішень унеможливають ефективний розвиток механізмів формування та реалізації державної політики в контексті перинатальної допомоги. Це обумовлено відсутністю наукових досліджень у сфері публічного управління системою охорони здоров'я та соціального захисту населення в Україні, які би могли розкривати окремі аспекти перинатальної допомоги та її державне регулювання.

Реалізація мети та основних завдань дослідження обумовлює етапність його безпосереднього проведення. Заплановано його здійснення у п'ять етапів наукового пошуку, що відрізняються своїми цілями і завданнями, діяльністю з їх реалізації, методами досягнення результатів.

На етапі вступу або підготовки, укладено аналіз стану досліджуваної проблеми, визначено постановку завдання, вибрано об'єкт і предмет дослідження. Був проведений перегляд існуючих публікацій з проблематики державного управління охороною здоров'я в цілому, механізмів управління, публічно-управлінських процесів в сфері надання медичних послуг, надання медичних послуг перинатальної допомоги зокрема тощо, а також розроблено або уточнено вихідну дослідницьку концепцію. Основними методами цього етапу були пошуковий аналіз літератури та порівняльний аналіз.

На другому етапі, застосовуючи системно-структурний метод, розроблявся план дослідження, який спрямований на структурування предмету дослідження. Цей план визначав завдання та методи їх вирішення. Це, в свою чергу, дало можливість послідовно розглядати загальні аспекти теорії формування державної політики щодо перинатальної допомоги. Особлива увага приділялася аналізу нормативно-правового регулювання в Україні, на

міжнародному рівні та наукових підходів у цій галузі. Також досліджувався вміст компонентів державної політики, пов'язаних із наданням громадських послуг у сфері перинатальної допомоги та особливостей послуг в цій галузі.

Досліджувана проблема до цього часу не була об'єктом всебічного наукового аналізу в Україні. Українські вчені лише частково досліджували окремі аспекти перинатальних послуг і то здебільшого з медичної точки зору. Розглядання різноманітних аспектів проблеми перинатальної допомоги виходить за межі медичних питань та стає частиною діяльності у сфері державного управління. Однак аспект управління щодо розв'язання проблем взагалі не залучав уваги вітчизняних дослідників. Саме тому на цьому етапі для системного аналізу цієї проблеми, її соціально-економічних наслідків та інших аспектів методологічною базою послужили наукові дослідження іноземних учених.

Для дослідження проблеми ми використовували багатогалузевий підхід. Одним із завдань цього підходу було проведення анкетування, метою якого було здійснити аналіз ефективності надання послуг вагітним та породіллям в умовах пандемії COVID-19. Дослідження проводилося за визначеною процедурою та розробленою анкетною, яка подана у додатку А, на базі Львівського обласного клінічного перинатального центру у період жовтень-грудень 2021 року. У проведеному анкетуванні прийняло участь 620 породіль.

Третім етапом є аналіз та інтерпретація даних, включаючи вибір і дослідження теоретичного та практичного матеріалу, його опис, узагальнення та інтерпретація у відповідності до поставлених гіпотез і завдань дослідження, формування проміжних результатів. Основні методи, застосовані на цьому етапі, включають пошук та бібліографічний аналіз, системний аналіз, статистичну обробку (включаючи групування та аналіз), опис, синтез, абстрагування, формально-логічний та порівняльно-правовий аналіз.

У процесі дослідження ми стикалися з потребою вивчення складних систем, таких як система управління в охороні здоров'я та система соціального захисту населення. Вирішення питань щодо системного підходу значною мірою

визначається нашим розумінням сутності системи. Систему можна охарактеризувати як об'єктивний комплекс взаємопов'язаних об'єктів та явищ, а також знань про соціальні відносини. Система має такі ознаки:

- наявність великої кількості різних елементів;
- наявність тісних зв'язків між ними;
- цілісність характеру процесу.

Сутність системного методу (аналізу) полягає в тому, що об'єкт дослідження як сукупність і як єдина система підрозділяється на частини (елементи). Ці частини (елементи) в свою чергу представляються як сукупність і далі діляться на частини. Отже, система є сукупністю відносин частин або елементів, що дозволяє проводити її структурне дослідження.

На четвертому етапі, інтегративно-моделювальному, ми розробили та обґрунтували інтегрований підхід до формування державної політики з перинатальної допомоги. Застосування такого підходу до створення та реалізації державної політики допоможе уникнути ситуацій, коли вирішення однієї проблеми призводить до виникнення інших. Цей підхід сприятиме досягненню взаємопов'язаних цілей, сприяючи загальному розвитку держави та розвитку конкретної галузі. Інтеграція політики охоплює розробку політики з урахуванням економічних, політичних та інституційних умов оточуючого середовища. Ця інтеграція включає як вертикальне узгодження політики між різними рівнями управління, так і горизонтальне узгодження між різними галузями

Інтегрований підхід до формування політики є важливим, принаймні з трьох причин:

1. Політика, спрямована на розв'язання однієї проблеми, може вплинути на інше проблемне питання, яке може бути не менш важливим у випадку перинатальної допомоги важливим є окрім медичного ще й соціальний, психологічний компоненти.

2. Різні проблемні питання є взаємопов'язаними. Тому інтегрована політика може бути спрямована на отримання одночасно кількох переваг.

3. Успішна реалізація політики спирається на підтримку широкого кола зацікавлених осіб, що можуть мати різні цінності та інтереси, які необхідно узгодити. Крім переваг, які були зазначені, інтегрований підхід до формування та реалізації політики відкриває можливості:

- сприяти синергії, тобто досягненню взаємовигідних рішень між різними галузями;
- зменшувати кількість випадків дублювання дій під час формування політики, що призводить до зекономлення коштів і часу, як на рівні вертикальної, так і горизонтальної взаємодії;
- сприяти досягненню більшої узгодженості в сфері розробки та впровадження програм різних галузей та на різних рівнях ухвалення рішень;
- покращувати роботу щодо досягнення міжвідомчих цілей і завдань;
- концентрувати увагу на досягненні загальних цілей, визначених державою, а не на вузьких галузевих питаннях;
- сприяти стимулюванню впровадження інноваційних підходів до вирішення проблеми;
- допомагати подолати фінансові обмеження;
- забезпечувати глибше розуміння наслідків реалізації програм, включаючи їхній вплив на інші галузі.

На підставі отриманих результатів проведеного аналізу в Україні та з урахуванням міжнародного досвіду були визначені пріоритетні напрями до формування механізмів у контексті нової державної політики в Україні та підготовлені відповідні рекомендації.

П'ятий етап – завершальний. Під час цього етапу проводиться оформлення дослідження відповідно до вимог, що встановлені для цієї категорії робіт, та здійснюється критична оцінка процесу дослідження для підтвердження або спростування висунутих гіпотез на початку, вирішення всіх поставлених завдань, правильного використання методів дослідження та достовірності результатів, які відображені в загальних висновках дослідження. Результати дослідження представляються у фахових наукових виданнях, на

наукових конференціях, семінарах, круглих столах та у монографіях. Виконання цього етапу стало можливим завдяки використанню дослідником різних методів, таких як критичний аналіз, діагностика та системно-структурний аналіз, які застосовувалися самостійно та спільно з іншими науковцями і практиками.

Завершуючи розгляд методології дослідження державної політики з перинатальної допомоги, важливо відзначити, що ця методологія поєднує в собі загальні наукові підходи з інноваційними методами дослідження. Вона дозволяє вирішувати складні завдання, навіть при відсутності вичерпних статистичних даних, наукових розробок та відповідної нормативної бази, яка б регулювала вивчений предмет дослідження.

На наш погляд, така багатокомпонентна структуризація напрямів дослідження змін в системі перинатальної допомоги забезпечує послідовність і системність виконання поставлених в роботі завдань, гарантує, що результати, отримані на кожному етапі наукового пошуку та практичного їх підтвердження, є логічною основою для наступних етапів, допомагають узагальненню отриманих даних та їх інтерпритації, підтверджують їх обґрунтованість, слугують досягненню мети дослідження.

Розвиток та реформування системи перинатальної допомоги є комплексною проблемою із внутрішніми та зовнішніми причино-наслідковими взаємозв'язками, тому її вивчення та дослідження цієї галузі є різноманітними та торкаються великої кількості напрямів, які на перший погляд не дотичні безпосередньо до перинатальної допомоги. Ми окреслюємо межі дослідження наукових розробок та аналізу джерельної бази декількома чинниками:

час дослідження – в контексті реформування йтиметься про дослідження тільки періоду Незалежної України, а саме останні двадцять років. Що стосується міжнародних регулюючих документів (окрім базових чинних документів ООН, ВООЗ, ЮНІСЕФ тощо в історичній послідовності їх прийняття), акцент робиться на рекомендаціях після 2015 року, оскільки саме в

той час були переглянуті засади досягнення Цілей сталого розвитку і прийняті нові нормативно-правові документи [448];

напрями дослідження – ми пов’язуємо проблематику реформування системи перинатальної допомоги з позиції управлінського дискурсу не скільки з питаннями, що потребують медичного вирішення, а з проблемами організаційно-управлінського характеру, тому і фокус аналізу досліджень відповідний;

характер дослідження – в ході дослідження було здійснено аналіз великої кількості джерел різного характеру (медичний, соціально-економічний, управлінський, правовий тощо), зрозуміло, що аналіз всіх джерел не може бути викладений в одному підрозділі. Окреслюючи джерельну базу, ми за логікою дослідження надаватимемо перевагу комплексним дослідженням груп експертів з великою доказовою базою, а також порівняльним роботам міжнародних організацій щодо реформування системи перинатальної допомоги, її складових або дотичних підсистем системи охорони здоров’я. Специфіка аналізу джерельної бази вивчення проблем реформування державного регулювання системи **перинатальної допомоги викладена у Додатку Б.**

Лише зазначимо: в Україні критично не вистає системних досліджень за цим напрямом. Наявні наукові розробки є секторальноспрямованими і не відображають комплексно всієї системи перинатальної допомоги, або не враховують викликів, що поставили перед системою державного управління в цілому, зокрема і управління охороною здоров’ям, соціальної допомоги та системою перинатальної допомоги як їх складовою, системні кризи (війна, пандемія, пов’язані соціально-економічні виклики тощо). Тому наше дослідження ставить перед собою мету комплексно дослідити можливості покращення управління системою перинатальної допомоги з метою якісних позитивних змін в Україні, подолання демографічної кризи та досягнення Цілей сталого розвитку.

Висновки до розділу 1

Досліджено теоретичні засади державного регулювання системи перинатальної допомоги в Україні, вивчено проблематику з позицій як науково-теоретичного, так і практичного аналізу. З одного боку, констатовано, що фрагментарність заходів у цій сфері негативно впливає на можливості держави досягати встановлених цілей. Це виявляється через відсутність координованої стратегії та взаємодії між різними рівнями медичного обслуговування. З іншого боку, з наукової точки зору, встановлено, що існуючі дослідження у цій області є недостатніми, що ускладнює процес формування та впровадження ефективних стратегій вдосконалення державного регулювання системи перинатальної допомоги. Ця обставина вимагає комплексного підходу для вирішення проблем у сфері перинатальної допомоги, що передбачає посилення наукових досліджень та розширення практичних заходів, націлених на поліпшення цієї критично важливої сфери охорони здоров'я.

В управлінні системою охорони здоров'я введення нових понять, таких як «інклюзивні перинатальні послуги» та «перинатальна служба психічного здоров'я», відіграє критичну роль у вдосконаленні якості медичного обслуговування та задоволенні потреб ширшого спектру пацієнтів. Цей процес не просто вимагає адаптації існуючих медичних послуг, але й залучає до реалізації складну систему управлінських рішень, спрямованих на створення ефективного та доступного середовища для всіх категорій пацієнтів.

Інклюзивні перинатальні послуги вимагають від управлінських кадрів і перегляду існуючих стандартів медичної допомоги, і впровадження нових принципів у навчанні медичного персоналу. Особлива увага приділяється доступності медичних закладів, їх обладнанню та інформаційній підтримці, яка повинна бути зрозумілою та доступною для пацієнтів з будь-якими особливостями. Управлінські зусилля спрямовані на те, щоб кожен аспект перинатальної допомоги враховував індивідуальні потреби вагітних жінок, забезпечуючи при цьому високий рівень медичного обслуговування.

З іншого боку, розвиток перинатальної служби психічного здоров'я спонукає управління охорони здоров'я до впровадження комплексного підходу, який включає в себе не лише медичну, але й психосоціальну підтримку. Розвиток таких служб передбачає створення міждисциплінарних команд, які здатні надати комплексну допомогу жінкам на всіх етапах перинатального періоду. Управлінські рішення в цій сфері охоплюють впровадження програм раннього виявлення психічних розладів, розробку індивідуальних планів лікування та реабілітації, а також забезпечення доступності психотерапевтичних та медикаментозних засобів лікування.

Ефективне управління в сфері охорони здоров'я на основі введення таких понять створює міцну основу для розвитку доступнішої, більш інклюзивної та ефективної системи охорони здоров'я, що є ключовим до досягнення високого рівня задоволеності пацієнтів та покращення загальних результатів лікування.

Для розробки матриці дослідження, яка б дозволила систематизувати та оцінити регулювання системи перинатальної допомоги в контексті системних реформ, використано методологію «matrix-babies». Цей інструмент, що з 2014 року став основою для уніфікації звітності з неонатальних послуг, дозволяє виявляти прогалини в наданні допомоги та визначати пріоритетні напрямки для покращення якості та доступності перинатальних послуг. Використання «matrix-babies» сприяло структуруванню даних та визначенню ключових аспектів для оцінки ефективності системи перинатальної допомоги, враховуючи необхідність адаптації до мінливих умов та викликів сучасності. Таким чином, поєднання міжнародних рекомендацій та спеціалізованих методологічних підходів, як «matrix-babies», надало цінне розуміння для формування вдосконаленої політики в сфері перинатальної допомоги, спрямованої на підвищення якості та ефективності допомоги матерям та новонародженим.

У ході дослідження була розроблена концепція державного регулювання системи перинатальної допомоги, яка має слугувати основою для подальшого розвитку та впровадження інновацій у сфері публічного управління. Це

посилює розуміння важливості інтеграції зусиль різних сторін задля реалізація концепції.

Вимірювання ефективності системи перинатальної допомоги є важливою вимогою для створення систем, які є стійкими, чуйними, ефективними, справедливими, орієнтованими на пацієнта, доступними та сталими. Суб'єкти державного регулювання уповноважені оцінювати ефективність цих систем з точки зору справедливості, покращення якості, ефективності та задоволеності населення послугами охорони здоров'я. На засадах Концепції державного регулювання системи перинатальної допомоги, запропоновано можливі способи цієї діяльності і їх класифікувати як економічний; соціальний; управлінський; та адаптаційний. Аналіз та оцінювання їхньої ефективності слід здійснювати згідно з критеріями, набір яких залежить від ситуації та застосування конкретного механізму державного управління.

Державне регулювання системи перинатальної допомоги проводиться за допомогою різноманітних регулятивних інструментів та механізмів державного регулювання системи перинатальної допомоги, зокрема: нормативно-правового, структурно-організаційного, фінансового, інформаційного, координаційного та кадрового.

Виокремлено кадровий механізм і обґрунтовано, що стосовно надання перинатальної допомоги в сучасних умовах, доцільно розмежовувати кадрове забезпечення охорони здоров'я та кадровий механізм, які мають різні змістові наповнення і цільові призначення, тому кадрове забезпечення охорони здоров'я розглядається як складова кадрового механізму. Поглиблений аналіз ефективності вищезначених механізмів державного регулювання перинатальної допомоги зумовив потребу застосування порівняльного аналізу вітчизняного досвіду з кращими міжнародними практиками, комплексного розгляду критеріїв ефективності відповідно до специфіки кожного механізму.

Виконано контент-аналіз регламентуючих документів та рекомендацій ООН, Радою Європи, Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), її регіональними офісами. Це дозволило визначити місце України у

загальносвітовий системі моніторингу стану здоров'я жінок, вагітних, матерів та дітей ключовими показниками, охарактеризувати сильні та слабкі сторони сучасної системи перинатальної допомоги в нашій країні, обґрунтувати перспективи її розвитку як з позиції реформування галузі охорони здоров'я в цілому, так і як окремого напрямку надання медичної допомоги, здійснення міжвідомчої взаємодії задля досягнення цілей сталого розвитку.

РОЗДІЛ 2

КОМПЛЕКСНИЙ АНАЛІЗ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Розділ надає огляд національної політики у сфері охорони здоров'я та законодавчої бази, що регулює надання перинатальної допомоги, виокремлюючи ключові принципи та цілі державного регулювання у цій сфері. Проведено детальний аналіз регулювання в контексті національного виміру, регіональних особливостей, де особлива увага приділена викликам та перспективам розвитку системи на місцевому рівні, з акцентом на необхідність гармонізації регіональних і національних політик, розглянуто управлінські інструменти для впровадження змін та адаптацію системи до умов гуманітарної кризи.

2.1. Державне регулювання системи перинатальної допомоги у національному вимірі крізь призму реформ у сфері охорони здоров'я

Сучасний світ стикається з безпрецедентними викликами у сфері охорони здоров'я, які вимагають комплексного підходу та ефективного втручання на всіх рівнях. Однією з найбільш вразливих сфер є система перинатальної допомоги, яка вимагає особливої уваги та підтримки з боку держави, особливо в умовах системної кризи. Для розуміння цієї проблематики важливо розглянути особливості системної кризи в системі охорони здоров'я та з'ясувати, як державне регулювання може сприяти покращенню ситуації в сфері перинатальної допомоги.

У періоди кризи, будь то економічні турбулентності, епідеміологічні загрози чи соціальні зміни, система охорони здоров'я опиняється під значним тиском. Ці умови випробовують міцність інфраструктури, логістику, фінансування, а також адаптивність і реактивність системи до швидких змін. Перинатальна допомога, яка є однією з найбільш важливих складових охорони

здоров'я, також опиняється під загрозою, оскільки кризові явища можуть суттєво погіршити якість і доступність медичної допомоги для цієї категорії населення.

Аналізування кризових ситуацій дає змогу ідентифікувати ключові виклики, з якими стикається система перинатальної допомоги. Наприклад, може бути виявлено нестачу медичного персоналу, недостатнє фінансування, проблеми з обладнанням або навіть відсутність чітких протоколів дій у кризових умовах. Таке розуміння дозволяє формулювати специфічні рекомендації щодо поліпшення системи, включаючи зміцнення інфраструктури, оптимізацію розподілу ресурсів та розробку гнучких реагувань на кризи.

Крім того, аналіз кризи в системі охорони здоров'я допомагає зрозуміти, наскільки добре державне регулювання адаптоване до потреб населення та здатне забезпечити стабільність та ефективність перинатальної допомоги навіть в умовах нестабільності. Це підкреслює важливість розробки та впровадження превентивних заходів, таких як створення стратегічних резервів медикаментів, забезпечення постійного навчання медичного персоналу та розробка ефективних механізмів комунікації між різними рівнями охорони здоров'я.

Системна криза в системі охорони здоров'я характеризується рядом чинників, включаючи недостатнє фінансування, нестачу медичних кадрів, відсутність доступу до якісних медичних послуг в окремих регіонах, а також перевантаження медичної інфраструктури. Ці проблеми особливо гостро стоять перед системою перинатальної допомоги, яка вимагає високого рівня спеціалізації та доступності послуг для вагітних жінок та новонароджених.

Державне регулювання в цьому контексті виступає ключовим інструментом для подолання кризових явищ та покращення якості перинатальної допомоги. Воно може включати в себе ряд заходів, таких як збільшення фінансування сфери охорони здоров'я, створення стимулів для залучення та утримання медичних працівників, розробка та впровадження

національних стандартів якості медичної допомоги, а також розвиток інфраструктури перинатальної допомоги.

Однією з основних задач державного регулювання є забезпечення рівного доступу до високоякісних перинатальних послуг для всіх категорій населення. Це може бути досягнуто за рахунок розбудови мережі системи перинатальної допомоги, оснащення центрів сучасним обладнанням, а також навчання та підвищення кваліфікації медичних працівників.

Система охорони здоров'я України за останні роки пройшла і надалі перебуває у процесі боротьби за виживання та протидії низці складних випробувань в умовах системних криз. Кризу можна означити певним проміжком часу, на якому спостерігається суттєвий внутрішній або зовнішній вплив факторів на систему об'єктів, що потребує кардинальних змін у відповідь на виклики. Для будь-якої системи криза завжди є переломним етапом у її функціонуванні і об'єктивним відображенням того, що державна влада нездатна/має труднощі в управлінні цією системою.

Одним із основних факторів загальносистемної “внутрішньої” кризи в Україні є і залишається криза системи публічного управління [108], зокрема управління системою охорони здоров'я. Її досі залишаються актуальними чинники, які руйнують систему з-середини і на їх подолання спрямовуються зусилля управлінського сектору, зокрема: корупція у сфері охорони здоров'я, низька якість надання медичної допомоги та її фінансова чи географічна доступність, низька якість підготовки медичних кадрів та законодавче врегулювання низки поточних питань тощо.

Починаючи з грудня 2019 р. додаються ще дві “зовнішні” системні кризи, які у 2022 році нашарувалися одна на одну: спочатку була глобальна системна криза – пандемія COVID-19, а з 2022 року – регіональна криза, що обумовлена масштабними наслідками, спричиненими повномасштабною війною росії проти України.

Особливість системної кризи для системи охорони здоров'я полягає в тому, що вона (криза): по-перше, порушує стабільність будь-якої системи,

створює передумови для серйозних руйнівних змін в самій системі через вплив низки чинників; по-друге, вона стосується не лише системи охорони здоров'я, а є комплексною та охоплює багато інших сфер та напрямів суспільно-владної взаємодії, дуже сильно впливає на соціально-економічний розвиток; по-третє, має різний характер впливу – фінансовий, медичний, соціальний, екологічний та інформаційний; по-четверте, відсутні розроблені механізми та інструменти впливу на подолання цих криз; по-п'яте, наслідками системної кризи є зміна інфраструктури, високий рівень кадрового дефіциту, різка зміна організаційних підходів; по-шосте, немає єдиних рішень для подолання системної кризи на глобальному рівні, кожна країна повинна виробити свої підходи та парадигму для досягнення радикальних перетворень у визначених пріоритетних напрямках.

Таким чином, системні кризи передбачають загальні структурно-організаційні зміни в межах країни. Забезпечити ефективність впровадження змін у сфері охорони здоров'я у відповідь на протистояння кризовим явищам є стратегічним завданням для держави, а саме для системи публічного управління.

В Україні тривалий час продовжуються дискусії щодо напрямків та механізмів реформування, тобто впровадженню суттєвих змін в систему охорони здоров'я. Необхідність таких змін не викликає жодних сумнівів, оскільки більше як чверть століття незалежності України не вдалося істотно просунути в напрямку вирішення всіх провідних для систем охорони здоров'я цілей.

Аналізуючи систему охорони здоров'я України в контексті системних змін, прослідковуються певні особливості управління нею. За цими особливостями можна умовно виокремити шість етапів трансформації системи охорони здоров'я.

На першому етапі (1991-1999 рр.) ніяких кардинальних змін в системі охорони здоров'я не планувалося і не реалізовувалося. Державне управління було в основному сфокусоване на пошуку додаткових коштів для того, щоб

забезпечити мінімальний рівень соціальних гарантій надання населенню медичної допомоги.

Другий етап (2000-2009) розпочинається з планування змін у системі охорони здоров'я. Основні напрями розвитку системи охорони здоров'я України визначаються та закріплюються в Указі Президента України “Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України” [36]. Подальшого розвитку вони отримують у:

- Концепції розвитку охорони здоров'я населення України [21].
- Міжгалузевій комплексній програмі “Здоров'я нації” на 2002-2011 роки [25];
- Указі Президента “Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення” [28];
- Національному плані розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року [77];
- Державній програмі "Репродуктивне здоров'я нації" на період до 2015 року [75]
- Програмі Уряду “Український прорив: для людей, а не політиків” [79];
- Постанові Кабінету Міністрів України “Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я” [80].

Аналіз вищевказаних документів свідчить, що за весь цей більш ніж десятирічний період, незважаючи на періодичні трансформації політичного режиму в Україні, прихід до влади різних політичних сил, основні підходи до реформи системи охорони здоров'я не зазнали радикальних змін. Фактично широкомасштабних реформ у сфері охорони здоров'я в Україні в цей період не проводилось [107].

Третій етап (2010-2013) – апробація реформи системи охорони здоров'я в пілотних регіонах, що базується на засадничих нормативно-правових документах і визначає:

- порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві [30];
- напрями удосконалення надання медичної допомоги [31];
- організаційно-правові засади забезпечення громадян України екстреною медичною допомогою, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків, та засади створення, функціонування і розвитку системи екстреної медичної допомоги [32];
- порядок формування фонду оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я [82];
- порядок створення госпітальних округів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві [81].

Проте прийняті рішення існуючих проблем в системі охорони здоров'я радикально не вирішили, а місцеві органи влади практично самоусунулися від підтримки розвитку закладів охорони здоров'я, що надавали вторинну та екстрену допомогу.

Четвертий етап (2015-2019) знаменується зміною управлінських підходів, зокрема в частині фінансування закладів охорони здоров'я. У 2018 році в Україні активно розпочинається процес впровадження інноваційних змін у сфері охорони здоров'я. Важливою передумовою ефективного реформування будь-якої сфери, особливо медичної, є створення адекватної нормативної бази. Тому розроблено низку Законів, які регламентували різні аспекти змін і на яких базувалися стратегічні перетворення медичної галузі, зокрема:

- Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості [37];
- Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо надання психіатричної допомоги [35];
- Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо окремих питань захисту прав громадян у сфері охорони

здоров'я [36];

- Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення [38];
- Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо невідкладних заходів у сфері охорони здоров'я [39].

Збереження та покращення здоров'я населення усіх вікових груп залежить передовсім, як уже зазначалося, від національної стратегії. Однак з розвитком процесу децентралізації, що передбачає принцип субсидіарності, зростає роль місцевої влади, зокрема органів місцевого самоврядування у вирішенні проблем медичного спрямування.

У контексті реалізації реформи системи охорони здоров'я та внесення змін до низки нормативно-правових актів органи місцевого самоврядування отримали нові можливості, спрямовані на ефективне виконання власних повноважень для розвитку системи медичного обслуговування на своїх територіях. Органи місцевого самоврядування формують місцеві й регіональні комплексні та цільові програми, які становлять складову частину державної політики охорони здоров'я в Україні та відображають специфічні потреби охорони здоров'я населення, що проживає на відповідних територіях [13].

Запровадження нової моделі фінансування медичних послуг не лише зберегло повноваження органів місцевого самоврядування у медичному секторі, й чітко розподілило функції, повноваження і відповідальність на кожному рівні прийняття рішень.

П'ятий етап (2020 – 2022) став випробувальними для системи охорони здоров'я і розпочинається він з моменту поширення пандемії COVID-19. Основні заходи розробляються на виконання Законів щодо профілактики та лікування коронавірусної хвороби, зокрема щодо:

- забезпечення профілактики коронавірусної хвороби (COVID-19) [43];

- підвищення спроможності системи охорони здоров'я України протидіяти поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19) [44];
- запобігання поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19) [40];
- підвищення доступності лікарських засобів, медичних виробів та допоміжних засобів до них, які закупаються особою, уповноваженою на здійснення закупівель у сфері охорони здоров'я [41];
- запобігання виникненню і поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19) [42].

Наприкінці 2021 року запроваджено нову організаційно-правову форму для закладів охорони здоров'я – державні некомерційні підприємства [46]. Це створило юридичне підґрунтя для відомчих та державних медичних закладів разом з комунальними стати учасниками Програми медичних гарантій, укласти договори з Національною службою здоров'я України та працювати за принципом фінансування за фактично надані послуги.

Шостий етап (з лютого 2022 року – ...) – система охорони здоров'я зазнає масових інфраструктурних руйнувань, серйозних кадрових та організаційних змін у наданні медичних послуг населенню, протидії наслідкам спричинених воєнними діями в Україні.

З початком масштабного вторгнення система охорони здоров'я зазнала безпрецедентного стресу. Медичні заклади продовжували працювати у найгарячіших точках навіть у найбільш гострі фази війни, але стали об'єктом масових російських атак: всього з 24 лютого 2022 року задокументовано 889 атак на систему охорони здоров'я України, 333 атаки пошкодили або зруйнували медичні заклади, загинуло 127 медичних працівників [231].

Продовження медичної реформи є критично важливим для довготривалої стійкості медичної системи під час війни, а також у повоєнний період. У 2022 році спроби реформування були періодично успішними, але також було багато чинники, які унеможлилювали її реалізацію.

Проблема забезпечення професійними медичними кадрами, особливо у східних регіонах України, існувала ще до війни, а тепер вона посилилася через кадрові зміни. Тисячі лікарів та медсестер, а також мільйони їхніх пацієнтів залишили свої домівки та місця роботи:

- 30 тис. медичних працівників приєдналися до лав ЗСУ або стали волонтерами;
- 2,3 тис. медиків виїхали за кордон;
- 4,3 тис. стали вимушено переселеними особами [198].

Однак система змогла вистояти, зберегла керованість і здатність виконувати свої функції. Цьому посприяли кілька факторів: відданість і служіння з боку багатьох лікарів, медсестер, керівників медичних закладів, “воєнні” рішення МОЗ, КМУ та ВР, а також попередні структурні реформи, які допомогли системі стати більш життєздатною. Критично важливу роль у стійкості медичних закладів зіграла їхня повна управлінська та фінансова автономія, упроваджена під час реформ у 2018-2021 роках [101]. Делеговані повноваження та змога самостійно приймати оперативні рішення на місцях допомогли забезпечити необхідне правове поле для керівників медичних закладів. В умовах, коли порушуються зв’язки у системі по вертикалі, такі управлінські механізми надали можливість керівникам на власний розсуд вирішувати питання евакуації пацієнтів, залучення гуманітарної допомоги та фахівців, визначення пріоритетності надання медичної допомоги, а також приймати рішення про тимчасову зміну локації місць надання медичних послуг.

Готовність системи охорони здоров’я реагувати на будь-яку надзвичайну ситуацію великою мірою сформувалася ще у період боротьби із ковідом. Розроблені ефективні маршрути пацієнтів для хворих на ковід стали актуальними у перші дні періоду війни для вироблення маршруту травмованих і поранених. Крім того, система матеріально та технічно стала значно сильніша, оскільки забезпечена кисневими станціями і має більший досвід у тому, як

формувані залишки на кілька місяців. Тому навіть у такі складні часи не спостерігалось браку лікарських засобів [60].

У першій фазі війни доступ до життєво необхідних ліків та послуг було порушено. Тому парламент ухвалив низку нормативно-правових документів та галузевих законів, підготовка над якими була започаткована у попередніх роках і які покликані врегулювати низку нагальних проблем, зокрема:

1. У березні Міністерство охорони здоров'я запровадило спрощену систему для внутрішньо переміщених українців до отримання первинної медичної допомоги. Людина, яка має статус внутрішньо переміщеної особи, отримала право потрапити до лікаря незалежно від місця знаходження та без подання нової декларації про вибір лікаря [51].
2. Потреба у реорганізації лікарняної мережі була актуальною чи не з першого року незалежності, тому прийнято Закон [48] та Постанову Кабінету Міністрів [95], у яких визначено механізми формування спроможної мережі медичних закладів.
3. Для адаптації до стандартів ЄС регулювання виготовлення, реєстрації, обігу лікарських засобів на всіх етапах прийнято Закон України “Про лікарські засоби” [49]. Цим Законом передбачається створення нового центрального органу виконавчої влади із спеціальним статусом, що реалізовуватиме державну політику у сфері створення, допуску на ринок, контролю якості, безпеки та ефективності лікарських засобів. У законі він називається “орган державного контролю” й, імовірно, передбачатиме об'єднання нинішніх регуляторів – Державного експертного центру та Держлікслужби.
4. З метою зміцнення здоров'я населення, запобігання хворобам, покращення якості та збільшення тривалості життя прийнято Закон України “Про систему громадського здоров'я” [50].

Проведений аналіз нормативно-правових документів відповідно до означених в дослідженні періодів дає змогу виокремити певні особливості та проблеми, пов'язані з прийняттям стратегічних управлінських рішень.

За останні два періоди неймовірних викликів для всієї країни, започаткована реформа системи охорони здоров'я показала свою ефективність на первинному рівні. Завдячуючи впровадженню змін медична галузь змогла вистояти і забезпечити максимально можливий рівень надання необхідних медичних послуг. Водночас війна в Україні створила такі умови, за яких реалізація запропонованих змін у межах реформи може бути неефективною. А це потребує додаткових досліджень. По-перше, запропонована урядом реформа медичної інфраструктури знову базується на радянському підході і не сприяє наближенню до стандартів європейського союзу. По-друге, зовнішня та внутрішня міграція населення в Україні величезна і на сьогодні важко спрогнозувати географічне розміщення населення в країні після війни. Важко спрогнозувати демографічний розподіл, тобто розподіл населення по територіям, коли ситуація стабілізується.

По-третє, укрупнення лікарень та їх географічне розміщення з огляду на стратегію формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я може призвести до конфліктів між громадами. Тому варто більш детально дослідити можливі перешкоди для забезпечення сталого розвитку територіальних громад та регіонів в контексті реалізації медичної реформи.

Аналіз кризи в системі охорони здоров'я відіграє ключову роль у розумінні глибинних проблем державного регулювання системи перинатальної допомоги. Цей процес не лише виявляє слабкі місця у системі, а й надає можливість для розробки цілеспрямованих стратегій, що сприятимуть підвищенню ефективності надання медичних послуг вагітним жінкам, матерям та новонародженим.

2.2. Регіональні аспекти державного регулювання системи перинатальної допомоги в умовах гуманітарної кризи: виклики та перспективи

Питання реалізації повноважень органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я тісно пов'язане з державним регулюванням системи

перинатальної допомоги через інтеграцію політик, децентралізацію відповідальності та спільне планування. Забезпечення якісної перинатальної допомоги є важливою частиною загальної системи охорони здоров'я, що вимагає ефективної взаємодії між різними рівнями влади.

Одним із ключових аспектів ефективної системи охорони здоров'я є чітке розмежування повноважень між державними органами та органами місцевого самоврядування. Це дозволяє локалізувати відповідальність за надання перинатальних послуг, оптимізувати ресурси та адаптувати програми допомоги до специфіки регіону.

Держава може встановлювати основні стандарти та критерії фінансування, але ефективне використання коштів часто залежить від гнучкості та інноваційного підходу на місцевому рівні. Місцеве самоврядування може ідентифікувати пріоритетні потреби та забезпечити цільове використання бюджетних асигнувань для покращення перинатальної допомоги.

Місцеве самоврядування, враховуючи особливості регіону:

- має можливість ефективніше планувати та впроваджувати програми перинатальної допомоги. В тісній взаємодії з державними структурами, таке планування може включати розвиток інфраструктури, навчання медичного персоналу, впровадження інноваційних підходів до лікування та догляду.
- може ефективніше контролювати якість надання допомоги та вживати швидких заходів для виправлення будь-яких недоліків, будучи ближчим до виконавців та бенефіціарів перинатальних послуг. Водночас, державне регулювання забезпечує єдині стандарти та критерії оцінки, сприяючи забезпеченню високого рівня медичного обслуговування.
- має унікальну можливість залучати громаду до обговорення та вирішення питань охорони здоров'я, в тому числі перинатальної допомоги. Це сприяє підвищенню обізнаності, відповідальності та задоволеності серед населення.

Збереження та покращення здоров'я населення усіх вікових груп великою мірою залежить від державної політики у сфері охорони здоров'я, яка базується на принципах децентралізації державного управління, розвитку

самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я [13]. З розвитком процесу децентралізації зростає роль місцевої влади, зокрема органів місцевого самоврядування, у вирішенні нагальних проблем медичного спрямування. Для забезпечення високого рівня якості життя, складовою якого є здоров'я населення, сформована система цілей, заходів, засобів та узгоджених дій центральних і місцевих органів виконавчої влади, органів влади Автономної Республіки Крим, органів місцевого самоврядування та їх посадових осіб, які є підґрунтям державної регіональної політики.

Пріоритетами державної регіональної політики визначено підтримку та стимулювання місцевих ініціатив з ефективного використання внутрішнього потенціалу регіонів для створення й удосконалення повноцінного життєвого середовища, підвищення якості життя людей [34]. Проте функціонування системи органів місцевого самоврядування у більшості територіальних громад не забезпечувало створення та підтримку сприятливого середовища, необхідного зокрема для захисту права на охорону здоров'я, а також не здійснювало належної організації високоякісних і доступних медичних послуг органами місцевого самоврядування на відповідних територіях.

З метою задоволення інтересів громадян в усіх сферах життєдіяльності на відповідній території, узгодження інтересів держави і територіальних громад, а також для формування ефективного місцевого самоврядування Кабінет Міністрів України у квітні 2014 р. схвалив Концепцію реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні [83]. Одним з її завдань, спрямованих на покращення доступності й забезпечення належної якості публічних послуг, стало досягнення оптимального розподілу повноважень між органами місцевого самоврядування і органами виконавчої влади. Такі повноваження у сфері охорони здоров'я розподілені на різних рівнях адміністративно-територіального устрою відповідно до кадрового, фінансового, інфраструктурного потенціалу та ресурсів органів місцевого самоврядування. Тому їх аналіз дасть змогу виокремити напрями відповідальності у процесі реалізації медичної реформи.

У процесі реалізації медичної реформи та внесення змін до низки нормативно-правових актів органи місцевого самоврядування отримали нові можливості, спрямовані на ефективне виконання власних повноважень для розвитку системи медичного обслуговування населення. Важливим інструментом планування й впровадження змін у ключових сферах життя, зокрема в охороні здоров'я є стратегія громади, плани її соціально-економічного розвитку, а також розвиток цільових програм. Власне у місцевих й регіональних комплексних та цільових програмах, які формуються органами місцевого самоврядування відображаються специфічні потреби охорони здоров'я населення, що проживає на відповідних територіях, і вони становлять складову частину державної політики охорони здоров'я в Україні.

Законом “Про місцеве самоврядування в Україні” визначено систему й гарантії місцевого самоврядування та повноваження виконавчих органів сільських, селищних, міських рад у сфері охорони здоров'я, які розподілено на власні (самоврядні) й делеговані [16, ст. 32]. До власних повноважень органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я згідно з цим Законом зараховують:

- управління закладами охорони здоров'я, що належать територіальним громадам або передані їм;
- організацію медичного обслуговування у закладах освіти, культури, фізкультури і спорту, оздоровчих закладах, які належать територіальним громадам або передані їм;
- сприяння роботі творчих спілок, національно-культурних товариств, асоціацій, інших громадських та неприбуткових організацій, що діють у сфері охорони здоров'я.

До делегованих повноважень органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я належать:

- забезпечення в межах наданих повноважень доступності й безоплатності медичного обслуговування на відповідній території;

- забезпечення розвитку всіх видів медичного обслуговування, розвитку і вдосконалення мережі лікувальних закладів усіх форм власності, визначення потреби та формування замовлень на кадри для цих закладів;
- укладання договорів на підготовку спеціалістів, організація роботи з удосконалення кваліфікації кадрів;
- забезпечення згідно зі законодавством пільгових категорій населення лікарськими засобами та виробами медичного призначення;
- внесення пропозицій до відповідних органів про ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я.

Враховуючи, що повноваження органів місцевого самоврядування передбачені також нормами інших Законів, нами виокремлено та узагальнено ті повноваження органів місцевого самоврядування, що стосуються розвитку інфраструктури закладів охорони здоров'я.

Законодавство України, яке визначає повноваження органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я, ґрунтується на Конституції України і таких головних нормативно-правових актах:

- Законі України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” [13];
- Законі України “Про добровільне об'єднання територіальних громад” [33];
- Законі України “Про місцеве самоврядування в Україні” [16]
- Законі України “Про засади державної регіональної політики” [34];
- Законі України “Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості” [37];
- Законі України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” [38];
- Законі України “Про систему громадського здоров'я” [50];
- Бюджетному кодексі України [29];

- Розпорядженні КМУ “Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров’я” [85];
- Розпорядженні КМУ “Про схвалення Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні” [83].

Відповідно до Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні до основних повноважень органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров’я належать:

- на базовому рівні – забезпечення надання послуг швидкої медичної допомоги, первинної охорони здоров’я, з профілактики хворіб;
- на районному рівні – гарантування у надання медичних послуг вторинного рівня;
- на обласному рівні – надання високоспеціалізованої медичної допомоги.

Разом з тим, у 2023 році МОЗ активно продовжує працювати над втіленням медичної реформи. З метою забезпечення територіальної доступності якісної медичної та реабілітаційної допомоги населенню, наприкінці лютого уряд України прийняв постанову, яка дає старт третьому етапу медреформи. В процесі цього етапу планується реорганізувати мережу медичних закладів. Це означає, що у кожній області буде сформовано госпітальний округ, а у його межах (в межах району) – госпітальні кластери, що забезпечуватимуть надання якісної, комплексної, безперервної і орієнтованої на пацієнтів медичної та реабілітаційної допомоги [13, ст. 16].

Формування госпітальних округів означає, що більше не буде поділу на обласні, міські, районні лікарні. Натомість будуть надкластерні, кластерні і загальні заклади охорони здоров’я. Разом з мережею медичних закладів, що надають первинну медичну допомогу, і центром екстреної допомоги та медицини катастроф вони сформують спроможну мережу закладів охорони здоров’я.

Тобто в Україні розпочався інфраструктурний етап медичної реформи. Розподіл лікарень відбувається з урахуванням меж адміністративно-територіальних одиниць, географічних особливостей регіону, стану

автомобільних доріг, поточних і прогнозованих демографічних характеристик чисельності населення, структури захворюваності та смертності, а також оптимальних клінічних маршрутів пацієнтів для своєчасного доступу до медичної та реабілітаційної допомоги.

Межі госпітальних округів та госпітальних кластерів, порядок їх визначення та функціонування, а також порядок визначення кластерних, надкластерних та інших видів закладів охорони здоров'я, що входять до спроможної мережі закладів охорони здоров'я госпітального округу, визначаються Кабінетом Міністрів України на основі потреб населення у комплексному медичному обслуговуванні в стаціонарних умовах.

Відповідно до затвердженого плану розвитку госпітального округу органи місцевого самоврядування можуть здійснювати планування розвитку мережі закладів охорони здоров'я комунальної форми власності та приймати рішення про створення, припинення, реорганізацію чи перепрофілювання закладів охорони здоров'я .

Органи місцевого самоврядування з метою підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості забезпечують розвиток і вдосконалення мережі закладів охорони здоров'я, здійснюють заходи щодо підвищення доступності та якості медичного обслуговування з урахуванням географічних особливостей та потреб населення. Тому мережа державних і комунальних закладів охорони здоров'я повинна формуватися з урахуванням потреб населення у медичному обслуговуванні, необхідності забезпечення належної якості такого обслуговування, своєчасності, доступності для громадян. Існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена.

Територіальним громадам сіл, селищ, міст, районів у містах належить право комунальної власності на заклади охорони здоров'я Вони безпосередньо або через органи місцевого самоврядування можуть об'єднувати на договірних засадах на праві спільної власності об'єкти права комунальної власності, а також кошти місцевих бюджетів для виконання спільних проектів або для спільного фінансування (утримання) комунальних підприємств, установ та

організацій і створювати для цього відповідні органи і служби. Районні та обласні ради від імені територіальних громад сіл, селищ, міст здійснюють управління об'єктами їхньої спільної власності, що задовольняють спільні потреби територіальних громад [9, ст.60].

Органи державної влади та органи місцевого самоврядування сприяють розвитку закладів охорони здоров'я усіх форм власності. Проте серед надавачів медичних послуг, якими є заклади охорони здоров'я всіх форм власності та фізичні особи - підприємці, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та уклали договір про медичне обслуговування населення, створюється нерівність. Ця нерівність обумовлена різною фінансовою спроможністю їхніх власників, тобто органів місцевого самоврядування, і наявна система не завжди стимулює ефективне використання ресурсів.

До прикладу, у Львівській області позиції громад у рейтингу фінансової спроможності суттєво відрізняються не лише між собою, але навіть у порівнянні з аналогічним періодом минулого року [112]. Так, у 2022 році Львівська громада посідала 1 місце, Пустомитівська – 2, Кам'янка-Бузька – 3, Великомоствівська – 4, Славська – 5. За підсумками першого кварталу поточного року найбільш фінансово спроможними громадами області стали Новояворівська, Яворівська, Львівська, Солонківська, Івано-Франківська (рис. 2.1). На цю ситуацію суттєво вплинули зміна структури джерел доходів.

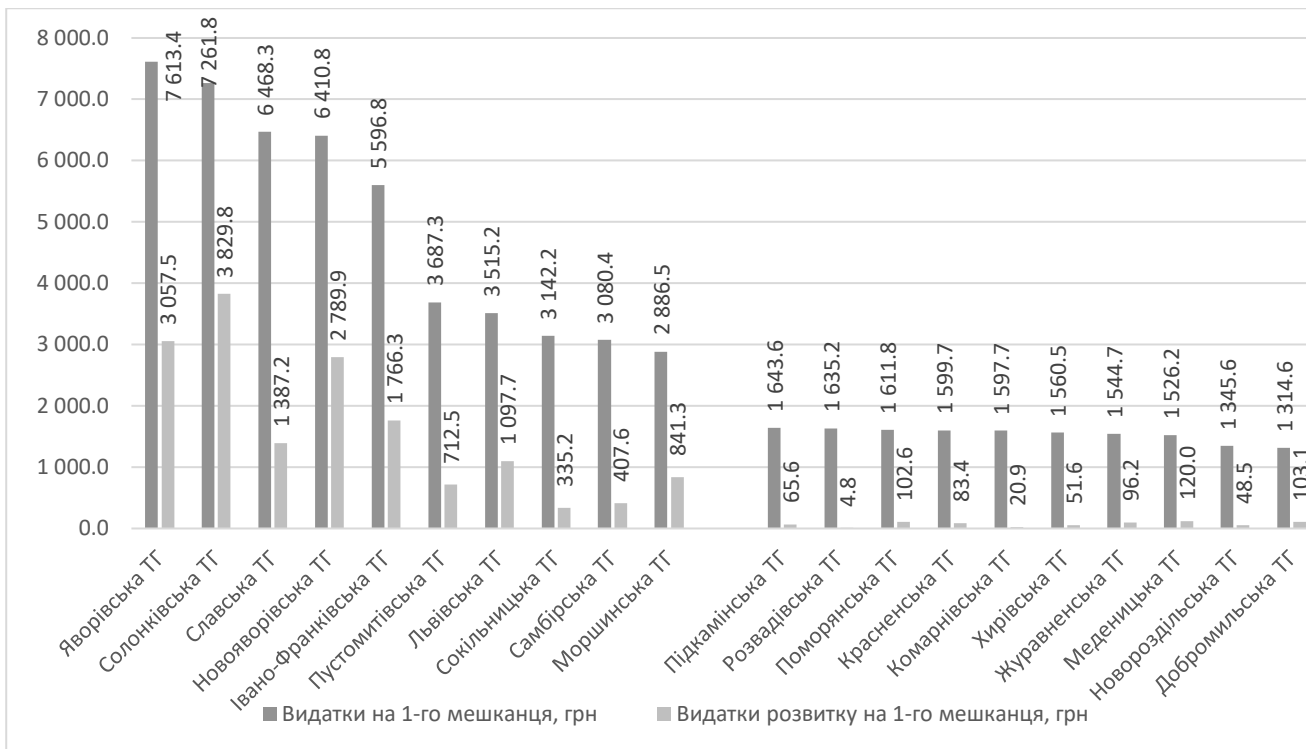


Рис. 2.1. Територіальні громади Львівської області з десятима найвищими рейтингами і десятима найжичими рейтингами за показником “видатки на 1-го мешканця”, а також за показником “видатки розвитку на 1-го мешканця” за перший квартал 2023 року (сформовано автором на основі зведеної форми [112])

Департаментом охорони здоров’я Львівської ОДА з врахуванням пропозицій запропонована модель мережі Львівського госпітального округу відповідно до типологізації стаціонарних закладів охорони здоров’я [110]. До неї входять:

- 19 загальних лікарень;
- 6 кластерних закладів охорони здоров’я;
- 6 закладів, які виконують функцію головного центру з організації і надання медичної і реабілітаційної допомоги (заклади з окремим профілем);
- 5 надкластерних закладів охорони здоров’я;
- 5 закладів, прирівняні до надкластерних, які є регіональними і де надають медичні послуги пацієнтам зі всього західного регіону (Львівський

онкологічний регіональний лікувально-діагностичний центр, Львівський обласний кардіологічний центр, Львівська обласна психіатрична лікарня, Центр легеневого здоров'я та Львівський обласний перинатальний центр.

Проведений аналіз повноважень органів місцевого самоврядування, що закріплені в низці Законів та підзаконних нормативно-правових актів дає підстави стверджувати, що ці повноваження є часто розмиті без чіткого механізму їх реалізації. Це створює додаткові загрози у контексті ефективності впровадження медичної реформи для покращення здоров'я населення територіальних громад.

Заплановані структурні зміни в організації медичних закладів залишають ще багато запитань для органів місцевого самоврядування, які є власниками цих закладів:

- по-перше, у новій системі ще не визначено що буде з тими закладами, які не потрапили у запропоновану та затверджену спроможну мережу медичних закладів. Якщо ці заклади будуть відповідати встановленим вимогам, то Національна служба здоров'я України не може відмовити їм у контрахтуванні. З іншого боку, перелік доступних пакетів може бути дуже обмеженим, зважаючи на статут закладу охорони здоров'я, що ставить їх існування під загрозу.
- по-друге, загальним закладом охорони здоров'я визначається той заклад, який надає медичну допомогу населенню територіальної громади або декількох громад у госпітальному кластері. У госпітальному кластері може бути визначено більше ніж один кластерний заклад охорони здоров'я з розрахунку не менше ніж 120 тис. осіб, що обслуговуються кожним кластерним закладом охорони здоров'я. Це може створювати додаткові проблеми у комунікації між територіальними громадами, які є власниками цих закладів. Збільшення потужності лікарень передбачає їх укрупнення та знаходження в тій чи іншій громаді, а також фінансові вливання та інвестиції, концентрацію фахівців. Втручання держави можуть посилювати конфлікти.

- по-третє, відповідно до Постанови КМУ №174 загальна лікарня має обслуговувати понад 40 тис. населення, а кластерна – 120–150 тисяч. Проте в умовах активної міграції населення важко спрогнозувати демографічні тенденції через декілька років, що становить певні ризики для органів місцевого самоврядування.

Враховуючи вищесказане, ми вважаємо, що для досягнення поставлених цілей реформування медичної галузі необхідно виважено підійти до прийняття рішень на регіональному рівні. У реалізації своїх повноважень органи місцевого самоврядування повинні опиратися на доказовій базі та обґрунтованих рекомендаціях, що мінімізує ризики та сприяє ефективному управлінню.

Питання реалізації повноважень органів місцевого самоврядування в сфері охорони здоров'я тісно переплітається з державним регулюванням системи перинатальної допомоги, особливо в контексті гуманітарної кризи. Поєднання цих елементів вимагає злагодженої взаємодії на різних рівнях управління, адаптації до змінних умов та ефективного розподілу ресурсів для задоволення нагальних потреб населення.

У центрі ефективної взаємодії між державним та місцевим рівнями управління лежить розробка чітких стратегічних напрямків та політик, що враховують особливості та потреби кожного регіону. Місцеве самоврядування, завдяки своїй близькості до населення, має змогу оперативно ідентифікувати проблеми в сфері охорони здоров'я та адаптувати заходи державної підтримки до місцевих умов. Водночас державне регулювання забезпечує стандартизацію послуг, координацію зусиль та розподіл фінансових і матеріальних ресурсів.

Умови гуманітарної кризи ставлять перед системою охорони здоров'я зокрема, і перед системою перинатальної допомоги зокрема, особливі виклики. Місцеве самоврядування може швидко реагувати на мінливі потреби, організувати надання екстреної медичної допомоги, забезпечувати функціонування закладів охорони здоров'я навіть в умовах обмежених ресурсів. Державне регулювання в цей час повинно зосередитися на забезпеченні

надійного фінансування, логістики, постачання необхідних медикаментів та обладнання, а також на розробці механізмів психологічної підтримки та соціального захисту вразливих категорій населення, зокрема вагітних жінок та молодих матерів.

Ключовим аспектом управління в умовах гуманітарної кризи є ефективний розподіл обмежених ресурсів. Місцеві органи самоврядування, володіючи глибоким розумінням специфіки та потреб своїх громад, мають змогу ефективно використовувати наявні ресурси для задоволення найбільш нагальних потреб. Державна підтримка, у свою чергу, повинна бути спрямована на забезпечення довгострокової стійкості системи охорони здоров'я, включаючи інвестиції в інфраструктуру, навчання медичного персоналу та розвиток телемедицини.

Поєднання повноважень органів місцевого самоврядування з державним регулюванням системи перинатальної допомоги, особливо в контексті гуманітарної кризи, вимагає гнучкості, інновацій та злагодженої взаємодії на всіх рівнях. Тільки через спільні зусилля, адаптовані до мінливих обставин, можливо забезпечити надійний захист здоров'я матері та дитини, зміцнити систему охорони здоров'я та підвищити її стійкість до майбутніх викликів.

Гуманітарна ситуація в Україні різко та стрімко погіршилася у 2022 році після того, як вторгнення росії різко переросло з восьми років конфлікту у повномасштабну війну. Протягом року інтенсивні військові дії спричинили масові руйнування, тисячі вбитих і поранених, мільйони були змушені залишити свої домівки, знищили робочі місця та засоби до існування. Кількість людей, які потребували гуманітарної допомоги та захисту, зросла з приблизно 3 мільйонів людей на початку 2022 року до майже 18 мільйонів через кілька місяців. Гуманітарні організації швидко розширили свою діяльність і охопили майже 16 мільйонів людей надзвичайно важливою допомогою у 2022 році, незважаючи на величезні виклики.

Масштабне руйнування цивільної інфраструктури по всій країні знищило основні послуги, включаючи енергетику, водопостачання та опалення.

Протягом останнього кварталу 2022 року триваючі атаки на енергетичну інфраструктуру спричинили енергетичну кризу, випробувавши стійкість усієї країни та створивши новий вимір гуманітарної кризи, оскільки країна вступила в холодну зиму. Мільйони людей по всій Україні добами поспіль залишалися без світла, опалення та води.

Доступ до медичних послуг був суворо обмежений, особливо в районах поблизу лінії фронту або в регіонах, які перейшли під контроль протягом року. За даними системи нагляду ВООЗ, у 2022 році було зареєстровано 763 напади на заклади охорони здоров'я, що призвело до щонайменше 101 смерті та 131 поранення. Напади на заклади охорони здоров'я в Україні у 2022 році, на які припадає 70 відсотків усіх атак на заклади охорони здоров'я у світі, залишили до 50 відсотків медичних закладів нефункціональними в деяких частинах сходу та півдня, включно з Донецькою, Запорізькою та Миколаївською областями [502]. Доступ до медичної допомоги був ще більше обмежений через переміщення медичних працівників, в результаті чого в регіонах залишилося мало лікарів, які могли б надавати допомогу людям, коли вони цього найбільше потребували. Енергетична криза додала викликів: лікарням по всій Україні довелося зробити важкий вибір, зменшити кількість послуг і зосередитися лише на невідкладних випадках.

Отже, раптове повномасштабне вторгнення в Україні спричинило серйозну гуманітарну кризу в країні. Така криза стала величезним викликом не лише для Уряду України і влади на місцях, але і для міжнародної спільноти. Але саме завдяки консолідації та мобілізації сил і ресурсів можливо надати саме ту життєво необхідну допомогу, якої так сьогодні чекають мільйони українців.

Значне навантаження припадає на громади західних областей України, у яких не ведуться активні бойові дії, але ці громади тепер працюють “у посиленому режимі”. У січні 2023 року у Львівській області було зареєстровано 257 000 внутрішньо переміщених осіб (ВПО), що становило лише половину від їх фактичної кількості [111]. Такий наплив ВПО виводить Львівську область у першу четвірку областей після Харківської (456,946), Дніпропетровської

(367,089) та Київської (336,814) областей [327]. З цього часу Львівська область відіграє ключову роль у розміщенні ВПО.

Роль Львівської області, особливо Львова, значною мірою визначається наявністю залізничного сполучення з усією країною та за кордоном. У перші місяці повномасштабного вторгнення залізничний вокзал Львова приймав до 100 000 осіб на день, що у 20 разів перевищувало його звичайний пасажиропотік [188]. Евакуаційний потік на даний момент суттєво зменшився, але Львівська область і надалі кожен день продовжує приймати евакуаційні поїзди та автобуси. Загалом з 24 лютого 2022 року місто прийняло понад 5 мільйонів переміщених осіб [109].

Для подолання затяжної ситуації, пов'язаної з міграцією населення, необхідно вживати заходів реагування. Вплив кризи є багатосекторальним і залежить від конкретних умов, а отже, потребує комплексного аналізу для кращого визначення шляхів стабільного вирішення потреб не лише ВПО, але й місцевого населення.

Розширення масштабів реагування на ситуацію у Львівській області відбулося шляхом залучення багатьох суб'єктів, що призвело до виникнення питань щодо напрямів співпраці. Залучення органів місцевого самоврядування і обласних органів виконавчої влади, великої кількості інститутів громадянського суспільства, гуманітарних організацій та волонтерів посилює потребу в удосконаленні координації та аналізі окремих видів діяльності усіх суб'єктів реагування, оскільки створює ризик виникнення прогалин або ж навпаки дублювання функцій.

На відміну від багатьох інших гуманітарних криз, спричинених конфліктами, в Україні існує сильний та рішучий уряд та розвинене громадянське суспільство. Тому завдання міжнародних організацій у цьому контексті полягає не в тому, щоб замінити українських суб'єктів реагування, а в тому, щоб знайти способи найкращим чином доповнити, підтримати і підвищити ефективність зусиль на державному та місцевому рівнях [290]. У контексті залучення зовнішніх суб'єктів реагування Львівська область стала

ключовим гуманітарним хабом завдяки низці логістичних та безпекових факторів, а також значній присутності ВПО в регіоні. Управління ООН з координації гуманітарних справ (ОСНА) офіційно розпочало координацію кластерів в середині 2022 року, а у м. Львові були створені регіональні кластери для Західного макрорегіону України.

Обласні органи виконавчої влади діяли миттєво відреагували на початок повномасштабного вторгнення в країну. Львівська обласна військова (державна) адміністрація відіграє важливу роль у координації гуманітарного реагування. Для цього було створено регіональний координаційний центр, який активно досі відстежує співпрацю із зовнішніми суб'єктами та координує гуманітарне реагування на обласному рівні. У цьому контексті провідну роль відіграє обласний департамент соціального захисту населення, який керує діяльністю, спрямованою на допомогу ВПО. Також за участю обласної військової (державної) адміністрації почали створюватися консультаційні центри в кожному районі, що підтримує заходи з "децентралізації" діяльності та дозволяє стандартизувати реагування по всій області. У таких центрах ВПО можуть отримати допомогу і бути перенаправленими до відповідних служб.

Органи місцевого самоврядування також відіграють значну роль у гуманітарному реагуванні на рівні громад. Вони забезпечують координацію, розподіл та обмін інформацією, здебільшого через гуманітарні штаби, створені з початком загострення воєнних дій, що залучені до координації та повсякденної реалізації гуманітарної діяльності. Міжнародні організації здебільшого обирали органи місцевого самоврядування як основні контакти на рівні громад.

Особливо важливими на початку повномасштабного вторгнення були місцеві організації (інститути громадянського суспільства та НУО) та волонтерські ініціативи, які стали опорами гуманітарного реагування у Львівській області, несучи на собі важкий тягар підтримки та організації негайного реагування по всій країні з початку війни [328].

Основними труднощами з початку ескалації бойових дій, з якими стикаються місцеві суб'єкти реагування у підтримці своєї діяльності в довгостроковій перспективі є зменшення фінансування, ресурсів та персоналу, що не дозволяє їм продовжувати здійснювати свою діяльність у повному обсязі. Нестача людських ресурсів значно позначається на роботі волонтерів/волонтерок, багато з них стикається з виснаженням через неоплачувану роботу, психологічним вигоранням і загальною втомою.

Українці суттєво відчували на собі економічні наслідки повномасштабного вторгнення. Через відсутність робочих місць, падіння рівня доходів та високу інфляцію купівельна спроможність домогосподарств різко знизилася. Загалом інфляція у 2022 році сягнула 26,6% [64]. Через збільшення витрат бізнесу, воєнні дії, пошкодження інфраструктури та складність логістики ціни на продукти харчування зросли найбільше.

Незважаючи на структурні недоліки в країні, які існували до початку повномасштабного вторгнення, система охорони здоров'я України не зазнала колапсу після початку війни і залишалася стійкою протягом усієї кризи [249]. Спроможність закладів охорони здоров'я надавати послуги у Львівській області здебільшого не постраждала. однак, різко зросло навантаження на медичну галузь. В основному це пов'язано з необхідністю лікування ВПО та поранених військовослужбовців, при цьому продовжуючи надавати послуги жителям приймаючої громади.

Отже, розроблений комплексний механізм публічного управління у Львівській області дає змогу забезпечити доступ до допомоги та базових послуг у цьому регіоні. Звичайно є нестача ресурсів. У цьому контексті міжнародні суб'єкти реагування успішно доповнюють роботу місцевих суб'єктів, зокрема, це стосується співпраці з державними структурами. Доцільно також удосконалити поточну роботу та офіційно визначити конкретні напрямки співпраці з обласними органами виконавчої влади, а також забезпечувати всебічну прозорість спільної діяльності.

2.3. Управлінські інструменти територіальних громад для регулювання змін в системі перинатальної допомоги

З часів незалежності України тема охорони материнства і дитинства стала однією з пріоритетних в системі охорони здоров'я. Але з початку війни цей напрям набув ще більшої актуальності та пріоритетності у зв'язку з проблематикою відтворення населення. Тому в процесі реалізації медичної реформи доцільно звертати особливу увагу на покращання надання медичної допомоги жінкам та дітям, зокрема в перинатальному періоді.

На жаль, в Україні показники рівнів материнської та малюкової захворюваності та смертності були значно гірші, ніж у країнах Європейського Союзу ще до початку жорстокої військової агресії росії проти України. Тривала депопуляція з суттєвим погіршенням якісних характеристик здоров'я населення, передусім репродуктивного, негативно впливала на відтворення населення України: з кожним роком народжувалося менше дітей, і відповідно вони народять менше нащадків. Сучасна ситуація катастрофічно посилила цю демографічну кризу через три основні причини: зовнішня міграція – величезна кількість дівчат та жінок репродуктивного віку разом з дітьми перемістилися за кордон; величезна кількість хлопців та чоловіків, а також дівчат та жінок віддали своє життя за захист країни; через вимушену внутрішню міграцію, важкі фізичні та психологічні випробування, невпевненість у завтрашньому дні, людські та побутові втрати зменшується кількість бажаючих і відважних народжувати дітей.

Для того, щоб Україна не втратила свою міць як держава і змогла відтворити бажану чисельність населення, необхідно активно розвивати та впроваджувати демографічну політику, складовою якої є охорона здоров'я, а саме – ефективність та якість перинатальної допомоги. Враховуючи вагомість питання народження здорових дітей -майбутнього потенціалу будь-якої держави, охорона материнства і дитинства розглядається як ключова складова такої політики. Основними показниками здоров'я дітей та жінок

репродуктивного віку є стан репродуктивного здоров'я населення, рівень народжуваності, безпека пологів, рівень материнської, перинатальної захворюваності, інвалідності та смертності і на формування цих показників впливають не лише медичні, а й соціально-економічні чинники.

Відтак перед державою стоїть складна комплексна проблема, розв'язання якої вимагатиме значних зусиль на усіх рівнях публічного управління. Основу державної політики охорони здоров'я формує Верховна Рада України, проте в умовах децентралізації та міграції населення органи місцевого самоврядування можуть відігравати дуже важливу роль у вирішенні пріоритетних питань охорони здоров'я і мають на це достатньо законодавчо закріплених повноважень. Важливою складовою державної політики охорони здоров'я, що формується на регіональному рівні органами місцевого самоврядування, розглядаються місцеві і регіональні комплексні та цільові програми [13], які є управлінськими інструментами територіальних громад.

Проблема відтворення населення в Україні великою мірою залежить від ефективності демографічної політики загалом, а також від якості надання перинатальної допомоги. Розв'язання цієї проблеми неможливе лише механізмами територіального чи галузевого управління, а тому потребує комплексної державної підтримки, координації діяльності центральних і місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування. У досягненні цілей охорони здоров'я ключовою умовою є координація між кількома міністерствами, національними, регіональними та місцевими органами влади. Розвиток міжсекторальної співпраці має бути зосереджений не лише на національних та глобальних загрозах здоров'ю, таких як пандемії, а й на інших пріоритетних питаннях охорони здоров'я, але й таких як збереження здоров'я та надання допомоги матерям і дітям, що потребує комплексних зусиль, які виходять за межі сфери охорони здоров'я й потребують узгодження з соціальним та економічним блоками, а також місцевою владою.

Місцеві органи влади повинні узгоджувати свої пріоритети, щоб сприяти досягненню цілей трансформації системи охорони здоров'я, виходячи зі своїх

повноважень, зокрема розробляти та впроваджувати програми охорони здоров'я на рівні громад з метою створення сприятливого середовища для зміцнення здоров'я та благополуччя своїх громадян; впроваджувати прозорі моделі управління закладами охорони здоров'я та їх мережами; збирати та аналізувати дані закладів охорони здоров'я для оцінювання їхньої діяльності та прийняття обґрунтованих рішень щодо планування мережі охорони здоров'я та інвестицій. Здебільшого це потребує співпраці й колективних рішень різних територіальних громад. Такий підхід дає змогу раціоналізувати планування мережі закладів охорони здоров'я, підвищувати ефективність і фінансову стійкість закладів охорони здоров'я, а також синхронізувати реформування сектора охорони здоров'я та зусилля з децентралізації.

На здоров'я населення впливає широкий спектр детермінантів і, очевидно, що діяльність органів місцевого самоврядування може відігравати особливо важливу роль у поліпшенні здоров'я матерів та дітей, а також добробуту в місцевих громадах. Оскільки відповідальність за здоров'я не залежить лише від якості надання медичної допомоги в закладах охорони здоров'я в громадах (хоча воно є надзвичайно важливим), рішення та діяльність підрозділів виконавчої влади та комунальних установ також можуть створювати сприятливі умови для збереження здоров'я та знижувати ризики розвитку захворювань чи негативних наслідків. Тому розглядаючи систему перинатальної допомоги і роль місцевого самоврядування у її удосконаленні, що проявляється у покращенні показників фізичного та психічного здоров'я вагітних, жінок після пологів та новонароджених чи малюків, ми можемо її умовно розглядати з двох напрямів: 1) з точки зору надання медичних послуг і 2) як складову громадського здоров'я.

Відповідно до законодавства органи місцевого самоврядування розглядаються як суб'єкти системи громадського здоров'я, які здійснюють комплекс інструментів та заходів, спрямованих на захист і зміцнення здоров'я населення [50, ст. 1, ст. 6] на певній адміністративно-територіальній одиниці.

Повноваження органів місцевого самоврядування у сфері громадського здоров'я регламентовані Законом [50, ст. 16] і полягають в наступному:

- затвердження та фінансування виконання місцевих програм громадського здоров'я, участь у розробленні та виконанні державних і регіональних програм у цій сфері;
- організація ведення обліку, здійснення первинного аналізу та внесення інформації, що стосується здоров'я населення на відповідній території, у систему обліку та аналізу даних щодо інфекційних хвороб та неінфекційних хвороб у встановленому порядку.

Формуючи пріоритетні напрями у сфері громадського здоров'я на місцевому рівні доцільно враховувати, що на загальнодержавному (національному) рівні вже визначені актуальні проблемні питання. Проте за деякими критеріями регіони можуть мати свої пріоритети у сфері охорони здоров'я, тому врахування балансу між пріоритетами різних рівнів є важливим для того, щоб сформувати послідовну та стійку систему планування та розвитку країни.

Спроможна об'єднана територіальна громада має свій стратегічний план розвитку. І тут важливо, щоб збереження та зміцнення здоров'я громади було одним з пріоритетних напрямів у стратегії розвитку об'єднаної територіальної громади. Цей напрям може складатися із завдань, які сприяють покращенню здоров'я в громаді. На основі стратегічного плану розробляються та затверджуються програми, проекти та заходи з громадського здоров'я. Якщо стратегічний план не містить напрямів щодо охорони здоров'я, то це не повинно стати перешкодою для впровадження програм з громадського здоров'я. Представники громади можуть ініціювати програму виходячи з місцевих потреб, визначивши пріоритети шляхом вивчення даних та аналізу ситуації [117].

Визначаючи напрями пріоритетності, важливо розуміти, що кожна територіальна громада має свій унікальний контекст і керівництво громад може перебувати на різних рівнях усвідомлення пріоритетності в контексті здоров'я.

Розуміння цього організаційного контексту впливає на вибір методів та інструментів співпраці різних ланок місцевого самоврядування в громаді. Реформа децентралізації та процес трансформації системи охорони здоров'я посилюють можливості місцевих органів влади використовувати свої нові повноваження та стратегічно планувати ресурси таким чином, щоб здоров'я та добробут людей стали центром усіх рішень, що реалізуються в громадах.

Стратегічне управління стосується широкого кола управлінських рішень щодо проблем, орієнтованих на майбутнє, які пов'язані із загальною метою діяльності. Створення стратегії залучення громадян до процесу планування передбачає визначення кола зацікавлених сторін – тих, хто буде мати переваги, і тих, хто недоотримає внаслідок реалізації того або іншого рішення, на кого безпосередньо вплине рішення або ухвалення нових вимог. Тому важливим є залучення до обговорення осіб чи представників інституцій, які можуть мати пряму чи опосередковану зацікавленість до стратегії чи відігравати певну роль у її розробленні та реалізації. Якщо стратегією передбачено діяльність, пов'язану, до прикладу, з удосконаленням системи надання первинної медичної допомоги, то доцільно запрошувати адміністративних працівників медичних закладів та представників департаментів чи управлінь охорони здоров'я, представників відповідних громадських організацій тощо.

Нові рішення щодо фінансування та замовлень послуг необхідно спрямовувати саме на ті послуги, якість яких залежить від ефективної координації медичних та соціальних служб, зокрема інтегрованих послуг з довгострокового догляду, захисту матерів та дітей, розвитку служб з підтримки психічного здоров'я. Закупівлю таких послуг доцільно координувати на рівні між Національною службою здоров'я України та децентралізованим замовленням соціальних послуг зі сторони органів місцевого самоврядування. Планування комплексних соціальних та медичних послуг варто впроваджувати на рівні громади, враховуючи необхідну близькість надання послуг до бенефіціарів та зважаючи на складні життєві обставини, які зазвичай супроводжують такі випадки

З огляду на комплексність послуг в контексті перинатальної допомоги, нами сформовано орієнтовний перелік потенційних програм, які вимагатимуть детального аналізу, міжсекторальної співпраці та консенсусу у прийнятті управлінських рішень (таб.3).

Таблиця 3

Потенційні напрями розвитку програм місцевого самоврядування, спрямованих на покращення перинатальної допомоги та демографічної ситуації в Україні

Галузь впливу	Напрями діяльності органів місцевого самоврядування	Очікуванні результати
<p><i>Охорона здоров'я</i></p> <p>Створення умов для надання якісних медичних послуг вагітним, матерям та малюкам</p>	<ul style="list-style-type: none"> – формування спроможної мережі закладів з надання первинної медичної допомоги в громаді – розвиток закладів охорони здоров'я і оснащення новітньою матеріально-технічною базою – впровадження додаткових медичних послуг – підтримка приватної медичної практики – розвиток мотиваційних програм для сімейних лікарів та акушер-гінекологів – розвиток послуг для жінок з інвалідністю – підвищення якості та розширення напрямів профілактичних заходів. 	<ul style="list-style-type: none"> – покращення показників захворюваності, інвалідності та смертності в перинатальному періоді – покращення психічного здоров'я сімей – збільшення рівня народжуваності – розвиток інклюзивних послуг
<p><i>Соціальна сфера</i></p> <p>Створення можливостей для підтримки вагітних, матерів та новонароджених</p>	<ul style="list-style-type: none"> – розвиток адміністративних послуг для вагітних та жінок з малюками – підтримка жінок та дітей з числа внутрішньо переміщених осіб – правовий та інформаційний супровід вагітних та жінок в перинатальному періоді – розвиток послуг “соціальна няня” – протидія домашньому насильству 	<ul style="list-style-type: none"> – покращення соціальних зв'язків – відчуття приналежності до громади – збереження та покращення психічного здоров'я – відчуття безпеки в громаді
<p><i>Економіка</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> – підтримка багатодітних сімей 	<ul style="list-style-type: none"> – стимулювання

<p>Сприяння ресурсній та матеріальній допомозі жінкам в перинатальному періоді</p>	<ul style="list-style-type: none"> – підтримка сімей, що бажають стати батьками за допомогою допоміжних репродуктивних технологій – допомога працюючим жінкам – доступність житла – розвиток скринінгових програм – допомога матерям, що передчасно народили 	<p>народжуваності</p> <ul style="list-style-type: none"> – покращення показників фізичного здоров'я вагітних, матерів та новонароджених
--	---	--

Конституцією України визначено, що місцеве самоврядування є правом територіальної громади самостійно вирішувати питання місцевого значення, зокрема щодо питань охорони здоров'я, і здійснюється нею як безпосередньо, так і через органи місцевого самоврядування: сільські, селищні, міські ради та їх виконавчі органи (ст. 140), тобто місцеве самоврядування може реалізовуватись через дві форми – представницьку та пряму (безпосередню) демократію.

Сутність представницької демократії полягає у тому, що громадяни можуть брати опосередковану участь в управлінні розвитком територіальних громад, у прийнятті рішень місцевого значення через своїх представників, які виступають від імені виборців та захищають інтереси територіальної громади. Одним з напрямів такого управління є використання програмно-цільового підходу, зокрема формування та реалізація місцевих цільових програм. Ці програми можуть стати дієвим інструментом розвитку громад та вироблення якісної місцевої політики у сфері охорони здоров'я. Здебільшого такі програми фінансуються з бюджету громад та координуються місцевою владою, тому важливо чітко розуміти механізми ефективного використання коштів, що акумулюються в громаді; формування пріоритетності заходів у розподілі коштів між програмами, механізм формування місцевих та цільових програми, а також визначення їхньої економічної, соціальної та медичної ефективності та результативності їхньої реалізації. Відповідь на ці запитання ми можемо шукати у нормативно-правовому підґрунті.

Відповідальність за розробку та реалізацію програм за різними напрямками покладається на органи місцевого самоврядування, проте вони можуть залучати до процесу аналітики та формування програм науково-дослідні установи, представників бізнесу чи громадськість. В роботі над програмами вони ґрунтуються на низці нормативно-правових актів різного рівня, зокрема виокремлено ті, які можуть використовуватися для програм охорони здоров'я, а саме:

1. Створені органами центральної державної влади (закони, постанови, накази)

- Закон України “Про місцеве самоврядування в Україні” [16];
- Закон України “Про місцеві державні адміністрації” [17];
- Закон України “Основи законодавства України про охорону здоров'я” [13];
- Закон України “Про засади державної регіональної політики” [34];
- Про державне прогнозування та розроблення програм економічного і соціального розвитку України [19];
- Закон України “Про систему громадського здоров'я” [50];
- Постанова КМУ “Про розроблення прогнозних і програмних документів економічного і соціального розвитку та складання проектів Бюджетної декларації та державного бюджету” [73];
- Наказ “Про затвердження Методичних рекомендацій щодо формування і реалізації прогнозних та програмних документів соціально-економічного розвитку об'єднаної територіальної громади” [160].

2. Розроблені на місцевому рівні – це може бути документ про Порядок ініціювання, розроблення, фінансування, моніторинг місцевих програм та звітності про їх виконання.

Як видно з переліку нормативно-правових актів, які слугують основою для місцевих програм, обмежена кількість саме тих, які розроблені спеціально для територіальних громад. Фактично це є Наказ [160], а та акти, які органами

місцевого самоврядування можуть розробити самостійно. Текст наказу роз'яснює лише структуру місцевих програм соціально-економічного розвитку, але на сьогодні немає спеціального документу щодо цільових програм громад, який би регламентував процес роботи над ними. Базовим нормативно-правовим актом до 2019 р. був наказ про затвердження Методичних рекомендацій щодо порядку розроблення регіональних цільових програм, моніторингу та звітності про їх виконання, але він втратив чинність [140]. За відсутності спеціальних законів або постанов щодо цільових програм територіальних громад, при формування програм вони змушені опиратися на Закон [25] та Постанову [73], у яких наводиться структура програм, порядок їх розробки та моніторингу виконання, хоча вони не відображають специфіки цільових програм територіальних громад.

Підготовку рекомендацій щодо розроблення місцевих програм у сфері громадського здоров'я покладено на Центри контролю та профілактики хвороб у межах області, які серед інших завдань здійснюють моніторинг заходів щодо зміцнення здоров'я, статевого і репродуктивного здоров'я, психічного здоров'я населення у регіоні [50, ст.8].

Відповідно до ст. 27 Закону України “Про місцеве самоврядування” виконавчі комітети місцевих рад розробляють цільові програми та програми соціально-економічного розвитку територіальних громад, подають їх на затвердження місцевим радам, організують процес їх виконання, подають місцевій раді звіти про хід і результати виконання програм. Це також відображено у Законі України “Про державне прогнозування та розроблення програм економічного і соціального розвитку України, де розглядається принцип самостійності [16, ст. 2]. Він “полягає в тому, що місцеві органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування в межах своїх повноважень відповідають за розроблення, затвердження та виконання прогнозних і програмних документів економічного і соціального розвитку відповідних адміністративно-територіальних одиниць”. Тобто з самого початку, з ініціювання цієї програми до розробки проєкту, до оцінки проєкту цієї

програми і потім уже й прийняття цієї програми, завжди приймали участь представники органів місцевого самоврядування. Вони також зобов'язані її реалізувати, бо вони ж є ініціаторами цих програм. І на їх думку, саме за їх ініціативи вона повинна бути, щоб вона вирішала певні питання саме на місцевому рівні. Органам місцевого самоврядування рекомендовано реалізувати дану програму або ж приймати участь в її реалізації.

Залучення громадськості до тих всіх процесів є обов'язковою. І якщо громадськість не залучається до процесів ініціювання програм, їх розробки, обговорень, або і в подальшому навіть їх оцінки, то досить часто ми можемо визнати ці програми не дуже дієвими та не дуже ефективними, оскільки вони приймаються на розгляд представників виконавчих органів без залучення цих самих мешканців громади.

Окрема проблема проаналізованої нормативно-правової бази – те, що в жодному з перелічених документів не роз'яснюється система ієрархічних зв'язків між місцевими цільовими програмами, програмами соціально-економічного розвитку та стратегіями розвитку громад. За логікою програмно-цільового підходу, місцеві програми мають співвідноситися зі стратегією громади таким чином, що результати виконання кожної програми – це внесок у досягнення більш загальних цілей та результатів, визначених у стратегії (яка розробляється на 7-10 років). На необхідність чіткого визначення ієрархії цих документів звернули увагу не лише ми, а й інші дослідники процесів управління розвитком регіонів.

В підсумку, виявлені проблеми нормативно-правового забезпечення місцевих програм викликають відсутність чіткого розуміння місцевою владою принципів, змісту та цілей роботи над програмами. Як наслідок, часто програми розробляються формально і не відповідають потребам розвитку громад, структура програм в громадах суттєво відрізняється, цілі різних програм дублюються, програми не узгоджені між собою та зі стратегіями громад, а в деяких громадах цільові програми взагалі не розробляються.

У вирішенні місцевих справ шляхом участі у прийнятті управлінських рішень можуть активно безпосередньо долучатися громадяни, що є проявом прямої (безпосередньої) демократії. Відповідно до Рекомендації Ради Європи [23] право громадян висловлювати свою думку про найважливіші рішення може бути найкраще реалізовано на рівні територіальної громади.

ЗУ “Про місцеве самоврядування в Україні” закріплює це право членів територіальної громади ініціювати розгляд у раді (в порядку місцевої ініціативи) будь-якого питання, віднесеного до відання місцевого самоврядування. Це можуть бути питання, пов’язані з затвердженням програм соціально-економічного розвитку і контролем за їх виконанням. Така можливість передбачена через механізм місцевої ініціативи, що дає змогу бути почутими, можливість донести проблему до депутатів місцевих рад та показати громаді, яку позицію займає місцева влада щодо порушеної проблеми. Важливість цього механізму громадської участі полягає в тому, що вона дає право територіальній громаді ініціювати розгляд у місцевій раді будь-якого питання, що відноситься до її компетенції, яке є важливим для громади, але яке не виноситься на розгляд ради через небажання це зробити міським головою чи депутатами ради [191].

Реформа адміністративно-територіального устрою України передбачає формування новітньої моделі територіальної організації влади, що ґрунтується на принципах децентралізації, передачі повноважень і завдань, а з ними і відповідальності на місцевий рівень, сприяючи удосконаленню системи місцевого самоврядування та формування спроможних територіальних громад на засадах державної регіональної політики тощо. Враховуючи те, що здоров’я населення є одним з основних чинників відтворення населення, що забезпечує досягнення національної безпеки та добробуту держави, актуальним питанням є необхідність запровадження нових механізмів розв’язання проблем громадського здоров’я.

Аналіз нормативно-правової бази щодо формування та реалізації місцевих та цільових програм як інструменту прийняття управлінських рішень

дає підстави стверджувати: прийняті документи не мають чіткості, системності та впорядкованості механізму практичної реалізації цих інструментів; норми складання програм розпорошенні по різних документах, а в самих документах зустрічаються термінологічні неточності та колізії. Спеціального нормативно-правового акту, що регламентує процедуру розроблення та реалізації місцевих цільових програм органами центральної влади не розроблено. Як результат, виконками місцевих рад мають труднощі у процесі роботи над програмами. Потребує удосконалення система взаємозв'язків між місцевими програмами та стратегіями розвитку громад, використання принципів програмно-цільового підходу і стратегічного планування в управлінні громадами. Розуміння цих підходів та чіткості процесу посилюють ефект розвитку громад шляхом ефективного використання бюджетних коштів на програми, і посилюють відповідальність органів місцевої влади за виконання програм.

Тому нагальною потребою для громад і завданням для профільного Міністерства розвитку громад, територій та інфраструктури є розроблення комплексного нормативно-правового акту, який би регламентував і стандартизував розробку, реалізацію, узгодженість та моніторинг усіх документів взаємопов'язаних між собою, а це – статuti, стратегія громади, програма соціально-економічного розвитку та місцеві чи цільові програми, визначав їхні взаємозв'язки за ієрархією та був спеціалізованим для територіальних громад. Це сприятиме функціонуванню ефективної системи контролю та відповідальності місцевої влади в частині роботи над місцевими програмами, а з іншого – стимулюватиме вироблення більш якісної та відкритої місцевої політики.

Великою прогалиною в досліджуваному механізмові формування програм є невизначеність у тому, як оцінюється потреба певних цільових груп і необхідність написання програми. Якщо до процесу розроблення програм не залучаються зацікавлені сторони, не проводяться обговорення та дискусії, то це переводить процес у формальність, формування програм для “галочки”, видимість того, що нібито захищаються права тих чи інших цільових груп.

Вирішення місцевих питань охорони здоров'я значно залежить від рівня активності посадових осіб органів місцевого самоврядування, їхньої активності щодо залучення інвестицій та грантових коштів на розвиток програм. Недостатнє фінансування та нестача фахівців не дають змоги провести повноцінну оцінку потреб власними силами. Більшість територіальних громад є новоствореними і вони ще мають того досвіду з використання механізмів місцевої демократії, комунікації з місцевими мешканцями для того, щоб повноцінно їх використовувати. А це потребує підтримки як держави так і міжнародних донорів.

Водночас ефективна реалізація реформ децентралізації та охорони здоров'я тісно пов'язана з формуванням нової генерації місцевих політиків та службовців органів місцевого самоврядування, які будуть принципово по-іншому діяти в умовах викликів та змін, та які потребують нових знань, умінь і навичок. Це обумовлено зміною статусу територіальних громад та тих перспективних завдань, що постають перед місцевою владою і самоврядуванням. Без залучення громадськості та використання відповідних механізмів та інструментів зробити це буде просто неможливо.

2.4. Особливості державного регулювання та функціонування системи перинатальної допомоги в умовах пандемії COVID-19

Тема охорони материнства і дитинства є однією з найважливіших в системі охорони здоров'я України, зважаючи на значимість питання народження здорових дітей – майбутнього потенціалу незалежної держави. Цей напрям став складовою державної політики, показниками ефективності якої є рівень народжуваності, безпечність пологів, низький рівень материнської перинатальної захворюваності, інвалідності та смертності.

Хоча наразі немає точних даних про вплив COVID-19 на вагітність і репродуктивне здоров'я жінок, зарубіжні опитування та дослідження показали,

що пандемія COVID-19 є періодом підвищеної готовності як для фахівців, так і для широкої громадськості.

Підвищення ризику материнської та дитячої захворюваності, а також смертності, психічні розлади та збої в службі сексуального та репродуктивного здоров'я – це ті небагато проблем, з якими сьогодні може зіткнутися кожна жінка у світі. В Україні 5,9% від загальної кількості хворих – це діти до 17 років та 0,1% – вагітні жінки (рис. 2. 2, рис. 2. 3).

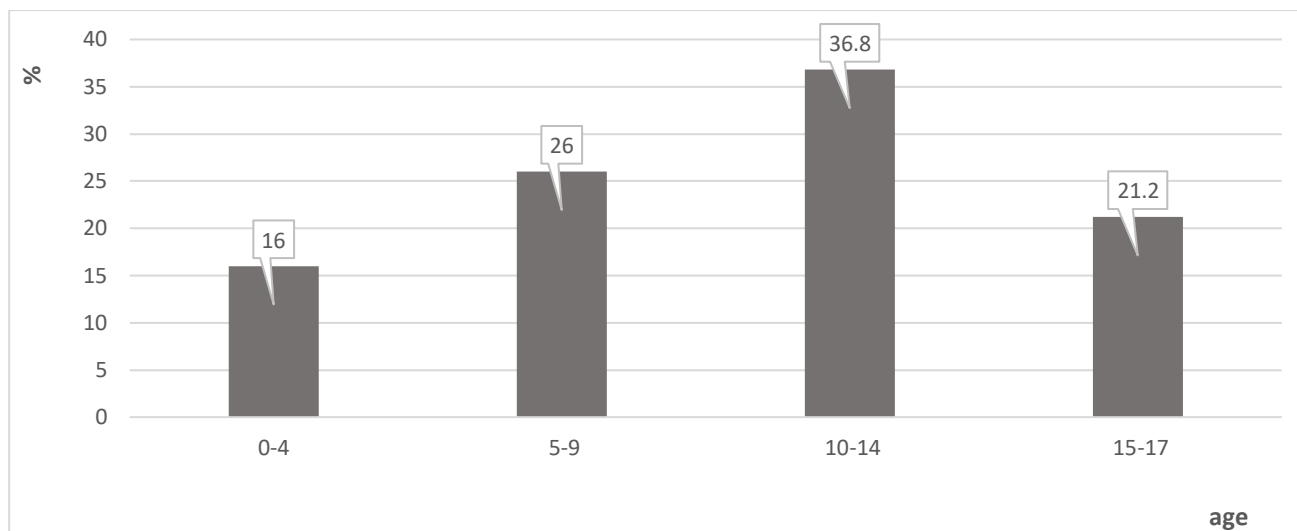


Рис.2.2. Вікові групи дітей, інфікованих COVID-19 до 17 років

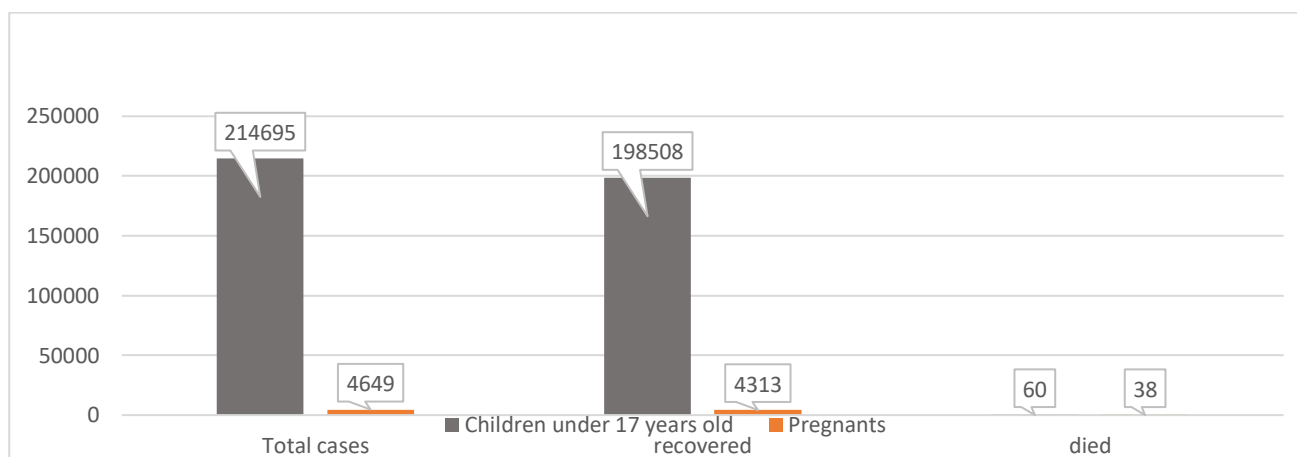


Рис.2. 3. Інформація про хворих на COVID-19 дітей до 17 років та вагітних жінок в Україні станом на 19 грудня 2021 року

У 2016 році, на початку ери реалізації Цілей сталого розвитку, захворюваність і смертність жінок у період вагітності та пологів залишалися

неприйнятно високими. У період з 2000 по 2020 рік коефіцієнт материнської смертності у всьому світі знизився приблизно на 34% [354]. Хоча у 2020 році близько 287 000 жінок померли під час і після вагітності та пологів і майже 95% усіх материнських смертей сталися в країнах з низьким і нижчим середнім доходом. Більшості з них можна було б запобігти. У цьому напрямі вже досягнуто значного прогресу, але країни все ще докладають зусиль для того, щоб консолідувати та посилити ці успіхи, а також розширити свої програми з метою максимізації здоров'я жінок та потенціалу свого населення. Всесвітня організація охорони здоров'я бачить світ, де кожна вагітна жінка та новонароджена дитина отримує якісну допомогу під час вагітності, пологів та післяпологового періоду і цього принципу доцільно дотримуватися при формуванні та реалізації державної політики України на усіх рівнях.

Допологова (антенатальна) допомога, як один з етапів перинатальної допомоги, забезпечує платформу для виконання важливих функцій охорони здоров'я, включаючи зміцнення здоров'я, скринінг і діагностику та профілактику захворювань, а також надає змогу спілкуватися з жінками, сім'ями та громадами, підтримуючи їх у критично важливий період життя жінки. Практично встановлено, що шляхом впровадження своєчасних і відповідних практик, заснованих на доказах, допологова допомога може врятувати життя. Комунікаційні та допоміжні функції допологової допомоги є ключовими не лише для порятунку життя, але й для покращення його якості, надання якісної медичної допомоги, що створює основу для здорового материнства.

Пандемія коронавірусної хвороби (COVID-19) у 2019 році суттєво вплинула на зміну способу життя більшості людей і порушила роботу спеціалізованих систем охорони здоров'я. Робота закладів охорони здоров'я в умовах тотального карантину призвели до особливих наслідків для вразливих груп населення, включаючи перинатальну популяцію, тобто вагітних жінок і новонароджених. Тому передбачаючи можливість виникнення повторних пандемій необхідно проаналізувати досвід функціонування медичної галузі на

такому етапі та обґрунтувати нові підходи до організації якісної медичної перинатальної допомоги в умовах можливих повторних спалахів інфекції.

Організація акушерсько-гінекологічної допомоги через унікальні та різноманітні потреби, що є характерними для вагітних жінок, вимагає особливої уваги під час будь-якої пандемії, зокрема такої глобальної як пандемія коронавірусної хвороби, що охопила всю земну кулю. Від початку пандемії Урядом України вживалися заходи щодо стабілізації ситуації та локалізації поширення інфекції. Після того, як Кабінетом Міністрів України було введено карантин та запроваджено обмежувальні заходи, Міністерство охорони здоров'я України розробило тимчасові заходи у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги хворим на гостру респіраторну хворобу Covid-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2. Зокрема було тимчасово припинено планові госпіталізації та наказано “вжити заходів щодо збільшення частки медичної допомоги, що надається з використанням технологій та заходів, що застосовуються під час надання медичної допомоги з використанням засобів дистанційного зв'язку для обміну інформацією в електронній формі (надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини)” [148]. Відповідно закладам охорони здоров'я, які забезпечують перинатальну допомогу, також необхідно розробити додаткові плани на випадок непередбачених обставин, щоб обмежити вплив вірусу як на здорових вагітних жінок, так і серед загальної популяції.

Ефективність нашої системи охорони здоров'я, яка історично побудована на особистій взаємодії між пацієнтами та постачальниками медичних послуг, серйозно постраждала. І це не лише в Україні. Перед викликом постали системи охорони здоров'я всіх країн, особливо тих, які знаходяться в умовах обмежених фінансових ресурсів.

Вагітні жінки особливо вразливі до респіраторних патогенів через фізіологічні змін імунної та кардіореспіраторної систем і можуть піддаватися підвищеному ризику важких захворювань у разі зараження респіраторним вірусом, що може призвести до підвищення материнської та

внутрішньоутробної захворюваності та смертності. Крім того, вагітні жінки з пневмонією мають значний вищий ризик передчасного народження. Дослідження також показують зростання кількості мертвонароджених під час пандемії Covid-19 [333].

У зв'язку з цим вкрай важливо реорганізувати систему допологових візитів не тільки для того, щоб зменшити можливість контакту здорової вагітної жінки з інфікованими людьми, але й для мінімізації контакту медичних працівників з пацієнтками, які можуть бути інфіковані, але у яких спостерігається безсимптомний перебіг. Така реорганізація може бути корисною для створення спроможності надавати особисті консультації пацієнткам із групи високого ризику, які потребують більшої кількості візитів, до прикладу, жінки з гіпертонією, діабетом, неврологічними та психічними розладами, обтяженим акушерським чи генетичним анамнезом. Також це має низку переваг для всіх постачальників медичних послуг до пологів, які пропонують допомогу, враховуючи можливість скорочення медичних працівників через пандемію, що фактично впливає на всіх членів спільноти. Звичайні допологові заклади можуть бути закриті через карантин під час пандемії, а більшість державних лікарень реорганізовано для лікування пацієнтів, які постраждали від пандемії. Це може перешкодити вагітним жінкам звертатися до лікарні через страх заразитися [504].

Традиційний графік ДПД ґрунтується на рекомендаціях Всесвітньої організації охорони здоров'я 2016 року, які віддають перевагу орієнтованій на людину медичній допомозі для позитивних перинатальних результатів шляхом збільшення кількості контактів вагітної жінки з медичними працівниками з чотирьох до восьми [421]. Для зменшення перинатальної смертності та формування у жінок позитивного досвіду вагітності рекомендується застосовувати моделі антенатальної допомоги, які передбачають не менше 8 візитів вагітної до лікаря [158].

ДПД знижує материнську і перинатальну захворюваність і смертність як безпосередньо шляхом виявлення та лікування ускладнень вагітності і супутніх

захворювань, так і опосередковано шляхом виявлення вагітних жінок групи високого ризику та їх направлення на консультацію на відповідний рівень надання медичної допомоги. Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога в Україні здійснюється в амбулаторіях загальної практики/сімейної медицини, в жіночих консультаціях, гінекологічних кабінетах центральних районних лікарень, сільських лікарських амбулаторіях, фельдшерсько-акушерських пунктах [145]. Вагітні із неускладненим загальним і акушерським анамнезом, а також неускладненим перебігом вагітності можуть знаходитися під динамічним спостереженням лікаря загальної практики - сімейної медицини/акушерки/фельдшера, з обов'язковою консультацією лікаря акушера-гінеколога жіночої консультації центральної районної лікарні в 19 - 21 і 30 тижнів вагітності.

Метою диспансерного нагляду за вагітними є збереження здоров'я жінки та народження здорової дитини. У разі неускладненої вагітності оптимальна кількість візитів до фахівця за період спостереження становить в середньому сім - дев'ять разів (бажано разом з близькою людиною).

ДПД знижує материнську і перинатальну захворюваність і смертність як безпосередньо шляхом виявлення та лікування ускладнень вагітності, так і опосередковано шляхом виявлення вагітних з високим ризиком ускладнень пологів та їх направлення на консультацію на відповідний рівень надання медичної допомоги. Крім того, оскільки непрямі причини материнської захворюваності та смертності є домінуючими, ДПД надає можливість для профілактики і лікування супутніх захворювань за допомогою надання комплексної медичної допомоги. ДПД пацієнтці з нормальною вагітністю може розпочатися при зверненні жінки за первинною медичною допомогою для встановлення/підтвердження вагітності або її скеровують до надавача допомоги чи акушерського закладу охорони здоров'я. ДПД включає заходи з допологової освіти, консультування, лабораторних, інструментальних досліджень та інших заходів відповідно до графіка візитів, узгодженого з пацієнткою.

Міжнародний досвід показує, що під час цієї пандемії Covid-19 деякі країни вирішили скоротити кількість особистих допологових візитів лише до трьох (до прикладу, Австралія) або чотирьох (за рекомендацією ВООЗ) для жінок з низьким ризиком протягом усієї вагітності, і ці візити здебільшого були пов'язані з ключовими щепленнями [421]. Узагальнюючи інформацію, для України модель ДПД як швидка відповідь на протидію поширення інфекції, могла б виглядати так, як зображено на рис. 2.4..

Може бути використано телефонне сортування, щоб запобігти відвідування жінками лікарні без нагальної потреби. Послуги досвідчених, надійних постачальників медичних послуг із відмінними навичками спілкування можуть бути більш ефективними для заспокоєння пацієнтів і зменшення кількості непотрібних відвідувань пацієнтів. Віртуальне сортування також дозволяє отримати більше інформації, відстежити контакти та обговорити останні подорожі. Якщо вагітній жінці потрібне тестування на Covid-інфекцію, необхідно допомогти їй дістатися до потрібного місця, що також можна використовувати для відстрочення ДПД принаймні на 2 тижні, якщо вагітна жінка виявилася позитивною.

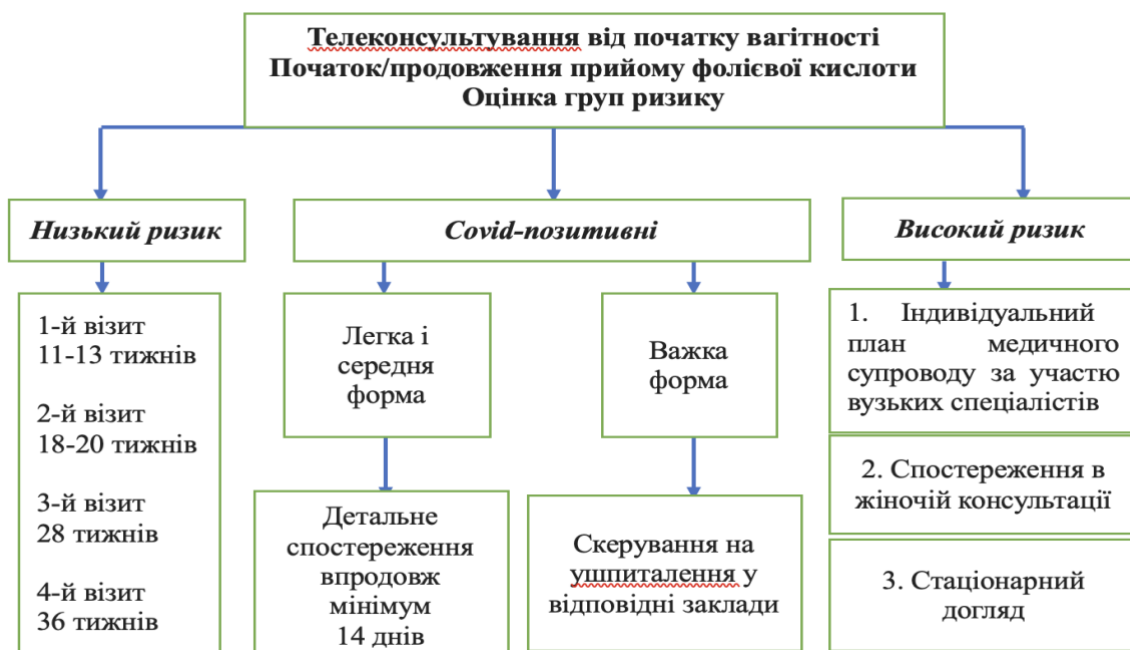


Рис.2.4.. Алгоритм допологової допомоги у період пандемії Covid-19 в Україні (модель сформована автором)

Відповідно до цієї моделі, при нагляді за вагітною жінкою в амбулаторних умовах лікаря загальної практики - сімейної медицини / лікаря акушеру-гінекологу або фельдшеру/акушерці необхідно дотримуватись плану ведення вагітності (графіка візитів). Усі консультації, які не потребують тестувань та УЗД, мають проводитись дистанційно (відеоконсультації або телефонні консультації). Жінки, які мають пройти обов'язкове обстеження, що недоцільно відтермінувати, мають узгодити години прийому заздалегідь, задля уникнення контакту з іншими пацієнтками / відвідувачами пацієнок у жіночій консультації.

Вагітним жінкам із симптомами, що можуть свідчити про Covid-19, необхідно рекомендувати самоізоляцію, контроль температури тіла, а також невідкладно повідомити лікаря з надання ПМД та лікаря акушер-гінеколога, на обліку в якого вона знаходиться [150].

Якщо у вагітної з підозрою чи підтвердженою інфекцією Covid-19 відсутня пологова діяльність та відсутня акушерська патологія, а також наявний легкий перебіг захворювання, вона залишається на самоізоляції зі щоденним інформуванням про свій стан лікаря ПМД та лікаря акушер-гінеколога, які забезпечують активний дистанційний нагляд за станом здоров'я пацієнтки.

Вагітних необхідно скеровувати до спеціалізованого пологового будинку, визначеного структурним підрозділом з питань охорони здоров'я, для надання допомоги вагітним з підозрою чи підтвердженою інфекцією Covid-19 у разі:

- початку пологової діяльності у пацієнтки, яка знаходилася вдома на самоізоляції, до моменту отримання результатів лабораторного дослідження (ПЛР);
- якщо у вагітної з підозрою чи підтвердженою інфекцією Covid-19 відсутня пологова діяльність, але наявний важкий чи середньої важкості стан перебігу захворювання, наявна важка супутня екстрагенітальна/акушерська патологія у разі підтвердження у неї Covid-19;

– показань для госпіталізації (акушерських або пов'язаних із загостренням наявної екстрагенітальної патології, або важкому перебігу ГРВІ/Covid-19).

Акцентуємо увагу: основними умовами запровадження такої моделі в Україні є добре налагоджена система медичних послуг з використанням телемедицини, а також продумана інформаційна кампанія. І основи для її імплементації вже фактично закладені у галузевій державній політиці та законодавстві. Так, МОЗ України затвердило Стандарти медичної допомоги “Covid-19” і у додатку № 6 рекомендувало розглянути використання телемедицини, консультування за допомогою відеозасобів інтернету для оцінки підозрілих Covid-19, таким чином мінімізуючи потребу у візитах до медичних закладів для оцінки стану пацієнтів [150]. Таким чином, телемедицина може розглядатися ефективним механізмом для надання якісних послуг в умовах розповсюдження Covid-19.

Місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування зобов'язані активно сприяти здійсненню протиепідемічних заходів і можуть бути замовниками послуги з медичного обслуговування населення. Складовою частиною державної політики охорони здоров'я в Україні є регіональна політика охорони здоров'я, а місцеві і регіональні комплексні та цільові програми, що формуються органами місцевого самоврядування, відображають специфічні потреби охорони здоров'я населення, яке проживає на відповідних територіях [13].

Організація та проведення профілактичних і протиепідемічних заходів, зокрема щодо організації та проведення медичних оглядів і обстежень, профілактичних щеплень та навчання громадян покладаються на органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування, заклади охорони здоров'я, установи та організації незалежно від форм власності, а також на громадян [20].

Місцеві органи виконавчої влади у сфері захисту населення від інфекційних хвороб реалізують державну політику в галузі охорони здоров'я та щодо забезпечення епідемічного благополуччя населення, організовують розроблення і виконання регіональних і місцевих програм з питань захисту

населення від інфекційних хвороб; організують проведення аналізу епідемічної ситуації в регіоні та контролю за її станом; інформують населення через медіа про епідемічну ситуацію в регіоні та здійснювані протиепідемічні заходи (ст.4) [20]. До їх відання також належить організація роботи медичних закладів по поданню допомоги, пов'язаної з охороною материнства і дитинства (ст. 22) [17].

Органи місцевого самоврядування у сфері захисту населення від інфекційних хвороб забезпечують участь у боротьбі з інфекційними хворобами закладів та установ охорони здоров'я усіх форм власності, а також вдосконалення мережі спеціалізованих закладів та установ охорони здоров'я, діяльність яких пов'язана із захистом населення від інфекційних хвороб (ст. 5) [20].

Відповідно до п. 16 частини першої ст. 43 ЗУ “Про місцеве самоврядування в Україні” Львівська обласна рада затвердила Комплексну програму підтримки галузі охорони здоров'я Львівської області на 2021-2025 роки [16]. Поки що у цій програмі заходи з протидії Covid-19 стосуються лише підтримки медичних працівників та виділення фінансового ресурсу закладам охорони здоров'я області. Не передбачено також ведення моніторингу вагітних жінок з позитивним результатом.

У разі виникнення епідемії чи спалаху інфекційної хвороби медіа незалежно від форм власності сприяють органам виконавчої влади та органам місцевого самоврядування у проведенні необхідної роз'яснювальної роботи серед населення (ст. 9) [20], зокрема щодо небезпеки самолікування. Використання лікарських засобів поза межами інструкції до них має базуватися на аналізі ризику та користі (потенційної користі для матері та безпеки для плоду). За результатами нашого дослідження, проведеним на базі КНП ЛОР “Львівський обласний клінічний перинатальний центр”, у якому опитано 535 породіль, встановлено: 22 відсотки опитаних жінок приймали ліки з метою профілактики Covid-19 (рис. 2.5).

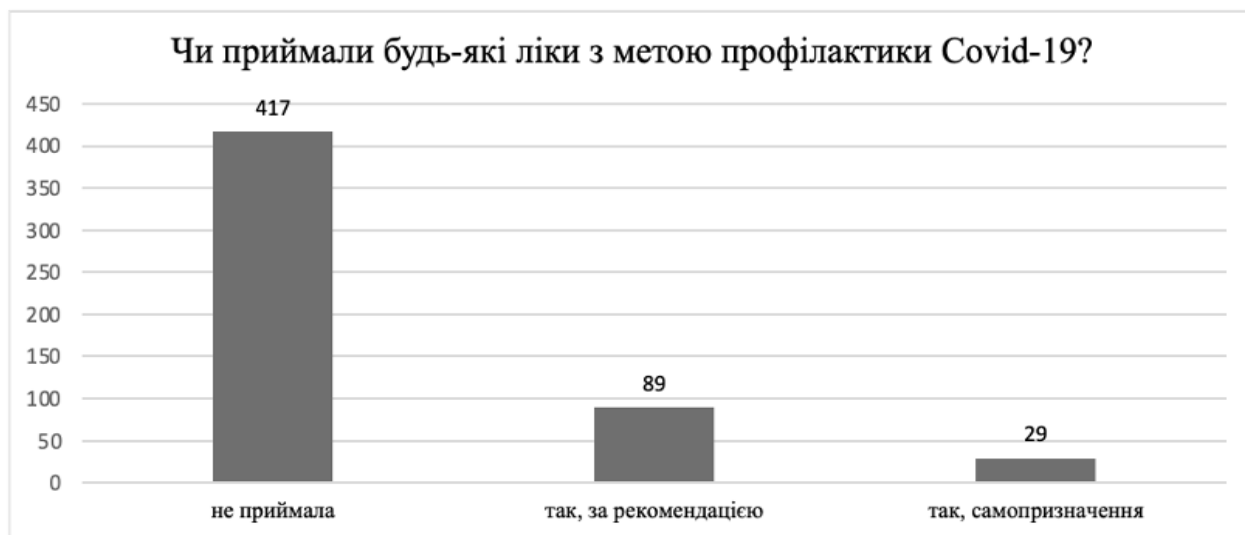


Рис. 2.5. Результати опитування породіль у період листопад-грудень 2021 року

Спалахи інфекційних захворювань створюють величезні виклики для закладів охорони здоров'я, зокрема системи перинатальної допомоги. Відмова в таких основних медичних послугах, як амбулаторна допологова допомога та стаціонарні пологи під час пандемії, може мати серйозні наслідки для здоров'я матері та плоду. Соціальне дистанціювання та карантинні заходи по всій країні довели свою роль в уповільненні передачі вірусу, даючи час оновити систему охорони здоров'я.

Медичні заклади повинні розробити плани мінімізації впливу на здорових вагітних жінок, продовжуючи надавати як звичайну, так і невідкладну акушерську допомогу. Телемедицина може відігравати важливу роль у оновленні систем охорони здоров'я під час спалаху випадків Covid-19. Незважаючи на те, що такі цифрові технології існують десятиліттями і вже знаходяться на передовій стадії впровадження в деяких напрямках, вони ще мінімально вивчені для акушерської допомоги.

Щоб пом'якшити будь-які потенційні несприятливі наслідки скорочення допологових візитів, розумне використання можливостей телемедицини, що розвивається, може захистити безперервність догляду, незважаючи на величезний тягар, спричинений пандемією. Модель спільної роботи із залученням медичних працівників у громадських і регіональних центрах

охорони здоров'я також має потенціал для запобігання катастрофічного колапсу акушерських служб під час пандемії, такої як пандемія Covid-19.

Стратегія зменшення кількості допологових візитів і відокремлення місць для догляду та пологів вагітних жінок із підтвердженим Covid або нещодавнім контактом від здорових вагітних жінок може мінімізувати ризик інфікування. Крім того, сортування вагітних жінок на основі їх терміну вагітності та їхніх симптомів має потенціал для уникнення небажаних ризиків, забезпечуючи при цьому отримання допомоги, хто її негайно потребує.

Отже, для швидкого розгортання моделі допологового догляду у відповідь на пандемію Covid-19, необхідно такі основні компоненти: 1) схвалена місцевою владою програма допологового догляду; 2) розроблений алгоритм моніторингу вагітних з підозрою на Covid-19 чи підтвердженим діагнозом; 3) забезпечення обладнанням та інтернет постачанням закладів охорони здоров'я; 4) навчання персоналу; 5) інформування населення.

На сьогодні імунопрофілактика визнана одним з найуспішніших і економічно ефективних заходів у сфері громадського здоров'я [87]. Основні цілі державної стратегії розвитку імунопрофілактики полягають у наступному: зберегти здоров'я різних груп населення шляхом зниження рівня захворюваності, смертності та інвалідності від інфекційних хвороб, а також знизити витрати системи охорони здоров'я на лікування інфекційних хвороб, яким можна запобігти шляхом проведення імунопрофілактики. Для підтримання епідемічного благополуччя та контролю над поширенням інфекційних хвороб, яким можна запобігти шляхом проведення імунопрофілактики, необхідно дотримуватися обсягу охоплення населення профілактичними щепленнями, рекомендованих Всесвітньою організацією охорони здоров'я.

Потреба у нових підходах до розробки ефективних профілактичних стратегій інфекційних хвороб нещодавно набула додаткової уваги та важливості через пандемію COVID-19. Превентивні заходи, які завжди мали ключове значення, головним чином для зменшення пов'язаних із цим

захворювань, смертності та перевантаження закладів охорони здоров'я пацієнтами під час спалаху пандемії, є також ефективними для обмеження величезного впливу на економіку та суспільство.

Важливо також підкреслити факт: донедавна COVID-19 був центральною проблемою охорони здоров'я, яка привертала увагу значної частини наукової спільноти та величезну фінансову допомогу, але й інші інфекційні хвороби залишаються глобальним тягарем для населення світу. До прикладу, випадки грипу все ще характеризуються високою захворюваністю (30–50 мільйонів випадків на рік) і смертністю. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, приблизно від 3 до 5 мільйонів із цих випадків характеризуються важким перебігом хвороби. Крім того, ймовірність нових спалахів пандемії грипу, що посилить цю кількість випадків, все ще становить значний ризик для суспільства [408].

Охорона материнства і дитинства в Україні розглядається як стратегічний загально національний пріоритет, що має важливе значення для забезпечення національної безпеки України, ефективності внутрішньої політики держави [47], [178]. Оскільки вагітні жінки відносяться до групи ризику, частіше страждають від серйозних нездужань розвивається COVID-19, грип чи інші інфекційні хвороби, удосконалення державної стратегії імунопрофілактики є вкрай необхідним в умовах сьогодення.

У зв'язку з цим детальний аналіз ситуації та впровадження удосконалених стратегій вакцинації, особливо для груп високого ризику, є важливою метою для дослідників, які працюють у цій галузі, а також для тих, хто приймає управлінські рішення.

Методологічною основою цього дослідження стали кількісні та якісні методи, вибір яких обумовлений поставленою метою та завданнями дослідження. Мета дослідження полягає у детальному аналізі ситуації щодо вакцинації вагітних в Україні з виокремленням проблемних напрямів, з подальшим обґрунтуванням рекомендацій щодо розвитку державної стратегії імунопрофілактики вагітних в Україні. Для досягнення цієї мети на першому

етапі одним з прикладних інструментів стало опитування вагітних, яке здійснювалося на базі Львівського обласного клінічного перинатального центру. У дослідженні взяло участь 535 породіль у період пандемії COVID-19 (жовтень-січень 2021-2022 рр.). Одне із завдань цього дослідження полягало у тому, що з'ясувати відношення вагітних та породіль до вакцинації, зокрема щодо інфекції COVID-19. Наступним етапом стало опрацювання міжнародних документів та національних політик щодо профілактики інфекційних хвороб у вагітних через пошукові системи google та google scholar. На заключному етапі було проаналізовано проблемні питання в контексті формування та реалізації діючої стратегії вакцинації вагітних, на основі чого розроблено рекомендації щодо її удосконалення.

Спалах коронавірусної хвороби і швидке її поширення співпало з активною фазою впровадження медичної реформи в Україні, що стало додатковим серйозним викликом для української системи охорони здоров'я. COVID-19 розглядається як найбільший із кількох спалахів інфекційних хвороб зоотичного походження за останні десятиліття, що спричинив пандемію з безпрецедентними наслідками для системи громадського здоров'я та економіки.

Уряд України впродовж усього часу вживав заходів у відповідь на виклики, спричинені пандемією COVID-19, проте незважаючи на ці заходи, кількість випадків коронавірусу COVID-19 в Україні продовжувала зростати. Це зумовило надмірне навантаження на медичну галузь, вичерпуючи її ресурси та істотно зменшуючи доступність медичної допомоги, особливо для найбільш вразливих категорій населення.

Однією з таких вразливих категорій населення, яка потребує постійної уваги, є вагітні жінки, або жінки, які планують завагітніти. Імунізація є важливою частиною допологового догляду, пропонуючи жінкам та їхнім діткам важливий захист від потенційно смертельних захворювань. Оскільки окремої статистики щодо вакцинації цієї групи осіб в Україні не ведеться, нами проведено опитування породіль у період пандемії COVID-19. Відповідно

основний акцент в цьому дослідженні був акцентований на профілактиці цього захворювання.

Результати дослідження показали: більша половина опитаних до пологів мали симптоми чи хворіли на COVID-19 (рис.2.6). Це свідчить про високу поширеність вірусу серед вагітних.

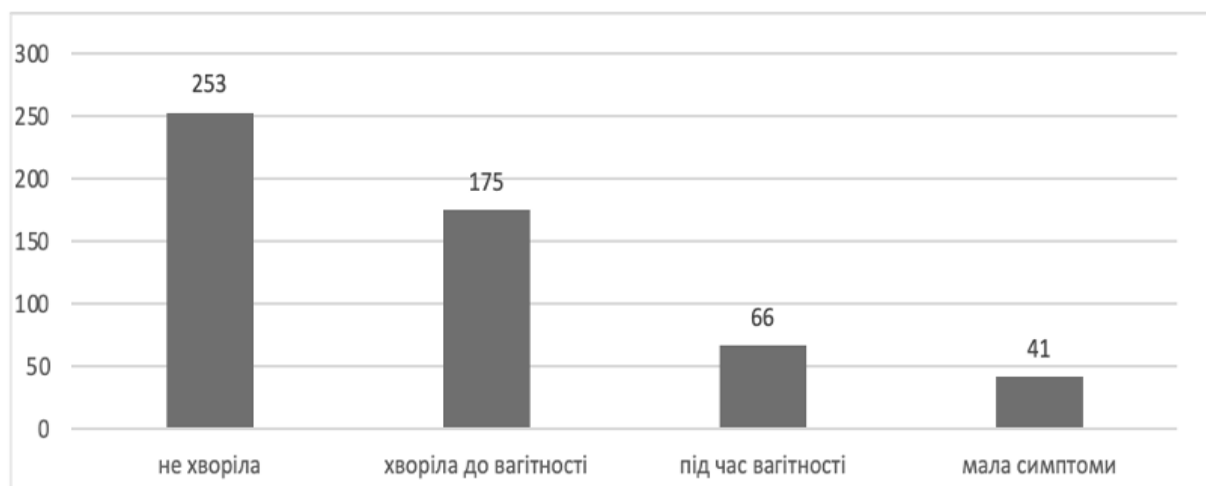


Рис. 2.6. Результати відповідей респондентів на запитання “Чи хворіли Ви на COVID-19?”

Вагітність не є протипоказанням до проведення імунізації, за виключенням живих вакцин. Вся медична спільнота наголошує на тому, що до свого найважливішого кроку в житті кожна жінка повинна прийти обдуманно, свідомо, ретельно підготувавшись. Майбутня мама повинна потурбуватись про свій захист і захист малюка заздалегідь.

На рішення вагітних вакцинуватися чи ні може впливати дві групи чинників: об’єктивні та суб’єктивні. До першої групи чинників відносяться здебільшого зовнішні бар’єри, такі як: доступність вакцини (наявність самої вакцини, а також віддаленість пунктів щеплень), соціальні норми (чіткі та визначені рекомендації, календарі щеплень для вагітних, вимоги роботодавця тощо), вплив сім’ї та релігійні переконання. До другої групи чинників, які відмічаються вагітними жінками, відносяться суб’єктивні переконання, що перешкоджають вакцинації, зокрема: переконливі уявлення про високу ймовірність та ризик захворіти, небезпеку для плода та новонародженого,

важкий перебіг недуги, недовіра до вакцини та занепокоєння щодо безпеки та ефективності вакцин.

Хоча жінки стурбовані власною безпекою, та побічними ефектами від вакцини, занепокоєння щодо безпеки плода та новонародженого здебільшого мають першочергове значення [225]. Усе це базується на дуже низькому рівні знань про вакцини і механізм їхньої дії, відсутності додаткових спеціалізованих рекомендацій для вагітних та чіткому визначені груп ризику серед вагітних в Україні. За даними міжнародних досліджень, підвищене занепокоєння щодо тяжкості хвороби підвищує ймовірність імунізації під час вагітності [250], тоді як відсутність відчуття ризику захворіти зменшує ймовірність імунізації. Відсутність усвідомлення особистого ризику зазвичай відзначалося у зв'язку з вакциною проти грипу, особливо під час пандемії H1N1 2009 року [357].

В опитаній нами групі породіль бажання запобігти важкому перебігові хвороби шляхом вакцинації виявили лише 17 відсотків респондентів (рис. 2. 7).



Рис. 2. 7. Результати відповідей респондентів на запитання “Чи Ви вакциновані від COVID-19?”

Однак необхідно також зазначити: за умови реалізації продуманої державної стратегії з відповідним фінансовим забезпеченням вищеназвані чинники можуть слугувати як сприятливі фактори, що є протилежним виявленим бар'єрам і свідченням ефективності державної стратегії. Високий

рівень знань про вакцину, сприйняття ефективності та користі вакцини, усвідомлення наслідків хвороби та відчуття особистої сприйнятливості можуть стати прогностичними ознаками покращеної імунопрофілактики під час вагітності. Важливу роль тут відіграє наявність сімейного лікаря, який повинен надавати вичерпну інформацію, особливо при наявності супутніх захворювань. Усвідомлене бажання захистити плід/немовля та себе від хвороби та вплив сім'ї також сприятливо впливають на рішення жінки зробити щеплення.

В офіційних роз'ясненнях звертається увага лікарів на те, що потрібно проводити відповідну оцінку та надавати вагітним усю необхідну інформацію про ризик коронавірусної інфекції під час вагітності, до чого це може призвести і ймовірних переваг вакцинації [151]. Проте, не зважаючи на масове поширення фейкової інформації та на фоні активного антивакцинального руху, вагітні жінки все ж таки більше довіряють інформації з інтернету, знайомим чи ЗМІ для прийняття рішення щодо свого здоров'я (рис. 2. 8).

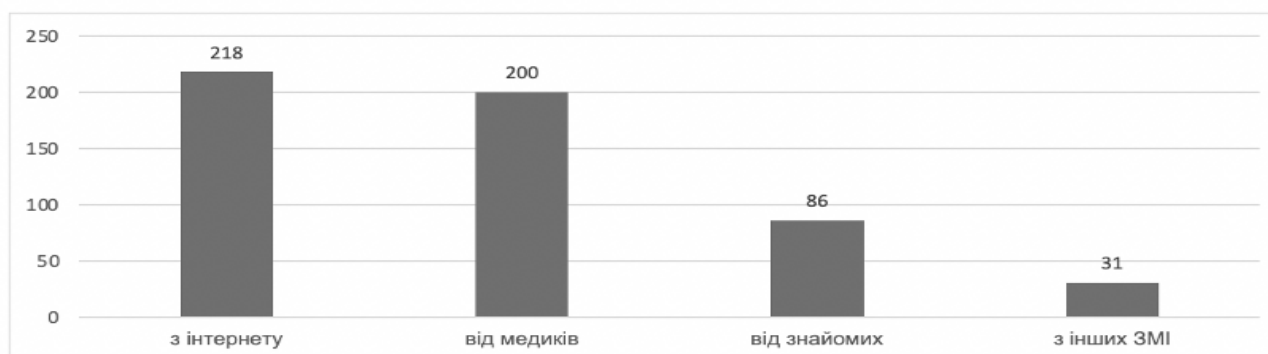


Рис. 2.8 Результати відповідей респондентів на запитання “Звідки Ви отримували інформацію про вплив COVID-19 на перебіг вагітності?”

Щеплення вагітних за епідемічними показаннями проводить лікар, який повинен надати медичну допомогу, призначити вакцинацію з урахуванням ризиків і користі. Небезпечним залишається той факт, що велика кількість акушерів-гінекологів відмовляють жінок вакцинуватися [105]. Враховуючи вищенаведені факти, очевидними і передбачуваними виглядають наступні результати: серед тих, хто не щепився у групі респондентів, майже 60 відсотків жінок ще вагаються або не хочуть вакцинуватися (рис. 2. 9).

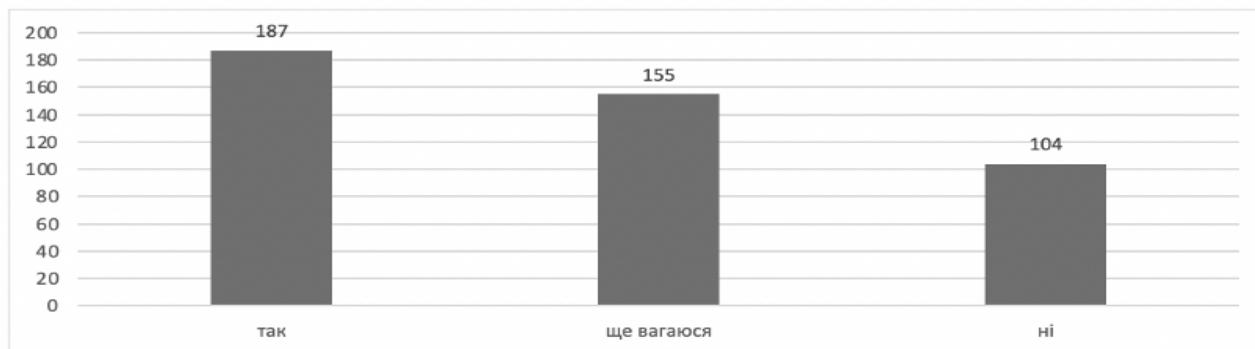


Рис. 2 .9.. Результати відповідей респондентів на запитання “Чи плануєте вакцинуватися від COVID-19?”

Всесвітня організація охорони здоров'я заявила, що COVID-19 більше не вважається глобальною надзвичайною ситуацією, знаменуючи собою символічний кінець нищівної пандемії коронавірусу, яка спровокувала колись немислимі карантини, підвернула світові економіки та вбила щонайменше 7 мільйонів людей у всьому світі [483]. Хоча поки вірус циркулює між країнами і всередині країн ризик повернення або повторної хвилі захворювання продовжує існувати, його необхідно постійно контролювати заходами радикального втручання з боку громадської охорони здоров'я. В кінцевому підсумку, введення безпечної та ефективної вакцини може дозволити поступово відмовитися від деяких заходів, необхідних для підтримки рівня незначної передачі вірусу або відсутності нових випадків інфікування.

Вакцина сама по собі не зможе спинити пандемію COVID-19. Навіть після початку вакцинації доведеться продовжувати практику спостережень за поширенням коронавірусу; продовжити тестувати людей на коронавірус, а також ізолювати хворих; відстежувати та відправляти на карантин людей, які контактували з хворими; заохочувати людей зберігати пильність. Тому Україна країна повинна продовжувати здійснення національних планів дій на підставі загального підходу і реалістичної оцінки того, що можливо досягти в першу чергу щодо уповільнення передачі вірусу і мінімізації випадків смертності загалом, особливо серед жінок репродуктивного віку. В результаті дослідження

виокремлено низку проблем (таб.4), ігнорування яких може негативно вплинути не лише на попередження негативних наслідків від COVID-19, але й від інших інфекційних хвороб, які можна попередити шляхом імунопрофілактики.

Таблиця 4

Перелік основних проблем, що впливають на зниження вакцинації вагітних, механізми їх вирішення на глобальному рівні та в Україні

Проблема	Рішення проблеми на глобальному рівні	Управлінські рішення в Україні
<i>Вагітні жінки</i>		
Ймовірні ускладнення для вагітних після вакцинації	Розроблена вакцина, яка є безпечною для вагітних (Pfizer)	Придбано вакцину і забезпечено її доступність у всіх регіонах
Занепокоєння щодо ефективності вакцин для вагітних та в період годування грудьми	Поширення інформації щодо безпеки вакцин для мами, для дитини, переваги та можливі побічні явища з презентацією доказової бази	Інформація на рівні загальних рекомендацій для населення
Високий рівень необґрунтованої відмови вагітних від вакцинації	Проведення обов'язкових консультацій щодо вакцинації відповідно до календаря щеплень під час візитів до гінекологів та акушерів	Не передбачено законодавством
Низька обізнаність про графік вакцинації	Розроблений графік вакцинації, з яким ознайомлюють під час планових візитів до сімейного лікаря чи гінеколога	Графік обов'язкової вакцинації для вагітних не передбачений законодавством
Недостатньо інформації, де можна отримати вакцину		Інформація на рівні загальних рекомендацій для населення
<i>Надавачі послуг з вакцинації</i>		
Низька обізнаність фахівців про вакцинацію вагітних	Розроблені національні рекомендації щодо особливостей вакцинації вагітних	Не розроблені
Антивакцинальна позиція медичних працівників	Моніторинг рівня вакцинації медичних працівників	Наказ про обов'язкове щеплення медичних працівників проти covid-19

	Відповідальність за недотримання національних рекомендацій щодо вакцинації вагітних	Не передбачено законодавством
Відсутність належної доказової бази щодо ефективності вакцин	Проведено дослідження стану вагітних жінок до та після вакцинації	Не проводилося в Україні
Органи місцевої влади		
Недооцінювання масштабів проблеми поширення інфекційних хвороб серед вагітних	Моніторинг вагітних жінок щодо ризиків інфікування, випадків інфікування тощо	Моніторинг вагітних, які вакцинувалися, не передбачено законодавством
Низька готовність до дій у випадку спалаху інфекційних хвороб	Розроблений алгоритм дій для закладів охорони здоров'я щодо ведення планових оглядів вагітних під час сплахів	Не розроблений

Концепція вакцинації вагітних не є новою. З 1938 по 1951 роки було проведено численні дослідження з метою вивчення безпеки та ефективності введення цільноклітинної вакцини проти кашлюку вагітним жінкам для захисту новонародженого [342], [266]. У 1961 році було доведено, що правцевий анатоксин, який дають вагітним жінкам, дуже ефективний у профілактиці правця новонароджених [409]. За 25 років регулярна імунізація вагітних жінок у країнах, що розвиваються, призвела до більше як 93 відсотки зниження правця матерів і новонароджених [441]. Регулярна імунізація вагітних жінок інактивованою вакциною проти грипу була рекомендована в Сполучених Штатах з 1960 року і все більше накопичується доказів того, що це приносить користь не лише вагітній жінці, але й плоду та новонародженому [296].

Не зважаючи на всі зусилля, ще жодній країні не вдається досягнути бажаного рівня вакцинації вагітних. Рівень вакцинації майбутніх матерів проти грипу в Сполучених Штатах зріс приблизно до 50% і був дещо вищим під час пандемії грипу H1N1. Високі показники вакцинації проти кашлюку під час вагітності (понад 70%) були досягнуті у Сполученому Королівстві після впровадження програми у відповідь на збільшення неонатальної смертності від

кашлюку. Подібного успіху не було досягнуто в Сполучених Штатах, де показники, за оцінками, були нижчими за 5%, незважаючи на 5 років рекомендацій щодо імунізації [346].

В даний час Центр з профілактики та контролю за інфекційними хворобами рекомендує імунізацію вагітних жінок трьома основними вакцинами: 1) проти грипу; 2) проти правцю, дифтерії та кашлюку (Tdap vaccine); 3) а також вакциною проти COVID-19. Це допоможе може значно знизити ризик захворювання серед вагітних жінок та їх немовлят. Консультативний комітет з практики імунізації (*The Advisory Committee on Immunization Practices*) рекомендує всім жінкам, які є або можуть бути вагітними під час сезону грипу, отримати вакцину проти грипу, яку можна вводити в будь-який час під час вагітності [261].

Відповідно до українського законодавства, ще до вагітності жінка повинна мати щеплення від дифтерії та правця, планове щеплення проти яких проводиться дорослим кожні 10 років. Щеплення для профілактики кору проводиться комбінованою вакциною КПК, яка захистить майбутню маму від кору, паротиту та краснухи. Після щеплення жінка має утримуватись від вагітності протягом 1-3 місяців. Вакцина для профілактики кору, паротиту, краснухи містить живі ослаблені віруси, тому введення такої вакцини вагітним не проводиться.

Особливої уваги заслуговує вакцинація вагітних проти кашлюку. Проведення щеплення майбутньої мами комбінованою вакциною для профілактики кашлюку, дифтерії та правця захистить жінку та її немовля від небезпечної недуги, адже малюк отримує материнські антитіла, які попередять захворювання та будуть профілакувати ускладнення. Лікарі рекомендують щепитись для захисту від кашлюка всім членам родини (бабусям, дідусям, татові, братам, сестрам), яка очікує появи малюка. У новонароджених ще не повністю сформована імунна система, що робить їх особливо вразливими до інфекцій [200]. Діти старшого віку та дорослі можуть передавати віруси немовлятам, навіть якщо вони не дуже хворі. Через це будь-хто, хто

знаходиться поруч з немовлятами, повинен бути поінформований про рекомендовані вакцини.

Вагітність може бути тимчасовим протипоказанням для вакцинації, але для тих вакцин, які вказують на те, що вагітність є протипоказанням, до прикладу для вакцин AstraZeneca і CoronaVac. Для вакцини Pfizer рішення про вакцинацію вагітної віддається на розсуд акушера-гінеколога, який веде жінку. Після оцінки супутніх станів вагітної, вивчення її імунітету, отримання іншої інформації щодо перебігу вагітності – приймається рішення про використання вакцини і про вакцинацію вагітної. Для цього на даний час використовується лише одна вакцина – Pfizer. Згідно з клінічними дослідженнями, вакцина Pfizer була протестована повною мірою. У дослідженні брали участь також вагітні жінки або ті, які завагітніли впродовж нього. Тому безпечність та ефективність вакцини Pfizer для вагітних доведена на практиці.

Вакцинація проти COVID-19 пропонується наступним групам жінок, що планують вагітність чи є вагітними [104]:

- Особи з високим ризиком захворювання, які мають більший ризик важких хвороб через COVID-19.
- Медичні або соціальні працівники, які мають дуже високий ризик заразитися COVID-19 (інформаційно: у сфері охорони здоров'я в Україні жінки становлять 82% від загальної кількості працівників [61], більшість з яких працюють на посаді медичних сестер. До прикладу, у китайській провінції Хубей близько 90 відсотків медичних працівників складають жінки. У США ця кількість становить близько 78 відсотків [4].
- Особи, які вважаються ризикованими COVID-19 через стан здоров'я та особисті фактори, що включають вік (старше 35 років), надмірну вагу та етнічну приналежність [363].
- Жінки з діагнозом гестаційний діабет під час вагітності.

Хоча вакцинація проти інших респіраторних вірусів, таких як грип, під час вагітності виявилася дуже успішною в деяких країнах та безпечною, ці щеплення були предметом постійних досліджень серед вагітних протягом

десятиліть. Незважаючи на явну шкоду, яку інфекція SARS-CoV-2 завдає вагітним пацієнткам та їхнім новонародженим, брак первинних даних про безпеку та ефективність вакцин проти COVID-19 під час вагітності змусив країни по всьому світу прийняти різні позиції щодо того, чи слід вакцинувати жінок під час вагітності.

Оскільки вакцини проти COVID-19 розповсюджуються по всьому світу, на рівні держави розглядається питання, чи можна або потрібно робити щеплення вагітним і годуючим матерям в рамках ширших заходів з імунізації. Країни зайняли різні позиції – починаючи від сильно обмежувальної політики, яка забороняє доступ до вакцин на основі стану вагітності або лактації, до широко дозволеної позиції, згідно з якою всі вагітні або годуючі матері можуть отримати вакцину, а в деяких випадках це рекомендується і заохочується. Щодо позицій країн:

- 124 країни рекомендують вакцинацію усім вагітним або окремим групам;
- 64 країни – дозволяють вакцинацію;
- 9 країн – дозволяють вакцинацію за певних умов;
- 1 країна – не рекомендує, але з певними виключеннями
- 9 країн – не рекомендують. До останньої групи відносяться (до таких країн, до прикладу, відноситься Афганістан, Китай, Об'єднані Арабські Емірати, Узбекистан [268]).

Інструмент відстеження імунізації матерів проти COVID-19 (Covid-19 Maternal Immunization Tracker – COMIT) надає глобальний огляд політики громадської охорони здоров'я, яка впливає на доступ до вакцин проти COVID-19 для вагітних і годуючих матерів. За допомогою карт, таблиць і профілів країн COMIT надає регулярно оновлену інформацію про глобальну політику та політику на рівні країни, оскільки вони реагують на динамічний стан пандемії та нові докази.

Враховуючи велике розмаїття рекомендацій у всьому світі, поширеність людей, вакцинованих проти COVID-19 під час вагітності, ймовірно, також

значно відрізняється. У США всі основні професійні організації охорони здоров'я, включно з Американським коледжем акушерів і гінекологів (ACOG) і Товариством медицини матері та плода (SMFM), з початку 2021 року постійно рекомендують вакцинувати всіх вагітних проти COVID-19. Однак станом на квітень 2022 року за даними US Vaccine Safety Datalink лише 69,4% вагітних жінок віком 18–49 років були повністю вакциновані вакцинами проти COVID-19 до або під час вагітності [239].

З огляду на те, що вагітні мають підвищений ризик серйозних ускладнень від COVID-19, збільшення даних і знань про вакцинацію в цій групі населення є важливим, щоб допомогти зменшити вагання щодо вакцинації. Фахівці вважають, що вакцинація від Covid-19 є найбезпечнішим і найефективнішим способом для вагітних людей захистити себе та своїх дітей від важкої форми захворювання Covid-19. Проаналізовані дані не підтверджують підвищений ризик несприятливих наслідків після вакцинації проти COVID-19 під час вагітності, тому вакцинацію слід рекомендувати, оскільки переваги вакцинації під час вагітності, як виглядає, переважають будь-які потенційні ризики. Необхідна також додаткова інформація про вакцини, вакцинацію на ранніх термінах вагітності та довгострокові результати для немовлят. Поряд із додатковими даними, індивідуальні консультації щодо вакцинації вагітних пацієнтів можуть також покращити рівень вакцинації. Щоб досягти всіх цих цілей, вагітні повинні мати беззаперечні докази і достатньо інформації, щоб зробити правильний вибір.

Зростання сумнівів щодо безпеки та ефективності вакцин створило середовище, яке вимагає від нас термінового зобов'язання обговорювати з вагітними жінками переваги вакцинації, що ґрунтуються на доказах. Щороку лікарі радять робити щеплення від грипу і пневмококової інфекції, що є серйозними захворюваннями для вагітних і може проходити дуже тяжко навіть для здорових людей. І особливо наголошують на цьому у період пандемії Covid-19. Вакцинація проти грипу та проти коронавірусу знижує ризик появи двох небезпечних інфекцій одночасно - грипу та Covid-19, та знижує

можливість захворіти на ці хвороби один за одним. Вакцинація проти грипу не підвищує ризик захворіти на Covid-19. Наші результати підтверджують необхідність чіткого і точного інформування вагітних жінок не лише про безпеку вакцини проти COVID-19, особливо з огляду на високу ймовірність госпіталізації з COVID-19, але також поширювати інформацію про інші вакцини для вагітних.

Моніторинг та аналіз перебігу інфекційних хвороб у вагітних в Україні необхідний, щоб переконатися, що сформовані рекомендації та прийняті управлінські рішення є правильними. Необхідно вивчити цільові втручання, щоб максимізувати використання вакцини проти COVID-19 серед вагітних жінок особливо з груп ризику. Як ефективний механізм системи моніторингу та аналізу щодо керованих інфекцій пропонуємо розглянути створення електронного реєстру проведених щеплень для вагітних і “паспорту імунізації”.

Ми також акцентуємо: тренінги щодо впровадження вакцинації від коронавірусної хвороби COVID-19, які передбачені програмою МОЗ [8], посилять впевненість медичних працівників щодо безпеки вакцини та допоможуть вдосконалити їхні навички спілкування з тими, що мають вагання стосовно щеплення.

Висновки до розділу 2

Проведено аналіз поточного стану функціонування системи охорони здоров'я на усіх рівнях та її складової – системи перинатальної допомоги – у контексті гуманітарної кризи і комплексних реформ. Визначено ключові кризові фактори, що впливають на ефективність цих систем, такі як обмеження у якості та доступності медичних послуг, корупція, недостатній рівень підготовки медичних кадрів, а також прогалини в законодавчій базі. До цих викликів додалися глобальні події, як-от пандемія COVID-19 та військовий конфлікт, що загострили існуючі проблеми, створивши додаткові перепони для забезпечення якісної перинатальної допомоги.

Проведений аналіз підкреслив необхідність комплексного інтегрованого підходу з врахуванням особливостей криз в системі перинатальної допомоги. Це охоплює не тільки реагування на актуальні проблеми та безпосередні виклики, але й розробку довгострокових стратегій для забезпечення стійкості системи, здатності адаптуватися до змінних умов та впоратися з можливими майбутніми кризами. Окрім того засвідчив відсутність ефективних механізмів та інструментів для подолання кризи, включаючи відсутність спільних тактик та типових рішень на різних рівнях управління, що актуалізує потребу в розробці нової парадигми державного регулювання та інноваційних технік до подолання криз, які зможуть забезпечити ефективне реагування на майбутні виклики, збереження та покращення якості надання перинатальної допомоги, зміцнення здоров'я нації та сприяння демографічному відновленню.

Досліджено зміст та особливості реалізації повноважень органів місцевого самоврядування в системі перинатальної допомоги. Визначено власні повноваження та делеговані повноваження органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я, виокремлено та узагальнено ті повноваження, що стосуються розвитку інфраструктури закладів охорони здоров'я за напрямом надання перинатальної допомоги.

Проведено аналіз державного регулювання системи перинатальної допомоги на регіональному рівні. Виділено підтримку та заохочення локальних ініціатив, спрямованих на раціональне використання регіональних ресурсів для формування ефективного середовища здоров'язбереження. Показано, що значущим елементом у стратегії розвитку громад та їх соціально-економічному просуванні, а також у вдосконаленні ключових аспектів життєдіяльності, включно з охороною здоров'я, є розробка та реалізація цільових програм, на місцевому рівні, які відображають унікальні потреби конкретної громади в галузі охорони здоров'я, у тому числі перинатальної допомоги, тому стають невід'ємною частиною регіональної політики.

Виявлено, що поточний процес регіоналізації медичних послуг в Україні перебуває на інфраструктурному етапі медичної реформи, який

характеризується створенням госпітальних округів, що передбачає елімінацію традиційного поділу на обласні, міські та районні лікарні на користь формування інтегрованої мережі закладів охорони здоров'я різних рівнів – надкластерних, кластерних і базових. Створення госпітальних округів в Україні, яке передбачає елімінацію традиційного поділу на обласні, міські та районні лікарні на користь формування інтегрованої мережі закладів охорони здоров'я різних рівнів, є важливим кроком у реформуванні системи охорони здоров'я і особливо значущим у контексті перинатальної допомоги. Введення нових понять, як-от "інклюзивні перинатальні послуги" та "перинатальна служба психічного здоров'я", підкреслює зростаючу увагу до комплексних та індивідуалізованих процедур у наданні допомоги вагітним жінкам, зокрема тим, хто має специфічні потреби.

У контексті управління, інтеграція служб у межах госпітальних округів вимагає не адміністративної, а також концептуальної перебудови системи надання медичних послуг. Перехід до інтегрованої мережі закладів охорони здоров'я дозволяє оптимізувати використання ресурсів, поліпшити координацію між різними рівнями надання медичної допомоги та підвищити загальну доступність та якість медичних послуг для пацієнтів. В цьому аспекті, інтеграція спеціалізованих перинатальних послуг, таких як "перинатальна служба психічного здоров'я", у загальну структуру госпітальних округів є логічною та необхідною.

Обґрунтування проекту мережі перинатальної служби психічного здоров'я, на прикладі Львівської області, впливає з необхідності адресації конкретних потреб вагітних жінок та жінок у післяпологовому періоді, які стикаються з психологічними проблемами або психічними розладами. Доведено: інтеграція перинатальної служби психічного здоров'я в структуру госпітальних округів не тільки відповідає потребам цільової аудиторії, але й сприяє більш ефективному та цілеспрямованому управлінню ресурсами охорони здоров'я, підвищуючи загальний рівень доступності та якості медичної допомоги.

Організація медичних установ здійснюється з урахуванням реальних і прогнозованих даних: демографічних (про структуру населення), адміністративно-територіальних кордонів, стану транспортної інфраструктури, географічних характеристик регіонів, а також показників захворюваності та смертності. Окрім того, приділяється увага розробці оптимальних клінічних маршрутів для забезпечення ефективного доступу пацієнтів до необхідної медичної та реабілітаційної допомоги.

З огляду на компетенції, прогрес у реалізації медичної реформи та специфіку регіоналізації медичних послуг, були визначені ключові напрямки для розвитку ініціатив місцевого самоврядування, які мають на меті вдосконалення перинатальної допомоги та покращення демографічного стану в Україні. Аналіз показав, що пандемія COVID-19 2019-2022 років мала значний вплив на функціонування спеціалізованих медичних систем, спричинивши переосмислення медичних послуг, правил їх надання, а також вимог і стандартів, що регулюють роботу системи охорони здоров'я загалом та системи перинатальної допомоги зокрема.

Функціонування медичних закладів під час повного карантину, особливо тих, що забезпечують перинатальну допомогу, мало значний вплив на якість медичного обслуговування вразливих категорій населення, включаючи вагітних, породіллі, новонароджених та дітей до одного року. Ця ситуація виявила критичну потребу у переосмисленні досвіду роботи системи перинатальної допомоги та розробці нових стратегій щодо забезпечення якісної медичної підтримки в умовах ймовірних майбутніх епідемій подібного характеру. Визначено важливість взаємодії між медичними установами, органами місцевого самоврядування, пацієнтами та їхніми сім'ями у координації заходів протиепідеміологічної безпеки та забезпеченні доступу до ефективних перинатальних послуг навіть під час пандемії.

Виявлено, що ефективне впровадження моделі системи перинатальної допомоги у відповідь на пандемію COVID-19 або інші інфекційні захворювання залежить від таких ключових заходів:

- затвердження місцевою владою програми перинатальної допомоги, яка включає чітко визначені принципи та цілі обслуговування, адаптовані до умов пандемії;
- розроблення детального алгоритму для ефективного моніторингу стану та забезпечення необхідної медичної допомоги вагітним, породіллям та немовлятам, у випадках підозри на інфекцію або підтвердженого діагнозу;
- забезпечення медичних установ необхідним обладнанням та стабільним доступом до Інтернету для забезпечення безперервності допомоги та управління випадками, кіберзахист;
- підвищення кваліфікації медичного персоналу через спеціалізоване навчання, з метою підготовки до ефективної роботи в умовах високого ризику інфекцій;
- активне інформування громадськості про заходи безпеки, доступні послуги та рекомендації щодо збереження здоров'я в період пандемії.

У рамках дослідження, спрямованого на вивчення ефективності заходів протидії системним кризам, розглянуто державну політику України щодо вакцинації вагітних. Результати авторського аналізу, проведеного під час підготовки дисертації, включають огляд активності та участі вагітних жінок у антиепідеміологічних заходах одного з перинатальних центрів. Опитування пацієнток центру дозволило виявити ключові проблеми, що негативно впливають на охоплення вакцинацією цієї категорії населення.

На підставі зібраних даних визначено низку проблем, які включають недостатній рівень інформованості вагітних про важливість та безпечність вакцинації, обмежений доступ до вакцин, відсутність належної медичної консультації та підтримки з боку медичного персоналу, а також існуючі стереотипи та міфи щодо вакцинації вагітних. Враховуючи ці виклики, запропоновано комплекс інструментів та заходів для покращення ситуації з вакцинацією вагітних в Україні. Серед рекомендацій – збільшення доступності та кількості вакцин, проведення інформаційних кампаній для підвищення

обізнаності серед вагітних, навчання медичного персоналу з метою надання кваліфікованих консультацій, а також розвінчання міфів та забобонів, пов'язаних з вакцинацією під час вагітності.

РОЗДІЛ 3

МІЖНАРОДНІ ВИМІРИ РЕГУЛЮВАННЯ СУСПІЛЬНИМИ ВІДНОСИНАМИ В СИСТЕМІ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ

Розділ присвячений дослідженню міжнародного досвіду регулювання суспільних відносин у галузі перинатальної допомоги, становленню міжнародних та національних систем перинатальної допомоги. Висвітлена політика Всесвітньої організації охорони здоров'я та здійснено компаративний аналіз міжнародних стратегій перинатальної допомоги, розглянуто можливості імплементації міжнародних підходів до державного регулювання системи перинатальної допомоги в Україні. Крізь призму міжнародних показників ефективності проаналізовано різні стратегії реформування системи перинатальної допомоги в Україні, а також ключовий сучасний підхід до розбудови систем охорони здоров'я в європейському просторі – охорона здоров'я, орієнтована на людину, а також інші парадигми, які застосовуються в світі для розбудови національних систем охорони здоров'я. Обґрунтовується, що у поєднанні різних підходів державного регулювання системою перинатальної допомоги, вона стане стійкішою до надзвичайних ситуацій та криз різного походження.

3.1. Зарубіжний досвід становлення державного регулювання системи перинатальної допомоги

Уряди багатьох країн досягли значного прогресу в боротьбі з кількома основними причинами смерті та поширених хвороб. Різко зросла тривалість життя та знизився рівень материнської смертності. З 1990 року було також досягнуто значного глобального прогресу в зниженні дитячої смертності. Проте ці показники не досягнули бажаного рівня до 2015 року в межах стратегії Цілей Розвитку Тисячоліття, тому був зроблений новий заклик урядів країн до

подальших спільних дій. Відповідно була представлена нова стратегія - Цілі Сталого Розвитку або Глобальні цілі, якою окреслено наступні орієнтири розвитку, зокрема цілі та завдання щодо покращення здоров'я матерів та дітей до 2030 року.

Ціль 3 передбачає зобов'язання країн-членів Організації Об'єднаних Націй скоротити рівень дитячої та материнської смертностей до 2030 року порівняно з вихідними показниками 1990 і 2015 років, а саме: до 2030 року знизити глобальний коефіцієнт материнської смертності до рівня менше 70 на 100 000 живонароджених, а також до 2030 року покласти край смертності новонароджених і дітей віком до 5 років, якій можна було б запобігти. Тому всі країни-члени ООН мають на меті скоротити неонатальну смертність принаймні до 12 на 1000 живонароджених, а смертність дітей у віці до 5 років щонайменше до 25 на 1000 живонароджених [501].

Україна, як і інші країни-члени ООН, приєдналася до глобального процесу забезпечення сталого розвитку. Тому вивчення досвіду країн, які мають успіхи на шляху подолання материнської та неонатальної смертності, є підґрунтям для удосконалення національної стратегії з питань організації перинатальної допомоги.

За останні тридцять років у світі відмічаються позитивні результати у виживанні дітей. У всьому світі кількість неонатальних смертей, тобто смертей від 0 до 28 днів після народження, знизилася з 5,2 мільйона в 1990 році до 2,3 мільйона в 2021 році [477]. Разом з тим, ще залишається докласти багато зусиль для досягнення бажаних результатів. Так, різні оцінки показують, що значна частка дитячої смертності припадає на дуже ранній період після народження - неонатальний період: у 2020 році в усьому світі 2,4 мільйона дітей померло в перший місяць життя, щодня реєструвалося приблизно 6700 смертей новонароджених, що становило майже половину (47%) усіх смертей дітей до 5 років. Цей показник більший, ніж у 1990 році, який становив 40%, оскільки глобальний рівень смертності дітей до 5 років знижується швидше, ніж неонатальна смертність.

Більшість неонатальних смертей (75%) припадає на перший тиждень життя, і в 2019 році близько 1 мільйона новонароджених померли протягом перших 24 годин. Основними причинами більшості смертей новонароджених є передчасні пологи, ускладнення, пов'язані з пологами (асфіксія або неможливість дихати при народженні), інфекції та вроджені вади розвитку [476]. Ці стани і захворювання здебільшого пов'язані з відсутністю якісної діагностики та допомоги під час або відразу після народження та в перші дні життя. Такі фактори, як “вдосконалення пренатальної діагностики (діагностики до народження дитини), лікування плода та матері, переривання вагітності високого ризику, терміни пологів та допомога новонародженим і немовлятам” відіграють надзвичайно важливу роль у зменшенні смертності та інвалідності дітей. Якщо не вживати заходів для покращення медичних послуг та якості догляду за новонародженими та дітьми до 5 років, багато життів буде втрачено. Отже, заходи, які ефективно знижують неонатальну смертність, можуть мати важливий вплив на досягнення третьої Цілі Сталого Розвитку.

Шанси вижити від народження сильно відрізняються залежно від того, де народилася дитина. Африка на південь від Сахари мала найвищий рівень неонатальної смертності у 2020 році – 27 (25–32) смертей на 1000 живонароджених. Наступними йдуть Центральна та Південна Азія з показником смертності 23 (21–25) на 1000 живонароджених. Дитина, народжена в країнах Африки на південь від Сахари, має в 10 разів більше шансів померти в перший місяць, ніж дитина, народжена в країні з високим рівнем доходу. Рівень неонатальної смертності на рівні країни у 2020 році коливався від 1 смерті на 1000 живонароджених до 44, а ризик померти до 28-го дня життя для дитини, народженої в країні з найвищим рівнем смертності, був приблизно в 56 разів вищим, ніж у країні з найнижчим рівнем смертності [477].

Виникнення регіоналізації перинатальної допомоги сягає кінця 1960-х років, коли цей процес розпочався в Канаді. Такий приклад наслідували й інші країни. Протягом 1970-х років була розроблена концепція та впроваджені

програми в США (з 1971 р.), Великобританії (з 1972 р.) та Австралії (з 1978 р.) [414]. Ці програми були розроблені для організації медичних послуг для немовлят із групи високого ризику, щоб гарантувати, що вони народжені в лікарнях, які забезпечені висококваліфікованим медичним персоналом та обладнанням, а також впроваджені технології необхідні для їх оптимальної перинатальної допомоги. Пологові відділення було розділено на три рівні медичної допомоги відповідно до послуг, які вони могли надавати матерям і немовлятам із груп високого ризику, організовано системи транспортування до цих центрів, а також організовано зв'язки між структурами охорони здоров'я для підтримки експертних знань у центрах нижчого рівня у випадках високого ризику [377].

Аналіз та порівняння різних підходів до організації перинатальної медичної допомоги в трьох країнах, що розкриває як структурні, так і функціональні аспекти систем охорони здоров'я, включаючи їхні політичні, соціальні та медичні детермінанти, подано у таблиці 5.

Таблиця 5

Характеристика концепцій регіоналізації перинатальної допомоги в Канаді, США та Франції [402]

Канада Квебек	У 1973 році разом з університетом Макгілла розроблена регіональна система направлення жінок з високим ризиком вагітності в системі акушерської служби, та розвитком відділень інтенсивної терапії у двох університетських лікарнях у цей період. У досліджуваний період 39 із 161 закладів акушерської служби, особливо менші, були закриті. У цей період відбулося навчання та впровадження нових технік допомоги. Перинатальний комітет Квебеку щороку переглядав і надсилав відгуки до кожної лікарні щодо ефективності перинатальної допомоги порівняно з провінцією.
США Декілька	Національна демонстраційна програма регіоналізації, заснована фондом Роберта Вуда Джонсона, яка розпочалася в 1975 році.

- штатів Вісім адміністративних одиниць отримали фінансування для просування скоординованих систем перинатальної допомоги для певних географічно визначених регіонів. Райони порівняння були визначені персоналом проекту на основі подібності демографічного розподілу.
- США Перинатальна регіоналізація запроваджена в 1974 році.
- Кароліна Перинатальні послуги лікарні були класифіковані як рівень 1, 2 або 3 на основі критеріїв, виведених із Рекомендацій щодо перинатальної допомоги, опублікованих Американським коледжем акушерів і гінекологів та Американською академією педіатрії. Лікарні 3-го рівня – це лікарні, які регулярно надають послуги перинатальної допомоги для матерів та новонароджених усіх категорій ризику. Лікарні рівня 2 надавали допомогу передчасно народженим новонародженим і немовлятам, народженим до 34 тижнів вагітності, у яких гострі неонатальні проблеми були вирішені. Інші лікарні з акушерством та неонатальною допомогою були віднесені до категорії 1 рівня
- Запроваджено виявлення вагітностей високого ризику та новонароджених дітей високого ризику; акушерські та неонатальні консультації та послуги направлення від та до центрів рівня 2 (район) або рівня 3 (обласний); транспортування матері та новонародженого; професійна освіта для лікарів, медсестер та інших медичних працівників; харчування, соціальна робота та інші необхідні консультації. Нові впровадження коштували близько 750 000 доларів на рік.
- Франція У 1998 році державне регулювання Франції вимагала від усіх пологових відділень підписувати конвенції з регіональними закладами рівня 3 щодо ведення пологів із високим ризиком. У пологових відділеннях 3-го рівня було відділення інтенсивної терапії новонароджених на місці та принаймні один неонатолог

присутній цілодобово. Підрозділи рівня 2 надавали дитячі кімнати спеціального догляду, які могли забезпечити догляд за дітьми, народженими на 32 тижні вагітності або пізніше. У пологових відділеннях 1 рівня не було палат для новонароджених.

Публікація звіту “до покращення результатів вагітності” в 1976 р. за участю чотирьох основних академічних асоціацій США стала поворотним моментом у підкресленні того, що перинатальна регіоналізація може значно сприяти покращенню материнських та неонатальних результатів. З тих пір регіоналізація перинатальної допомоги була реалізована в різних штатах США в різних формах і форматах, які, як правило, відповідали трьом рівням допомоги [307].

Інші країни згодом також запровадили програми регіоналізації перинатальної допомоги. До прикладу, серед країн з високим рівнем доходу такими країнами була Фінляндія, Франція, Японія, Норвегія, Португалія та Швеція; серед країн із середнім рівнем доходу - Бразилія, Іран, Лівія та Шрі-Ланка, а серед країн із низьким рівнем доходу - Індія. Проте кожна країна, а в деяких випадках регіони в країнах, запроваджували різні моделі “регіоналізації” [389].

У 1974 році програми регіоналізації діяли в 28 штатах, а оцінка цих програм була запланована в 26 з них. Деякі провінції Канади також запроваджували та оцінювали програми регіоналізації в цей час. Ці оцінки забезпечували емпіричну основу для багатьох наукових обґрунтувань, наслідки впливу місця пологів на виживання немовлят із високим ризиком. Вони також встановили рутинні показники для моніторингу регіоналізації [384].

Європейські країни розділяли цінності щодо відповідальності держави за надання медичної допомоги своїм громадянам. Однак, вони відрізнялися методами досягнення цих цілей, оскільки Європа складається з неоднорідних країн із різноманітними системами охорони здоров'я. Масштаби самих країн також суттєво відрізнялися: від Німеччини з населенням 82 мільйони і 785 000

народжень на рік до Люксембургу з населенням 430 000 і 5400 народжень на рік. Тому будь-які дискусії про “європейський” досвід повинні супроводжуватися врахуванням демографічної, політичної та культурної різноманітності Європи.

У 1996 році був заснований проект EUROPET за фінансування Європейської комісії з метою вивчення політики та практики транспортування вагітних та недоношених новонароджених між установами різного рівня та розробки рекомендацій щодо належної практики для Європи [386]. EUROPET мав на меті заповнити прогалини в знаннях, а також надати інформацію для європейських країн, які не мали програм регіоналізації.

У 1997 році проект EUROPET провів два дослідження. На першому етапі досліджувалася політика щодо переведення матерів під час вагітності високого ризику та переведення новонароджених дітей, народжених до 32 тижнів вагітності.

Друге дослідження EUROPET стосувалося дуже недоношених дітей, які були госпіталізовані у великі відділення для новонароджених у країнах-учасницях у 1996 році. Дуже недоношені діти визначалися як такі, що мають гестаційний вік менше 32 повних тижнів вагітності [336]. Члени EUROPET визначили відділення інтенсивної терапії новонароджених у своїх країнах. Щоб зосередитися на великих підрозділах, були збережені лише ті підрозділи, які приймали 40 або більше передчасно народжених дітей на рік. Ця гранична точка була обрана з єдиною метою диференціації проміжної допомоги від допомоги III рівня в різних організаційних умовах; воно не мало нормативної основи.

Стратегічний підхід до перинатальної допомоги у разі дуже передчасних пологів значно відрізнявся в Європі в 1998 році. Урядове регулювання існувало не в кожній країні, а коли вона існувала, то значно відрізнялася за змістом. У деяких країнах або регіонах усередині країни державне регулювання охорони здоров'я визначала рівні медичної допомоги на основі спроможності пологових відділень надавати допомогу при пологах високого ризику. Країни з

офіційно визначеними рівнями перинатальної допомоги включали Бельгію, Чехію, Францію, деякі регіони Італії, Нідерланди, Польщу, Португалію та Швецію.

Коли визначено рівні перинатальної допомоги, більшість країн базувалася на трирівневій системі, яка включає центри третинної медичної допомоги, що називалися відділеннями рівня III, інші неонатальні відділення – відділення рівня II, і пологові відділення без відділень для новонароджених віднесені до рівня I. Також було кілька варіантів цієї загальної схеми. У Бельгії, наприклад, оскільки всі пологові відділення зобов'язані мати відділення для новонароджених, не було пологових відділень I рівня. У Нідерландах лише відділення III рівня мали офіційне визначення. Крім того, рівні перинатальної допомоги визначаються по-різному в різних місцях. Найбільша неоднорідність у визначеннях спостерігається для відділень рівня II, які охоплюють широкий спектр установ проміжної допомоги.

Державне регулювання було більш-менш комплексним. Державне регулювання галузі в Нідерландах визначало 10 відділень інтенсивної терапії, яким дозволено надавати неонатальну інтенсивну терапію недоношеним немовлятам, але не вказує показань для переведення до цих центрів чи інших рекомендацій. У Франції обладнання та персонал визначені для кожного рівня медичної допомоги, і кожне відділення акредитовано відповідно до його здатності відповідати цим нормам. Кожне відділення повинно було брати участь у перинатальній мережі з угодами щодо допомоги жінкам з вагітністю високого ризику. У Польщі програма регіоналізації включала конкретні цілі охорони здоров'я, класифікацію всіх пологових відділень, встановлення угод між відділеннями та показання до переведення матері та дитини [301].

Деякі країни не використовують офіційну політику охорони здоров'я для регулювання перинатальної допомоги у разі пологів високого ризику. Натомість національні наукові товариства видають рекомендації та керівні принципи, які загалом підкреслюють важливість переведення та допомоги у пологах у центрах рівня III для недоношених дітей. Це стосується Німеччини,

Італії, Словенії та Австрії. У Німеччині, наприклад, Німецьке товариство неонатальної та педіатричної інтенсивної терапії та Німецьке товариство перинатальної медицини опублікували рекомендації щодо неонатального переведення у 1996 році. Вони встановлюють критерії для перинатальних центрів та описують їх організаційну структуру та інші вимоги; формальні рівні перинатальної допомоги не були визначені, але були видані детальні показання для переведення в перинатальні центри.

В інших європейських країнах певну роль відіграють як уряд, так і наукові товариства. У Нідерландах держава регулює постачання послуг інтенсивної терапії новонароджених. Проте рекомендації щодо інших послуг були видані науковим товариством. У Данії науковий комітет розробив рекомендації з передової практики, які згодом були схвалені Національною радою охорони здоров'я.

Значні відмінності в організації акушерських служб у Європі вплинули на політичний підхід до перинатальної допомоги за пологами високого ризику. Концентрація народжуваності є одним із визначальних факторів необхідності організованої політики переведень. З одного боку, немає необхідності в чіткій політиці регіоналізації, коли лише одне пологове відділення надає послуги в певному регіоні. Питання організації перинатальної допомоги за новонародженими групи ризику гостріше постає за наявності великої кількості пологових відділень, оскільки не у всіх зазвичай є можливість забезпечити III рівень неонатального лікування. Тому необхідно визначити підрозділи, які будуть доглядати за немовлятами з групи високого ризику, а також організувати транспортування як до, так і після пологів.

У скандинавських країнах і Великобританії допомога при пологах зосереджена у великих пологових відділеннях; Португалія та Іспанія також мають зосереджені послуги. В інших місцях нормою є менші пологові відділення. Модель у Нідерландах була унікальною через велику частку жінок, які народжували вдома; близько 30% у 1995 році, хоча прослідковувалася тенденція до зменшення цього показника.

Група європейських регіонів демонструє велику варіативність у пропозиції акушерських послуг. У деяких регіонах існує три пологових відділення на 10 000 пологів (Данія; Великобританія), тоді як в інших регіонах однакова кількість пологів відбувається в 12 і 14 пологових відділеннях (Німеччина; Італія). Доступність відділень інтенсивної терапії III рівня також різна; в деяких регіонах відділення інтенсивної терапії охоплюють в середньому 20 000 пологів (0,5 на 10 000 пологів), тоді як в інших охоплення в середньому становить 4000 пологів [].

Іншу різницю між регіонами можна побачити в ролі підрозділів рівня II. Наприклад, у Данії та Великій Британії відділення II рівня обслуговують значну частку дуже недоношених дітей, у тому числі надзвичайно недоношених дітей. У Нідерландах, Італії, Бельгії та Португалії цих дітей переводять до відділень інтенсивної терапії III рівня.

Технологічні розробки швидко впроваджувалися по всій Європі, але цей огляд показує, що жоден організаційний підхід не отримав загального визнання чи широкого розповсюдження. Різноманітність підходів у країнах із подібним рівнем розвитку та медичних технологій пропонує унікальну можливість зрозуміти, як різні організаційні характеристики впливають на доступ до медичної допомоги, результати здоров'я та використання ресурсів.

Важко отримати національні та регіональні дані про місце народження недоношених дітей, особливо якщо немає офіційних класифікацій рівнів перинатальної допомоги. Реєстрація та звітність про надзвичайно передчасні пологи також відрізняються в рутинних системах збору даних. Дослідження виявили значні варіації показників перинатальної смертності, пов'язані з цими відмінностями. Відмінності в медичній практиці перинатальної допомоги за дуже недоношеними дітьми також впливають на показники смертності та ускладнюють порівняльний аналіз моделей перинатальної допомоги. Європейське дослідження прийняття рішень у відділеннях інтенсивної терапії демонструють досить значні відмінності в підходах до реанімації дуже недоношених дітей. Таким чином, для порівняння результатів для здоров'я між

цими різними моделями догляду необхідні спеціальні дослідження щодо перинатальної допомоги та її результатів у питаннях виживаємості дуже недоношених немовлят.

Незважаючи на відмінності, європейські країни шукають відповіді на спільні проблеми. Існує, наприклад, невизначеність щодо відповідних типів відділень, у яких мають отримувати допомогу недоношені діти. Деякі дослідження показують, що смертність вища серед немовлят, які отримують допомогу в невеликих неонатальних відділеннях з невеликою кількістю пацієнтів []. Дослідження дуже недоношених дітей у Шотландії та Австралії припустило, що спостережувані відмінності в смертності були зумовлені відмінностями в характеристиках відділення для новонароджених []. Враховуючи велику кількість невеликих відділень рівня III у деяких регіонах та участь відділень рівня II у перинатальній допомозі недоношеним дітям, це питання актуальне для багатьох європейських країн.

Подальше вивчення переваг і недоліків різноманітних, особливо європейських моделей медичної допомоги могло б дати краще розуміння країнам, які прагнуть покращити організацію перинатальної допомоги та результати здоров'я для вагітних з групи високого ризику.

Стратегійні зміни у системі перинатальної допомоги, ефективність та неефективність деяких підходів можна простежити на прикладі США. Система перинатальної допомоги в Сполучених Штатах Америки відіграє життєво важливу роль у сприянні здоров'ю та благополуччю вагітних жінок, їхніх немовлят і сімей, є органічною частиною системи охорони здоров'я та системи соціальних послуг. Система охоплює комплекс послуг, спрямованих на супровід жінок під час вагітності, пологів та післяпологового періоду, допомогу не тільки медичну, але й фінансово-економічну, психологічну, соціальну, інформаційну, організаційну тощо. Після стабільного зростання протягом більш ніж 25 років, починаючи з середини 90-х років ХХст., Сполучені Штати нині мають найвищий рівень материнської смертності серед розвинених країн [396]. Має місце низка проблем таких як відстань до надання медичної

допомоги, закриття лікарень та акушерських пунктів, соціальні детермінанти здоров'я, які ще більше підвищують ризик здоров'я для матері та дитини, включаючи важку материнську захворюваність [310], [311]. Тривожні показники здоров'я вагітних, новонароджених, матерів та дітей до 1 року у США, особливо в сільських громадах [320], спонукали до нагальних заходів з покращення надання перинатальної допомоги засобами цілеспрямованих удосконалень на рівні всієї системи.

Зазначимо на схожості проблем, які мають системи перинатальної допомоги України та США. Тому вивчення досвіду США, як країни з однією з найпотужніших економік світу, є, на наш погляд, доцільним в умовах перетворень в системі охорони здоров'я, зокрема системи перинатальної допомоги в Україні, особливо в контексті процесів децентралізації повноважень, залучення інвестицій, розвитку страхової медицини та телемедицини тощо.

Система перинатальної допомоги в Сполучених Штатах характеризується з управлінської точки зору, перш за все, тісним і складним поєднанням державних і приватних надавачів медичних послуг та медико-соціальних програм, розроблених для підтримки жінок під час вагітності, пологів і післяпологового періоду. Система перинатальної допомоги передбачає комплекс послуг, спрямованих на забезпечення здоров'я та благополуччя вагітних, матері та новонародженого, а також сімей з дітьми. Тобто, має місце розширене розуміння системи перинатальної допомоги, яке передбачає не виключно медичну, але й інші види допомоги вагітним, породіллям, матерям і дітям, їх родинам [311]. В період з 2017 по 2021 роки у зв'язку з потребами у реформуванні системи перинатальної допомоги була проведена низка змін. За результатами 2021 року за відомостями, які оприлюднив Національний центр статистики здоров'я США, основними напрямками розвитку ефективності функціонування системи перинатальної допомоги є такі: допологовий догляд (адекватна та неадекватна перинатальна допомога, соціальний, просвітницький та інший супровід); пологи; розвиток відділення інтенсивної терапії

новонароджених (NICU) та доступність (географічна та соціально-економічна) цієї медичної послуги, післяпологовий догляд (до якого окрім матері долучається і родина), медичне страхування, федеральні програми та програми штату щодо розвитку перинатальних послуг, навчання та підтримка персоналу, вагітних і молодих матерів, членів родини, охорона психологічного здоров'я вагітних, породіль, матерів та дітей, розвиток медичної грамотності [361].

Допологова перинатальна допомога передбачає регулярні медичні огляди та скринінги для вагітних жінок для моніторингу здоров'я як матері, так і плоду. Під час цих візитів медичні працівники оцінюють ріст і розвиток дитини, вирішують будь-які проблеми чи ускладнення та пропонують поради щодо харчування та способу життя тощо. Послуги допологової перинатальної допомоги зазвичай включають скринінг і лікування захворювань, а також виявлення та втручання щодо поведінкових факторів ризику, пов'язаних із поганими результатами пологів (наприклад, куріння, вживання психотропних речовин, погане харчування, ризикована поведінка тощо). Оцінка відповідності допологової перинатальної допомоги, отриманого під час вагітності, може бути виміряна різними способами. PeriStats надає дані про час першого візиту до пологів; тобто коли допологову перинатальну допомогу вперше розпочато під час вагітності. Він також надає дані про адекватність допологової перинатальної допомоги, оцінює як час першого візиту до пологів, так і частоту візитів протягом всієї вагітності. У зв'язку із зазначеними показниками виникають поняття адекватної та неадекватної перинатальної допомоги.

Адекватна/адекватна-плюс (належна) допологова перинатальна допомога – це допомога, пов'язана з вагітністю, починаючи з перших чотирьох місяців вагітності з відповідною кількістю візитів відповідно до гестаційного віку немовляти. У США в 2021 році 75,6% немовлят народилися від жінок, які отримували адекватну/адекватну-плюс допологову перинатальну допомогу [229]. Неадекватна (неналежна) допологова перинатальна допомога – це допомога пов'язаний з вагітністю, починаючи з п'ятого місяця вагітності або пізніше або менше ніж 50% належної кількості відвідувань для гестаційного

віку немовляти. У 2021 році приблизно 1 із 7 немовлят (14,5% живонароджених) народилася жінками, які отримували неадекватну допологову перинатальну допомогу у Сполучених Штатах [Там само]. Організація та проведення адекватної (належної) перинатальної допомоги це відповідальність не тільки акушерів-гінекологів та медичного персоналу. Відповідно до нової концепції перинатальної допомоги – це є спільна відповідальність самої матері та її оточення, лікарів первинної ланки (сімейних та приватної практики, хто забезпечує професійний огляд в тих видах професій, де це передбачено, медичних працівників закладів освіти, якщо вагітна ще навчається, соціальних центрів, у разі перебування в такому центрі тощо). Метою такої інфраструктури допологової перинатальної допомоги є максимально швидше залучити жінку до системи надання послуг [361].

Коли настає час пологів, у майбутніх матерів в США є різні варіанти. Організаційна медична структура перинатальної допомоги містить пологи в лікарні, в пологових центрах або, в деяких випадках, пологи вдома. Лікарні є найпоширенішим місцем для пологів і зазвичай мають спеціалізовані пологові відділення з персоналом належної підготовки лікарями-акушерами, акушерками, медсестрами та іншими навченими фахівцями, які допомагають під час пологів. А також, на відміну від пологових центрів, медичну інфраструктуру для новонароджених та дітей старше 28 днів. В пологових центрах, зазвичай, надають допомогу в пологах, при народженні немовляти та впродовж перших 27 днів життя, далі необхідно звертатися до інших закладів охорони здоров'я. Саме через бажання забезпечення неперервності медичних та інших послуг, більшість родин надають перевагу лікарні, оскільки спектр послуг там ширший [460].

Окремої уваги з точки зору організації та надання медичних послуг, на наш погляд, заслуговують планові пологи вдома. У США приблизно 35 000 пологів на рік відбуваються вдома [361]. Приблизно одна чверть цих пологів є незапланованими або без нагляду. Хоча Американський коледж акушерів і гінекологів вважає, що лікарні та акредитовані пологові центри є

найбезпечнішими місцями для пологів, кожна жінка має право прийняти медичне обґрунтоване рішення щодо пологів. Важливо, що жінки повинні бути проінформовані про те, що кілька факторів мають вирішальне значення для зниження рівня перинатальної смертності та досягнення сприятливих результатів домашніх пологів. Саме тут, для поінформованості та оцінки ризиків важливим є адекватна (належна) допологова перинатальна допомога. Про наявні ризики та можливості щодо пологів мають повідомити передчасно лікарі та середній медичний персонал, які супроводжують вагітність.

До факторів, що мають вирішальне значення для досягнення сприятливих результатів домашніх пологів і зниження рівня перинатальної смертності, належать:

- відповідний відбір кандидатів для домашніх пологів;
- наявність сертифікованого для проведення домашніх пологів середнього медичного персоналу - акушерів, чи акушерів, чия освіта та ліцензія відповідають глобальним стандартам акушерської освіти Міжнародної конфедерації акушерок, або лікаря, який практикує акушерство в рамках інтегрованої та регульованої системи охорони здоров'я;
- швидкий доступ до консультації;
- доступ до безпечного та своєчасного транспорту до найближчих лікарень, а також відстань до неї [262].

Комітет з акушерської практики США нормативно врегулював протипоказання до запланованих домашніх пологів. За їх наявності жінка має бути госпіталізована [263]. Але тут знову важливим чинником є адекватна (належна) допологова перинатальна допомога, що дозволить виявити показання та протипоказання, а також гарантує наступність та безперервність послуг перинатальної допомоги.

Післяпологова перинатальна допомога в США зосереджується на здоров'ї та самопочутті матері після пологів. Вона містить наступні візити до надавачів медичних послуг для моніторингу фізичного та емоційного відновлення жінки

та збереження її репродуктивного здоров'я, систему підтримки грудного вигодовування (включно з банками грудного молока), вирішення будь-яких післяпологових ускладнень тощо [262]. Аналізуючи цей досвід, ми звернемо увагу лише на дві відносні новели для української системи перинатальної допомоги: організаційне забезпечення грудного вигодовування та перинатальне ментальне здоров'я.

Інфраструктура для популяризації та підтримки грудного вигодовування в США є досить широкою і вона присутня на всіх етапах перинатальної допомоги – починається ще під час допологової перинатальної допомоги і продовжується весь перинатальний період. До цієї системи залучені:

- заклади охорони здоров'я. У лікарнях і пологових центрах США є консультанти з лактації та послуги з підтримки грудного вигодовування, доступні для молодих матерів. Консультанти з лактації – це навчені професіонали, які можуть допомогти матерям із технікою грудного вигодовування, вирішенням поширених проблем грудного вигодовування тощо [339];

- групи підтримки на базі громади. На додаток до послуг на базі лікарень, по всій країні існують численні групи підтримки грудного вигодовування на основі громад. Цим групам часто допомагають консультанти з лактації, медичні працівники або досвідчені матері, які годують груддю. Вони пропонують молодим мамам безпечний простір, де вони можуть поділитися своїм досвідом, отримати пораду та отримати підбадьорення від інших, які переживають подібні ситуації [361];

- програми соціальної та інформаційної підтримки. Програма WIC (Women, Infants, and Children), фінансується федеральним бюджетом, пропонує підтримку грудного вигодовування. WIC надає консультації, освіту та доступ до ресурсів щодо грудного вигодовування для жінок із низьким рівнем доходу та їхніх дітей [227];

громадські організації та наукові інституції щодо підтримки грудного вигодовування. Наприклад, La Leche League International (LLL) відома

всесвітня некомерційна організація, яка надає підтримку та інформує про грудне вигодовування. Вона пропонує місцеві групові зустрічі, телефонні консультації, онлайн-форуми та ресурси для годуючих матерів [341]. НМВНА (The Human Milk Banking Association of North America, Асоціація банків людського молока Північної Америки) – некомерційна організація, яка акредитує некомерційні молочні банки в США і Канаді. Молочні банки-члени НМВНА допомагають здоровим людям, що годують грудьми, здавати додаткове грудне молоко для підтримки слабких немовлят [318]. Також провідну роль, особливо щодо формування стандартів та рекомендацій, мають наукові інституції Альянс за інновації в галузі охорони здоров'я матерів (Alliance for innovation on maternal health) [227] та Американський коледж акушерів і гінекологів (American College of Obstetricians and Gynecologists) [229];

Інтернет-ресурси. з розвитком технологій багато груп підтримки грудного вигодовування та ресурси перемістилися в Інтернет. Різноманітні веб-сайти, форуми та групи в соціальних мережах присвячені підтримці грудного вигодовування, що дозволяє матерям спілкуватися та шукати поради у ширшій спільноті. Американський коледж акушерів і гінекологів рекомендує звертатися тільки до професійних спільнот та обговорювати будь-які рішення відносно власного здоров'я та здоров'я дитини із лікарем [229];

підтримка на робочому місці: у США нормативно захищене право матері на годування грудьми на робочому місці чи зниження грудного молока. Багато роботодавців також запровадили політику підтримки працівників, які годують грудьми, наприклад, надавши спеціальні кімнати та гнучкий час перерв, оскільки Закон “Про справедливий трудові стандарти” (FLSA), зобов'язує працедавців забезпечити базові умови для годуючих матерів на робочому місці. До цих умов включають час для жінок, щоб зцідити молоко, і приватний простір, який не є ванною (туалетом), щоразу, коли їм потрібно зцідити молоко [294]. Подібні норми є і в українському законодавстві, але вони потребують розвитку та інфраструктурного забезпечення.

Ще одна інновація, що заслуговує уваги, на наш погляд, є розвиток послуг з підтримки перинатального ментального здоров'я. У США психічні розлади є найпоширенішими ускладненнями вагітності та пологів, а суїцид і передозування разом є основною причиною смерті молодих матерів. Хоча обізнаність щодо перинатального психічного здоров'я зростає, залишаються значні прогалини. Скринінг і лікування широко рекомендуються, але впроваджуються нерівномірно, а регулювання та фінансування не сприяють належній підтримці психічного здоров'я дітородних жінок. Оскільки щорічно в США народжується близько 3,8 мільйона дітей, приблизно одна програма інтенсивного перинатального лікування психічного здоров'я в даний час доступна на кожні 21 000 жінок з ментальною нестабільністю [361]. Зараз американська спільнота, медичне та управлінське середовище працюють за такими напрямками, щоб вирішити проблему: стандартизація збору даних, підтримка актуальної бази даних про ключові характеристики, підтримка існуючих та формування нових програм; адвокація (пошук) фінансування для програм та розробка збалансованої політики; складання переліку рекомендованих основних послуг, заснованих на фактичних даних, які мають надаватися всім, кому показано перебувати на цих програмах, створення регіональних планів для географічної доступності програм; збільшення кількості надавачів послуг [229].

На наш погляд, Україні варто звернути увагу на досвід розвитку послуг щодо перинатального ментального здоров'я. Наслідки пандемії та війна створили додаткові стресові чинники та спонукають до психологічної нестабільності в перинатальний період, що може призвести до серйозних ментальних наслідків, зокрема і ранньої деменції [394], тому з цією проблемою варто працювати, поки вона ще є вирішуваною та не набула ознак незворотності.

Досвід змін в системі перинатальної допомоги США є прикладом активної взаємодії суспільства та держави, розподілу відповідальності за громадське здоров'я між різними суб'єктами. До таких суб'єктів належать:

держава як інституція (правова регламентація, розробка стандартів, механізми контролю, гарантування мінімальних послуг тощо), місцеве самоврядування (на рівні штату та інших адміністративно-правових одиниць), територіальні громади, професійні об'єднання, громадські об'єднання (міжнародні, міждержавні та національні), заклади охорони здоров'я, освітні та наукові установи, самі громадяни та їх сім'ї, оточення, надавачі медичних та медико-соціальних послуг, страхові компанії тощо. Такий підхід дозволяє розширити спектр та підвищити якість послуг, забезпечити наступність послуг перинатальної допомоги на різних етапах, знизити бюджетний тягар. Корисність такого досвіду, на наш погляд, полягає в тому, що в Україні сучасна система охорони здоров'я, перинатальної допомоги зокрема, а також правове регулювання галузі дозволяє розбудовувати систему, що ґрунтується на партнерстві та взаємодії різних сторін. Тому усвідомлення сильних та слабких сторін такої взаємодії є важливим ще на етапі розбудови, який зараз проходить Україна. Це важливо не виключно для розвитку системи перинатальної допомоги в Україні, але і для реформування галузі охорони здоров'я в цілому.

Реалізація програм регіоналізації перинатальної допомоги зазвичай збігається з такими чинниками, як покращення соціально-економічного статусу населення, збільшення інвестиції в системи охорони здоров'я, формування нових підходів до діагностики та лікування тощо. Тому вивчаючи міжнародний досвід, важливо оцінити наслідки власне перинатальної регіоналізації. Незважаючи на те, що багато політичних ініціатив на національному та міжнародному рівнях сприяли впровадженню перинатальної регіоналізації протягом останніх десятиліть, було небагато спроб систематичного огляду ситуації для того, щоб оцінити та доказати її ефективність. Програми перинатальної регіоналізації є дорогими для реалізації та вимагають загальносистемних підходів, але вони мають потенціал для покращення результатів здоров'я. У той же час, якщо вони неефективні, вони можуть лише відвернути важливі ресурси від інших пріоритетів охорони здоров'я. Кожна країна має свої особливості розбудови системи перинатальної допомоги, тому

їх вивчення та аналіз ефективності політик, що базуються на доказах, дають змогу узагальнити переваги та недоліки відповідних політик для обміну досвідом та використання у практиці зацікавлених країн.

3.2. Імплементация міжнародних підходів до державного регулювання системи перинатальної допомоги в Україні

Війна в Україні спровокувала масштабну соціально-гуманітарну кризу та поставила перед системою охорони здоров'я нові виклики, на які необхідно терміново реагувати. Вся система надання медичних послуг переформатовується в процесі воєнного стану. Такі стани і періоди життя як: подолання проблем репродуктивного здоров'я, планування дитини, вагітність, пологи, догляд за немовлям та перші роки життя дитини є дуже складними у фізичному і ментальному вимірах для матері та дитини в режимі звичайного життя, а в умовах війни – тим більш. Нові виклики спонукають до розв'язання зовсім нових для системи надання медичних послуг проблем, а відповідно, потребуються розробки оновлених стратегічних поглядів на всю систему охорони здоров'я і діяльності перинатальних служб, як її складової.

Переосмислюючи функціонування системи перинатальної допомоги в умовах глибинних структурних криз, котрі викликані війною, мусимо усвідомлювати, що якісне оновлення системи перинатальної допомоги відбуватиметься в контексті інституційних та змістовних перетворень всієї системи охорони здоров'я та надання соціальних послуг в Україні в цілому. Нові умови існування потребують нових підходів до стратегічного бачення проблем та їх вирішення.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) розробила програмний документ "Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров'я в Україні", який запропонований для нашої країни як магістральні напрями розвитку зараз, у воєнний час, та у подальшому – на час післявоєнної розбудови.

Стратегічні напрямки, що містяться в цьому документі, передбачають п'ять засадничих принципів для подальшого успішного функціонування:

- пацієнтоцентричність (орієнтованість на людину);
- рівність і фінансовий захист;
- резильєнтність;
- ефективність і стабільність;
- підзвітність [398].

Окреслені магістральні напрями розвитку можуть бути застосовані вже сьогодні, а також у майбутньому як критерії для оцінки вигідності та доцільності потенційних інвестицій у різноманітні програми і заходи охорони здоров'я, надання медичних послуг (йдеться про якісні індивідуальні медичні та медико-соціальні послуги, зміни інфраструктури для підвищення якості цих послуг у галузі громадського здоров'я та соціальних заходів, а не тільки відбудови знищених під час війни об'єктів чи логістичних мереж гуманітарної галузі). Метою впровадження перелічених принципів до практики функціонування системи охорони здоров'я та соціальної допомоги хворим є необхідність узгодження пріоритетних напрямків повоєнної відбудови та подальшого розвитку системи соціальних послуг для хворих, охорони здоров'я в Україні з можливими інвестиціями в цій галузі. Процес узгодження має відбуватися на нових засадах, саме для цього вкрай необхідним є визначення стратегічного контексту змін в галузі охорони здоров'я, функціонуванні системи служб, які надають перинатальні послуги, зокрема.

Готовність до надзвичайних ситуацій і реагування. Принципи пацієнтоцентричності, рівності і фінансового захисту, резильєнтності, ефективності та стабільності, підзвітності планується застосовувати в розбудові системи охорони здоров'я одночасно із реалізацією проєкту Стратегії охорони здоров'я до 2030 року [89]. Такий підхід є необхідним для того, щоб узгодити інвестиції у відновлення системи охорони здоров'я, зокрема і системи перинатальної допомоги, із загальною стратегією реформ повоєної України та інтегрувати нові принципи у поточну діяльність.

ВООЗ в своїх рекомендаціях розглядає напрям “Громадське здоров’я, готовність до надзвичайних ситуацій і реагування” як одну з важливих складових реалізації зазначених принципів до відновлення і перебудови системи охорони здоров’я. За запропонованою експертами ВООЗ послідовністю заходів напрям “готовність до надзвичайних ситуацій і реагування” стоїть на першому місці [398].

Незважаючи на те, що бойові дії на території України ще тривають, уряд країни демонструє готовність і чітку спрямованість вже нині здійснювати все необхідне для відновлення всіх галузей життєдіяльності держави, зокрема і галузі охорони здоров’я, перед якою війна поставила низку суттєвих викликів.

Війна призвела до суттєвого росту потреб населення в медичній допомозі різних напрямів, і це є очікуваним. Хоча деякі напрями медичних послуг, як протезування, розширюються надзвичайно швидко. А послуги щодо збереження чи відновлення репродуктивного здоров’я суттєво змінили свій якісний та кількісний склад, через часті випадки сексуального насилля над жінками.

З іншого боку, знизилася загальна здатність системи охорони здоров’я надавати деякі види послуг, зокрема коли мова йде і про перинатальні послуги, особливо у випадках із ускладненнями. На деяких територіях України рівень кваліфікованої перинатальної допомоги може бути і нульовим, на жаль. У різних регіонах України обсяг та рівень якості перинатальних послуг може суттєво різнитися. Це пов’язано з низкою причин, зокрема й тим, що деякі заклади охорони здоров’я пошкоджені чи зруйновані, відповідно на вціліли заклади припадає додаткове навантаження.

Ще однією особливістю є інституційні виклики пов’язані з переміщенням великої кількості людей, отже виникає необхідність задовольняти їхні потреби в медичному обслуговуванні. Зосереджуючись на системі перинатальних послуг зазначимо, що жінки та немовлята відчують суттєве погіршення стану почуття і якості медичних послуг через перерване лікування, зміну лікаря чи зміну життєвих обставин. Ці та інші виклики, у поєднанні із наслідками

пандемії COVID-19, негативними масовими впливами на здоров'я населення війни тощо, ставлять питання інституційної спроможності та готовності системи перинатальної допомоги на перший план у сучасних умовах.

Останній рік проявив цілу низку проблем і цей сплеск, скоріш за все, триватиме й надалі, як мінімум до завершення активних бойових дій. Порушення в інфраструктурі системи профілактичних і медичних послуг чи догляду за немовлятами, наслідки руйнування логістичного забезпечення, відтік кваліфікованих лікарських кадрів та фахівців середнього медичного складу, скоріш за все, набуватимуть більших масштабів впродовж наступних двох-трьох років [120].

Поки триває криза, спричинена війною, необхідно закласти підґрунтя для переходу від кризового управління, яке властиве для нашої країни нині (загальнонаціональні та місцеві органи влади діють з огляду короткострокових перспектив, а також покривають нагальні потреби завдяки гуманітарній допомозі та зовнішній фінансовій підтримці) до ординарного управління, тобто в умовах стандартного функціонування, але за умов високого рівня ризиків і постійної готовності до надзвичайних ситуацій (*United24*) [451].

Зазначена вимога потребує від управлінців послідовного, комплексного, сформованого, але одночасно динамічного сприйняття всього спектру різноманітних заходів щодо відновлення системи перинатальної допомоги та охорони здоров'я в Україні в цілому.

Людський ресурс для впровадження стратегічних змін. Для визначення, а головне – подальшої реалізації стратегічних напрямів у відновлені та розвитку перинатальної допомоги, важливо розуміти, що це не тільки відповідальність лікарів. Директори закладів охорони здоров'я, управлінці та посадовці органів виконавчої влади і місцевого самоврядування, військово-цивільних адміністрацій несуть пряму відповідальність за реалізацію стратегічних напрямів, що, на наш погляд містить:

- надання ресурсів та підтримку персоналу;

- інформування медичного персоналу (різного рівня кваліфікації) про політику та наслідки її невиконання;
- створення і підтримка культури, яка передбачає, зокрема, систему перинатальної екстреної освіти для медичного персоналу інших напрямів підготовки;
- створення культури, яка є безпечною та сприятливою, щоб дозволити персоналу навчатися та опрабовувати компетентності отримані в процесі такої освіти;
- забезпечення того, щоб усі відповідні медичні працівники отримали необхідну освіту;
- управління ефективністю роботи медичних працівників, які не відповідають необхідним стандартам освіти;
- інформаційний супровід процесу відстеження, моніторингу та оцінки різноманітних програм розвитку перинатальних послуг;
- моніторинг відповідності змін очікуваним результатам;
- моніторинг відповідності підготовки персоналу різних рівнів професійної кваліфікації очікуваним змінам.

Персонал закладів охорони здоров'я та різних медичних підрозділів в свою чергу відповідає за: дотримання новоствореної Стратегії; управління власною освітою/підготовкою з невідкладної перинатальної допомоги, гарантуючи, що вони залишаються компетентними для своєї сфери діяльності та рівня відповідальності; завершення необхідної освіти протягом шести місяців після початку роботи; знання логістики та наявності місцевих освітніх програм.

Відповідно до нових стратегічних напрямів розвитку перинатальної допомоги, що закладаються зараз в сучасній системі охорони здоров'я для материнства та новонароджених, має бути забезпечено застосування підходу до управління ризиками на всіх рівнях, щоб гарантувати: стабільне надання послуг; освіту, яка базується на доказах і заохочує передову практику; дотримання принципів охорони праці (на основі *SA Health Policy 2021*) [405].

Важливим є, щоб оновлені стратегічні напрями перинатальної допомоги були доступні та зрозумілі для всіх працівників системи охорони здоров'я через програми комунікації/професійного розвитку місцевої мережі охорони здоров'я. Необхідно спрямовувати кожне відділення всі медичні підрозділи, що надає послуги пологів і догляду за немовлятами, щоб всі відповідні медичні працівники проходять стандартизовану підготовку з надання невідкладної перинатальної допомоги. Це буде надзвичайно важливим під час розбудови інфраструктури охорони здоров'я на ре інтегрованих територіях, через масове руйнування такої структури. Місцеве надання цієї освіти та навчання на місці оптимізує ознайомлення та використання конкретних процедур/протоколів перинатальної допомоги. У результаті навчання та опанування компетентностей може виникнути потреба в розробці додаткових спеціальних процедур/протоколів управління надзвичайними ситуаціями на місцевому рівні.

Окремо зазначимо, що регіональні служби перинатальної допомоги вимагатимуть місцевих процедур/політик і рішень. Стратегічні напрями перинатальної допомоги не повинна діяти ізольовано, а тільки як частина загальної місцевої політики відбудови всієї системи охорони здоров'я.

Перинатальне психічне здоров'я у збереженні здоров'я матері та дитини. Більшість проблем із психічним здоров'ям є такими ж поширеними в перинатальному періоді, як і в будь-якому іншому часі життя жінки. Коли виникають проблеми із психічним здоров'ям під час вагітності чи після пологів, є більш нагальна потреба в швидкому доступі до медичних послуг. Це важливо як для покращення результатів для жінки, а також мінімізувати негатив вплив на ненароджену дитину, що розвивається, чи немовля, яке знаходиться з матір'ю. Для України зараз важливим є і період планування вагітності, оскільки насильство над жінками під час військових дій, або втрата близьких створює для жінок серйозні психологічні випробування, не говорячи про загально стресову ситуацію в країні через війну.

Якщо жінка відчуває складні або важкі перинатальні проблеми психічного здоров'я, вона буде зазвичай отримувати допомогу у спеціалістів перинатального періоду служби психічного здоров'я. Ці послуги містять: спеціалізовану спільноту перинатальної медичної бригади, які пропонують спеціальні психіатричні та психологічні оцінки і догляд за жінками зі складними або важкими проблемами з психічним здоров'ям під час перинатального періоду. Вони також забезпечують упередження для жінок зі складним або важким проблеми з психічним здоров'ям (поточні або минулі) які планують вагітність.

Має бути передбачений стаціонар по догляду за жінками зі складною або важкою проблеми з психічним здоров'ям протягом останнього триместру вагітності і перший 12 місяців після пологів, щоб надати жінкам можливість отримувати стаціонарну допомогу, залишаючись з їхньою дитиною.

Такі бригади, на наш погляд, повинні бути багатопрофільним і забезпечувати послідовність дій у зв'язці пологи, патронаж, медична допомога та соціальний супровід. Своєчасність доступу до якісної перинатальної допомоги.

Збереження психічного здоров'я у перинатальний період може забезпечити низку довгострокових здобутків для жінки, дитини і суспільства в цілому. На наш погляд до таких здобутків може належати:

- покращення рівня одужання та результатів жінок та їхніх дітей, зокрема зниження ризиків несприятливих психологічних, соціальних наслідків, які б могли вплинути на успішне батьківство та соціальну реінтеграцію жінки з дитиною;
- зниження ризику передчасних пологів і мертвонародження, акушерські ускладнення та відкладені фізичний ріст дитини, що розвивається;
- зниження ризику поведінкових та емоційних проблеми для дитини в подальшому житті;

- зменшення збільшення витрат на подальшу медичну та соціальну підтримку людей із психічними розладами.

Погляд вперед, а також ключовий національний пріоритет для спільної роботи місцевих служб охорони здоров'я та соціального забезпечення, щоб гарантувати найбільш прийнятний доступ до медичної та немедичної допомоги, виходячи з потреб людей.

Важливим також є своєчасний доступ до науково обґрунтованої перинатальної та психологічної допомоги. Ключовим принципом всіх стратегій є своєчасний доступ до доказових перинатальних психіко-медичних послуг для всіх жінок, які цього потребують. Це повинно залишатися пріоритетом, навіть коли жінка переїжджає між різними населеними пунктами, змінює лікувальний заклад чи лікаря, оскільки їх потреби змінюються.

Консультації та моніторинг можуть допомогти запобігти багатьом проблемам із психічним здоров'ям, яких можна уникнути мінімізувати ризики, пов'язані з вагітністю, особливо у жінок із високим ризиком психічного здоров'я. До 90% жінок припиняють прийом ліків від наявної проблеми психічного здоров'я коли вони дізнаються, що вони вагітні, часто без консультації лікаря-практика [272]. Це може мати серйозні несприятливі наслідки, включаючи рецидив. Доступ до якісних консультацій, інформації, правильно підбраної та стабільно забезпеченої схеми лікування тощо допоможе жінкам приймати зважені рішення під час їхньої вагітності.

Щоб покращити показники ідентифікації та зменшити віддалені несприятливі наслідки недіагностованих і нелікованих проблем психічного здоров'я, це має вирішальне значення, що всіх жінок запитують про їх психічне здоров'я при кожному звичайному допологовому та післяпологовому огляді. Якщо є підозра на наявність проблеми з психічним здоров'ям, необхідно провести особисте обстеження для виявлення будь-які потенційні проблеми з психічним здоров'ям під час вагітності або післяпологовий період. Це допомагає забезпечити що жінки пропонують і можуть отримати доступ якнайшвидше своєчасне та відповідне лікування можлива можливість [242].

При складному або тяжкому психічному стані проблема відома чи підозрювана, слід звернутися до лікаря бути зроблені з первинної або вторинної медичної допомоги, материнства послуг або патронажної сестри до спеціалізованої спільноти перинатальна група психічного здоров'я для біопсихосоціальної оцінка. Але для будь-якого із перелічених заходів необхідно розбудувати медико-соціальну структуру підтримки. І тут можливим є тільки комплексний міжвідомчий підхід.

Як вже зазначалося, ВООЗ та група аналітиків розробили “Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров'я в Україні”, які мають стати керунками для подальшої діяльності системи охорони здоров'я у воєнний час та післявоєнній розбудові. Стратегічні напрямки запропоновані експертами базуються на п'яти принципах: пацієнтоцентричність (орієнтованість на людину); рівність і фінансовий захист; резильєнтність; ефективність і стабільність; підзвітність [52]. Мета впровадження зазначених принципів у діяльність системи охорони здоров'я полягає в необхідності узгодити пріоритетні напрямки відбудови та подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні з очікуваними інвестиціями. Цей процес має відбуватися вже на нових засадах, де готовність до надзвичайних ситуацій та адекватне реагування на них виходить на перший план. Зазначені принципи актуальні і для змін в управлінні системою перинатальної допомоги.

Планується застосовувати зазначені принципи одночасно із реалізацією проекту Стратегії охорони здоров'я до 2030 року. Це необхідно для того, щоб узгодити інвестиції у відновлення системи охорони здоров'я, зокрема мова йде і про перинатальні послуги, зі стратегією реформ всієї галузі та інтегрувати нові принципи діяльності у поточну гуманітарну допомогу [89], [52].

Ще один напрям змін стосується вже не глобальних тенденцій, а підтримки ВООЗ щодо реформування системи охорони здоров'я безпосередньо України та її бачення у пост воєнний період. Зазначимо, що ВООЗ підтримує реформи системи охорони здоров'я в Україні в їхньому історичному розвитку. Певним переломним моментом був 2016 рік. Саме з того моменту якісні зміни в

системі охорони здоров'я пришвидшилися, почалося створення нових органів управління, перегляд та формування нових вимог до підвищення їх ефективності, стала масштабною боротьба з корупцією та робота над питаннями доступності та рівності, забезпечення доступу до лікарських засобів особливо малозабезпечених верств населення та людей з хронічними захворюваннями, відбулося підсилення системи громадського здоров'я, змінилися принципи фінансування системи охорони здоров'я (впровадження принципу “гроші йдуть за пацієнтом”), надання первинної медичної допомоги, створенні електронної системи охорони здоров'я (e-health) тощо. Викликом для всіх стала пандемія COVID-19, що потребувало швидких заходів реагування. Проте, не дивлячись на виклики, процес реформування системи охорони здоров'я тривав.

З метою досягнення та подальшої реалізації цілей сталого розвитку, і завдань покладених на систему охорони здоров'я та благополуччя населення в цьому контексті, ВООЗ та партнери підтримували МОЗ, НСЗУ та уряд України в розробці Стратегії охорони здоров'я до 2030 року для подальшого вдосконалення сектору громадського здоров'я. Величезна за кількістю та руйнівна за масштабами збитків сила нападів на систему охорони здоров'я, починаючи з 24 лютого 2022 року, спонукала керівництво держави та галузі розпочати процес планування повоєнного відновлення систем охорони здоров'я в Україні. ВООЗ поділяю позицію України, розробляти план відновлення потрібно вже зараз. Позиція ВООЗ така “Галузь охорони здоров'я є невід'ємною частиною загальнонаціонального відновлення України. Здоров'я – це ще не все, але без здоров'я – все інше ніщо” [89]. Саме тому Офіс ВООЗ Європейського регіону сформулював Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров'я в Україні як рекомендацію, що допоможе у повоєнному відновленні нашої держави.

ВООЗ концептуалізує систему охорони здоров'я, орієнтовану на людину, як таку, що пріоритизує потреби та благополуччя індивідуумів у своєму підході до медичного обслуговування та лікування. Цей підхід зосереджується на

інтеграції медичних та соціальних послуг з метою забезпечення голістичної та неперервної допомоги, враховуючи різноманітність потреб пацієнтів на різних етапах життєвого циклу (рис.3.1).



Рис. 3.1. Система охорони здоров'я, орієнтована на людину за рекомендаціями ВООЗ [52].

Така система охорони здоров'я робить акцент на наданні допомоги, яка зосереджена навколо окремих пацієнтів та їхніх потреб, в ній орієнтованість на особистість, благополуччя та вподобання пацієнта є основними міркуваннями. Ключовими аспектами системи охорони здоров'я, орієнтованої на людину є такі.

Послуги, орієнтовані на пацієнта, тобто в системі постачальники медичних послуг тісно співпрацюють з пацієнтами, щоб зрозуміти їхні унікальні потреби в охороні здоров'я, цінності та цілі. Голос пацієнта цінується, і його внесок враховується під час прийняття рішень щодо охорони здоров'я. Лікування та медичне втручання адаптовані до конкретних потреб кожного пацієнта з урахуванням його історії хвороби, способу життя та особистих обставин життя. Пацієнти беруть активну участь у процесі

прийняття рішень щодо свого лікування. Їм надають інформацію про їхній стан, варіанти лікування, потенційні ризики та переваги, що дозволяє їм робити обґрунтований вибір. Система надає пріоритет безперервності медичної допомоги, гарантуючи, що пацієнти отримують постійну підтримку та координацію послуг, особливо при хронічних захворюваннях або складних медичних потребах.

Важливою складовою є повага до гідності пацієнтів. Це передбачає, що орієнтована на особистість система охорони здоров'я поважають гідність і автономію пацієнтів, враховуючи їхні культурні, духовні та особисті переконання. Надавачі медичних послуг віддають перевагу чіткій комунікації з пацієнтами та їхніми родинами, пропонуючи освіту та інформацію, щоб допомогти пацієнтам зрозуміти стан свого здоров'я та самостійно контролювати, коли це необхідно.

Система охорони здоров'я, орієнтована на людину передбачає, що пацієнти отримують емоційну та психологічну підтримку як частину свого лікування, визнаючи вплив, який психічне та емоційне благополуччя може мати на фізичне здоров'я. Профілактика та зміцнення здоров'я розглядаються як заходи по зміцненню здоров'я, працюючи над тим, щоб зберегти здоров'я пацієнтів і зменшити потребу в масштабних медичних втручаннях [499].

Система охорони здоров'я орієнтована на людину розроблена для підвищення загальної якості медичної допомоги та покращення результатів лікування пацієнтів шляхом застосування цілісного підходу, який розглядає пацієнта як цілісну особистість, а не лише сукупність медичних симптомів. Цей підхід спрямований на сприяння довірі та співпраці між постачальниками медичних послуг і пацієнтами, що зрештою призводить до більш ефективної та орієнтованої на пацієнта допомоги. В контексті реформування системи перинатальної допомоги така парадигма є досить дієвою та відповідає розширеному розумінню, де мова йде не виключно про медичні послуги, але й про цілий комплекс соціально-економічних заходів. Тобто, про модель перинатального світу, про яку ми будемо детально говорити далі у роботі.

В перинатальна допомога в системі охорони здоров'я орієнтованій на людину зосереджена на наданні персоналізованої, комплексної та емпатійної (заснованій на співчутті) допомоги майбутнім матерям, їхнім партнерам (батькам дитини) та новонародженим [500]. Кожна майбутня мама оцінюється для створення індивідуального плану догляду (медичної перинатальної допомоги та соціального супроводу), який враховує її унікальну історію хвороби, фактори ризику, культурне походження, уподобання та обставини життя. Цей план розроблюється у співпраці з жінкою медичною командою.

Вагітні матері та їхні родини беруть активну участь у прийнятті рішень щодо допологової перинатальної допомоги, варіантів пологів і післяпологової перинатальної допомоги. Їм надається інформація та підтримка, щоб вони могли зробити усвідомлений вибір, який відповідає їхнім цінностям і уподобанням. Орієнтована на людину система перинатальної допомоги забезпечує постійну роботу надавачів послуг впродовж перинатального періоду, зміцнюючи довіру та взаєморозуміння. Це може включати один і той самий медичний персонал, які надають допомогу від допологових візитів до пологів і післяпологових оглядів (від репродуктолога, у разі потреби, до неонатологів та педіатрів в одному медичному закладі для забезпечення безперервності та послідовності надання послуг).

Визнаючи емоційні та психологічні аспекти вагітності та пологів як невід'ємну складову фізіологічних процесів, перинатальна допомога в системі охорони здоров'я, орієнтованій на людину, включає підтримку психічного здоров'я матерів, вирішення таких проблем, як тривога, депресія та стрес, корегування прийому медикаментів тощо. Нині питання ментального перинатального здоров'я активно розробляється та набирає досліджень для формування доказових політик[499].

Медичний персонал враховує фізичні, емоційні, соціальні та духовні аспекти вагітності та пологів, сприяючи цілісному благополуччю як для матері, так і для новонародженого. Це забезпечує комплексний підхід до пацієнта, а відповідно – підвищує якість послуг.

Важливою частиною в перинатальній допомозі в системі охорони здоров'я орієнтованій на людину є навчання та інформація, а також культурна чутливість. Майбутні матері отримують повну інформацію щодо допологової та післяпологової перинатальної допомоги, пологів та догляду за новонародженими. Такі просвітницькі заходи мають бути адаптовані до індивідуальних потреб пацієток і заохочувати їх до усвідомленого вибору, формувати в них позитивний досвід материнства. Культурна чутливість передбачає повагу до світоглядних переконань вагітної та її оточення, і допускає, що перинатальна допомога може залежати від культурного походження та цінностей жінки, її родини, попереднього досвіду. В такій системі охорони здоров'я також застосовується підхід медчної допомоги, орієнтованої на сім'ю: визнаючи важливість сім'ї, залучаються партнери і сім'ї до процесу догляду та прийняття рішень, визнаючи їхні ролі та проблеми [493].

Система перинатальної допомоги орієнтована на людину поширює свою увагу на післяпологовий період, гарантуючи, що породіллі отримують постійну безперервну перинатальну допомогу і підтримку під час переходу до материнства. Це може включати підтримку лактації, планування сім'ї та лікування післяпологових розладів настрою [499]. Незважаючи на те, що індивідуальна перинатальна допомога є пріоритетом в цій системі охорони здоров'я, безпека пацієнтів і якість результатів залишаються у фокусі уваги центрального державного регулювання. Лікарі та інший медичний персонал використовують практику та стандарти, що ґрунтуються на фактичних даних, щоб забезпечити найкращі можливі результати як для матері, так і для новонародженого [492].

Підхід орієнтований на людину у перинатальній допомозі спрямований на те, щоб зробити досвід вагітності, пологів і післяпологового періоду максимально позитивним і повноцінним для майбутньої матері та її родини. Визначаючи пріоритет потреб, уподобань і загального благополуччя людини, надавачі медичних та інших послуг можуть допомогти забезпечити безпечний, задовільний і здоровий перинатальний досвід.

Але говорячи про баланс глобальних стратегій та українських реалій в контексті формування засадничих принципів якісних змін в системі перинатальної допомоги нашої країни, ми не можемо не зазначити ще на двох парадигмальних підходах розбудови систем охорони здоров'я, які нині застосовуються в світі. Мова йде про підходи інтегральної системи охорони здоров'я та охорони здоров'я, заснованої на цінностях. Їх співвідношення можна схематично зобразити наступним чином (рис. 3.2).

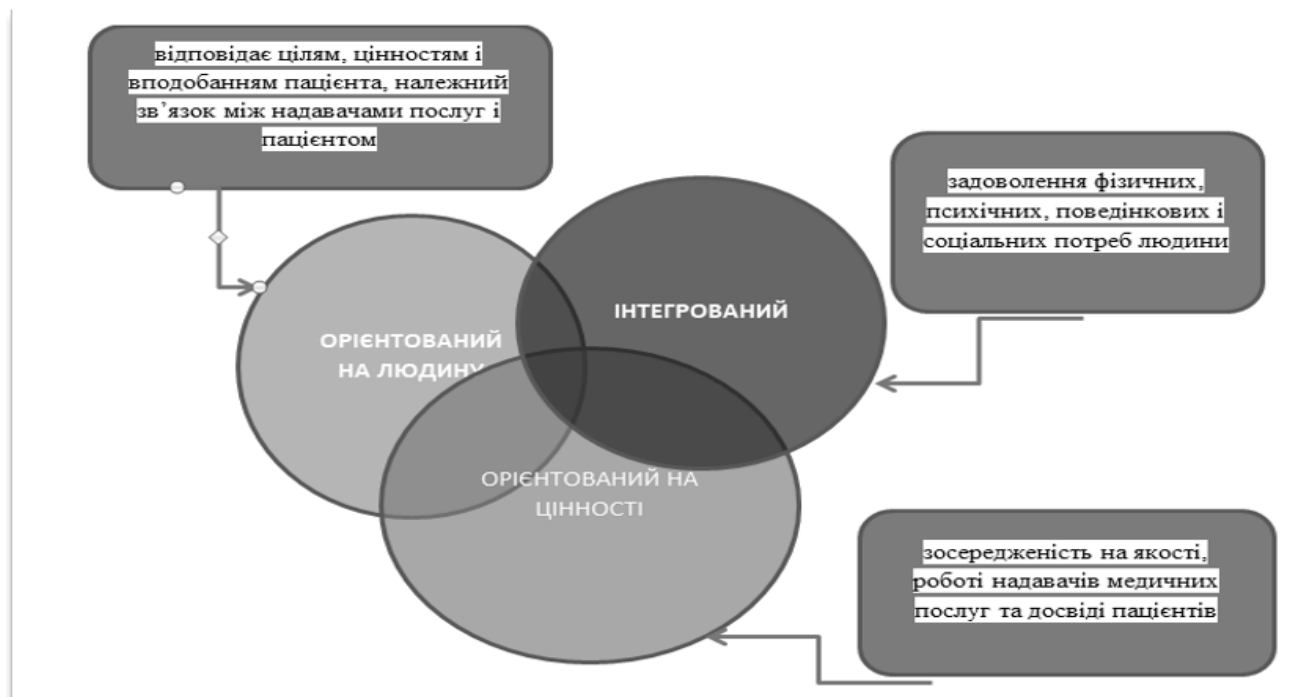


Рис. 3. 2. Сучасні парадигмальні підходи до надання послуг в системі охорони здоров'я

Зазначимо, що ці підходи можуть застосовувати в різних країнах окремо, або у певному поєднанні.

Інтегрований підхід до координації медичних послуг спрямований на поєднання співвідношення медичних та супутніх послуг для кращого задоволення фізичних, психічних, поведінкових і соціальних потреб людини. В центрі цього підходу лежить контроль та розробка самої послуги.

Підхід в системі охорони здоров'я, орієнтований на людину, зокрема і в системі перинатальної допомоги, ми вже детально розглянули вище, лише зазначимо, що він передбачає інтегровані медичні послуги, що надаються в

таким чином, які відповідають індивідам та їхнім цілям, цінностям і вподобанням, у системі, яка підтримує належний зв'язок між надавачами медичних послуг і пацієнтом, а також дає можливість особам, які отримують медичну допомогу, і надавачам послуг складати ефективні плани перинатальної допомоги разом. Тобто акцент робиться на координації та розбудові взаємодії.

Підхід до системи охорони здоров'я на основі цінностей реалізується через планування медичної допомоги таким чином, щоб вона була зосереджена на якості, роботі надавачів медичних послуг та досвіді пацієнтів. Особливий акцент робиться на ефективності та стійкості всієї системи охорони громадського здоров'я [52]. Можна сказати, що в цього підходу додалося прихильників в умовах масштабної кризи пов'язаної з Пандемією COVID-19, він є також цікавим для України в умовах війни.

Окремо наголосимо, що окреслені підходи до розбудови системи охорони здоров'я не суперечать один іншим, в певних аспектах вони перетинаються та можуть, навіть, підсилювати певні аспекти, не вступаючи в конфлікт. Таким чином може бути досягнута міжсекторальна готовність до надзвичайних ситуацій системи охорони здоров'я в Україні та забезпечено адекватне реагування на окремі ситуації та системні кризи, які виявляються через зовнішні та внутрішні чинники, або війну.

Досягнення балансу глобальних стратегій та вітчизняних реалій щодо формування засадничих принципів змін в системі перинатальної допомоги України пов'язано, перш за все, із співвідношенням ресурсів та підходів щодо їх використання. Система перинатальних послуг розвиватиметься в контексті розвитку та реформування системи охорони здоров'я та інших соціально-економічних галузей України.

Надаючи рекомендації щодо принципів відновлення та трансформації системи охорони здоров'я в Україні на воєнний та повоєнний період, ВООЗ визначає доцільність: “чітко розмежувати ролі, обов'язки та підзвітність, а також розвинути потенціал ЦГЗ МОЗу, Українського науковопрактичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗу, обласних

центрів контролю та профілактики хвороб і місцевих органів влади у питаннях функціонування системи та надання послуг у галузі громадського здоров'я; впровадити рекомендації СЗО (ЖЕЕ) щодо готовності до надзвичайних ситуацій та узгодити з вимогами вступу до ЄС; забезпечити інтеграцію та координацію послуг у галузі громадського здоров'я з індивідуальними послугами, зокрема на первинній ланці”, при цьому вважає недоцільним “залучати інвестиції в систему громадського здоров'я окремо за кожною хворобою, станом чи програмою” [325]. Отже, на сучасному етапі реформування системи перинатальної допомоги в Україні ми бачимо застосування як мінімум двох підходів до системи охорони здоров'я – орієнтованого на людину та орієнтованого на цінності.

Вбачаємо, що система перинатальної допомоги в Україні стане стійкішою до криз та надзвичайних ситуацій, забезпечить якість послуг та сприятиме підвищенню темпів природного відновлення населення, у разі коли у засади її реформування будуть покладені у поєднанні інтегральний підхід, підхід, орієнтований на людину та підхід орієнтований на цінності.

3.3. Стратегія реформування системи перинатальної допомоги в Україні крізь призму міжнародних показників ефективності її діяльності

У багатьох країнах світу сфера охорони здоров'я постійно перебуває у колі інтересів дослідників, науковців, громадських організацій, бізнес структур, суспільства та держави. Наявність хвороб, з якими людство вже навчилося жити, а також поява нових хвороб, інвалідизація населення через природні, технічні та військові причини тощо формують основне соціально-економічне навантаження на громадян та системи охорони здоров'я країн у всьому світі. Сфера охорони здоров'я була частиною програми Горизонт-2020 як пріоритетний напрям у підрозділ “Здоров'я, демографічні зміни та благополуччя”, є складовою наступної програми розвитку Горизонт Європа

(2021-2027 рр.) у кластері “Здоров’я”. Що дуже важливо для України як пріоритет в контексті вступу до ЄС.

Декларація тисячоліття (Цілі сталого розвитку) у Цілі №3 “Забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю для всіх у будь-якому віці” містить як мінімум дві цілі, які мають безпосереднє відношення до стану материнства та перинатального періоду: зниження дитячої смертності та покращення здоров’я матерів. Той факт, що дві з восьми Цілей сталого розвитку спрямовані виключно на матерів і дітей, є свідченням значної частки глобального тягаря хвороб, від якого вони страждають, і величезної нерівності всередині та між країнами щодо обсягів цього тягаря. Досягнення цих цілей нерозривно пов’язане на біологічному рівні, рівні медичного втручання та надання послуг.

Питання розвитку системи перинатальної допомоги завжди є надзвичайно актуальним для будь-якої країни. На жаль, в Україні склалася ситуація, коли увага системі перинатальної допомоги приділяється увага не за комплексним, а за галузевим підходом. Як наслідок знижується ефективність всіх компонентів на вже названих рівнях. Ми вбачаємо в цьому проблему, перш за все управлінського характеру, котра закладена методологією ставлення до перинатальних послуг ще пострадянського періоду з поділом на напрями відповідальності окремо медичні, соціальні, інформаційно-виховні тощо. Війна продемонструвала, що перинатальні послуги мають надаватися в комплексно і, бажано, в одному місці. Це є запорукою їх ефективності та результативності.

Підвищення ефективності перинатальної допомоги має вирішальне значення для міжнародного розвитку, розвитку світової спільноти в цілому, оскільки він безпосередньо впливає на здоров’я матері та новонародженого, сприяє гендерній рівності, розриває цикл бідності, допомагає стійкості та покращенню функціонування системи охорони здоров’я, а також узгоджується з Глобальними Цілями Розвитку. Підвищення ефективності системи перинатальної допомоги має призвести до покращення показників здоров’я,

економічного процвітання та загального людського розвитку в країнах по всьому світу.

Для того, щоб усвідомлювати прогрес у функціонуванні системи перинатальної допомоги та управління нею, необхідно визначити чіткі критерії та показники ефективності або не ефективності. Враховуючи потенційні та реальні складнощі, з якими стикається Україна на сучасному етапі життя, ми розуміємо, що перехід відбуватиметься поетапно. Прийняття, адаптація до реалій та вітчизняного законодавства та застосування на практиці критеріїв ефективності управління, що аналізуються в статті, потребують часу, зусиль та ресурсів, а також пошуку різних стратегій подолання перешкод в розбудові ефективного управління системою перинатальної допомоги в Україні.

Метою цього підрозділу дисертації є аналіз міжнародних підходів до визначення критеріїв ефективності управління системою перинатальної допомоги, їх систематизація у групи критеріїв за якими можна було б оцінювати ефективність в реформуванні системи перинатальної допомоги в Україні в майбутньому.

Ефективність управління перинатальною допомогою можна оцінити на основі кількох груп критеріїв. Зазначимо, що для визначення цих груп ми проаналізували низку міжнародних актів та стандартів, перш за все Стандарти ВООЗ, а також її регіонального Європейського офісу. Аналіз показав, що всі показники, про які йдеться в міжнародних документах охоплюють результати як для матері, так і для дитини (плода, новонародженого, немовля, дитини до року і старше). Було визначено декілька основних груп критеріїв оцінки ефективності перинатальної допомоги:

- наслідки для здоров'я матері. Благополуччя матері має вирішальне значення для перинатальної допомоги (для оцінки ефективності допомоги зазвичай враховуються такі фактори: рівень материнської смертності, а саме кількість материнських смертей на 100 000 живонароджених; рівень материнської захворюваності – частота ускладнень або несприятливих подій під час вагітності, пологів або післяпологового періоду);

- задоволеність матерів (відгуки матерів про їхній досвід перинатальної допомоги, включаючи такі аспекти, як спілкування, підтримка та повага до їх вибору);
- наслідки для здоров'я новонароджених, що рівно із наслідками для здоров'я матері є основною метою перинатальної допомоги (для оцінки наслідків для здоров'я новонароджених використовують такі показники:
 - рівень неонатальної смертності: кількість смертей серед новонароджених протягом перших 28 днів життя на 1000 живонароджених;
 - рівень неонатальної захворюваності: поява захворювань, ускладнень або інвалідності у новонароджених;
 - середня вага новонароджених при народженні, оскільки низька вага при народженні пов'язана з підвищеним ризиком для здоров'я;
 - оцінка за шкалою Апгар: швидка оцінка загального самопочуття новонародженого відразу після народження, оцінка частоти серцевих скорочень, дихальних зусиль, м'язового тону, рефлекторної подразливості та кольору шкіри);
- доступ і використання послуг: оцінка доступності та використання послуг перинатальної допомоги має важливе значення для забезпечення того, щоб догляд охоплював тих, хто його потребує, зазвичай враховуються такі чинники:
 - своєчасний початок допологової допомоги – відсоток вагітних жінок, які отримують допологову перинатальну допомогу протягом рекомендованого терміну;
 - адекватна кількість допологових візитів – відсоток жінок, які отримують рекомендовану кількість допологових візитів;
 - наявність кваліфікованого медперсоналу: частка пологів, які приймають кваліфіковані медичні працівники;
 - доступ до екстреної акушерської допомоги: наявність і використання послуг для лікування невідкладних акушерських ситуацій, таких як кесарів розтин або переливання крові (компонентів крові);

Безперервність передбачає забезпечення скоординованості та наступності у наданні перинатальної допомоги на всіх періодах. Ключові аспекти, які слід враховувати:

- координація допомоги: ступінь, в якому різні надавачі медичних послуг і служби співпрацюють і ефективно спілкуються впродовж перинатального періоду;
- післяпологовий догляд: забезпечення адекватного подальшого догляду як за матір'ю, так і за новонародженим після народження, надання їм перинатальної допомоги представниками системи охорони здоров'я, соціальної та соціально-економічної допомоги;
- підтримка грудного вигодовування: просування та підтримка практики грудного вигодовування, оскільки грудне вигодовування має численні переваги для здоров'я матері та дитини [326], [373], [376], [476].

Нагадаємо, що перелічені групи критеріїв ефективності є узагальненими, властивими для більшості підходів і можуть допомогти оцінити ефективність здійснення перинатальної допомоги, спрямувати вдосконалення для підвищення загальної якості допомоги та результатів для матерів і новонароджених. Вони знайшли своє відображення і в українському нормативному полі [146], хіба що, окрім підтримки грудного вигодовування в контексті створення банку грудного молока, що тільки поступово входить до практики України. Перелічені критерії не є вичерпним переліком, ми систематизували та виокремили базис, виходячи з мінімальних обов'язкових вимог регулюючих документів ВООЗ та її експертів.

Одночасно зауважимо на відмінності понять “критерії ефективності перинатальної допомоги” та “критерії ефективності управління системою перинатальної допомоги”. Якщо перші, значною мірою, містять медичні показники, а вже потім соціальні та управлінські, як підсилюючи медичну складову, то друга категорія критеріїв сфокусовані на налагоджені взаємодії всіх суб'єктів процесів. Аналіз нормативних документів та наукових досліджень дозволив нам визначити таке.

Ефективність управління перинатальною системою можна оцінити на основі різних критеріїв, які зосереджуються на управлінні та організації служб, які здійснюють та забезпечують надання перинатальної допомоги на різних етапах. Серед них найбільш показовими є такі.

По-перше, злагоджена та безперебійна координація й інтеграція різних компонентів системи перинатальної допомоги, зокрема надавачів медичних послуг, закладів та служб підтримки медичного та немедичного спрямування починаючи з моменту зачаття (чи навіть планування вагітності у разі лікування безпліддя) до супроводу дитини до року, за деякими показниками – до трирічного віку, у разі необхідності і довше.

Співпраця між надавачами медичних послуг визначається через ступінь, в якому медичні працівники та організації співпрацюють для надання скоординованої перинатальної допомоги. Сюди ж, на наш погляд, входять і ефективність та результативність систем направлення та переведення пацієнтів між різними рівнями медичної допомоги, коли це необхідно.

Важливим напрямом також є інтеграція послуг (мовиться як про виключно медичні послуги між собою, так і про медичні та соціальні послуги, що в контексті перинатальної системи є нерозривними). Важливим показником вважається рівень інтеграції між різними рівнями допомоги, такими як допологова перинатальна допомога, послуги пологів, післяпологова перинатальна допомога і догляд за новонародженими, дітьми до трьох років поза межами медичних закладів та установ.

По-друге, важливим є пріоритет постійного покращення якості та гарантування безпеки пацієнтів. Тут важливо розрізняти медичні показники, такі як: дотримання практик, що ґрунтуються на фактичних даних, ступінь відповідності практик перинатальної допомоги встановленим рекомендаціям і протоколам, що ґрунтуються на фактичних даних; впровадження заходів для мінімізації ризиків і помилок у перинатальній допомозі, таких як протоколи інфекційного контролю, безпека ліків і процедури ідентифікації пацієнтів тощо. І заходи фізичної безпеки та неушкодженості в умовах війни.

Не менш важливим для гарантування якості надання перинатальної допомоги є впровадження систем моніторингу та оцінки якості наданої медичної допомоги, включаючи регулярні аудити, показники ефективності та оцінку результатів.

Третій блок критеріїв стосується розподілу ресурсів і планування можливостей у функціонуванні системи перинатальної допомоги. Можна оцінити такі чинники:

- наявність і доступність закладів охорони здоров'я, обладнаних для надання комплексних перинатальних послуг, у тому числі допологових консультацій, пологових відділень та відділень інтенсивної терапії новонароджених, якщо це необхідно;
- достатність кваліфікованих медичних працівників, таких як акушери-гінекологи, акушерки, медсестри та неонатологи, а також їх компетентність для надання високоякісної перинатальної допомоги;
- наявність основних ресурсів і матеріалів, зокрема медичне обладнання, ліки та діагностичні інструменти, необхідні для перинатальної допомоги, її обсяги та достатність у разі різкого збільшення пацієнтів, що стало вкрай важливим у зв'язку із війною, а відповідно і можливості швидкого поповнення ресурсів.

Четвертий блок критеріїв – управління інформацією та комунікація. Ефективне адміністрування залежить від ефективних систем управління інформацією та зв'язку, показовими є такі чинники:

- електронні медичні записи (картки), впровадження систем електронних історій хвороб (реєстрів записів та призначень тощо) для забезпечення точних, вичерпних і доступних перинатальних медичних записів для пацієнтів;
- збір і аналіз даних: здатність збирати, аналізувати та використовувати дані для моніторингу перинатальних результатів, визначення тенденцій і прийняття обґрунтованих рішень;

- комунікаційні мережі: створення ефективних каналів зв'язку між надавачами медичних послуг, зокрема чіткі протоколи для обміну інформацією та сприяння своєчасному спілкуванню в критичних ситуаціях.

П'ята група критеріїв витікає із підходу до розвитку перинатальної системи, який зорієнтований на залучення зацікавлених сторін і допомогу, орієнтовану на пацієнта:

- співпраця зацікавлених сторін – ступінь, до якого відповідні зацікавлені сторони, такі як медичні працівники, адміністратори, політики та групи захисту прав пацієнтів, члени родини, релігійні організації, професійні спілки тощо, залучені до процесів прийняття рішень та впровадження політики та ініціатив щодо перинатальної допомоги;
- залучення пацієнтів (залучення вагітних жінок, батька дитини чи партнера/партнерши жінки до процесів прийняття рішень і надання допомоги, орієнтованої на пацієнта, яка поважає їхні уподобання, цінності та культурне походження) [167], [311], [469], [470], [330], [343], [398]. Враховуючи перелічені критерії, управлінці, які приймають рішення щодо розвитку систем перинатальної допомоги, можуть оцінити ефективність своїх методів управління, визначити сфери, які потрібно вдосконалити, і працювати над наданням оптимальних послуг перинатальної допомоги жінкам та новонародженим.

В контексті нашого дослідження зосередимося на показниках, які впливають на формування політик та прийняття управлінських рішень. Згідно з Цілями сталого розвитку та Глобальною стратегією охорони здоров'я жінок, дітей і підлітків (GSWCAH) 2016-2030, країни взяли на себе зобов'язання покращити здоров'я жінок, дітей і підлітків за допомогою багатосекторальних заходів. У звіті про прогрес щодо GSWCAH за 2020 рік було встановлено, що, незважаючи на загальний прогрес, деякі ключові показники, такі як зниження

неонатальної смертності, стагнують або навіть змінюються в деяких сферах, таких як охоплення імунізацією дітей [478]. Для прискорення прогресу та покращення в областях які залишаються на місці, потрібне прийняття та впровадження законів, політики та вказівок, які базуються на фактичних даних і орієнтовані на справедливість. ВООЗ та інші представники міжнародної спільноти протягом багатьох років збирала інформацію про закони та політику щодо здоров'я матерів, новонароджених, дітей та підлітків і сексуального та репродуктивного здоров'я. У відповідь на нещодавні заклики країн щодо консолідації окремих зусиль зі збору даних, з 2018 проводяться комплексні опитування, аналіз законів і політики щодо сексуального, репродуктивного здоров'я, здоров'я матерів, новонароджених, дітей і підлітків.

Щодо показників оцінки розвитку прогресу систем перинатальної допомоги в різних країнах міжнародна спільнота застосовує такі.

Демографія. Цей напрям аналітики та показників містить демографічну інформацію про здоров'я матерів і новонароджених, а також різні соціально-економічні показники, пов'язані зі здоров'ям матерів і новонароджених (кількість народжених (тис.); жінки репродуктивного віку (розглядається віковий ценз 15-49 років) відносно населення (тис.); загальний коефіцієнт народжуваності (кількість живонароджених дітей на жінку); загальний коефіцієнт народжуваності (народжені на 1000 населення); статеве співвідношення при народженні (народжені хлопчики відносно народжених дівчаток); населення віком до п'яти років (тис.)) [490]. Тут наголосимо, що медичні показники у перинатальній допомозі встановлюють межі віку дітей до року, а показники управлінських процесів розширює вікові межі – до п'яти років.

Смертність/причини смерті. У всьому світі відбувся значний процес зниження материнської смертності та смертності новонароджених. З 1990 по 2015 рік материнська смертність знизилася на 44%, а з 1990 по 2017 рік – на 49%. Незважаючи на цей прогрес, щороку понад 300 000 жінок помирають через ускладнення вагітності та пологів, а 2,5 мільйона немовлят помирають

протягом першого місяця життя. Основними причинами прямої акушерської смерті є кровотеча, гіпертонічна хвороба вагітних і сепсис. Непрямі неакушерські причини, такі як анемія та ВІЛ, складають зростаючу частку смертей. Для новонароджених трьома основними причинами смерті є недоношеність, ускладнення, пов'язані з пологами, і сепсис. Смертні випадки через вроджені аномалії стають все більш поширеними, особливо в умовах низької смертності [488]. Захворюваність матерів та новонароджених. Материнські та неонатальні захворювання є великим тягарем для здоров'я людини та систем охорони здоров'я. Однак мета даних по комплексних досліджень із застосуванням конкретних цифр мало. За оцінками, які доступні міжнародним експертам на 2020 рік, на кожен материнську смерть припадає від 20 до 30 випадків материнської захворюваності. Що стосується новонароджених, то за оцінками, 10,6% усіх живонароджених у 2019 році були недоношеними та. Триває робота з покращення якості даних і оцінок материнської та неонатальної захворюваності (поширеність анемії серед невагітних жінок віком 15-49 років (%); поширеність анемії серед вагітних жінок віком 15-49 років (%); низька вага при народженні (% новонароджених з вагою <2,5 кг) тощо) [490].

Охоплення послугами матерів та новонароджених. Існує цілий ряд медичних втручань, які рятують життя, і практик, заснованих на фактичних даних, а також супутніх послуг, які можуть покращити здоров'я матері, новонародженого та виживання впродовж усього перинатального періоду, включаючи якісний допологову допомогу, кваліфіковану допомогу під час пологів, післяпологову допомогу жінці і дитині, а також необхідний догляд за новонародженим. Загальне охоплення медичним обслуговуванням визначається як забезпечення того, щоб усі люди мали доступ до необхідних медичних послуг достатньої якості, щоб бути ефективними, а також забезпечення того, що користування цими послугами не наражає користувача на фінансові труднощі, що включає допомогу протягом усього перинатального періоду. До таких критеріїв за сучасної методології належать:

- частка жінок репродуктивного віку (15-49 років), які задовольняють потребу в плануванні сім'ї сучасними методами;
- поширеність контрацепції - будь-який сучасний метод (серед жінок 15-49 років);
- охоплення допологовими спостереженням (візитами до фахівців) – не менше чотирьох візитів (%);
- частка жінок, які звертаються до служб допологової допомоги, які пройшли тестування на сифіліс;
- частка жінок віком 15–49 років, які отримували періодичне профілактичне лікування малярії під час останньої вагітності;
- частка пологів, прийнятих кваліфікованим медичним персоналом;
- частка пологів, прийнятих у медичному закладі;
- частка новонароджених, які мали постнатальний контакт з медичним працівником протягом 2 днів після пологів;
- частка матерів, які мали післяпологовий контакт із медичним працівником протягом 2 днів після пологів [489] тощо.

Національна політика. У 2018-2019 роках було проведено п'ятий раунд Глобального дослідження політики щодо сексуального, репродуктивного здоров'я, здоров'я матерів, новонароджених, дітей та підлітків (Global Sexual, Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health – SRMNCAH). Для цього опитування кожній державі-члену через регіональні офіси ВООЗ було надано онлайн-анкету. Кожному офісу ВООЗ у країні було запропоновано скоординувати проведення опитування з Міністерством охорони здоров'я та іншими партнерами ООН. Респонденти з кожної країни поділилися вихідними документами, включаючи національну політику, стратегії, закони, рекомендації, звіти, що стосуються сексуального та репродуктивного здоров'я, здоров'я матері та новонародженого, здоров'я дитини, здоров'я підлітків, гендерного насильства та наскрізних питань. Наскрізні питання включають політику, керівні принципи та законодавство щодо права людини на охорону здоров'я, фінансовий захист та якість медичної допомоги.

Для відстеження прогресу країни в прийнятті рекомендацій ВООЗ у національному законодавстві, політиках, стратегіях і настановах у сфері охорони здоров'я, пов'язаних із сексуальним, репродуктивним здоров'ям, здоров'ям матерів, новонароджених, дітей і підлітків (SRMNCAN), ВООЗ провела дослідження сексуального, репродуктивного, материнського, Опитування політики у сфері охорони здоров'я новонароджених, дітей та підлітків. Опитування 2018–2019 рр. виявило прогрес у прийнятті рекомендацій ВООЗ у національну політику охорони здоров'я та рекомендації, пов'язані з SRMNCAN у всьому світі, і висвітлило кілька поточних проблем. Загалом опитування виявило відмінності між регіонами у прийнятті політики та висвітлило сфери, на які потрібно звернути більшу увагу в рамках континууму догляду за матерями і дітьми та гендерного насильства. Політики, пов'язані зі здоров'ям дітей, менш доступні в регіонах, ніж політики, що стосуються сексуального та репродуктивного здоров'я, вагітності, пологів і післяпологового догляду [499].

Що стосується формування національної політики розвитку системи перинатальної допомоги, то показники України є досить незбалансованими. За критеріями ВООЗ частково показники надаються та демонструють досить жваву динаміку розвитку (Додаток Д таблиця 1). Це такі показники як кількість народжених, загальна кількість населення, кількість жінок репродуктивного віку відносно населення, загальний коефіцієнт народжуваності, статеве співвідношення при народженні, кількість населення віком до п'яти років тощо. Ці данні оновлюються та відстежуються не дивлячись на війну та кризи. З іншого боку комплекс заходів, пов'язаних з формуванням політики благополуччя матерів, планування родини (включно із застосуванням сучасних програм допоміжних репродуктивних технологій як способу лікування безпліддя чи планування родини) тощо в Україні ще не розроблені на належному рівні та потребують підготовки та впровадження (Додаток Д таблиці 2, 5). Є данні, що оновлюються дуже рідко (наприклад останні оновлення відбулися в 2012-2013 роках Додаток Д таблиця 3,4) [499], що

безумовно свідчить про прогалини у міжнародному співробітництві та труднощах щодо формування доказової політики у галузі надання перинатальної допомоги високої якості. Оскільки, результати цього глобального опитування мають слугувати орієнтиром для країн і сприяти зосередженню національних зусиль на впровадженні ефективною, науково обґрунтованою та орієнтованою на справедливість політики на рівні країни, яка охоплює безперервну медичну допомогу в SRMNCAH.

Витрати на охорону здоров'я матерів та новонароджених. Розуміння рівня витрат на охорону здоров'я матерів і новонароджених та джерел цих витрат є важливою частиною комплексу заходів щодо забезпечення функціонування та розвитку системи перинатальної допомоги в кожній країні. До критеріїв, що сприяють адекватній оцінці стану системи належать:

- витрати на охорону репродуктивного здоров'я, у % від поточних витрат на охорону здоров'я;
- витрати на охорону репродуктивного здоров'я, у кількісних показниках (доларах станом на 2020) на душу населення;
- витрати на охорону здоров'я та контрацепцію (планування сім'ї), як % поточних витрат на охорону здоров'я;
- витрати на охорону здоров'я та контрацепцію (планування сім'ї), у кількісних показниках (доларах станом на 2020) на душу населення;
- витрати на охорону здоров'я на стан матері, як % поточних витрат на охорону здоров'я;
- витрати на охорону здоров'я на стан материнства, у кількісних показниках (доларах станом на 2020) на душу населення;
- витрати на охорону здоров'я на населення віком до п'яти років (<5 років), як % поточних витрат на охорону здоров'я;
- витрати на охорону здоров'я на населення віком до п'яти років (<5 років), у кількісних показниках (доларах станом на 2020) на душу населення [487].

Зразу зазначимо, що моніторинг відомостей про витрати за зазначеними показниками системи перинатальної допомоги продемонстрував, відсутність

даних по певних показниках, окремі кількісні показники МОЗ надані (такі як: витрати на охорону репродуктивного здоров'я, у кількісних показниках (доларах станом на 2020) на душу населення; витрати на охорону здоров'я на населення віком до п'яти років (<5 років), у кількісних показниках (доларах станом на 2020) на душу населення), а якісні показники у співвідношені до кількості населення та витрат на охорону здоров'я є недоступними.

Також аналіз відомостей щодо розвитку державної політики і її успішності, здійснений за допомогою Інформаційної панелі Плану дій щодо кожного новонародженого (ENAP) і Припинення материнської смертності, якій можна запобігти (EPMM), яка ведеться ВООЗ [484], показує суттєвий дисбаланс між розвитком заходів, що забезпечують надання допомогу дитині, та заходами допомоги матері. Що стосується боротьби із дитячою смертністю та захворюваністю Україна досягла значного прогресу та відповідає стандартам ВООЗ у цій галузі, з іншого боку у питаннях підтримки материнства, створення позитивної практики пологів, доступності та покриття послугами майбутніх матерів, вагітних, проділь – експерти, виходячи з фактичних даних, фіксують необхідність змін, а в певних аспектах – розробку нових політик, оскільки відсутні відомості, тощо (Додаток Д, Додаток Е)

В сучасному міжнародному експертному середовищі окрім механізмів співробітництва з органами влади, які відповідають за галузь охорони здоров'я в державі, застосовують механізми збору відомостей та впливу на формування національних політики через неурядові організації. Таким незалежним моніторинговим центром у галузі розвитку перинатальної допомоги по всьому світу стала група MoNITOR (Mother and Newborn Information for Tracking Outcomes and Results – Інформація про матерів та новонароджених для відстеження наслідків і результатів). Це технічна консультативна група, діяльність якої полягає в тому, щоб полегшити вимірювання, узгодити ініціативи та надати технічне керівництво ВООЗ. MoNITOR підтримує ВООЗ у забезпеченні узгоджених рекомендацій, повідомлень та інструментів, щоб

країни могли збирати корисні дані для відстеження прогресу на шляху до досягнення Цілей сталого розвитку.

Цілями діяльності технічної групи є:

- надавати незалежні консультації ВООЗ щодо вказівок і норм, пов'язаних з моніторингом, і платформ збору даних для здоров'я матері та новонародженого;
- скликати ініціативи щодо вимірювання материнства та новонародженості, щоб уникнути дублювання інформації та координувати повідомлення для національних та міжнародних спільнот;
- пропонувати поради щодо пріоритетів досліджень, пов'язаних з показниками, і розбудови потенціалу [498].

Технічна група MoNITOR поділена на підгрупи, які мають виконувати наступні функції: визначати прогалини у вимірюванні в межах своєї області вимірювання та розробляти пріоритети для усунення цих прогалин у вимірюванні; пропонувати огляди або інші частини роботи, необхідні для усунення прогалин у вимірюванні; надавати рекомендації на засіданнях MoNITOR; здійснювати координацію дій з партнерами для активізації зусиль щодо адаптації керівних принципів вимірювання, інструментів і показників на рівні країни та оцінки якості та використання даних для покращення здоров'я матерів і новонароджених [420]. Ми не маємо за мету описувати діяльність цієї моніторингової групи, в контексті нашого дослідження становить інтерес один з інструментів визначення критерії та прогресу політик, який був ними розроблений у 2019 році і підтримується зараз. Це “Інформаційна панель здоров'я та благополуччя дитини” (Додаток Е). Зазначимо, що Україна ще не в повній мірі долучилася до цього світового моніторингового механізму, а ті відомості, що надходять дають підстави говорити про необхідність змін у системі перинатальної допомоги, зокрема критичної уваги потребує саме напрям захисту та підтримки материнства [482].

Підсумовуючи, ще раз наголосимо, що здоров'я жінок і дітей має вирішальне значення для глобального розвитку. Однак інформація та дані щодо

вимірювання прогресу країн обмежені, враховуючи різноманітність методологічних проблем вимірювання ефективності допомоги під час пологів, коли відбувається більшість материнських і неонатальних смертей і захворювань.

Передбачувано, що впровадження, перелічених груп критеріїв вимагатиме реорганізації системи та перерозподілу ресурсів охорони здоров'я в цілому, системи перинатальної допомоги зокрема. Також переосмислення підлягатимуть і принципи інтеграції медичних та немедичних послуг в перинатальний період. Потенційні перешкоди для впровадження узагальнених критеріїв ефективності в Україні можуть становити: відсутність людських ресурсів із необхідним досвідом і навичками для впровадження; відсутність чи пошкодження інфраструктури для підтримки заходів спрямованих на підвищення ефективності управління; недостатнє розуміння громадою нової моделі перинатальної допомоги, особливо щодо географічної доступності закладів охорони здоров'я і потенційно довшого часу очікування консультації профільного спеціаліста; відсутність ефективних механізмів перенаправлення та шляхів надання послуг жінкам, які визначені як такі, що потребують додаткової перинатальної допомоги; відсутність систем управління медичною інформацією, призначених для документування та моніторингу рекомендованих практик тощо. З іншого боку, більшість з цих проблем мають свої шляхи вирішення, але вони потребують дослідження та наукового обґрунтування.

3.4. Політика Всесвітньої організації охорони здоров'я та компаративний аналіз міжнародних стратегій з питань перинатальної допомоги

Для визначення політики ВООЗ та її рекомендацій для розвитку національним системам охорони здоров'я щодо розвитку та вдосконалення систем перинатальної дороги було проаналізовано низку ключових регулюючих документів в цій сфері. До них належать:

ВООЗ. Фонд народонаселення ООН, ЮНІСЕФ. Вагітність, пологи, післяпологовий догляд і догляд за новонародженими 2015 року (WHO. United Nations Population Fund, UNICEF. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: A guide for essential practice.3rd edition) [467];

Рекомендації ВООЗ щодо материнського здоров'я: рекомендації, схвалені Комітетом з перегляду рекомендацій ВООЗ 2017 року (WHO recommendations on maternal health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee)[473];

Рекомендації ВООЗ щодо здоров'я новонароджених: рекомендації, схвалені Комітетом з перегляду рекомендацій ВООЗ 2017 року (WHO recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee)[474];

Рекомендації ВООЗ щодо допологового догляду для позитивного досвіду вагітності 2016 року (WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience) [471];

Рекомендації ВООЗ щодо післяпологового догляду за матір'ю та новонародженим 2013 року (WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn) [465];

Співпраця щодо контролю за безпечністю пологів ВООЗ 2015 року (The WHO Safe Childbirth Checklist Collaboration) [427];

Міжнародна статистична класифікація хвороб і пов'язаних із ними проблем зі здоров'ям (МСК) 2019 року (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) [326];

Міжнародна класифікація функціонування, інвалідності та здоров'я (ICF) 2020 року (The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)) [424];

Вагітність, пологи, післяпологовий період і догляд за новонародженими: практичний посібник 2003 року (Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice) [467].

Звернемо увагу, що при роботі з англomовними документами та їх неофіційними перекладами часто застосовується вислів “перинатальний догляд”. Пояснимо, що така ситуація склалася через специфіку перекладу сталого терміну англійською “perinatal care”, дослівно – перинатальний догляд чи перинатальне піклування. Якщо аналізувати значення цього терміну у співвідношенням з практикою та нормативним регулюванням України, то термін “perinatal care” співвідноситься за своїм змістом із дефініцією “перинатальна допомога”. Вважаємо в межах нашого дослідження ці терміни синонімами за своїм змістовним наповненням. Але в умовах перекладу міжнародних регулюючих документів, вважаємо доцільним дотримуватися автентичності тексту, максимально наближеного до англійського офіційного варіанту, в тих випадках, коли відсутній офіційний переклад. В останньому випадку буде застосовано пряме цитування.

Зміст перелічених вище регулюючих документів міжнародного рівня є вхаємоповязаним та складає послідовне уточнююче регулювання стандартів та вимог ВООЗ щодо здійснення перинатальної допомоги. Сучасні стратегії ВООЗ щодо розвитку перинатальної допомоги у світі мають декілька магістральних напрямів. ВООЗ брала активну участь у розробці та популяризації стратегій перинатальної допомоги у всьому світі за останні декілька десятиріч. Розроблені стратегії були спрямовані на покращення здоров'я матерів та новонароджених, зниження рівня материнської та неонатальної смертності та покращення загального благополуччя матерів та дітей у перинатальний період, який включає вагітність, пологи та період одразу після пологів.

Ґрунтуючись на змісті регулюючих актів можна виділити такі магістральні напрями, властиві для нормативів та реформування систем охорони здоров'я та систем соціально-економічної підтримки населення по всьому світові:

інтегрований догляд за матерями та новонародженими. ВООЗ всіляко підкреслює важливість інтеграції служб медичної допомоги та соціального забезпечення за матерями та новонародженими для забезпечення комплексної

медичної та немедичної допомоги протягом перинатального періоду. Такий підхід гарантує, що і мати, і дитина отримають основні медичні послуги як безперервна перинатальна допомога, зменшуючи ризик ускладнень і смертності, інформаційну, соціально-економічну та інші види підтримки, а доступ до послуг і підтримки буде рівним та недискримінаційним;

кваліфікація та достатня кількість медичного персоналу. Мова йде про необхідну достатню кількість та якість підготовки медичного персоналу різних груп (акушерки, медичні сестри, лікарі за різним напрямом підготовки на різних етапах планування вагітності, вагітності, пологи, пост пологові періоди). Основна ідея полягає в тому, щоб ці медичні працівники були навчені вести нормальні вагітності та пологи, розпізнавати ускладнення та надавати своєчасне втручання (починаючи з етапу проблем із зачаттям, завершуючи доглядом за дитиною до року), коли це необхідно тощо. Акцент робиться на середньому медичному персоналі, тобто сприянні доступу до кваліфікованих акушерок та медичних сестер, а також на гарантуванні послуг для більшості населення. Дотримання балансу уваги на нормальному протіканні перинатальних процесів та ускладнень в підготовці медичних працівників є важливою стратегією розвитку перинатальної допомоги з точки зору ВООЗ. В сучасному світі обґрунтовується думка, що знання та навички погіршуються через дванадцять місяців залежно від частоти застосування [265], тому стратегічні напрями розвитку мають враховувати надання щорічних оновлень освіти, де це можливо. Деякі варіації можуть існувати в додаткових локальних протоколах і політиках, які будуть розроблені з урахуванням місцевих обставин.

якісний допологовий догляд (здійснюється в межах пренатального періоду перинатальної допомоги). Пріоритетом є розроблення політик та механізмів для заохочення вагітних жінок шукати й отримувати адекватні послуги допологової перинатальної допомоги. В межах пренатального періоду перинатальної допомоги ВООЗ рекомендує щонайменше вісім візитів до закладів охорони здоров'я під час вагітності, щоб контролювати стан здоров'я

як матері, так і дитини, своєчасно виявляти та лікувати будь-які проблеми, а також надавати необхідні консультації та навчання щодо уходу за дітьми. До навчання рекомендується залучати не тільки жінок, але й чоловіків (батька дитини, особу, яка безпосередньо буде допомагати породіллі). Такі заходи потребують належної інфраструктури та підтримки на організаційному, фінансовому, просвітницькому, інформаційному та інших рівнях від урядів країн та місцевих органів влади;

просування практики безпечних пологів (інтернатальний період перинатальної допомоги). ВООЗ виступає за безпечні практики пологів, включаючи пологи в медичному закладі, особливо при вагітності з високим ризиком, і забезпечення доступу до невідкладної акушерської допомоги, коли це необхідно. Це знижує ризик ускладнень під час пологів і підвищує шанси на безпечні пологи. В цій стратегії важливими є компоненти доступу до медичних послуг (соціальний, економічний, географічний, організаційний тощо), а також профілактика релігійних та соціально-популістських забобонів щодо приватних пологів або шкоди медичного втручання.

післяпологовий догляд (постнатальний період перинатальної допомоги). Післяпологова перинатальна допомога як за матір'ю, так і за новонародженим в стратегіях ВООЗ знаходить відображення через наголосі на контролі за їхнім здоров'ям у перші дні та тижні після пологів (а далі у встановлені періоди за відсутності інших медичних показань), сприянні грудному вигодовуванню, медичному супроводу, забезпеченні необхідного догляду та підтримки. Підтримка у трактуванні ВООЗ виражається не тільки в медичних послугах, але і в інших формах забезпечення соціального та психічного здоров'я, безпекових чинниках тощо.

медична просвіта матері для новонародженого (охоплює всі періоди перинатальної допомоги, може розповсюджуватися на період планування вагітності). Просування медичної просвіти для майбутніх матерів та їхніх сімей останні роки набуває надзвичайної важливості. Ця просвіта охоплює такі теми, як харчування, гігієна, планування сім'ї, можливості лікування безпліддя

за допомогою програм допоміжних репродуктивних технологій (для жінок та чоловіків), розпізнавання ознак небезпеки під час вагітності та пологів, правила грудного чи штучного вигодовування, розпізнавання тривожних ознак щодо стану дитини тощо. Зрозуміло, що основний акцент в регулюючих документах та рекомендаціях робиться на просвіті матері, але поступово коло суб'єктів просвітницької діяльності розширюється;

акцент на справедливості та доступі. ВООЗ прагне забезпечити доступність послуг перинатальної допомоги для всіх, незалежно від географічного розташування, соціально-економічного статусу чи інших факторів. Головною проблемою є усунення нерівностей у доступі до медичної допомоги, її якості та результатах.

збір даних і моніторинг. ВООЗ забезпечує безперервний збір даних і моніторинг показників перинатального здоров'я по всьому світі. Це надзвичайно важливо для відстеження потреб, прогресу, тенденцій змін визначення напрямів для покращення та прийняття рішень на основі доказів в сфері вдосконалення перинатальної допомоги;

випрацювання мінімальних стандартів надання допомоги та розробка рекомендацій для вдосконалення. ВООЗ веде постійну роботу щодо стандартизації підходів до якості надання медичних послуг, визначення захворювань, випрацювання протоколів лікування тощо. Зазначимо, що мова йде про мінімальні стандарти, тобто рівень якості фактичної медичної допомоги може бути значно вищим, але в жодному разі не нижчим. Також ВООЗ розробляє рекомендації для подолання криз в окремих регіонах та допомагає урядам різних країн формувати національні стратегії подолання таких криз. Ми розглянемо як працює цей механізм нижче в розділі на прикладі України;

дослідження та інновації. Заохочення досліджень та інновацій у послідах перинатальної допомоги з боку ВООЗ, а також робота над популяризацією найкращих практик, є системоутворюючим для визначення нових стратегій, технологій та способів медичних втручань, які могли б покращити результати

здоров'я матері та новонародженого (складено автором на основі [311], [469], [470], [330], [343]).

Основні сучасні стратегії ВООЗ для вдосконалення системи перинатальної допомоги можна представити графічно у такому вигляді (рис. 3.3.)

Узагальнюючи наголосимона напрямках діяльності, які здійснює ВООЗ у галузі перинатальної допомоги. ВООЗ підтримує комплексний підхід до захисту репродуктивного здоров'я та здоров'я в цілому. Це означає, що вони розглядають різні аспекти здоров'я, включаючи сексуальне здоров'я, планування сім'ї, здоров'я матері та дитини, інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), та гендерне насильство як взаємопов'язані компоненти репродуктивного здоров'я, а також питання соціального благополуччя, освіти, доступу до інформації, гарантування прав тощо. Такий підхід дозволяє забезпечити комплексну перинатальну допомогу, яка стосується багатьох аспектів досягнення цілей сталого розвитку у контексті благополуччя людини.

Керівні принципи та рекомендації ВООЗ, засновані на фактичних даних, як керівництво для країн і систем охорони здоров'я щодо надання якісних послуг з репродуктивного здоров'я, перинатальної та неонатальної допомоги, так і за регіональним принципом. Ці рекомендації періодично оновлюються, щоб включити останні наукові дослідження та передовий досвід.

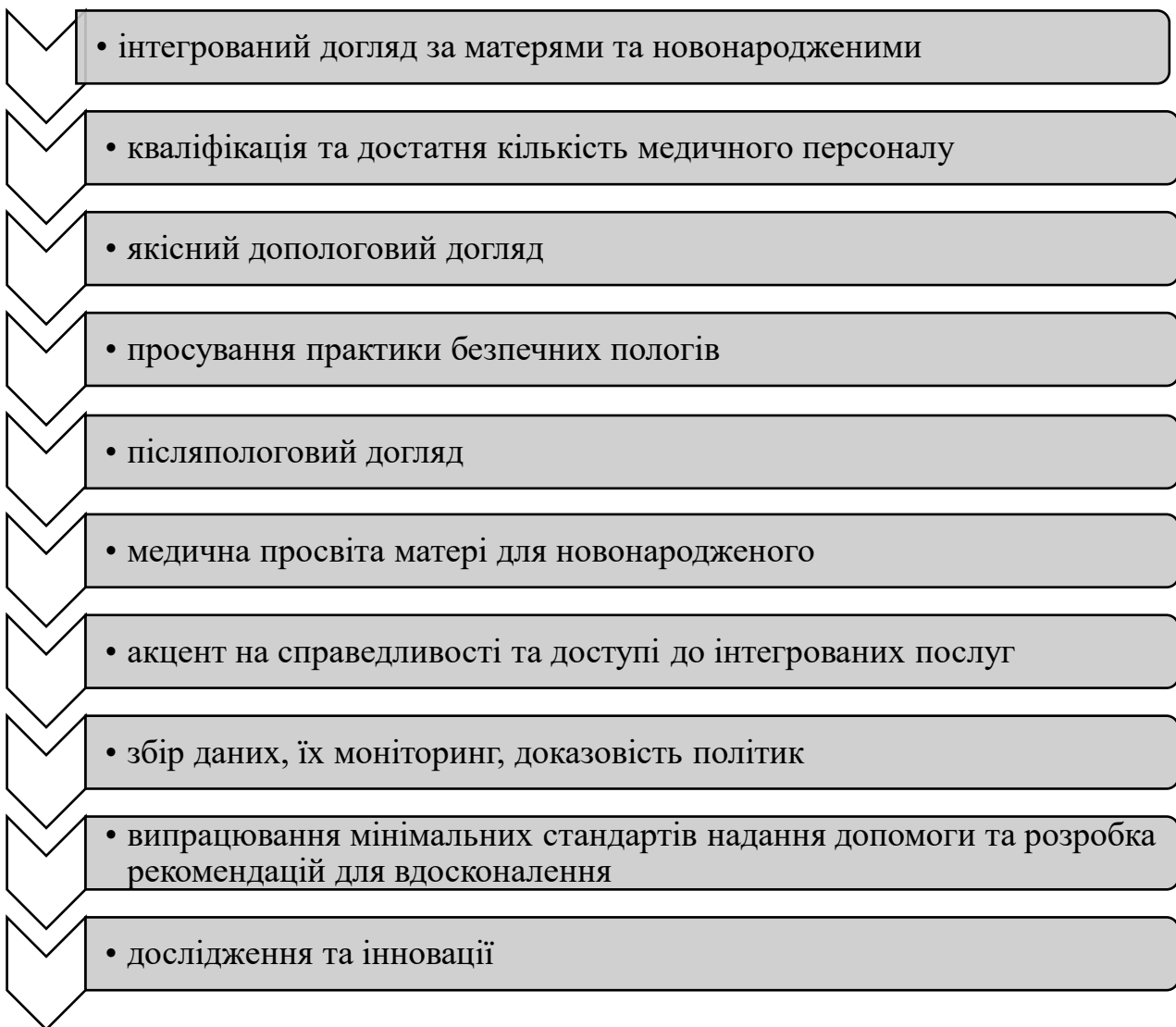


Рис. 3. 3.. Сучасні стратегії розвитку системи перинатальної допомоги за ВООЗ

ВООЗ наголошує на важливості зміцнення систем охорони здоров'я для забезпечення доступності, справедливості та високої якості послуг з охорони репродуктивного здоров'я. Це включає навчання надавачів медичних послуг, покращення інфраструктури та забезпечення наявності основних ліків і витратних матеріалів тощо.

ВООЗ підтримує планування сім'ї як фундаментальний компонент репродуктивного здоров'я та ефективності перинатальної допомоги. Доступ до широкого спектру методів контрацепції та послуг з планування сім'ї, допоміжних репродуктивних технологій, супроводу вагітності, неонатальної

допомоги тощо є важливим для того, щоб люди могли приймати обґрунтовані рішення щодо свого репродуктивного вибору. Здоров'я матері та дитини: забезпечення безпечної вагітності та пологів є пріоритетом для ВООЗ. Це й заходи щодо зниження материнської смертності, забезпечення кваліфікованого супроводу пологів, зміцнення здоров'я новонароджених і дітей.

Важливим є напрям профілактики негативних чинників, що можуть вплинути на стан репродуктивного здоров'я та ефективність перинатальної допомоги. Перш за все це профілактика та лікування ППСШ, оскільки вони можуть мати значний вплив на репродуктивне здоров'я (це включає стратегії профілактики, тестування та лікування ППСШ); боротьба з гендерним насильством, насильством в родині, в зонах військових дій тощо (насильство може мати серйозні наслідки для репродуктивного здоров'я і суттєво вплинути на стан жінки під час вагітності, пологів, пост пологовий період); попередження абортів, особливо без належної медичної допомоги тощо.

ВООЗ бере участь у просвітницьких кампаніях та пропагандистських зусиллях, щоб підвищити обізнаність щодо проблем репродуктивного здоров'я та сприяти важливості репродуктивних прав і доступу до послуг.

ВООЗ проводить дослідження різних аспектів репродуктивного здоров'я та збирає дані для моніторингу прогресу та визначення областей, які потребують покращення. Цей підхід на основі даних допомагає ефективно адаптувати втручання та політику. Також організація співпрацює з урядами, НУО та іншими міжнародними організаціями для координації зусиль і забезпечення єдиного підходу до захисту репродуктивного здоров'я, зниження смертності матерів та немовлят, покращення якості перинатальної допомоги.

Зазначимо, що окрім суто медичних та соціально-медичних регулюючих документів, питання благополуччя матері та дитини розкриті в низці загальних документів ООН, його структурних підрозділів та інших міжнародних організацій. Основні міжнародні документи демонструють пріоритет охорони материнства та дитинства в сучасному суспільстві.

Ключовим та базовим для інших регулюючих актів в міжнародному правовому полі є Загальна декларація прав людини 1948 року, яка визначає загальні права людини на життя та здоров'я. В цьому документі також фіксується, що діти мають право на особливе піклування і допомогу, а також сім'ї – як природне середовище для їх зростання і благополуччя. Отже, це право розповсюджується на всіх членів сім'ї [45]. Цей документ безпосередньо не регламентує питання перинатальної допомоги, але закладає базис особливої уваги на питання материнства та дитинства, що має продовження в інших міжнародних документах.

Певні основоположні підвалини сучасного міжнародного регулювання перинатальної допомоги опосередковано закладені і в Конвенції про права дитини 1989 року [166]. Конвенція є головним документом регулювання міжнародних відносин, який започаткував розробку та формулювання глобальної системи стандартів захисту прав дітей. В контексті нашого дослідження серед величезного масштабу нормативних актів нас цікавитимуть Європейська конвенція про здійснення прав дітей 1996 року [15], Конвенція про контакт з дітьми 2003 року [24], Конвенція Ради Європи про заходи щодо протидії торгівлі людьми 2005 року [26] тощо.

Більш деталізованою з точки зору захисту материнства та дитинства, але такою, що органічно витікає з попередніх документів, є Програма дій, прийнята Каїрською міжнародною конференцією з народонаселення і розвитку (Action program adopted by the International Conference on Population and Development. Cairo, 5-13 вересня 1994 року) [438]. В регулятивних документах йшлося про те, стан здоров'я дитини формується ще до її народження, і тут вирішальною детермінантою є здоров'я її батьків. Отже, ВООЗ формулював стратегію покращення здоров'я дитини через збереження, покращення стану здоров'я, зокрема репродуктивного майбутніх батьків. Тобто поступово формувалася концепція та підходи до системи планування сім'ї. ООН наголошувало на невід'ємному праві кожної людини

на планування сім'ї (продовження роду) та особисте відповідальне батьківство. Одночасно ООН визначало та формулювало право кожної держави централізовано формувати політику планування сім'ї, виходячи з власних умов та потреб народонаселення, підкресливши, що його необхідно реалізовувати, виходячи із потреб конкретної сім'ї та свідомої відповідальності перед суспільством [438].

Каїрська конференція 1994 року була важливим, навіть переломним, спільним заходом ООН, Фонду народонаселення ООН, ВООЗ, ЮНІСЕФ з питань народонаселення та розвитку. В ній прийняти участь 188 країн світу і саме тоді вперше на такому рівні були обговоренні питання, які стосувалися захисту репродуктивних прав та охорони репродуктивного здоров'я різних верств населення, результатом дій запропонованих на конференції передбачалось, насамперед, народження здорових дітей, виховання їх здоровими батьками, закладення принципів планування сім'ї, роль державних політик в цих процесах. Тобто, засадничі наративи, які у подальшому сформулювали підходи та стандарти до системи перинатальної допомоги в усьому світі і впливають на її розвиток і нині. Зокрема, Програмою дій Каїрської конференції було сформульовано:

- п'ятнадцять принципів, що забезпечують ретельний баланс між визнанням індивідуальних прав людини та правом на розвиток націй. Формулювання більшості принципів безпосередньо впливає з узгоджених міжнародних формулювань відповідних міжнародних декларацій, конвенцій і угод;
- взаємозв'язки між населенням, стійким економічним зростанням і сталим розвитком;
- співвідношення населення, сталого економічного зростання та бідності. Зокрема, йшлося про заходи спрямовані на уповільнення зростання населення, зменшення бідності, досягнення економічного прогресу, покращення захисту навколишнього середовища та скорочення нестабільних моделей споживання та виробництва,

переорієнтація на такі, які є взаємодоповнювальними. З точки зору перинатальної допомоги важливим є те, що викорінення бідності сприятиме уповільненню зростання населення та досягненню швидкої стабілізації населення. Жінки, як правило, найбідніші з бідних. Вони також є ключовими учасниками процесу розвитку. Таким чином, усунення всіх форм дискримінації щодо жінок є необхідною умовою для викорінення бідності, сприяння стійкому економічному зростанню, забезпечення якісних послуг з планування сім'ї та репродуктивного здоров'я, а також досягнення балансу між чисельністю населення та наявними ресурсами;

- підходи до розширення можливостей і статус жінок. Розширення прав і можливостей жінок і покращення їх статусу є важливими цілями самі по собі та мають важливе значення для досягнення сталого розвитку, планування сім'ї та відповідального батьківства;
- чоловічі обов'язки та участь в плануванні сім'ї. Було визначено, що чоловіки відіграють ключову роль у забезпеченні гендерної рівності, оскільки в більшості суспільств вони мають переважну владу майже в усіх сферах життя. Метою є сприяння гендерній рівності та заохочення та надання можливості чоловікам брати на себе відповідальність за свою сексуальну та репродуктивну поведінку та свої соціальні та сімейні ролі. Уряди повинні заохочувати рівну участь жінок і чоловіків у всіх сферах сімейних і домашніх обов'язків, включаючи, серед іншого, відповідальне батьківство, сексуальну та репродуктивну поведінку, профілактику захворювань, що передаються статевим шляхом, а також спільний контроль і внесок у сімейні доходи та добробут дітей;
- репродуктивні права та визначення репродуктивного здоров'я;
- заходи попередження небажаної вагітності, небезпечних абортів (за визначенням ВООЗ), ЗПСШ та ВІЛ/СНІД, заохочення відповідальної та здорової репродуктивної та сексуальної

поведінки, включаючи добровільне утримання та надання відповідних послуг і консультацій;

- орієнтовний зміст національних політик та планів дій. Там, де керівництво твердо віддане економічному зростанню, розвитку людських ресурсів, гендерній рівності та справедливості та задоволенню потреб населення в охороні здоров'я та, зокрема, в репродуктивному здоров'ї, країни змогли мобілізувати стійку національну відданість, щоб зробити програми з народонаселення та розвитку успішними. Народонаселення та розвиток нерозривно взаємопов'язані, і прогрес у будь-якій сфері може спричинити покращення в інших. Визнається необхідність залучення потенційних бенефіціарів до розробки та подальшої реалізації політики, планів, програм і проектів, пов'язаних із народонаселенням. Неурядові організації та приватний сектор визнаються партнерами в національній політиці та програмах. Члени національних законодавчих органів можуть зіграти важливу роль, особливо у прийнятті національного законодавства для виконання Програми дій, виділенні відповідних фінансових ресурсів, забезпеченні підзвітності витрат і підвищенні обізнаності громадськості щодо проблем народонаселення. Основні цілі полягають у сприянні активному залученню обраних представників народу, зокрема парламентаріїв та зацікавлених груп і окремих осіб, особливо на низовому рівні, а також у нарощуванні спроможності та самовпевненості для здійснення узгоджених національних дій [узагальнено автором за джерелом 438].

Україна ратифікувала Програму дій, прийняту Каїрською міжнародною конференцією з народонаселення і розвитку у 1995 році. Хочемо звернути увагу, що з позиції розвитку системи перинатальної допомоги зазначений документ дає розширене соціально-медичне, а не суто

медичне, змістовне трактування заходам перинатальної допомоги, чого дотримуємося і ми в нашому дослідженні.

Важливим документом що підтримки жінок, зокрема і щодо їх материнства, стала Пекінська Декларація та Платформа дій, прийняті на IV Всесвітній конференції щодо становища жінок [14]. Цей документ вимагає від міжнародного співтовариства й урядів зобов'язань щодо політик і практичних заходів, зокрема зобов'язань підтримувати жінок за різними напрямками розвитку. Уряди і міжнародне співтовариство визнавали Пекінською Декларацією необхідність вживання негайних заходів щодо розширення можливостей і поліпшення становища жінок. Що стосується питань материнства, планування сім'ї та народження дітей Пекінська Декларація гарантувала:

чітке визнання і підтвердження права всіх жінок на контроль за всіма аспектами свого здоров'я, зокрема їх власною фертильністю;

забезпечення жінкам і чоловікам рівного доступу до освіти та медичної допомоги і рівне ставлення до них у цих галузях, домагатися поліпшення статевого і репродуктивного здоров'я жінок, а також підвищення їхнього освітнього рівня [14].

Якщо географічно локалізувати міжнародні регулюючі документи, то наголосимо на тому, що ВООЗ розробила та прийняла документ, що містить основоположні заходи для досягнення показників здоров'я населення в країнах Європейського регіону – “Здоров'я 21”: рамки політики “Здоров'я для всіх” Європейського регіону ВООЗ” (Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region) [315]. Цей документ сформулював важливі норми для розбудови системи перинатальної допомоги, зокрема:

інтеграція первинної медичної допомоги з медичними послугами в закладах охорони здоров'я, зокрема з послугами в акушерстві та гінекології;

обґрунтування багатогалузевих стратегій для досягнення стійкого здоров'я, окремо і здоров'я жінок та новонароджених;

закріплюється, що здоров'я є результатом біологічної початкової точки індивіда та діяльності, що включає більшість секторів суспільства, а також населення в цілому, через індивідуальні та колективні рішення та дії;

містить політичну основу для роботи з біологічним потенціалом для здоров'я та вжиття багатогалузевих стратегій для досягнення сталого здоров'я в суспільстві та його розвитку шляхом: боротьби з фізичними та соціально-економічними детермінантами здоров'я; полегшити людям вибір здорового способу життя; охоплення для розширення можливостей окремих осіб, місцевих громад, приватних і волонтерських організацій у різних закладах охорони здоров'я, напр. будинки, робочі місця, школи та міста; заохочення всіх секторів до визначення та досягнення взаємних здобутків щодо здоров'я та економічного розвитку [315].

Зазначимо на багатогалузевих стратегіях досягнення стійкого здоров'я окремої людини та суспільства, що рекомендують Європейським офісом ВООЗ як базова стратегія розвитку всіх галузей охорони здоров'я на початку XXI століття. Цей підхід застосовується і під час формулювання ВООЗ рекомендацій для розвитку національних систем перинатальної допомоги.

Для нашого дослідження важливим є документ, який є основою для сучасної концепції глобального розвитку та співробітництва, а також враховується у повоєнній відбудові України, це “Цілі розвитку Тисячоліття” (Millennium Development Goals 2015) [495]. Серед їхнього переліку є цілі, що безпосередньо стосуються охорони здоров'я та надання медичних та соціальних послуг матерям і дітям. До таких цілей розвитку Тисячоліття належать:

- зменшення смертності серед немовлят на 2/3;
- зменшення рівня материнської смертності на 3/4;
- забезпечення всім рівного доступу до репродуктивної медицини [495].

Разом із Цілями розвитку Тисячоліття сучасні підходи до захисту материнства та дитинства у світі, зокрема і щодо захисту права на здоров'я, регламентується Глобальною стратегією охорони здоров'я жінок і дітей

(Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health) [399]. Цей документ розроблявся ВООЗ з метою привернути увагу світової спільноти до необхідності зробити більше для охорони здоров'я жінок і дітей. Для нашого дослідження важливим є те, що розвиток медико-соціальних технологій для охорони здоров'я жінок відбувається під загальним кредо: "Кожна жінка, кожна дитина" і передбачає впровадження інформаційно-роз'яснювальних та просвітницьких заходів, а також ці заходи узгоджені напрямами досягнення Цілями розвитку Тисячоліття в галузі охорони здоров'я та благополуччя.

Глобальна стратегія охорони здоров'я жінок і дітей передбачає три основні цілі: виживати, процвітати, змінювати. Її складові спрямовані на якісні зміни у суспільстві, щоб жінки та діти реалізовували своє право на найвищий рівень здоров'я та благополуччя, що водночас сприятиме значним соціальним, демографічним та економічним вигодам.

В документі застосовується новий підхід для більш ефективного вирішення проблем здоров'я жінки та дитини, а саме підхід життєвого циклу: підлітка, жінки, новонародженого, спрямований на досягнення найвищих стандартів фізичного, психічного та соціального здоров'я і благополуччя на кожному віковому етапі, урахуваючи, що здоров'я людини в кожний віковий період впливає на його здоров'я у наступні періоди, а також опосередковано впливає на наступне покоління. Також, в стратегії застосовується міжсекторальний підхід до охорони здоров'я жінки, про який ми говорили вище, відповідно набувають важливості для досягнення цілей охорони здоров'я і розбудови її системи суміжні фактори (харчування, чисте повітря, санітарія, освіта, водопостачання та інфраструктура), вони відіграють дуже важливу роль в реалізації заходів щодо досягнення цілей сталого розвитку.

Передбачається, що реалізація Глобальної стратегії охорони здоров'я жінок і дітей за умови стабільного/зростаючого рівня фінансування у період до 2030 року дозволить досягти таких результатів:

– ліквідація запобіжної смертності матерів, новонароджених, дітей і підлітків, а також мертвонародження;

– отримати щонайменше десятикратний дохід на інвестиції в здоров'я та харчування жінок, дітей і підлітків за рахунок підвищення рівня освіти, участі у трудовій діяльності та внеску в життя суспільства;

– створити ефект “великого зближення” в охороні здоров'я – всім жінкам, дітям і підліткам надати рівні можливості для виживання і процвітання [399].

На основі аналізу Глобальної стратегії охорони здоров'я жінок і дітей та визначено її основні завдання та показники, що можуть стосуватися розвитку системи перинатальної допомоги (таб.6)

Таблиця 6

Основні завдання Глобальної стратегії охорони здоров'я жінок і дітей та показники їх досягнення, які можуть бути покладені в основу національної політики реформування системи перинатальної допомоги

ОСНОВНІ ЗАВДАННЯ СТРАТЕГІЇ	ПОКАЗНИКИ
ВИЖИВАТИ: покласти край запобіжній смертності.	<ul style="list-style-type: none"> – знизити материнську смертність в глобальному масштабі до менше 70 випадків на 100 тис. живонароджених. – знизити смертність новонароджених щонайменше до 12 випадків на 1000 живонароджених у кожній країні. – знизити смертність дітей до п'яти років щонайменше до 25 випадків на 1000 живонароджених у кожній країні. – покласти край епідеміям віл, туберкульозу, малярії, забутих тропічних хвороб та інших інфекційних захворювань. – знизити на третину передчасну смертність від неінфекційних захворювань, зміцнювати психічне здоров'я і сприяти благополуччю.
ПРОЦВІТАТИ: забезпечити здоров'я і благополуччя.	<ul style="list-style-type: none"> – покласти край всім видам неповноцінного харчування і задовольняти потреби в харчуванні дітей, дівчат-підлітків, вагітних і жінок, що годують груддю. – забезпечити загальний доступ до медичного обслуговування щодо сексуального і репродуктивного здоров'я (зокрема до послуг планування сім'ї), а також

	<p>дотримання прав у цій галузі.</p> <ul style="list-style-type: none"> – забезпечити всім дівчаткам і хлопчикам якісний ранній розвиток. – істотно знизити смертність і захворюваність, що пов'язані із забрудненням навколишнього середовища. – забезпечити загальне охоплення послугами охорони здоров'я, включаючи захист від фінансових ризиків, і доступ до якісних основних послуг, лікарських засобів та вакцин.
ЗМІНЮВАТИ: розширювати сприятливе середовище, викорінити крайню бідність	<ul style="list-style-type: none"> – забезпечити отримання всіма дівчатками і хлопчиками повної початкової та середньої освіти. – усунути всі шкідливі практики, дискримінацію і насильство щодо жінок і дівчат. – забезпечити загальний доступ до безпечної і недорогої питної води, засобів санітарії і гігієни. – сприяти науковим дослідженням, розширювати можливості технологій та стимулювати інновації. – забезпечити видачу всім посвідчень особи, в тому числі свідоцтв про народження. – розвивати глобальне партнерство щодо сталого розвитку.

Складено авторкою за матеріалами Глобальної стратегії охорони здоров'я жінок, дітей та підлітків [399].

Перелічені завдання та показники їх досягнення можна застосувати під час формування та реалізації інтегрованої політики з розвитку перинатальної допомоги як один із провідних дієвих підходів до збереження здоров'я жінки та дитини впродовж всього життя (від збереження репродуктивного здоров'я, планування вагітності, лікування безпліддя, виношування вагітності, неускладнених пологів, народження здорової дитини, догляду за дитиною, збереження репродуктивного здоров'я для забезпечення якості життя та подальших вагітностей).

Зразу зазначимо, що до Глобальної стратегії охорони здоров'я жінок і дітей прийнято низку нормативних актів, які конкретизують заходи щодо досягнення її завдань, а саме:

- Індикатор і система моніторингу для Глобальної стратегії щодо здоров'я жінок, дітей і підлітків. 2016 рік (Indicator and Monitoring Framework for

the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health Guideline. 2016) [468];

- Звіт про хід реалізації Глобальної стратегії охорони здоров'я жінок, дітей і підлітків “Кожна жінка – кожна дитина” за 2017 р. (Progress Report on the Every Woman Every Child Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health. 2017) [399];
- Прогрес раннього розвитку дітей: від науки до масштабу 2017 (Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale 2017)[];
- Зобов'язання щодо Глобальної стратегії охорони здоров'я жінок, дітей та підлітків “Кожна жінка – кожна дитина” (2016-2030) 2017(Commitments to the Every Woman Every Child Global Strategy for Women's Children's and Adolescents' Health (2016-2030) 2017) [481];
- Глобальна стратегія здоров'я жінок, дітей та підлітків (2016–2030) Моніторинговий звіт за 2018 рік: поточний стан та стратегічні пріоритети. (Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030) 2018 monitoring report: current status and strategic priorities)[486];
- Забезпечення загального охоплення медичним обслуговуванням для жінок, дітей і підлітків. 2019 рік (Ensuring Universal Health Coverage Delivers for Women, Children and Adolescents.2019)[476];
- Занедбана трагедія: глобальний тягар мертвороджених дітей: звіт Міжвідомчої групи ООН з оцінки дитячої смертності, 2020 р. (A Neglected Tragedy: The global burden of stillbirths: Report of the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, 2020) [480];
- Десятиліття здорового старіння: Базовий звіт. 2020 рік (Decade of healthy ageing: Baseline report. 2020) [277];
- Покращення здоров'я матерів і новонароджених, виживання та зменшення мертвородження: звіт про прогрес. 2023 рік (Improving Maternal and Newborn Health and Survival and Reducing Stillbirth: Progress Report. 2023) [488] та інші.

Це далеко не вичерпний список додаткових рекомендацій, роз'яснювальних документів, моніторингів тощо. Ми не будемо викладати зміст всіх в роботі, але більшість будуть процитовані у наступних розділах.

Зазначимо, що аналіз зазначених документів демонструє вже наявні можливості для розбудови системи перинатальних послуг на засадах інтегральної політики, мультисекторального підходу до перинатальної допомоги, комбінації багатогалузевих стратегій для досягнення стійкого здоров'я жінок та новонароджених тощо. І частково це вже впроваджується в Україні.

Те, як саме кожна країна враховує вимоги міжнародних документів у розробці та виконанні національних стратегій охорони здоров'я та в інших галузях функціонування, визначається безпосередньо кожною державою через процедуру ратифікації. В роботі ми навели лише ті нормативно-правові акти, що були ратифіковані Україною, отже визнані керунками щодо реформування різних галузей соціально-економічної діяльності нашої держави, зокрема щодо розбудови якісної та ефективної системи перинатальної допомоги.

Роль міжнародних організацій у формуванні національних політик, зокрема і охорони здоров'я є досить обмеженою. На прикладі ООН можемо продемонструвати, що ця організація бачить свою місію в тому щоб:

- співпрацювати з партнерами, щоб підтримати національні зусилля щодо досягнення Цілей розвитку Тисячоліття, пов'язаних зі здоров'ям;
- встановлювати рекомендації щодо профілактики і лікування та інших глобальних норм і стандартів;
- надавати технічну підтримку країнам для впровадження керівних принципів;
- аналізувати соціальні та економічні фактори, висвітлювати ширші ризики і можливості для здоров'я [495].

ВООЗ допомагає національним органам влади у розробці політики та планів охорони здоров'я, а також допомагає урядам співпрацювати з

партнерами з розвитку, щоб узгодити зовнішню допомогу з внутрішніми пріоритетами. ВООЗ також збирає та поширює дані про здоров'я, щоб країни могли планувати витрати на охорону здоров'я та відстежувати прогрес. Але остаточне формування та реалізація національної політики в тій чи іншій галузі, є сферою відповідальності самої держави.

Як показує аналіз основних міжнародних регулюючих документів щодо охорони материнства та дитинства, питання розбудови та ефективності системи перинатальної допомоги, в будь-якій інституційній архітектурі, для міжнародної спільноти є актуальним та важливими. Значущість проблематики підтверджується постійним оновленням регулюючих документів та систематичним пошуком стратегічних напрямів взаємопов'язаних один з іншими. Міжнародні регулюючі документи можуть слугувати своєрідними маркерами для визначення підходів до вдосконалення системи перинатальної допомоги в Україні.

Висновки до розділу 3

Проаналізовано зарубіжний досвід становлення державного регулювання систем перинатальної допомоги, різних країн, розглянуто можливості імплементації міжнародних підходів у вітчизняну практику відповідно до політики ВООЗ, ООН, ЮНІСЕФ, ЄС та інших міжнародних регуляторів. Також здійснено компаративний аналіз міжнародних стратегій та визначено можливість розбудови стратегічних напрямів реформування системи перинатальної допомоги в Україні крізь призму міжнародних показників ефективності її надання.

Аналіз досвіду державного регулювання систем перинатальної допомоги низки країн (Австрії, Бельгії, Німеччини, Італії, Словенії, Чехії, Франції, Нідерландів, Польщі, Португалії, Швеції, США, Канади та інших) показав відсутність єдиної збалансованої системи регулювання наданням перинатальної допомоги на національному рівні. У деяких країнах або регіонах усередині країни державне регулювання охороною здоров'я визначало рівні медичної

допомоги на основі спроможності пологових в залежності від фінансової спроможності регіону/держави, а не на певних загальних засадах. Прийняття Цілей Тисячоліття у 2015 році та імплементації цього документу на національні рівні спонукали до того, що стандарти та тактики до регулювання систем перинатальної допомоги в європейському регіоні поступово уніфікуються.

Визначено базовий підхід до розбудови систем охорони здоров'я на європейському просторі, а саме – охорона здоров'я, орієнтована на людину. Доказано: система перинатальної допомоги України стане стійкішою до надзвичайних ситуацій та криз різного походження, якщо в основу її реформування будуть покладені у поєднанні: принципи інтегрального підходу, заходів орієнтованих на людину та цінності. Це забезпечить високу якість послуг, стійкість системи перинатальної допомоги, сприятиме підвищенню темпів природного відновлення населення.

Досліджено засадничі принципи реформування ВООЗ для стійкості у воєнний час та у повоєнний період для системи охорони здоров'я України, на цих засадах визначено стратегічні напрями розбудови системи надання перинатальної допомоги як складової систем охорони здоров'я та соціальної підтримки населення України: система перинатальних послуг має ґрунтуватися на сильних сторонах вже функціонуючої системи в Україні; врахування етапності, здобутків та невдач, послідовності проведення реформ різних галузей; вихідним інфраструктурним підґрунтям є наявні установи і заклади охорони здоров'я, їх стан та комплектування; наявний людський ресурс; врахування програмних документів ВООЗ, як критеріїв оцінки успішності й вихідних положень для розробки і впровадження стратегічних напрямів у подальшій розбудові системи перинатальних послуг і Україні; гнучкість та динамічність реакції з боку уряду, ЦОВВ, місцевого самоврядування на нові виклики; реалістична послідовність впровадження заходів з розбудови системи надання перинатальних послуг як інституційного механізму повоєнного відновлення всієї системи охорони здоров'я.

Досліджено політику ВООЗ з питань регулювання системи перинатальної допомоги. Встановлено, що ВООЗ брала активну участь у розробці та популяризації стратегій перинатальної допомоги у всьому світі за останні тридцять років. Нині ВООЗ наголошує на багатогалузевих стратегіях досягнення стійкого здоров'я окремої людини та суспільства, що рекомендується як базова стратегія розвитку всіх галузей охорони здоров'я ХХІ століття. Цей підхід ВООЗ застосовує під час надання рекомендацій для розвитку національних систем перинатальної допомоги зокрема в Україні. Результати глобального моніторингу слугують орієнтирами для держав і сприяють зосередженню національних зусиль на впровадженні науково обґрунтованої, ефективної політики якісної перинатальної допомоги на рівні країни.

РОЗДІЛ 4

ПОЛІСЕКТОРАЛЬНА СТРАТЕГІЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СИСТЕМИ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

4.1. Напрями державного регулювання для зниження материнської та неонатальної смертності

Питання охорони материнства і дитинства впродовж останніх двадцяти років розглядалося як пріоритетне в контексті формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я. Погіршення демографічної ситуації та зниження здорового дітонародження ще у 2002 р. стало передумовою до активних дій Уряду України і прийняття низки управлінських рішень. Значне привернення уваги до даної проблематики відбулося на найвищому рівні у 2005 році, коли за результатами проведення парламентських слухань вирішення питань охорони здоров'я матерів і дітей визналися нагальними [27].

Показники материнської чи неонатальної смертності вважають інтегрованими індикаторами, які відображають не лише стан загального репродуктивного здоров'я жінок, а також вказують на якість медичної допомоги вагітним та рівень організації надання медичної допомоги у відповідних закладах охорони здоров'я. Зважаючи на високий рівень смертності матерів та немовлят, високий рівень неонатальної захворюваності (близько 70 відсотків жінок народжували дітей з акушерськими ускладненнями), прийнято Концепцію безпечного материнства. Згідно з Концепцією, безпечне материнство трактується як забезпечення здоров'я матері, в тому числі фізичних, психічних та соціальних факторів, благополуччя вагітної до пологів, під час пологів та у післяпологовий період, і здоров'я дитини для її гармонійного розвитку. Тому метою цієї державної стратегії стала активна протидія демографічній кризі та зменшення негативних змін у стані

здоров'я населення, особливо жінок і дітей [72]. Таким чином, був сформований комплекс заходів для забезпечення здоров'я майбутніх поколінь.

За цей період стратегічні підходи державної політики щодо збереження та покращення здоров'я матерів та дітей зазнавали певних змін, що було обумовлено низкою соціально-економічних чинників. Окрім вже існуючих проблем у сфері охорони здоров'я додаткове навантаження було зумовлено поширенням пандемії COVID-19. Проте найбільшим викликом для усіх напрямів медичної галузі стали наслідки проведення військових дій, які надзвичайно актуалізували питання відтворення здорового населення України, а тому виникла необхідність змінити акценти у формуванні та реалізації державної політики щодо безпечного материнства.

У цьому дослідженні умовно виділено три періоди, відповідно до яких сформовані конкретні завдання, зокрема: проаналізувати стан охорони материнства і дитинства до початку епідемії; означити проблеми організації медичної допомоги у період пандемії COVID-19; виділити проблемні напрями в означеній сфері медичної галузі, починаючи від початку повномасштабного вторгнення росії до сьогодні.

Зниження материнської смертності, якій можна було б запобігти, та охорона здоров'я матерів залишаються на вершині глобального порядку денного провідних структур у сфері охорони здоров'я. Охорона здоров'я матері – це здоров'я жінки під час вагітності, пологів і післяпологовий період і на кожному етапі необхідно гарантувати повну безпеку, збереження здоров'я, благополуччя жінок та їхніх дітей. Для зміцнення здоров'я та благополуччя надзвичайно важливо розширювати зусилля, спрямовані на зменшення материнської захворюваності, травматизму та інвалідності.

Найпоширенішими прямими причинами травм і смерті матері є надмірна крововтрата, інфекція, високий кров'яний тиск, небезпечний аборт і ускладнені пологи, а також непрямі причини, такі як анемія чи хвороби серця. Кожна вагітність і пологи унікальні, перебіг яких дуже залежить від репродуктивного здоров'я жінки. Усунення чинників, які впливають на стан здоров'я жінок,

права та гендерні питання, мають фундаментальне значення для забезпечення всім жінкам доступу до шанобливого ставлення, високоякісного медичного догляду та щасливого материнства.

Більшість материнських смертей можна запобігти за умови своєчасного лікування кваліфікованим медичним працівником, який працює в належних умовах. Надання кваліфікованої допомоги у спеціалізованих закладах є запорукою запобігання смертності. Щорічно відбувається близько 140 мільйонів пологів, і частка пологів із залученням кваліфікованого медичного персоналу зростає: з 58% у 1990 році до 81% у 2019 році [361]. Це здебільшого пов'язано із збільшення кількості пологів у медичних закладах.

На жаль, Україна продовжує лідирувати за показниками материнської смертності серед інших країн Європи (рис. 4. 1). За даними міжнародного оцінювання у 2017 році в Україні було 83 випадки материнської смертності, в той час як у сусідній Польщі – 8, Франції – 56, а у Німеччині – 53 [459].

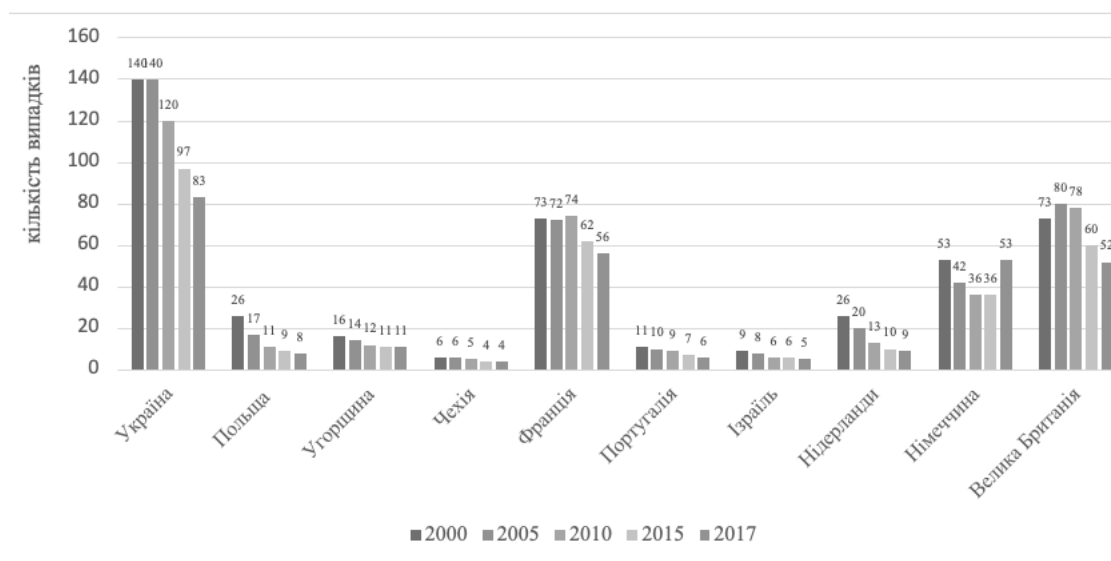


Рис. 4. 1. Материнська смертність (кількість випадків) у 2000-2017 рр. [354].

Показник материнської смертності на 100 000 живонароджених є критично важливим індикатором здоров'я матерів та спроможності системи охорони здоров'я і визначає кількість випадків смерті матерей на 100 000 народжених дітей протягом певного періоду, зазвичай року. Цей показник

дозволяє оцінити рівень здоров'я матерів, якість та доступність перинатальної допомоги, а також ефективність державної політики щодо репродуктивної медицини. Висока материнська смертність свідчить про проблеми зі здоров'ям матерів та може бути індикатором недостатньої догляду під час вагітності, пологів та післяпологового періоду, і навпаки, низький рівень материнської смертності зазвичай свідчить про ефективну перинатальну допомогу, високий рівень експертизи медичного персоналу та доступність необхідного обладнання. Показник допомагає виявити різницю у рівні материнської смертності між різними регіонами, соціальними групами та етнічними громадами, ідентифікувати групи з високим ризиком материнської смертності, що дає змогу приділити особливу увагу і ресурси для створення ефективних інтервенцій, дозволяє порівняти стан здоров'я матерів між різними країнами, що визначає пріоритети для глобальних зусиль зі зменшення материнської смертності. Ці показники дещо різняться між собою відповідно до різних баз даних, що потребує додаткового аналізу (рис.4. 2).

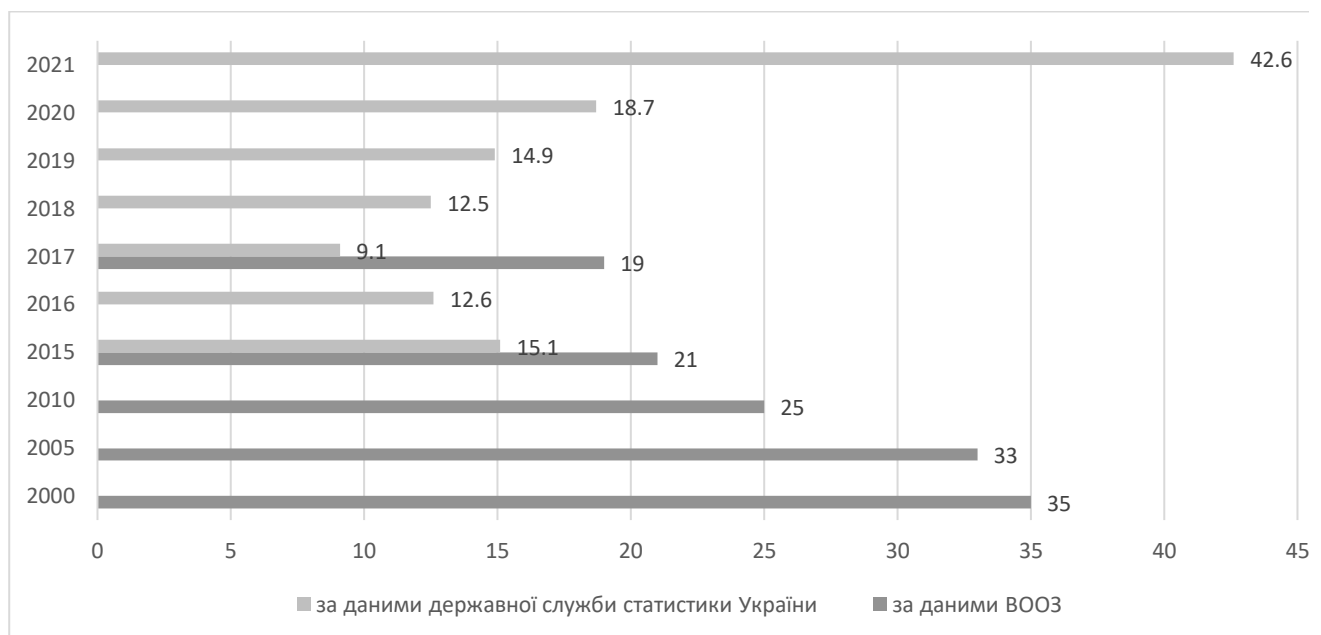


Рис. 4. 2. Показники материнської смертності у розрахунку на 100 000 живонароджених [354], [63].

Неонатальна смертність також залишається значно вищою, ніж у країнах Європейського Союзу. У 2015 році в Україні було 2378 випадків смерті немовлят у перші 28 днів життя, в той час як у Польщі – 1122, Румунії – 1047, а

у Німеччині – 1449 випадків. Проте, в Україні показник неонатальної смертності поступово знижується з кожним роком, і у 2015 становив 5.5 на 1000 живонароджень, проти 5.7 у 2014 [210]. Станом на 2020 рік в Україні показник смертності дітей у віці 0-27 днів залишається ще все високим (рис. 4.3).

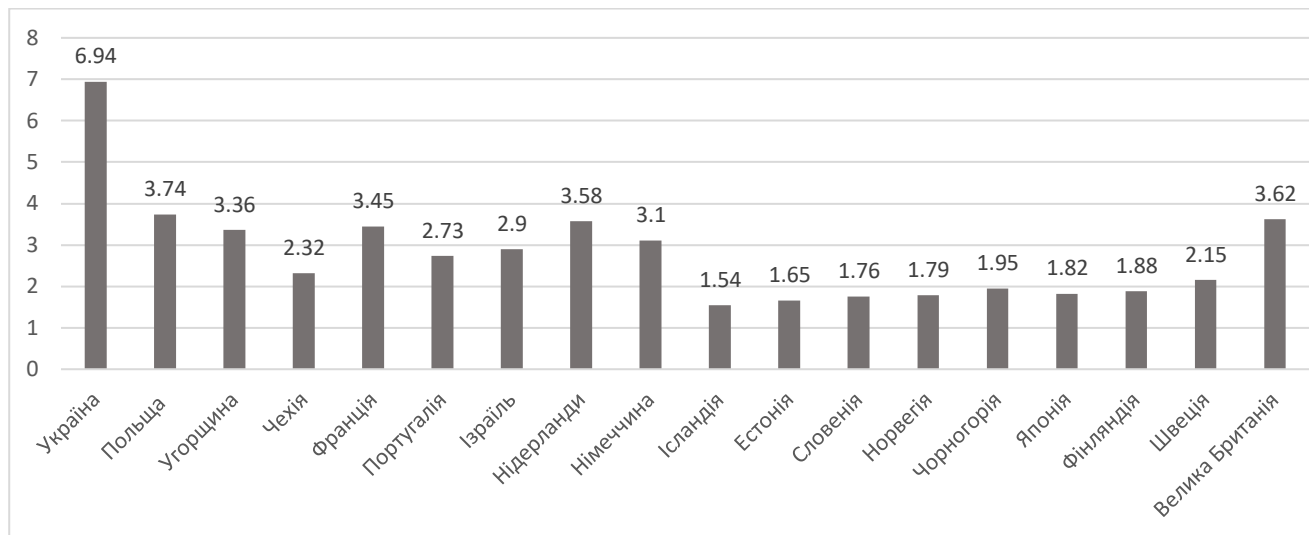


Рис.4. 3. Неонатальна смертність (смертність на 1 000 живонароджених) у 2020 році [65].

Здоровий перебіг вагітності напряму залежить від культури здорового способу життя матері не лише під час вагітності, але і задовго до цього. Має значення наскільки здоровою росла людина, наскільки часто вона хворіла, а також які екстрагенітальні захворювання вона мала до моменту планування вагітності. Згідно з дослідженням ЮНІСЕФ рівень знання про небезпечні прояви під час вагітності в Україні є дуже низьким. В Україні лише 23% жінок і чоловіків знають хоча б про три небезпечні симптоми під час вагітності, а про всі шість пам'ятають тільки 12% респондентів. В той же час, менше половини (45%) жінок звертаються до жіночої консультації до 11 тижня вагітності, і лише третина жінок відвідує курси вагітних. Ці чинники впливають на виникнення ускладнень під час вагітності, що відображається на показнику смертності в перинатальному періоді, зокрема на це вказує кількість мертвонароджених, що зображено на рис. 4.4..



Рис. 4.4.. Кількість померлих дітей у перинатальному та неонатальному періодах у 2000-2020 рр. [65].

Україні варто переймати досвід країн Європи, в яких успішно працюють програми прекоцептуальної профілактики та підготовки до вагітності. Вони передбачають звернення до лікаря ще на стадії планування вагітності – за кілька місяців, а то і років. Низькі показники ускладнень вагітності у західних країнах підтверджують ефективність цих програм” [210].

Материнська смертність в період пандемії COVID-19 є одним із зворотних боків впливу цієї глобальної кризи на здоров'я населення. Пандемія COVID-19 створила виклики для систем охорони здоров'я, зокрема вплинула на якість надання перинатальної допомоги. Інформація про вплив пандемії на материнську смертність в різних країнах і регіонах може бути різною, оскільки це залежить від багатьох чинників. На рівень материнської смертності під час пандемії COVID-19 суттєво вплинули обставини, обумовлені двома основними причинами: випадки, коли жінка померла через взаємодію з вірусом COVID-19 під час вагітності (відомі як непрямі акушерські смерті), або випадки, коли ускладнення вагітності не були попереджені або керовані через прогалини в наданні медичних послуг.

Загалом причини впливу пандемії COVID-19 на материнську смертність пов'язують здебільшого з:

– *обмеженням доступу до медичних послуг*: заходи, введені в рамках боротьби з пандемією, можуть обмежити в часі доступ вагітних жінок до необхідної медичної допомоги, включаючи акушерську допомогу та невідкладні медичні процедури;

– *зміни в організації медичної допомоги*: в умовах пандемії були внесені зміни у функціонування медичних закладів, що призвело до змін в організації надання перинатальної допомоги;

– *стрес та психологічний тиск*: пандемія призводить до збільшення стресу та психологічного тиску на вагітних жінок, що впливає на їхнє фізичне та психічне здоров'я. Багато країн вводили обмеження щодо присутності партнерів під час пологів, що також впливає на психологічний стан жінок та якість перинатальної допомоги.

– *нерівність в доступі до медичних послуг*: пандемія поглибила нерівність в доступі до здоров'я, зокрема у вразливих груп населення, що також позначається на статистиці материнської смертності.

Рівень материнської смертності сягнув найвищого рівня за останні роки (у період пандемії) навіть у високорозвинутих країнах, які зазвичай відрізняються якістю надання медичних послуг. До прикладу, рівень материнської смертності в США є найвищим серед країн із високим рівнем доходу, а кількість смертей у 2021 році була найбільшою із середини 1960-х років. Рівень материнської смертності в країні набагато вищий, ніж у Канаді, Австралії та Великобританії [247]. Загалом у 2021 році в США під час вагітності або в короткий термін після пологів померли 1205 жінок. До порівняння: 861 було у 2020 році та 754 у 2019 році [361].

До цього періоду деякі країни світу вже досягли певних успіхів у зниженні рівня показників материнських і перинатальних втрат, дитячої смертності та інвалідності. Але оскільки ці показники залишалися ще достатньо високими, стало очевидним, що докорінно змінити ситуацію буде надзвичайно важко за умови реалізації існуючих підходів. Аналіз міжнародного досвіду та отримані дані від запровадження інноваційних управлінських підходів дозволяє

зробити висновки про необхідність змін в організаційних і адміністративних заходах, їх послідовності та етапності. Тому прийнято рішення змінювати саму модель надання медичної допомоги жінкам та дітям, починаючи з первинного рівня і закінчуючи високоспеціалізованою медичною допомогою. Створення нової моделі розглядається на рівні адміністративно-територіальної одиниці, що дає змогу забезпечити повноту циклу надання медичної допомоги жінкам та дітям, а відтак сприятиме доступності відповідної перинатальної допомоги усім категоріям населення відповідно до складності випадку.

Такий алгоритм дій отримав назву регіоналізації перинатальної допомоги, яка за рахунок запровадження сучасних медичних технологій, концентрації висококваліфікованих кадрів та високотехнологічного обладнання в одному місці сприяє вчасному направленню вагітних (з урахуванням ступеня перинатального ризику) до відповідних центрів, де надається кваліфікована якісна медична допомога.

Україна також зіштовхнулася з новим викликом для усієї системи охорони здоров'я, що неминуче стосується надання медичних послуг жінкам і дітям. Через воєнні дії у 2022 році кількість пологів в Україні зменшилася майже на 20% порівняно з 2021 роком, ймовірно, під впливом безпрецедентних масштабів еміграції та тимчасової окупації українських територій. На відміну від інших медичних послуг, які у березні 2022 року значно скоротилися, кількість пологів різко впала через місяць – у квітні 2022 року [430]. Ми припускаємо, що вагітні на пізніх термінах були значно менш мобільнішими; отже, вони, можливо, були змушені народжувати в районах, де вони жили, коли наприкінці лютого 2022 року почалося повномасштабне вторгнення, або намагалися добратися до місць безпечного народження дитини за межами України.

Війна має серйозний вплив на материнське здоров'я, і це може мати довгострокові наслідки як для матері, так і для дитини. Конфлікти та воєнні дії створюють небачені загрози для здоров'я вагітних жінок, а також у період після

народження дитини. У час війни на рівень і материнської, і дитячої смертності значно впливає:

– *доступ до медичної допомоги*: воєнні конфлікти призводять до руйнування інфраструктури існуючих систем охорони здоров'я. Жінки мають складнощі з доступом до адекватної акушерської допомоги та необхідних медичних послуг, які можуть бути життєво важливими для безпечних пологів та післяпологового періоду.

– *погіршення харчування*: доступ до харчових продуктів та ресурсів обмежений, що може призводити до недостатнього харчування жінок і збільшення ризику передчасних пологів або низької ваги новонароджених.

– *передача інфекційних хвороб та загострення хронічних захворювань*: більший ризик зараження інфекційними хворобами, які можуть бути шкідливими для вагітних жінок і новонароджених.

– *недостатня кількість медичного персоналу, обладнання та лікарських засобів*: це може ускладнити та погіршити якість надання необхідної медичної допомоги та послуг.

Отже, роль держави у зменшенні материнської смертності у всі періоди, а особливо у такі складні періоди, як пандемії чи під час війни є критично важливою, оскільки можуть створювати додаткові загрози для здоров'я жінок, особливо для тих, що вже є вагітними або у період після пологів. Держава зобов'язана приймати заходи для захисту прав жінок на здоров'я та забезпечення доступу до адекватної медичної допомоги під час вагітності та пологів, незалежно від складної ситуації в країні. Для збільшення усвідомленості та зниження материнської смертності, як показує ситуація під час пандемії COVID-19, важливо враховувати ці фактори та приймати заходи для забезпечення безпеки та доступності якісної перинатальної допомоги для вагітних жінок у цей складний період.

В Україні загалом спостерігається низький рівень репродуктивного здоров'я жіночого населення, що може негативно впливати на процес відтворення населення країни. Така ситуація потребує розроблення заходів

подальшого впливу держави на чинники розладу здоров'я на державному (програмні заходи), галузевому та міжгалузевому рівні (організаційні заходи), а також ефективної імплементації цих ініціатив в діяльність закладів охорони здоров'я в умовах адміністративної та медичної реформи [67].

Онкологічні захворювання є одним з таких чинників, які є серйозною загрозою для здоров'я та життя жінок не лише в Україні. У всьому світі спостерігається зростання кількості випадків онкологічних захворювань серед жінок, що може бути пов'язано з зміною способу життя, екологічними та іншими чинниками. Смертність від онкологічних захворювань має значний соціально-економічний вплив. Втрата працездатності та обмежений доступ до якісної медичної допомоги можуть призвести до серйозних наслідків для сімей та суспільства в цілому. Відомо, що багато онкологічних захворювань можна успішно лікувати або контролювати при належному діагностуванні на ранніх стадіях. Розробка та впровадження ефективних стратегій запобігання та контролю онкозахворювань у жінок може значно знизити рівень смертності. Саме тому багато країн та міжнародних організацій приділяють увагу боротьбі з онкологічними захворюваннями, особливо серед жінок. Це сприяє обміну досвідом та впровадженню найкращих практик у національні програми. Оглядаючи зазначені чинники, можна стверджувати, що розробка та впровадження ефективної державної політики запобігання смертності від онкологічних захворювань у жінок є критично важливою для підтримання здоров'я жінок та створення стабільного суспільства.

Відповідно до міжнародних прогнозів очікується, що щорічна кількість нових випадків раку в усьому світі зросте на 70% до 2030 року лише в результаті демографічних змін [300]. Показники смертності від раку в країнах з низьким і середнім рівнем доходу значно перевищують показники в країнах з високим рівнем доходу [226]. Рак молочної залози є однією з найпоширеніших причин смерті від раку в менш розвинених регіонах, на який припадає 324 000 смертей із 883 000 випадків [297]. У країнах, що розвиваються, у 95% пацієнтів з раком, у яких діагностовано захворювання на пізній або кінцевій стадії,

варіантів лікування мало, а прогноз поганий, що свідчить про необхідність узгоджених дій для профілактики раку [295]. Особливо це стосується раку молочної залози та раку шийки матки. Понад 50% смертей є результатом раку молочної залози та 88% смертей внаслідок раку шийки матки [303]. Перевантажені системи охорони здоров'я, гендерна дискримінація, стигма, і нерівний доступ до медичних послуг для жінок у країнах, що розвиваються, створюють проблему. У відповідь на зростаючий тягар раку грудей і шийки матки країни з низьким і середнім рівнем починають впроваджувати національні програми профілактики раку.

Міжнародний досвід загалом базується на розробці електронних баз даних для визначення груп ризику раку молочної залози, що підкреслює потенціал покращення раннього виявлення, оптимізації надання медичної допомоги та сприяння дослідженням раку молочної залози. Електронні бази даних для визначення груп ризику раку молочної залози серед жінок впроваджені в різних країнах світу. Ці бази даних часто розробляються на національному чи регіональному рівнях для покращення скринінгу та профілактики раку молочної залози. Однак дуже важливо адаптувати впровадження таких підходів до місцевого контексту охорони здоров'я, забезпечити етичне використання даних і постійно оцінювати ефективність бази даних у покращенні результатів лікування раку молочної залози.

Кожна країна розглядає свої підходи до формування національної політики профілактики та лікування онкологічних захворювань у жінок. Ось приклади країн, де існують бази даних та сформована національна політика:

1. Сполучені Штати Америки. Національний інститут раку (NCI) у Сполучених Штатах має такі ініціативи, як Консорціум зі спостереження за раком молочної залози (BCSC – Breast Cancer Surveillance Consortium) [253]. Це спільна мережа реєстрів візуалізацій молочної залози, яка проводить дослідження для оцінки та покращення надання та якості скринінгу раку молочної залози та пов'язаних результатів для пацієнтів. Для покращення доступу до скринінгу на рак молочної залози та шийки матки, у 1990 році

Конгрес прийняв Закон про запобігання смертності від раку молочної залози та раку шийки матки, яким передбачено створення Національної програми раннього виявлення раку молочної залози та шийки матки (NBCCEDP – the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program). У 2000 році Конгрес прийняв ще один Закон про профілактику та лікування раку молочної залози та шийки матки, який дозволяв штатам пропонувати доступ до лікування через Medicaid та допомогу тим, у кого в межах програми діагностовано рак. В межах заходів програми Центр профілактики та контролю за захворюваннями допомагає людям з низькими доходами, які не мають належного страхування, отримати доступ до своєчасного скринінгу, діагностики та лікування раку молочної залози та шийки матки. Також надаються послуги інформаційного супроводу пацієнтів, щоб допомогти їм подолати перешкоди та отримати своєчасний доступ до якісної допомоги. Окрім фінансування скринінгових та діагностичних послуг для тих, хто має право, Програма зосереджується на міжособистісному, організаційному, громадському та політичному рівнях, які впливають на програму скринінгу. Програма підтримує використання популяційних підходів для вдосконалення систем, які підвищують якісний скринінг раку молочної залози та шийки матки [258].

2. *Національна служба охорони здоров'я Великобританії (NHS)* запровадила інструменти оцінки ризику та бази даних щодо раку молочної залози як частину своїх програм скринінгу. Ці інструменти допомагають визначити жінок, яким може бути корисним додаткове обстеження або профілактичні заходи. Національний комітет зі скринінгу Великобританії (UK NSC – the UK National Screening Committee) консультує міністерства і служби здоров'я щодо всіх аспектів скринінгу та підтримує впровадження програм скринінгу. Рак молочної залози є найпоширенішою формою раку у Великобританії. Організовані програми, такі як Програма скринінгу молочної залози NHS (NHS BSP), покращують результати раку молочної залози шляхом виявлення ознак захворювання на стадії, коли лікування, ймовірно, буде більш

ефективним. Запрошеним особам надається об'єктивна, своєчасна, збалансована інформація, що ґрунтується на доказах, у зрозумілому для них форматі, щоб допомогти їм зробити усвідомлений вибір щодо того, чи підходить їм скринінг. Рекомендовано всіх жінок віком від 50 до 71 років запрошувати на скринінг грудей кожні 3 роки. Скринінг спрямований на якнайшвидше виявлення раку молочної залози, максимізацію успіху лікування та зниження смертності від раку молочної залози. Існує ряд категорій жінок відповідного вікового діапазону, які не зареєстровані у лікаря загальної практики і згодом не викликані на скринінг, оскільки їх немає в базі даних Breast Screening Select. Служби скринінгу несуть відповідальність за максимізацію охоплення відповідних жінок у своїй цільовій групі, і тому вони забезпечують доступність для жінок цієї категорії через самозвернення. Крім того, жінки, які мають дуже високий ризик раку молочної залози, повинні скеровуватися для щорічного обстеження. Категорії жінок, які мають право на скринінг дуже високого ризику, описані в протоколах спостереження за жінками дуже високого ризику. Програми скринінгу відповідають за реалізацію цієї політики [400].

3. Австралія. У 1 із 7 австралійських жінок протягом життя розвивається рак грудей. Програма BreastScreen Australia – національна програма скринінгу раку молочної залози використовує електронні бази даних та інструменти оцінки ризику для виявлення жінок із вищим ризиком раку молочної залози. Це дозволяє проводити цільовий скринінг і стратегії раннього виявлення. У кожному штаті та території є служба BreastScreen Australia, яка запрошує жінок віком від 50 до 74 років проходити безкоштовне обстеження грудей (мамографію) кожні 2 роки. Можна також проходити безкоштовну маммографію жінкам від 40 до 49 років або 75 років і старше, проте вони не отримують запрошення поштою. Програми скринінгу демонструють свою ефективність. Так між 1985–1989 та 2011–2015 роками 5-річне відносне виживання при раку молочної залози покращилася з 75% до 94% [236].

4. *Канада.* Різні провінції Канади впровадили електронні системи для скринінгу раку молочної залози та оцінки ризику. Наприклад, Програма скринінгу грудей Онтаріо (OBSP) використовує електронні інструменти для відстеження скринінгу та керування інформацією про пацієнта та надає послуги скринінгової мамографії у лікарнях і громадських центрах охорони здоров'я для жінок будь-якого віку. Якщо жінка віком 50 років і старше та має середній ризик раку молочної залози, клінічні рекомендації рекомендують проходити скринінг грудей кожні два роки. Жінки, які беруть участь у Програмі скринінгу молочної залози Онтаріо, отримують повідомлення про результати своїх тестів і автоматично отримують нагадування про наступну мамографію. Якщо потрібне подальше спостереження, воно координується або пунктом скринінгу, або сімейним лікарем чи медсестрою. Жінка віком від 50 до 74 років не потрібне скерування, однак для жінок віком від 30 до 69 років, які мають високий ризик раку молочної залози для обстеження потрібне скерування від лікаря або медсестри [382].

5. *Голландія.* Голландська програма скринінгу раку молочної залози створила цифрові бази даних та інструменти оцінки ризику для надання персоналізованих рекомендацій щодо скринінгу на основі індивідуальних факторів ризику. Рак молочної залози є також найпоширенішою формою раку серед жінок. Щороку приблизно у 15 000 жінок діагностують інвазивний рак молочної залози та приблизно 2330 жінок – рак молочної залози *in situ*. Середній вік на момент встановлення діагнозу становить приблизно 62 роки. Ризик розвитку раку молочної залози у жінки в будь-який час життя становить 10-13%. Щорічно від наслідків раку грудей помирає приблизно 3300 жінок. Рівень виживання при раку молочної залози в основному визначається стадією, на якій він діагностований. З пацієнтів із стадією I стадії раку молочної залози 99% залишаються живими через 5 років, тоді як пацієнти з стадією IV (метастатичний) раку молочної залози у 28% виживають у 5-річній перспективі [299].

У Голландії впровадження національної програми скринінгу на рак молочної залози почалося в 1988 році. До кінця 1996 року були створені необхідні можливості для скринінгу всіх жінок у віці 50-69 років за допомогою маммографії один раз на два роки. З 1998 року цільова група була розширена і охопила жінок віком до 75 років. Виконання програми скринінгу раку молочної залози має за мету досягти оптимального балансу між суспільними цінностями уряду: якістю, географічною та фінансовою доступністю. Сторони оптимізують цей баланс у межах власних завдань та відповідальності, враховуючи визначені рамки. На національному рівні контроль і прийняття рішень щодо цього оптимального балансу покладено на уряд. Голландська програма скринінгу раку молочної залози координується Національним інститутом громадського здоров'я та навколишнього середовища (RIVM-CvB – The National Institute for Public Health and the Environment), що фінансується відповідним міністерством. Структура виконання програми скринінгу раку молочної залози та рекомендації, щоб вона працювала ефективно в рамках визначеної політики відображена в Рамковій програмі “Голландський скринінг раку молочної залози”. Голландська комплексна онкологічна організація (IKNL) проводить національний моніторинг програми скринінгу раку молочної залози на щорічній основі. Моніторинг забезпечує якість програми скринінгу раку молочної залози та визначає відповідні проблеми та вузькі місця.

Програма скринінгу раку молочної залози має переваги та недоліки. Важливою перевагою є те, що участь у програмі знижує ймовірність смерті від раку грудей. Жінки, які регулярно беруть участь у програмі скринінгу, мають вдвічі (50%) менше шансів померти від раку молочної залози, ніж жінки, які не беруть участі. Завдяки програмі скринінгу рак молочної залози можна виявити та лікувати на ранній стадії. Це знижує ймовірність метастазів. Крім того, лікування може бути менш інтенсивним і шанси на одужання більші.

Є й мінуси. Скринінг не дає повної впевненості. З кожних 100 випадків раку молочної залози 25 випадків не виявляються програмою скринінгу. Крім того, виникає гіпердіагностика та надмірне лікування. Було підраховано, що на

кожні 1000 жінок, які беруть участь у програмі скринінгу, в середньому чотири жінки отримують безпідставний діагноз рак молочної залози та без потреби лікуються. Однак наразі неможливо заздалегідь визначити, яких саме жінок це стосується. Нарешті, жінок, у яких виявилось, що раку молочної залози не було, також перенаправляють. З кожних 1000 обстежених жінок у 6 жінок діагностують рак молочної залози (на ранній стадії), а 14 жінок направляють (необов'язково в ретроспективі) на додаткове обстеження для виявлення доброякісної аномалії або її відсутності взагалі. Цей середній показник вищий для жінок, які беруть участь у програмі вперше. Це призводить до непотрібного психологічного та фізичного стресу для жінок [299].

6. *Ізраїль*. Міністерство охорони здоров'я Ізраїлю запустило ініціативи, які включають електронні бази даних і алгоритми оцінки ризику для виявлення жінок із підвищеним ризиком раку молочної залози. Рак молочної залози є також найпоширенішим злоякісним захворюванням в Ізраїлі. Ізраїль посідає 26 місце за кількістю нових пацієнтів на рік і 64 місце за рівнем смертності, явними доказами раннього виявлення та сучасного ефективного лікування. Статистика Ізраїльської асоціації онкологічних захворювань показує, що кількість жінок, які одужують від раку молочної залози, неухильно зростає завдяки ранньому виявленню, розширеним методам лікування та підвищеній обізнаності в Ізраїлі. Близько 4500 жінок щороку діагностують рак грудей в Ізраїлі і близько 900 помирають від цієї хвороби. У 1 з 8 жінок в Ізраїлі може розвинути раку молочної залози, і чим раніше буде виявлено захворювання, тим вищі шанси на одужання - досягають майже 90% [253].

Станом на листопад 2019 року в Ізраїлі проживає 23 969 жінок з діагнозом рак молочної залози. Завдяки державним ініціативам у сфері раннього виявлення спостерігається значна тенденція до зниження смертності від раку молочної залози серед єврейських жінок приблизно на 2% на рік, а в останнє десятиліття фіксується зменшення смертності на 25%. Жінки старше 50 років повинні регулярно проходити мамографічне обстеження один раз на два роки. Жінки з групи високого ризику, у яких мати або сестра хворі на рак

молочної залози, повинні проходити обстеження один раз на рік, починаючи з 40 років, або за рекомендацією лікаря. Носії мутації гена BRCA мають право на мамографію молочної залози. В рамках програми всім жінкам цієї вікової категорії розсилається запрошення пройти скринінг. Показники дотримання мамографічного скринінгу в Ізраїлі є одними з найвищих серед країн ОЕСР, досягаючи 70,5% станом на 2017 рік.

З огляду на міжнародний досвід, скринінг населення на рак молочної залози складається з ланцюга дій, який починається із запрошення, надісланого цільовій групі, і переходить до зв'язку з наступним етапом лікування у системі охорони здоров'я (рис. 4.5.). Ланки ланцюга повинні бути міцно з'єднані і чітко визначені. Ланцюг описується ролями та завданнями організацій, які беруть участь у скринінгу раку молочної залози. Це важливо для забезпечення оптимального скринінгу цільової групи. Основи проведення скринінгу населення на рак молочної залози описують, хто відповідає за проведення скринінгу населення на рак молочної залози разом із відповідними правилами та процедурами.

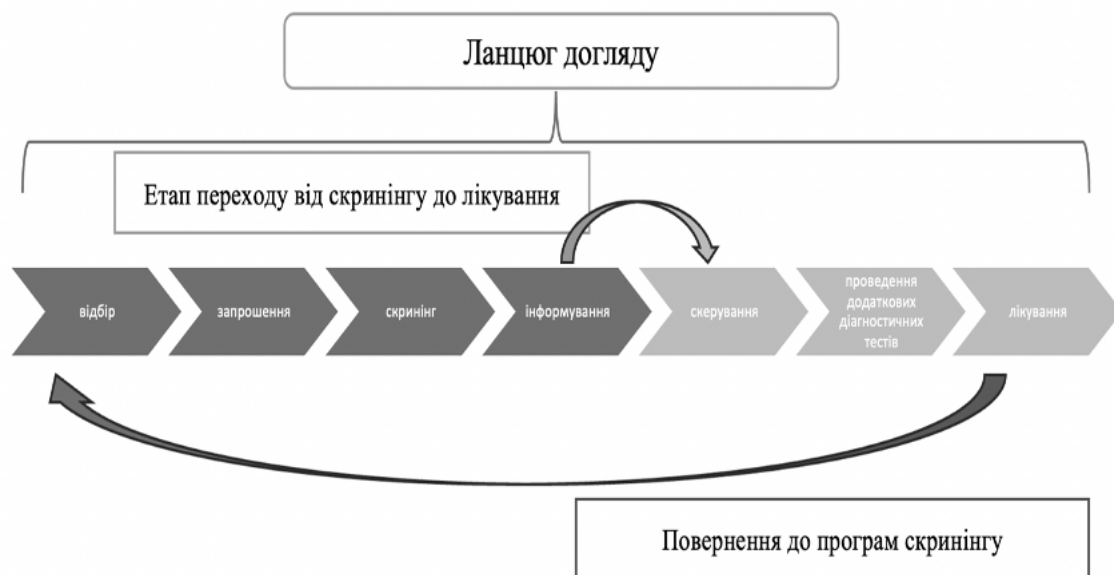


Рис.4.5. Етапи комплексного підходу щодо медичного супроводу жінок з метою раннього виявлення та лікування онкологічних процесів молочної залози у жінок (сформовано автором).

Проблема захворюваності та смертності жінок від онкологічних захворювань є дуже актуальною для України. Вже у віці 18–24 роки рак грудної залози має третє місце у структурі захворюваності українок (10,8%), а з 30 до 74 років він стало лідирує (27,6–20,6%). У структурі смертності від раку жіночого населення рак грудей переважає у вікових групах 30–54, 55–74 та 75+ років і складає 24,5%, 20,6% та 18,5% відповідно [208]. Поширення злякисного процесу у молочній залозі є другою причиною у загальній структурі смертності від онкологічних захворювань в Україні (рис. 4.6.).

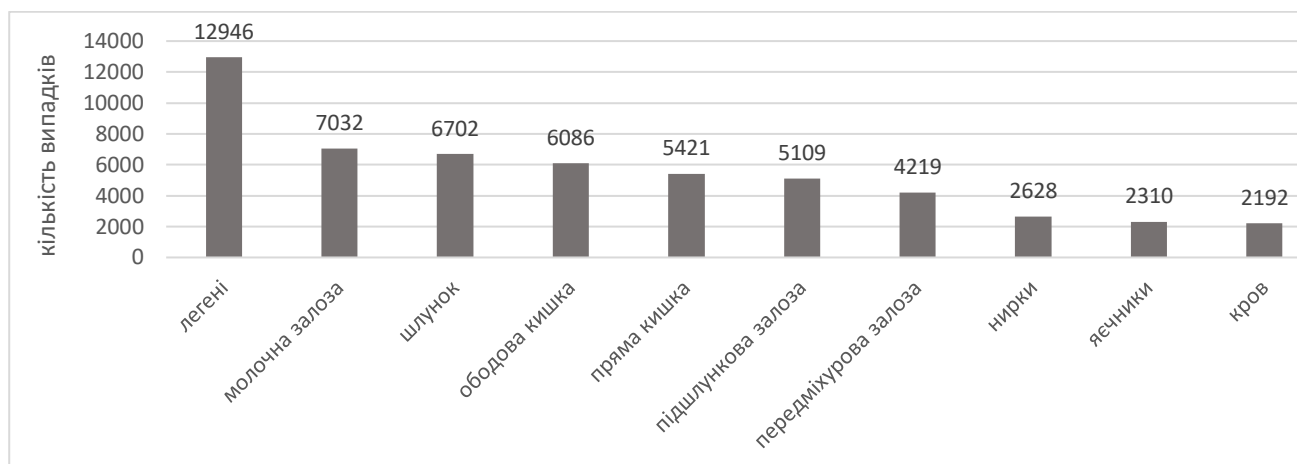


Рис. 4. 6. Питома вага основних 10 нозологічних форм за локалізацією процесу в структурі смертності населення від злякисних новоутворень України у 2020 р. [304].

Питання ранньої діагностики та попередження раку серед жінок в Україні стоїть дуже гостро. На жаль, дуже багато жінок виявляють рак вже на пізніх стадіях, хвороба запущена і в результаті знижується ефективність лікування та одужання. Сьогодні в Україні смертність від раку – на другому місці після серцево-судинних захворювань. Онкоепідеміологічна ситуація в областях України характеризується високим рівнем захворюваності на злякисні новоутворення та високою смертністю від них, що обумовлено значною кількістю випадків, виявлених на давнених стадіях. Українські жінки рідко проходять планові обстеження. Як результат, кожній четвертій жінці рак грудей діагностують уже на III–IV стадії, коли ефективність лікування значно знижується (рис. 4.7). Рак виліковний за умови його виявлення на I стадії — у

95% жінок, на II стадії — у 80%, на III стадії — у 50% жінок [208]. Протягом останніх років в Україні серед уперше захворілих виявляють близько 58–60% осіб із за давненими формами раку яєчників, понад 20,0% – молочної залози, приблизно 20,0% – раку шийки матки та близько 12% – раку тіла матки. Для порівняння: у країнах ЄС і США частка за давнених випадків не перевищує 5–7% [67].

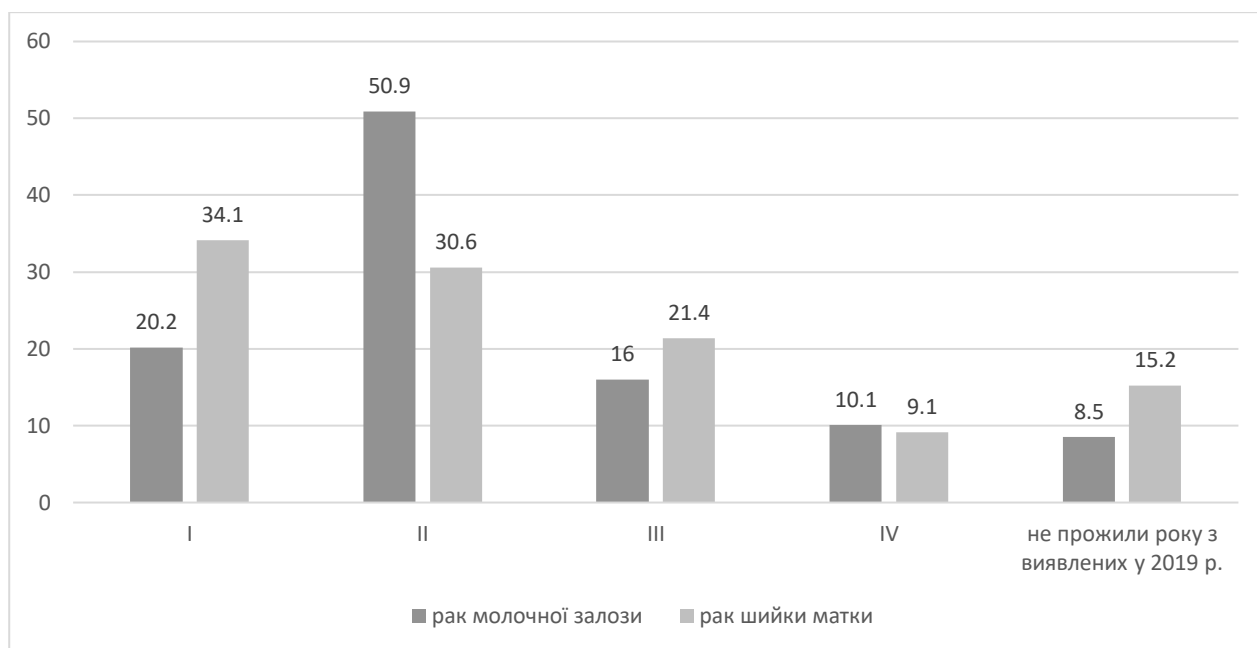


Рис.4. 7. Кількість жінок у % з числа вперше виявлених, які мали стадію онкологічного процесу у 2020 р. [202].

У структурі захворюваності на злоякісні новоутворення у Львівській області перші 7 місць посідають такі типи раку: рак шкіри, рак грудної залози, легенів, ободової кишки, шлунку, прямої кишки та рак простати, котрі займають більше 50% випадків раку. Найбільшу частку смертності від злоякісних новоутворень у жінок молодого віку займає рак шийки матки. За даними регіонального канцер-реєстру Львівської області із числа померлих від раку жінок у віці до 45 років на першому місці причин смерті – рак шийки матки (21%), на другому – рак грудної залози (15,6%), на третьому – рак яєчників (11%). Щороку у Львівській області виявляють понад 250 випадків раку шийки матки в інвазивній стадії, причому біля 80% хворих виявляються у

I-II стадіях захворювання. Значна частина патології шийки матки діагностується на доінвазивній стадії.

Рак молочної залози є раком, що найбільш часто діагностували у жінок і провідною причиною смерті від раку серед жінок. Він складає серед жіночого населення 23% від загального числа вперше встановлених випадків діагнозу раку і 14% смертей від раку. У Львівській області щорічно виявляються понад 700 випадків раку грудної залози.

Значні втрати трудових ресурсів через онкологічні захворювання у Львівській області можна було б знизити за рахунок доклінічної діагностики певних видів раку, підвищення ефективності протипухлинних технологій та онкопревентивних заходів. Науково доведені методики раннього виявлення раку пов'язані саме з впровадженням скринінгу й розроблені на доказовому рівні для раку шийки матки та грудної залози, для чого розроблено методичну базу і рекомендації щодо проведення скринінгу.

Львівська область стала однією з перших областей, в якій започатковано реалізацію проектів з метою зменшення смертності жінок від злоякісних новоутворень. Впродовж 2015-2020 років у межах спільного Проекту МОЗ України та Світового банку "Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей" реалізовувався субпроект "Онкопревенція та впровадження ефективних протипухлинних технологій у Львівській області". Враховуючи позитивні результати, МОЗ рекомендував досвід впровадження зазначеного субпроекту до поширення в інших регіонах країни. Таким чином, в області функціонує унікальна для України система онкопревенції раку грудної залози та раку шийки матки, що потребує підтримки та розвитку на регіональному рівні у зв'язку з припиненням підтримки Світовим банком. З метою розвитку описаного напрямку та напрацювання обласних стратегій у сфері громадського здоров'я в програмі передбачено фінансування, в тому числі і з метою формування комунікаційної складової та інформаційної політики громадського здоров'я у напрямку профілактики захворювань [115].

Рівень смертності від цих видів раку можна значно знизити за допомогою скринінгу та раннього виявлення. Охоплення цитологічним скринінгом жіночого населення на сьогодні точно моніторити важко (за орієнтовними оцінками охоплення жінок ним становить близько 50%); цей процес повністю оформлюється на паперових носіях, що перешкоджає застосуванню диференційованого підходу до проведення скринінгу у різних вікових групах.

Для впливу програми профілактики на популяційний рівень необхідно ефективно впроваджувати в певних масштабах. Мамографічний скринінг на популяційному рівні в області відсутній, загалом виконання мамографічних досліджень складає менше 5% від необхідних скринінгових. У випадках скринінгу та раннього виявлення на вплив можуть впливати такі фактори, як обізнаність про ознаки та симптоми, охоплення скринінгом, виконання скринінгових тестів, сортування, зв'язки з доглядом, вартість та охоплення, спеціалісти, доступність і якість діагностики та лікування, а також стигма. Інформаційно-комунікаційні технології мають потенціал впливати на ці фактори, тим самим допомагаючи боротися з онкологічними захворюваннями у жінок з точки зору справедливості та підвищуючи масштабованість і ефективність профілактичних програм.

Роль державного управління в організації програм профілактики та ранньої діагностики онкологічних захворювань полягає в координації, розробці, впровадженні та моніторингу стратегій і заходів, спрямованих на зниження захворюваності онкологічними захворюваннями та підвищення ранньої діагностики. Державне управління в цій сфері має важливий вплив на формування національної політики здоров'я та визначення пріоритетів в профілактиці та лікуванні онкологічних захворювань. Відповідно до міжнародного досвіду, ключовими аспектами державної політики повинно бути:

- *Розробка стратегій і планів дій* – визначення стратегічних цілей та завдань в галузі профілактики та ранньої діагностики онкологічних захворювань. На основі аналізу епідеміологічної ситуації в країні та світі

визначаються пріоритетні напрями діяльності та розробляються відповідні плани дій.

- *Координація та співпраця* – координація дій міністерств, відомств, медичних закладів, громадських організацій та інших зацікавлених сторін для спільної реалізації програм. Це включає створення механізмів співпраці, обмін інформацією та здійснення моніторингу результатів.
- *Розробка нормативно-правової бази* – створення правової бази для реалізації програм профілактики та ранньої діагностики онкологічних захворювань. Це можуть бути закони, постанови, протоколи, які визначають права та обов'язки медичних працівників, пацієнтів, фінансування, стандарти надання медичної допомоги тощо.
- *Фінансування та бюджетування* – визначення обсягів фінансування програм профілактики та ранньої діагностики онкологічних захворювань з державного та інших джерел фінансування. Це включає розподіл бюджетних коштів, розробку інвестиційних проектів та оцінку ефективності витрат.
- *Інформаційна політика* – забезпечення розробки та реалізації інформаційних кампаній щодо профілактики та ранньої діагностики онкологічних захворювань. Це може бути поширення інформації про симптоми, ризики та можливості скринінгу через ЗМІ, соціальні мережі, лекції, семінари тощо.
- *Моніторинг та оцінка* – забезпечення системи моніторингу та оцінки результатів програм профілактики та ранньої діагностики онкологічних захворювань. Це дозволяє вчасно виявляти проблеми та коригувати стратегії діяльності.

Усі ці аспекти допомагають державі ефективно організувати програми профілактики та ранньої діагностики онкологічних захворювань, що сприяє підвищенню ефективності лікування та покращенню здоров'я нації.

4.2. Державні ініціативи розвитку грудного вигодовування в контексті досягнення Цілей сталого розвитку

Політика щодо грудного вигодовування відіграє дуже важливу роль у досягненні кращих результатів для здоров'я матерів і немовлят, зниженні дитячої смертності, покращенні харчування, а тому загалом сприяє досягненню Цілей Сталого Розвитку.

Україна стикається з декількома проблемами, пов'язаними із грудним вигодовуванням, які впливають на здоров'я та благополуччя дітей та матерів. Результати опитування, проведеного у 2012 році, показали, що в Україні лише 19,7 відсотка дітей вигодовуються виключно грудним молоком, що є низьким показником у порівнянні з регіональною оцінкою Східної Європи та Центральної Азії, яка становить 33 відсотки [431]. Зустрічаються і певні регіональні особливості. До прикладу, у Харківській області у 2015-2020 рр. рівень виключно грудного вигодовування дітей до шестимісячного віку досягав 57%, 4 дитини із кожних десяти перебували на грудному вигодовуванні лише протягом перших трьох місяців життя. У 6% дітей період харчування материнським молоком тривав понад 6 місяців [99].

Деякі з найбільш поширених проблем грудного вигодовування в Україні включають:

- низький рівень грудного вигодовування, зокрема грудного вигодовування протягом перших 6 місяців життя дитини. Показники раннього початку грудного вигодовування в Україні становлять 66 %. Однак через обмеженість державної підтримки надання кожній дитині найкращого старту в житті, а також через агресивні маркетингові кампанії виробників замінників грудного молока рівень раннього початку грудного вигодовування в Україні різко знижується [440]. Це може бути пов'язано з різними факторами, такими як відсутність підтримки з боку медичного персоналу, недостатні інформаційні кампанії та реклама штучних замінників грудного молока.

- недостатній медичний супровід: не всі медичні заклади в Україні забезпечують належний рівень підтримки та консультування з грудного вигодовування для матерів, особливо після виписки з пологового будинку. Недостатність досвіду у медичних працівників щодо грудного вигодовування може призводити до проблем та недопустимого припинення грудного вигодовування.
- у суспільстві можуть існувати стереотипи та невірні уявлення чи незнання щодо переваг грудного вигодовування, що призводить до низької підтримки грудного вигодовування у сім'ях та громадах.
- активне рекламування штучних замінників грудного молока може стимулювати матерів переходити на штучне харчування, зокрема за невинуватими причинами.

Припинення грудного вигодовування в ранньому віці підвищує ризик зайвої ваги та ожиріння дітей, а також загрожує їхньому фізичному та інтелектуальному розвитку в подальшому житті. Ефективна політика може допомогти усунути перешкоди та забезпечити необхідну підтримку, щоб дати змогу більшій кількості матерів розпочати та продовжити грудне вигодовування, сприяючи благополуччю сімей та суспільства в цілому.

Політика підтримки грудного вигодовування почалася з розпізнання важливості грудного вигодовування для здоров'я та добробуту дітей, а також для матерів. Поступово усвідомлення переваг грудного вигодовування зростало, і це привело до розвитку ініціатив та політик, спрямованих на підтримку і заохочення грудного вигодовування.

Ось деякі ключові етапи розвитку політики підтримки грудного вигодовування:

1950-1960-і роки: Поступово почалося більше наукових досліджень, які вивчали переваги грудного вигодовування порівняно зі штучним годуванням. Ці дослідження показали значний вплив грудного вигодовування на здоров'я та розвиток дитини [240].

1970-1980-і роки: Розвиток досліджень та даних підкреслив необхідність заохочення грудного вигодовування для зниження смертності серед маленьких дітей та покращення їхнього здоров'я. Організація Об'єднаних Націй та світові організації здоров'я почали активно рекомендувати грудне вигодовування як оптимальний спосіб годування немовлят [321], [397], [457].

1981 рік: Вперше був прийнятий "Міжнародний кодекс маркетингу замінників грудного молока" Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ). Цей кодекс забороняє рекламу та маркетинг штучних замінників грудного молока, що мало на меті зменшити вплив маркетингу на вибір методу годування дитини.

1991 рік: ЮНІСЕФ та ВООЗ спільно запустили Ініціативу "Дружній до грудного вигодовування" (Baby-Friendly Hospital Initiative, BFHI). Ця ініціатива спрямована на створення дружніх до грудного вигодовування медичних закладів, які підтримують та заохочують грудне вигодовування, забезпечуючи матерям підтримку та навчання [442].

2002 рік: Започатковано Глобальну стратегію ВООЗ щодо годування немовлят та дітей раннього віку (Global Strategy for Infant and Young Child Feeding). Ця стратегія визначає основні засади годування немовлят і дітей та підкреслює важливість грудного вигодовування [485].

2012 рік – Впровадження Глобальної рамки "Посилення банкінгу людського молока" [388]. Зі зростанням кількості країн, що створюють банки людського молока, вимагається загальна рамка та набір основних практик, які мали б бути універсальними для всіх банків людського молока. Даний документ надає таку рамку та набір основних практик, що стає корисним ресурсом для Міністерств охорони здоров'я, директорів лікарень, а також всієї громадської організації з охорони здоров'я, яка зобов'язана забезпечити цей життєво важливий втручання для найуразливіших новонароджених у світі.

2017 рік. Оновлені підходи до міжнародного кодексу. Кодекс є важливою частиною створення загального середовища, яке дозволяє матерям робити найкращий можливий вибір годування на основі неупередженої інформації та

вільного від комерційного впливу, а також отримувати повну підтримку в цьому. Невідповідний маркетинг харчових продуктів, які конкурують з грудним вигодовуванням, є важливим фактором, який часто негативно впливає на вибір матері щодо оптимального вигодовування своєї дитини. Враховуючи особливу вразливість немовлят і ризики, пов'язані з невідповідною практикою годування, звичайна маркетингова практика не підходить для цих продуктів [425].

Поступово політика підтримки грудного вигодовування стала все більш поширеною і розвиненою у багатьох країнах світу. Запровадження заходів, спрямованих на заохочення та підтримку грудного вигодовування, сприяє покращенню здоров'я та добробуту дітей та матерів.

Грудне вигодовування через його багатогранний вплив на здоров'я та благополуччя окремих людей, спільнот і планети відіграє вирішальну роль у досягненні кількох Цілей сталого розвитку (Sustainable Development Goals - SDGs), які були ухвалені Організацією Об'єднаних Націй (ООН) з метою забезпечення сталого розвитку людства до 2030 року. Важливість грудного вигодовування для досягнення цих цілей відображається в декількох Цілях [167]:

1. *Подолання бідності (ЦСР 1)*. Грудне вигодовування є природним і недорогим способом годування немовлят і дітей. Це доступно кожному і не обтяжує бюджет порівняно зі штучним вигодовуванням.
2. *Покінчити з голодом і покращити харчування (ЦСР 2)*. Грудне молоко - натуральний та екологічно чистий джерело харчування для малюків. Пропаганда грудного вигодовування сприяє покращенню харчування та забезпеченню дітей необхідними поживними речовинами.
3. *Здоров'я та добробут (SDG 3)*: Виключно грудне вигодовування протягом перших 6 місяців життя сприяє зниженню дитячої смертності, запобігає захворюванням та забезпечує оптимальний розвиток дітей, є оптимальним джерелом харчування для немовлят,

забезпечуючи необхідні поживні речовини та антитіла, які захищають від інфекцій і хвороб. Грудне вигодовування пов'язане зі зниженням ризику розвитку хвороб у матерів, таких як рак молочної залози та яєчників.

4. *Якісна освіта (ЦСР 4)*. Грудне вигодовування пов'язує із кращим когнітивним розвитком дітей, що призводить до покращення результатів навчання та освітніх досягнень. Це сприяє досягненню мети просування якісної освіти.
5. *Гендерна рівність (ЦСР 5)*. Грудне вигодовування розширює можливості жінок, надаючи їм можливість годувати своїх дітей і підтримувати зв'язок із ними. Пропагуючи політику сприяння грудному вигодовуванню на робочих місцях і в громадських місцях, можна підтримувати участь жінок у професійній діяльності, таким чином зменшуючи гендерну нерівність. Це також що сприяє зниженню частоти незапланованих вагітностей та допомагає жінкам більше контролювати своє репродуктивне здоров'я. Забезпечення прав жінок на грудне вигодовування та доступ до сприятливих умов на робочому місці може сприяти їх добробуту.
6. *Доступність до чистої води та належної санітарії (ЦСР 6)*: Грудне вигодовування допомагає забезпечити дітей чистою водою, оскільки не потребує збірних систем для підготовки штучних замінників, що вимагають використання води.
7. *Боротьба з нерівністю (ЦСР 10)*: Грудне вигодовування є доступним та безкоштовним способом харчування для дітей, що допомагає знизити нерівність у доступі до якісного харчування та забезпечує всім дітям однакові можливості для здорового розвитку.
8. *Відповідальне споживання та виробництво (ЦСР 12)*. Грудне вигодовування забезпечує здорове, життєздатне, екологічно чисте, ресурсомістке, стійке природне джерело живлення та існування, не потребує жодних виробничих або транспортних процесів, що робить

його методом годування немовлят без відходів, пов'язаних із упаковкою молочних сумішей і пляшечками, що сприяє екологічному способу життя.; на відміну від виробництва молочних сумішей, яке вимагає таких ресурсів, як вода, енергія та сировина, годування груддю покладається виключно на організм матері, щоб забезпечити харчування.

Грудне вигодовування як національна політика визначається систематичними та координованими зусиллями уряду та інших зацікавлених сторін для підтримки, заохочення та сприяння грудному вигодовуванню в країні. Вона включає політичні рішення, законодавство, програми, ресурси, інфраструктуру та інформаційну кампанію з метою створення сприятливих умов для матерів і сімей для успішного годування грудьми.

Основними складовими національної політики з питань підвищення рівня грудного вигодовування можуть бути такі блоки:

1. Законодавство та регуляція: Правові норми та регуляції, що сприяють та захищають право матерів на грудне вигодовування та підтримують діяльність банків грудного молока.
2. Медична та інфраструктура підтримки: Розвиток мережі лікарень, клінік та інших медичних закладів, які надають підтримку грудного вигодовування, зокрема консультантів з грудного вигодовування, підтримку при лактації тощо.
3. Освіта та навчання: Проведення навчальних курсів для медичного персоналу, майбутніх матерів та громадськості з питань грудного вигодовування, його переваг та технік.
4. Соціальна підтримка: Підтримка матерів у групах підтримки, онлайн-спільнотах, донорських програмах грудного молока тощо.
5. Публічна свідомість: Розвиток інформаційних кампаній, які популяризують грудне вигодовування та його переваги, сприяють розумінню громадськістю позитивного впливу грудного вигодовування на здоров'я матерів та дітей.

6. Заохочення для роботодавців: Встановлення політики на роботодавців, що підтримує грудне вигодовування матерів на робочому місці.
7. Доступ до банків грудного молока: Забезпечення доступу до банків грудного молока для дітей, які потребують додаткової підтримки.

Конкретна національна політика щодо банків жіночого молока може відрізнятись від країни до країни. Однак багато країн узгоджують свою політику з міжнародними вказівками та рекомендаціями таких організацій, як Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) і ЮНІСЕФ [414]. Ця політика спрямована на сприяння, захист і підтримку банків жіночого молока, щоб забезпечити безпечне та ефективне надання донорського жіночого молока вразливим немовлятам.

Міжнародний досвід розвитку банків грудного молока є різноманітним і розгалуженим. Кілька країн та регіонів вже успішно впровадили та розвивають банки грудного молока, які вносять важливий внесок у підтримку дитячого здоров'я та розвитку. До прикладу, Бразилія є лідером у розвитку та впровадженні банків грудного молока. Країна має одну з найбільших мереж банків грудного молока у світі, що сприяє підтримці дитячого здоров'я, особливо серед недоношених дітей. Уряд Бразилії є глобальним лідером у банкінгу людського молока. Завдяки своєму лідерству та технічній співпраці практично всі країни Центральної та Південної Америки створили банки людського молока. Зараз він надає технічну підтримку країнам у Африці та далеко за її межами [388].

Досвід Іспанії щодо розвитку банків грудного молока є відмінним прикладом успішної програми, яка сприяє підтримці годування грудьми для вразливих дітей, особливо недоношених та зі спеціальними потребами. Ось деякі важливі аспекти досвіду Іспанії:

1. *Національна асоціація банків грудного молока*: Іспанія має національну асоціацію банків грудного молока (AEBLN), яка координує діяльність різних банків по всій країні. Ця асоціація

виконує важливу роль у стандартизації та контролі якості процесів збору, зберігання та постачання грудного молока.

2. *Підтримка недоношених дітей*: Банки грудного молока в Іспанії активно підтримують годування грудьми для недоношених дітей. Донорки, які мають надлишкове грудне молоко, можуть допомогти недоношеним дітям отримати необхідне харчування та захист від інфекцій.
3. *Мережа банків грудного молока*: Іспанія має розгалужену мережу банків грудного молока, що забезпечує легкий доступ до грудного молока для дітей, яким воно особливо необхідне. Це сприяє зниженню морбідності та збільшенню шансів на життя для вразливих малюків.
4. *Донорська спільнота*: Іспанська спільнота активно підтримує ідею донорства грудного молока. Донорки є важливою ланкою у забезпеченні високоякісного грудного молока для дітей, які не можуть отримати його від власних матерів.
5. *Нормативна підтримка*: Уряд Іспанії надає підтримку розвитку банків грудного молока через визнання їх важливої ролі у забезпеченні дитячого здоров'я та розвитку. Відповідна нормативна база допомагає забезпечувати безпеку та якість діяльності банків.
6. Якщо порівнювати розвиток показників діяльності молочних банків в Іспанії, помітно, що у 2009 році було зібрано 745 літрів молока та отримали вигоду для 258 новонароджених, а у 2020 році було зібрано 12 299 літрів і отримало вигоду для 3241 дитина. На даний момент в Іспанії діє 16 центрів з різними моделями: розташовані в самих неонатологічних відділеннях, інтегровані в центри донорства крові та тканин, а також змішані моделі [230].

Україна також робить перші, але впевнені кроки у цьому напрямі. Перший високотехнологічний банк грудного молока був створений у 2019 році у Перинатальному центрі м. Києва. Цю ініціативу успішно підтримала Львівська область: у серпні 2022 банк грудного молока відкрили в

Неонатальному центрі Львівської обласної клінічної лікарні, а вже 20 грудня 2022 – у Львівському обласному перинатальному центрі [201]. Відтак, загалом в Україні вже створено і функціонує три банки грудного молока.

Грудне вигодовування сприяє сталому розвитку шляхом забезпечення здоров'я дітей, зменшення нерівностей у суспільстві, екологічної сталості та забезпечення прав жінок. Щоб підтримати грудне вигодовування та досягти цілей сталого розвитку, важливо розвивати національні політики, сприяти свідомості громадськості та забезпечити доступність підтримки для матерів, які обирають грудне вигодовування.

Для розв'язання цих проблем в Україні необхідно приймати комплексні заходи, що включатимуть поліпшення медичної підтримки грудного вигодовування, збільшення свідомості громадськості про переваги грудного молока, заборону агресивної реклами штучних замінників, розвиток банків грудного молока та надання підтримки для матерів на робочих місцях і в громадських місцях. Звернення уваги на ці проблеми може сприяти покращенню здоров'я дітей та матерів і забезпечити сталіший розвиток суспільства в цілому.

4.3. Впровадження глобальних практик неонатального скринінгу в полісекторальну стратегію

Скринінг новонароджених (неонатальний скринінг) – це процес виявлення певних хвороб або станів у новонароджених дітей з метою ранньої діагностики і надання необхідного лікування. Зазвичай скринінг проводиться за допомогою лабораторних тестів або обстежень, які допомагають виявити певні генетичні, метаболічні або інші захворювання. Скринінг новонароджених проводиться у перші дні після народження або ще у пологовому будинку і не є остаточним діагнозом, а лише вказівкою на можливі проблеми. Це є важливим елементом педіатричної медицини, оскільки дозволяє виявити захворювання на

ранніх стадіях і розпочати лікування достатньо рано для запобігання серйозним ускладненням і покращення якості життя дітей.

Державна політика скринінгу новонароджених — це комплекс заходів та нормативно-правових актів, розроблених та затверджених державою з метою систематичного проведення раннього виявлення певних медичних станів або захворювань у новонароджених. Ця політика включає в себе визначення переліку захворювань, на які проводиться скринінг, методів діагностики, стандартів проведення скринінгу, а також порядку подальшого спостереження, лікування та підтримки дітей, у яких виявлено певні стани. Основною метою державної політики скринінгу новонароджених є забезпечення можливості для кожної дитини мати здоровий старт у житті через раннє виявлення генетичних, метаболічних, інфекційних та інших захворювань, що можуть мати серйозні наслідки для здоров'я дитини та ефективного втручання, що може значно знизити або навіть уникнути ризику розвитку важких наслідків або інвалідності, пов'язаних з цими станами або захворюваннями.

Рідкісні захворювання – це група захворювань, більшість із яких є генетично обумовленими, хронічними, здебільшого небезпечними для життя, є причиною важкої захворюваності та починаються у більш молодому віці порівняно з іншими хронічними захворюваннями. У той час як щонайменше 3-4 нових рідкісних захворювання виявляються щорічно, у всьому світі ідентифіковано понад 6000 рідкісних захворювань [298]. Щоб включити захворювання до групи рідкісних захворювань, використовуються критерії частоти, що відповідають країнам і регіонам. У Європейському Союзі (ЄС) і Туреччині [292] хвороби, які вражають менше ніж 1 з 2000 людей, описуються як “рідкісні захворювання”.

Рідкісні захворювання визнані серйозною проблемою охорони здоров'я в усьому світі. Дослідження, діагностика та лікування цих захворювань є надзвичайно складними та дорогими. На ранніх стадіях захворювання можуть не проявлятися деякі симптоми, їх неправильно розуміють або плутають з іншими захворюваннями. Через відсутність зручних варіантів лікування ці

захворювання вважаються “сиротами здоров’я”, оскільки роками ними нехтували.

Історія розвитку неонатального скринінгу налічує багато років і включає кілька важливих етапів. Ось деякі ключові події та моменти у розвитку неонатального скринінгу:

Дослідження генетичних захворювань: У 1950-1960-х роках проведені перші дослідження з виявлення різних генетичних захворювань у новонароджених, зокрема фенілкетонурія (ФКУ) - одна з перших хвороб, на яку було розроблено тест.

Поява перших програм скринінгу: У 1960-1970-х роках розпочався розвиток перших програм скринінгу, зокрема для виявлення ФКУ. Перші тести на ФКУ були запроваджені в США та інших країнах.

Розширення переліку виявлюваних хвороб: З часом перелік хвороб для скринінгу почав розширюватися.

Впровадження масового скринінгу: З 1980-х років масові програми скринінгу новонароджених стали широко впроваджуватися у багатьох країнах. Це дозволило виявляти більше хвороб та покращувати здоров'я новонароджених.

Покращення технологій скринінгу: З впровадженням нових технологій, таких як масове паралельне секвенування (NGS- next generation sequencing) та інші молекулярні методи, точність та обсяг скринінгу значно зросли.

Глобальна співпраця: З поширенням інформації і технологій розпочалася глобальна співпраця між країнами, обмін досвідом та знаннями став нормою, що сприяє уніфікації стандартів та підвищенню якості програм скринінгу.

Розширення переліку хвороб: На сучасному етапі розвитку скринінгу, перелік виявлюваних хвороб постійно розширюється, що дозволяє виявляти навіть більше рідкісних захворювань і забезпечувати більш ефективне лікування.

На початку XXI століття скринінг новонароджених став все більш розповсюдженим і важливим аспектом педіатричної медицини у багатьох

країнах. Країни здійснюють значний прогрес у вдосконаленні програм скринінгу новонароджених, розширенні переліку виявлюваних захворювань і впровадженні передових технологій, щоб забезпечити якнайкращу медичну допомогу новонародженим.

Кількість захворювань/розладів, що були проаналізовані в різних країнах, дуже різняться і коливається від 5 до 51 (рис. 4.8). Кількість захворювань/станів, що підлягають скринінгу проаналізовано в Австралії [374], в Онтаріо, Канада [372], Німеччині [255], Данії [345], Великій Британії [371], Ізраїлі [285], Україні [152], Італії [418], Голандії [370], Норвегії [416], Туреччині [298] та США [278].

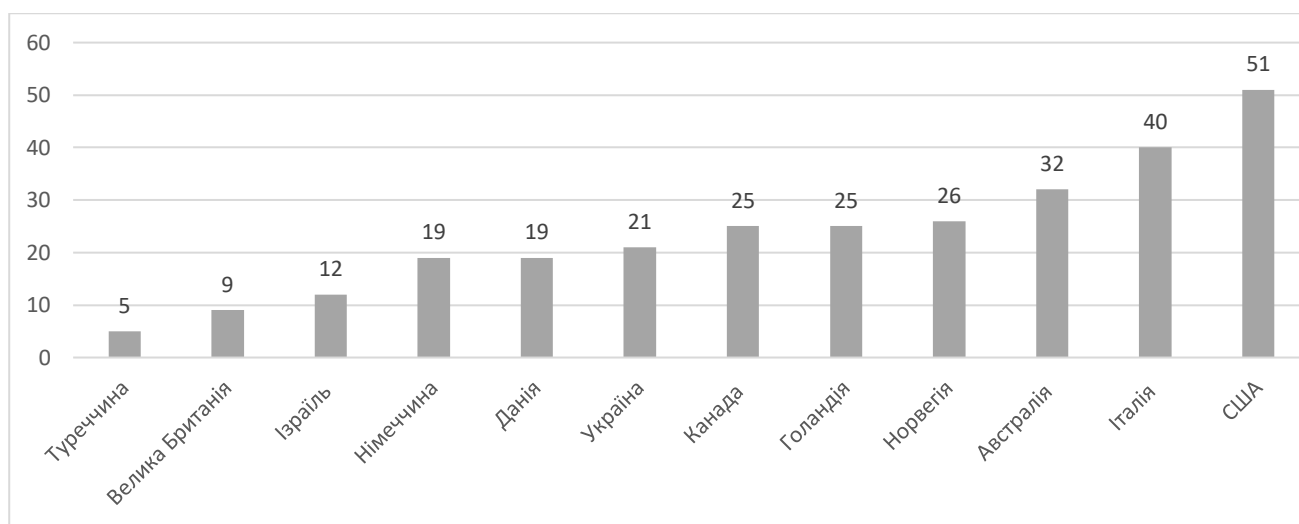


Рис. 4.8. Кількість патологічних станів (хвороб), що підлягають неонатальному скринінгу в різних країнах (сформовано автором).

Нижче наведено деякі приклади передового досвіду країн щодо скринінгу новонароджених:

США: В Сполучених Штатах широко розповсюджена програма скринінгу новонароджених, відома як "Скринінг новонароджених врятує життя" (Newborn Screening Saves Lives) [375]. Кожен штат має свій власний законодавчий акт щодо скринінгу новонароджених, встановлюючи обов'язковий перелік хвороб для скринінгу, але Рекомендована єдина панель скринінгу (Recommended Uniform Screening Panel - RUSP)

надає вказівки на національному рівні. Також досліджуються та впроваджуються нові методи тестування, щоб виявляти додаткові захворювання. Тому США мають одну з найбільш обширних і добре встановлених програм неонатального скринінгу, що охоплює широкий спектр генетичних, метаболічних та ендокринних захворювань.

Норвегія: Норвегія має одну з найширших програм скринінгу новонароджених у світі. Їх програма включає тестування на більше ніж 25 генетичних і метаболічних хвороб, що дозволяє виявити проблеми на ранніх стадіях та розпочати лікування до появи серйозних ускладнень.

Голландія: В Голандії програма скринінгу новонароджених дуже успішна та ефективна. Країна також впроваджує передові технології, такі як масовий паралельний секвенування (NGS), для поширення обсягу скринінгу.

Австралія: В Австралії існує національна програма скринінгу новонароджених, що покриває різні штати і території. Також активно впроваджуються нові методи тестування для посилення ефективності програми. Постачальники медичних послуг пропонують немовлятам скринінг новонароджених у всіх штатах і територіях Австралії з 1960-х років. В Австралії щороку проходять скринінг близько 99% немовлят – понад 300 000 немовлят. Приблизно 1 з кожної 1000 немовлят, пройшли скринінг, має захворювання, яке в іншому випадку залишилося б непоміченим. Ці програми скринінгу дозволяють немовлятам із цими рідкісними захворюваннями отримати допомогу та підтримку раніше, ніж це було б в іншому випадку [222].

Канада: Канада має програми скринінгу новонароджених на рівні провінцій та територій. Кожна з них має свій власний перелік хвороб,

який може варіюватися в різних регіонах країни. Канада також розвиває нові технології для посилення скринінгу.

Японія: Програма неонатального скринінгу в Японії відома своїм всебічним охопленням генетичних та метаболічних захворювань. Програма добре організована та діє протягом багатьох років. Японський масовий скринінг новонароджених (NBS - Newborn Mass Screening) був започаткований у 1977 році на діагностику чотирьох захворювань на національному рівні як національний проект. Згодом у 1979 році і у 1989 році було додано скринінг ще двох захворювань, і таким чином проводився скринінг на шість захворювань. З 2014 року перелік був значно розширений і зараз проводиться скринінг на 20 захворювань. Рівень прийнятності масового скринінгу в Японії становить 100%, і проводиться найвищий у світі скринінг, такий як система контролю якості та система перевірки [415].

Німеччина: Німеччина має високорозвинуту систему неонатального скринінгу, яка охоплює велику кількість захворювань. Координацію програми здійснює Німецька фондова організація для скринінгу новонароджених (German Newborn Screening Foundation).

Ці країни відзначаються своїм зобов'язанням забезпечити раннє виявлення хвороб та своєчасне втручання для новонароджених, що гарантує кращі результати для здоров'я та покращує якість життя. Важливо зазначити, що інші країни також можуть мати добре розвинуті системи неонатального скринінгу, а ефективність програми скринінгу може бути вплинута такими факторами, як доступність, ресурси та якість інфраструктури охорони здоров'я. Крім того, з розвитком медичних технологій та досліджень можуть відбуватися зміни у рейтингах країн з найкращою системою неонатального скринінгу.

Майже 50 років тому (1968 році) ВООЗ опублікувала Доповідь про скринінг [461], що мала назву: Принципи та практика скринінгу захворювань. З тих пір вона стала класикою громадської охорони здоров'я.

Основна складність, як зауважили автори доповіді, полягала в тому, що “теоретично скринінг є чудовим методом боротьби з хворобою ... [але] на практиці є перешкоди”. У своїй знаковій публікації автори були в основному стурбовані думкою, що: “Центральна ідея раннього виявлення та лікування захворювань по суті проста. Проте шлях до його успішного досягнення (з одного боку, звернення до лікування тих, у кого раніше не було виявлено захворювання, а з іншого, уникнення шкоди тим особам, які не потребують лікування) далеко не простий, хоча інколи він може здаватися оманливо легким” [461]. З цієї причини автори спробували визначити критерії скринінгу, щоб керувати вибором станів, які будуть придатними для скринінгу, ґрунтуючись, серед інших факторів, на здатності виявити стан на ранній стадії та наявності прийняттого лікування:

1. Шуканий стан має бути важливою проблемою зі здоров'ям.
2. Для пацієнтів з розпізнаним захворюванням має бути прийняте лікування.
3. Повинні бути доступні засоби для діагностики та лікування.
4. Повинна бути помітна латентна або рання симптоматична стадія.
5. Має бути відповідний тест чи огляд.
6. Тест повинен бути прийнятним для населення.
7. Необхідно належним чином розуміти природну історію захворювання, включаючи розвиток від латентного до заявленого захворювання.
8. Має бути узгоджена політика щодо того, кого лікувати як пацієнтів.
9. Витрати на виявлення випадків (включаючи діагностику та лікування пацієнтів із встановленим діагнозом) мають бути економічно збалансованими щодо можливих витрат на медичну допомогу в цілому.
10. Пошук захворювань має бути безперервним процесом, а не проектом “раз і назавжди”.

Вивчаючи критерії скринінгу, висунуті Вілсоном і Юнгнером, у 2018 році було визначено та оновлено 12 принципів у 3 напрямках [286]:

Перший напрям визначає принципи захворювання/стану і складається з 3 частин:

- а) епідеміологія захворювання або стану,
- б) природна історія хвороби або стану,
- в) цільова популяція для скринінгу.

Другий напрям передбачає принципи тестування/втручання, і знову складається з 3 частин:

- а) характеристики ефективності скринінгового тесту,
- б) інтерпретація результатів скринінгового тесту,
- в) варіанти постскринінгового тесту.

Третій напрям визначає принципи програми/системи і складається з 6 частин:

- а) інфраструктура програми скринінгу,
- б) координація та інтеграція програми скринінгу,
- в) прийнятність та етика програми скринінгу,
- г) користь і шкода програми скринінгу,
- д) економічна оцінка програми скринінгу,
- е) управління якістю та ефективністю програми скринінгу

Крім того, у січні 2021 року EURORDIS визначено одинадцять ключових принципів скринінгу новонароджених [292], які можуть бути основою будь-якої державної політики. Ці принципи можна коротко пояснити наступним чином:

1. Скринінг повинен проводитися в першу чергу для виявлення захворювань/станів, на які можна впливати, наприклад лікуванням.
2. Неонатальний скринінг повинен бути вбудований у національну систему, щоб він був доступним.
3. Сім'ям хворих дітей, у яких діагностовано хворобу після скринінгу, має бути забезпечена психологічна підтримка.
4. Соціальна та економічна підтримка сумісними експертами, і всі зацікавлені сторони повинні бути залучені до програми скринінгу.

5. Щоб розширити програму скринінгу, вона повинна бути сприйнятливою до чіткої, прозорої, незалежної інформації, що ґрунтується на фактах, а також зміни та розробки політики.
6. Управління програмою скринінгу має бути чітким, комплексним, прозорим і підзвітним.
7. Витрати слід враховувати під час визначення захворювань, які слід включити або не включати в програму скринінгу, але це не повинно бути переконливим і має відповідати найновішим доказам.
8. Усі зацікавлені сторони повинні бути проінформовані та навчені щодо рідкісних захворювань і програму скринінгу.
9. Процес має бути стандартизований для Європи з точки зору якості та однаманітності.
10. Зразки скринінгу повинні зберігатися в національному біобанку для дослідницьких цілей, дотримуючись відповідних заходів безпеки.
11. Афілійовані центри Європейської мережі ERN (European Reference Networks) повинні бути інтегровані в медичну допомогу та повинні розглядатися як пріоритетні партнери у наданні рекомендацій щодо політики скринінгу.

Розвиток неонатального скринінгу триває, і за допомогою нових досліджень, технологій та співпраці між країнами, ці програми продовжують покращуватися і сприяють ранньому виявленню та лікуванню хвороб у новонароджених дітей, забезпечуючи їм кращу якість життя та здоров'я.

Впровадження неонатального скринінгу в Україні розпочалося з середини 80-х років з 2-х захворювань: фенілкетонурії та вродженого гіпотиреозу. В 2013 році до скринінгової програми було додано ще два захворювання – адреногенітальний синдром та муковісцидоз. Програма скринінгу новонароджених в Україні регулюється законодавчими актами та нормативними документами, встановленими урядом та відповідними органами охорони здоров'я. Ці законодавчі акти та нормативні документи забезпечують правову базу та визначають рамки функціонування програми скринінгу

новонароджених в Україні. Основними документами, які регулюють цю програму є:

1. Закон України [13], що містить загальні положення стосовно організації та забезпечення якісної медичної допомоги населенню України. Програма скринінгу новонароджених є частиною системи охорони здоров'я та регулюється цим законом.
2. Накази Міністерства охорони здоров'я України, які регламентують процедури та вимоги до програми скринінгу новонароджених. До прикладу, щодо переліку хвороб для скринінгу, термінів проведення скринінгу, методів тестування та інші організаційні аспекти.
3. Клінічні протоколи: Медичні протоколи і директиви можуть бути розроблені спеціалізованими організаціями чи експертами з педіатрії та генетики для забезпечення стандартизованого підходу до скринінгу новонароджених.

Наказом МОЗ вже створені умови для проведення розширеного неонатального скринінгу в Україні, затверджено перелік захворювань, що входять до програми та порядок проведення розширеного неонатального скринінгу. Встановлено: установою, яка здійснює лабораторні дослідження за програмою неонатального скринінгу є Регіональний центр неонатального скринінгу, який може створюватися на базі закладів державної та/або комунальної власності та визначено критерії відбору установ, які виконують функції регіонального центру неонатального скринінгу [152]. На початку 2022 року наказом МОЗ було затверджено Перелік установ державної та/або комунальної форми власності, які виконують функції експертного та регіональних центрів неонатального скринінгу для створення нової системи неонатального масового скринінгу в Україні [156]. Цим наказом визначено п'ять установ державної та/або комунальної форми власності, які виконують функцію експертного та регіональних центрів неонатального скринінгу для створення нової системи неонатального скринінгу в Україні. Установою, яка виконує функцію експертного центру неонатального скринінгу визначено

Національну дитячу спеціалізовану лікарня "ОХМАТДИТ" МОЗ України і охоплює усі регіони.

В Україні передбачено функціонування 4 установ, які виконують функцію регіонального центру неонатального скринінгу, зокрема:

1. *Центральний напрям:* Національна дитяча спеціалізована лікарня "ОХМАТДИТ", яка охоплює місто Київ та 4 області (Київську, Вінницьку, Житомирську та Рівненську).
2. *Східний напрям:* Комунальне некомерційне підприємство Харківської обласної ради "Міжобласний спеціалізований медико-генетичний центр - центр рідкісних (орфанних) захворювань", яке охоплює 7 областей (Харківську, Полтавську, Сумську, Луганську, Чернігівську, Запорізьку та Черкаську)
3. *Південний напрям:* Комунальне підприємство "Міжобласний центр медичної генетики і пренатальної діагностики імені П.М. Веропотвеляна" Дніпропетровської обласної ради", яке охоплює 6 областей (Херсонську, Миколаївську, Одеську, Донецьку, Дніпропетровську та Кіровоградську)
4. *Західний напрям:* Комунальне некомерційне підприємство Львівської обласної ради "Львівський обласний клінічний перинатальний центр", який охоплює 7 областей (Львівську, Закарпатську, Івано-Франківську, Волинську, Хмельницьку, Чернівецьку та Тернопільську)

З березня 2023 року наказом МОЗ [159] впроваджено розширений неонатальний скринінг в визначених установах за територіальним принципом. На березень 2023 запрацювало лише два центри у Львові та Києві.

Ранній неонатальний скринінг, який проводять з перших днів життя новонароджених, має безліч переваг, які сприяють поліпшенню діагностики та лікування дітей з різними генетичними, метаболічними та іншими станами, зокрема:

- Ранній скринінг дозволяє виявляти генетичні та метаболічні хвороби ще до того, як з'являться симптоми чи здоров'я новонароджених дитини погіршиться. Це дозволяє розпочати лікування на ранніх стадіях, коли

терапія має більші шанси бути ефективною, дозволяє батькам і медичним фахівцям розробити план лікування та підтримки для дитини та її сім'ї з самого початку.

- Зниження ризику розвитку ускладнень: Вчасний виявлення та лікування деяких генетичних та метаболічних хвороб може допомогти уникнути розвитку серйозних ускладнень, таких як розвиток інтелектуальних порушень або невиліковних органічних ушкоджень.
- Покращення якості життя: Раннє виявлення та лікування хвороб дозволяє покращити якість життя дітей і їхніх сімей. Вчасна інтервенція може запобігти чи знизити вплив хвороби на розвиток і функціонування дитини.
- Економічна доцільність: Вчасна діагностика та лікування хвороб у новонароджених може знизити витрати на подальше лікування і реабілітацію, які могли б виникнути у разі пізньої діагностики.
- Зниження ризику передачі хвороби нащадкам: Раннє виявлення генетичних хвороб у новонароджених дітей допомагає знизити ризик передачі хвороби нащадкам при наступних вагітностях.
- Попередження пандемічних захворювань: В деяких випадках, раннє виявлення ізолюваних хвороб у новонароджених допомагає сприяти попередженню пандемічних захворювань та збереженню здоров'я загалом.

Щоб досягнути визначених цілей сталого розвитку, справедливий доступ до послуг охорони здоров'я має забезпечуватися з урахуванням етичних принципів. Необхідно зробити оцінку щодо розширення програми скринінгу новонароджених. З цією метою доцільно:

- створити інформаційну систему реєстру рідкісних захворювань в Україні, що надасть інформацію про рівень захворюваності для скринінгу, користь від лікування та його вплив на виживання, а отже, ієрархію від даних до інформації до політики.

- доцільно обговорити реалізацію інфраструктурних проєктів для розширеної програми скринінгу як пілотних як механізм оцінки соціально-економічних результатів.
- потреба в додаткових дослідженнях на цю тему існує в Україні, що стане підґрунтям для перегляду своєї політики в контексті цілісного підходу з принципом громадського здоров'я на скринінгу.

Отже, ранній неонатальний скринінг є важливою ініціативою забезпечення здоров'я новонароджених дітей, що дозволяє виявляти та лікувати хвороби на ранніх стадіях і забезпечувати їм оптимальні умови для здорового розвитку і життя. Майбутнє програм скринінгу новонароджених, як приклад вторинної профілактики, є важливим питанням, яке завжди знаходитиме своє місце в науковому співтоваристві, щоб зберегти та посилити його акцент з точки зору громадського здоров'я.

4.4. Тенденції державного регулювання у сфері допоміжних репродуктивних технологій та їхній вплив на демографічний розвиток

Демографічна ситуація є одним із найважливіших аспектів суспільного розвитку, що впливає на стан національної економіки, здоров'я нації, рівень освіти, соціальний статус та інші сфери життя громадян. Допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) стали можливістю для багатьох пар, які мають проблеми із запланованою вагітністю. Останніми десятиліттями державна політика стосовно ДРТ пройшла значні зміни, які можуть впливати на демографічні зміни країни. Зокрема за допомогою ДРТ можна:

Корегувати рівень народжуваності (збільшувати чи зменшувати): завдяки політиці забезпечення доступності ДРТ та сприяння репродуктивному здоров'ю, багато пар мають можливість мати дитину навіть у випадках, коли природнім шляхом завагітніти проблематично. Це може призвести до збільшення народжуваності і покращення демографічної ситуації в країні. З іншого боку, деякі країни можуть сприяти зниженню народжуваності,

контролюючи доступ до ДРТ або навіть забороняючи деякі методи. Це може бути зумовлено соціоекономічними чи демографічними викликами, такими як перенаселення.

Впливати на структуру сім'ї: використання ДРТ може вплинути на збільшення кількості одиноких матерів, а також давати змогу гомосексуальним парам мати біологічних дітей та створювати сім'ї.

Здійснювати економічний вплив: ДРТ впливають на різні сфери суспільства та держави загалом, зокрема:

- на збільшення робочої сили (якщо багато пар можуть мати дитину завдяки ДРТ, це може призвести до збільшення чисельності робочої сили в країні. А коли більше людей працюють – це може позитивно позначитися на економічному розвитку країни через збільшення виробництва та споживання.
- може сприяти зростанню споживчих витрат, оскільки сім'ї будуть витратити гроші на дитячі товари та послуги, що стимулює економіку.
- може призвести до збільшення медичних витрат для країни – комплексні технології, які використовуються в процедурах ДРТ є досить дорогими і це впливає на витрати держави на охорону здоров'я.
- З іншого боку, застосування ДРТ може допомогти уникнути додаткових соціальних витрат. Наприклад, якщо пари мають можливість мати дітей завдяки ДРТ, то це може знизити потребу у державній підтримці для пар бездітних або з проблемами репродуктивного здоров'я.

Загалом, впровадження допоміжних репродуктивних технологій може мати як позитивний, так і негативний вплив на країну. Ефективна державна політика повинна збалансувати соціальні, економічні та медичні аспекти, щоб максимізувати переваги та знизити можливі ризики, пов'язані з використанням ДРТ, тому детальний її аналіз в умовах сучасних викликів є вкрай актуальним.

Безпліддя є медико-соціальною проблемою, оскільки воно має значний вплив на суспільство, міжособистісні стосунки, а також на психологічний та емоційний стан безплідних пар. Воно виникає, коли пара не може народити

дитину після мінімум року невдалих спроб. Основні аспекти, які підкреслюють важливість безпліддя як медико-соціальної проблеми полягають у наступному:

– Безпліддя може впливати на сімейні стосунки. Стрес та невдачі, пов'язані з невдалими спробами зачати дитину, можуть призвести до конфліктів і напруження між партнерами. Безпліддя може поставити під загрозу самооцінку та ідентичність індивіда. Багато безплідних пар відчувають внутрішній тиск та глибокі почуття розпачу, особливо якщо у них зникають шанси на батьківство. Депресія та низка інших емоційних проблем можуть виникати як у результаті самого безпліддя, так і внаслідок лікування, яке може бути емоційно та фізично виснажливим

– Безпліддя може бути наслідком різних медичних причин, таких як гінекологічні порушення, хронічні захворювання та інфекції. Лікування безпліддя може включати в себе застосування допоміжних репродуктивних технологій, терапію, хірургічні процедури та інші методи, які зазвичай вимагають фінансових, фізичних та емоційних зусиль.

– Суспільство часто створює тиск на пари щодо створення сім'ї та народження дітей, що призводить до почуття відчуженості або несприйняття безплідних пар. Стосунки з родиною, друзями та колегами також страждають через незрозуміння. У деяких культурах безпліддя пов'язане зі стигмою, а навіть стає причиною відчуття сорому або відчуження зі сторони родини та спільноти. Важливо, щоб суспільство надавало безплідним парам необхідну підтримку, доступ до інформації, послуг та лікування безпліддя, а також допомагало подолати емоційні виклики, пов'язані з цією проблемою.

– Фінансовий аспект – лікування безпліддя є дорогим, особливо якщо потрібні допоміжні репродуктивні технології, які не фінансуються державою або страховиками. Це призводить до фінансових обмежень та стресу для пари.

Останніми роками тематика народження дітей розглядається з позиції захисту прав кожної людини. Все більше одиноких жінок звертаються за послугами ДРТ. Частка народжених дітей поза шлюбом в ЄС у 2018 році становила 42,5%, що є на 17 % вище, ніж у 2000 році. Це свідчить про нові

моделі створення сім'ї поряд з більш традиційною моделлю, коли діти народжуються в шлюбі. Позашлюбні пологи відбуваються у позашлюбних стосунках, між парами, які проживають разом, і в одиноких батьків. У 2021 році позашлюбні народженні перевищили народжень у шлюбі в кількох країнах-членах ЄС, зокрема у Франції (де 63,5 % народжень відбулися поза шлюбом), Португалії (60,0 %), Болгарії (59,9 %), Словенії (57,7 %), Нідерландах (55,6 %), Естонія (54,7 %) і Данія (54,7 %). На іншому кінці спектру опинилася Греція, де більше 83% народжень все ж таки відбулося в шлюбі (рис. 4.9.) [293].

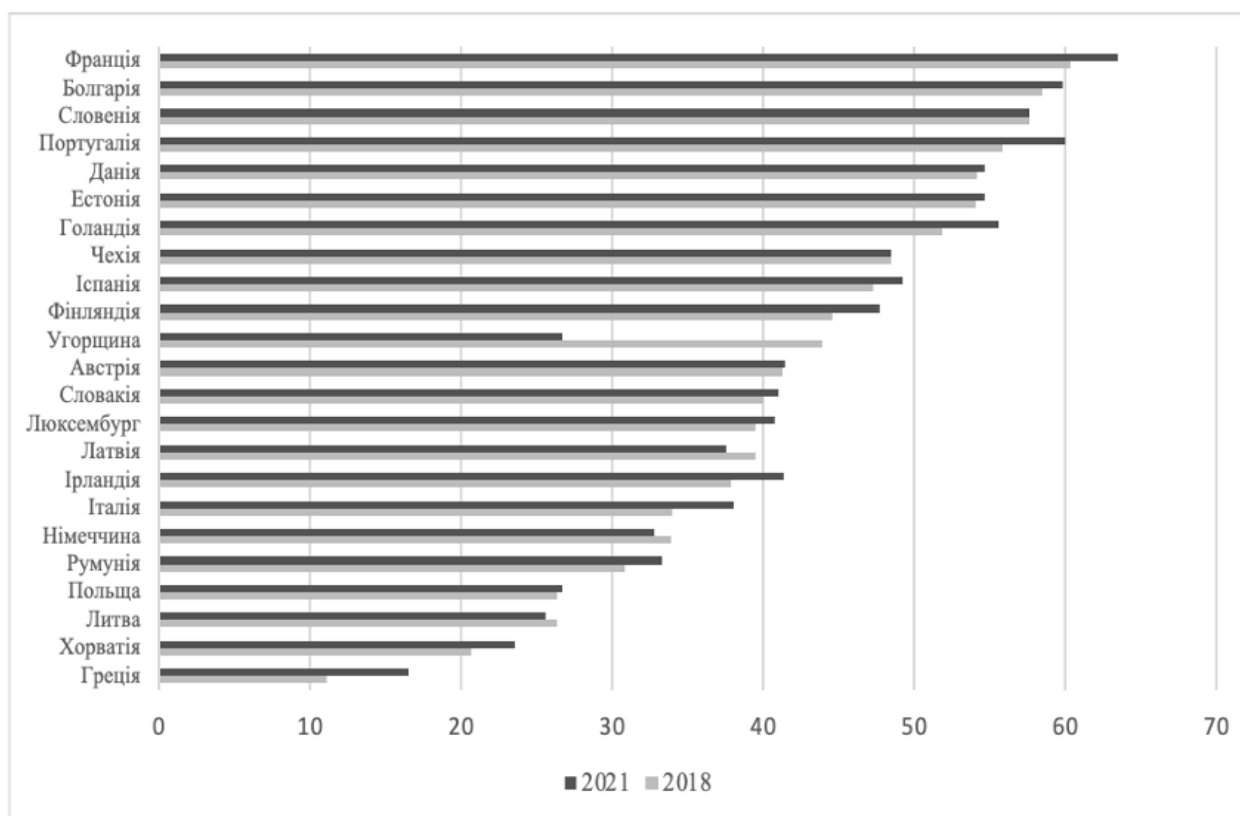


Рис. 4 .9. Частка дітей у відсотках, які народилися поза шлюбом у країнах Євросоюзу (сформовано авторкою)

Оскільки безпліддя може суттєво вплинути на життя пар та має широкі соціокультурні та економічні наслідки, важливо виробити комплексний підхід до лікування, підтримки і освіти з цього питання, а також сприяти інтеграції лікування безпліддя у загальну систему охорони здоров'я.

Міжнародний досвід показує, що доступність медичних послуг для лікування безпліддя є важливим завданням для багатьох країн у світі. Різні

програми та ініціативи розробляються та впроваджуються з метою поліпшення доступу пар до допоміжних репродуктивних технологій. До прикладу, деякі країни, такі як Велика Британія та Швеція, інтегрують лікування безпліддя у загальну систему охорони здоров'я. Це означає, що лікування безпліддя доступне пацієнтам за стандартними медичними процедурами та не потребує додаткових витрат або довгих очікувань.

Національна служба здоров'я Великої Британії (NHS) надає інтегровані послуги з лікування безпліддя, які доступні для всіх громадян країни. Це охоплює оцінку причин безпліддя, медикаментозні терапії, інвазивні процедури. Лікування безпліддя включено до переліку покритих послуг NHS, що означає, що багато процедур лікування пацієнти отримують безкоштовно або за значно зниженими вартостями. Лікування фертильності, яке фінансується NHS, відрізняється у Великобританії. Списки очікування на лікування можуть бути дуже довгими в деяких регіонах. Критерії відповідності також можуть відрізнятися. Якщо лікар загальної практики (сімейний лікар) направляє до спеціаліста для подальших аналізів, Національна служба охорони здоров'я все покриває. Усі пацієнти мають право бути направленими до клініки NHS для первинного обстеження [289].

Ключовими аспектами системи інтегрованих послуг для лікування безпліддя у Великій Британії є:

- *доступність*: послуги лікування безпліддя доступні для всіх громадян Великої Британії через NHS, з певними критеріями відбору. NHS ставить за мету забезпечити доступність відповідних методів лікування для пар, які мають проблеми зі створенням сім'ї.
- *розмаїття методів лікування*: система охорони здоров'я Великої Британії пропонує широкий спектр методів лікування безпліддя, включаючи базові процедури. Це дозволяє індивідуальний підхід до лікування на основі потреб кожного пацієнта.
- *фінансування*: NHS надає фінансування для певної кількості циклів лікування для пар, які відповідають критеріям відбору, таким як вік та

попередні лікування. Це сприяє забезпеченню доступності лікування безпліддя.

- *інституційна складова*: у Великій Британії є мережа спеціалізованих клінік, які пропонують повний спектр послуг для лікування безпліддя. В цих клініках працюють кваліфіковані спеціалізовані медичні фахівці, включаючи репродуктологів, ембріологів та медсестер, які працюють разом для забезпечення персоналізованої допомоги.
- *координація догляду*: система NHS акцентує увагу на координації догляду та співпраці між різними медичними постачальниками, що беруть участь у лікуванні безпліддя. Це забезпечує комплексний та стійкий підхід до лікування.
- *психологічна підтримка*: безпліддя є емоційно виснажливим для пар. Система NHS визнає це і забезпечує психологічну підтримку та консультування для допомоги пацієнтам управляти емоційними аспектами свого шляху до батьківства.
- *програми донорства*: Велика Британія має добре регульовані програми донорства, що допомагає парам, які мають потребу в донорських клітинах, здійснити їх бажання стати батьками.
- *дослідження та інновації*: Велика Британія активно займається дослідженнями та інноваціями в галузі лікування безпліддя, що сприяє досягненню прогресу у репродуктивних технологіях та покращує успішність лікування.

Загалом, система інтегрованих послуг для лікування безпліддя у Великій Британії розроблена з метою забезпечення доступності, комплексного догляду та високоякісної допомоги парам, які мають проблеми зі створенням сім'ї, з фокусом на індивідуальному підході та підтримці пацієнтів.

Шведська система охорони здоров'я теж є прикладом інтеграції лікування безпліддя у загальну медичну практику. Швеція має досить високий рівень доступності до допоміжних репродуктивних технологій [456]. Швеція забезпечує парам доступ до інвазивних процедур, зокрема для пар, у кого є

ризика передачі генетичних хвороб. Координація між різними спеціалістами та надання інтегрованих послуг допомогли забезпечити комплексний підхід до діагностики та лікування безпліддя. Швеція також досить прогресивна щодо використання донорських матеріалів, що допомагає парам, які мають репродуктивні проблеми.

Обидві країни демонструють, що ефективне інтегрування лікування безпліддя у загальну систему охорони здоров'я може поліпшити доступність послуг, підвищити якість лікування та забезпечити більш широкий коло пацієнтів з можливістю отримати допомогу в створенні сім'ї. Ці приклади доцільно розглядати як моделі для інших країн у поліпшенні демографічної ситуації та забезпеченні репродуктивного здоров'я населення.

Деякі країни надають фінансову підтримку парам, які шукають програми лікування безпліддя. До прикладу, Франція має систему соціального забезпечення, яка включає відшкодування витрат на ДРТ для окремих груп пацієнтів [274].

Уряди країн практикують досвід встановлювати та регулювати ціни на ДРТ, щоб забезпечити доступність цих послуг для більш широкого кола пар. До прикладу, Іспанія має програму, яка забезпечує доступність лікування безпліддя за зниженими цінами [228].

Одруження та народження дітей є ключовими у державній політиці Ізраїлю [287]. У 2019 році лише 11% жінок у віці 45-49 років не були одружені, а половина пар мають дітей через рік після одруження. Одноматеринство, переважно серед жінок у віці від 30 до 40 років, хоча воно відносно рідкісне (7% новонароджених дітей в порівнянні з 42% у Європейському союзі [323], також поширюється, так само як і сім'ї одностатевих пар [245]. Показник плодючості в Ізраїлі вдвічі вищий, ніж у ОЕСР: відповідно 3.1 та 1.5 дитини на жінку (рис. 4.10).

Загальний рівень плодючості у конкретний рік визначається як загальна кількість дітей, які народилися б кожній жінці, якщо б вона дожила до кінця свого репродуктивного віку і народжувала дітей згідно зі статево-віковими

показниками плодючості на той час. Його розраховують, сумуючи статеві-вікові показники плодючості, які визначаються на протязі п'ятирічних інтервалів. Припускаючи, що немає міграції і змін у смертності, загальний рівень плодючості 2.1 дитина на жінку забезпечує відносно стабільну популяцію.

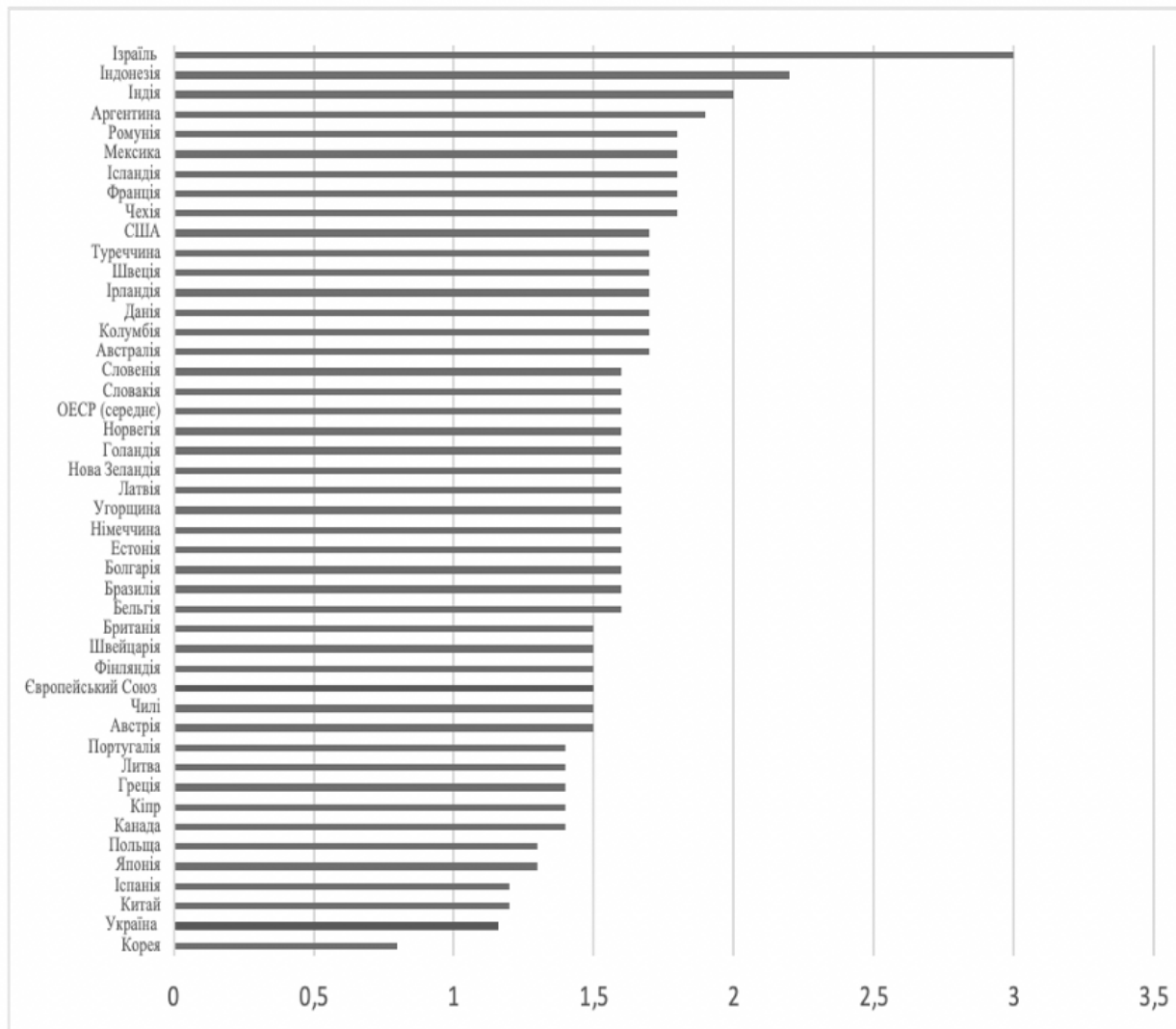


Рис. 4.10. Рівні фертильності на рівні різних країн у 2021 році (сформовано автором на базі даних [381]. Дані про Україну [428].

Разом із смертністю і міграцією, плодючість є складовою частиною приросту населення, відображаючи як причини, так і наслідки економічного та соціального розвитку. Причинами радикального зниження рівня народжуваності протягом останніх десятиліть є відкладення створення сім'ї та

народження дітей, а також зменшення бажаного розміру сім'ї. Цей показник вимірюється у кількості дітей на жінку [380].

Безпрецедентна політика фінансування лікування безплідності є ще одним компонентом цього відмінного репродуктивного ландшафту. Ізраїль пропонує практично необмежене безкоштовне послуги з ДРТ будь-якій ізраїльській жінці до 45 років, до тих пір, поки вона не матиме двох дітей з поточним партнером, якщо це прийнятним [245]. Базові приватні страховки покривають лікування народження третьої і четвертої дитини. Проходячи приблизно в п'ять разів більше циклів лікування на душу населення ніж жінки в Європейському союзі та в 12 разів більше за середнє значення у США [244], ізраїльські жінки були найбільшими споживачами ДРТ у світі протягом багатьох років. З урахуванням високого вікового обмеження для фінансованого лікування, приблизно третина користувачів ДРТ на місцевому рівні (33-42%) знаходяться у віці 40-х років, що має мізерні шанси на народження дитини самостійно [245].

Організації та країни співпрацюють та обмінюються досвідом та знаннями в галузі лікування безпліддя. Це допомагає покращити стандарти лікування та імплементувати кращі практики. В Україні з 2005 року також існує можливість проведення лікувальних циклів ДРТ за державні кошти. Відповідно до наказу МОЗ України [141] щорічно за наявності абсолютних показів подружні пари мають змогу отримати необхідне лікування вищезазначеним методом. На даний час, в Україні працює близько 30 центрів репродуктивної медицини, п'ять з яких державні (розташовані в Києві, Харкові, Донецьку, Одесі та Івано-Франківську).

Державна політика удосконалення медичної допомоги населенню при лікуванні безпліддя відіграє критичну роль у забезпеченні доступу до ефективних методів допоміжних репродуктивних технологій та поліпшенні якості догляду для пар, які зіштовхуються з проблемами зі створенням сім'ї. Підсумовуючи вищезазначене, пропонуємо засоби та напрямки, які можуть бути включені в державну політику:

1. *Забезпечення доступу*: Уряд повинен встановити програми та ініціативи для забезпечення доступності медичних послуг для лікування безпліддя. Це може включати зниження вартості процедур, надання соціального забезпечення для покриття витрат на лікування. Також доцільно розвивати інфраструктуру та заклади, які надають послуги з лікування безпліддя і вести реєстр таких закладів.
2. *Освіта та освітні програми*: державна політика сприяє освіті населення про різні методи допоміжних репродуктивних технологій, а також профілактиці та виявленню причин безпліддя. Інформовані пацієнти мають більше можливостей приймати інформовані рішення та звертатися до спеціалістів у відповідний час.
3. *Нормативна база*: регулювання сфери допоміжних репродуктивних технологій є важливою частиною державної політики. Уряд може встановити нормативні акти, які визначають правові права та обов'язки пацієнтів і лікарів, етичні стандарти, а також створюють умови для безпеки процедур.
4. *Фінансування досліджень*: збільшення фінансування досліджень у галузі безпліддя може допомогти вдосконалити методи лікування та знайти більш ефективні та доступні рішення.
5. *Підтримка соціальних програм*: державна політика може сприяти створенню соціальних програм, що надають підтримку пар, які стикаються з проблемами безпліддя, включаючи психологічну підтримку, підготовку до батьківства та послуги після народження дитини.
6. *Інтеграція здоров'я жінок*: державна політика повинна сприяти інтеграції здоров'я жінок у загальну систему охорони здоров'я, щоб забезпечити комплексний підхід до лікування безпліддя та здоров'я матерів.

Впровадження цих напрямків державної політики може покращити доступ до допоміжних репродуктивних технологій, знизити ризики та витрати,

пов'язані з лікуванням безпліддя, а також позитивно вплинути на демографічну ситуацію, забезпечуючи парі можливість створити сім'ю та втілити свої плани на майбутнє.

Висновки до розділу 4

Обґрунтовано доцільність переходу до полісекторальної стратегії державного регулювання системи перинатальної допомоги в Україні. Цей перехід в умовах, що швидко змінюються, особливо враховуючи "доковідний період", час пандемії COVID-19, та період війни, вказує на необхідність інтеграції зусиль різних секторів суспільства для створення більш адаптивної та ефективної системи допомоги матерям та дітям.

Перед викликами пандемії, увага державного регулювання була сконцентрована на розвитку програм, що покращують якість та доступність акушерської допомоги, знижують ризик передчасних пологів та сприяють профілактиці ускладнень, забезпечуючи при цьому точний моніторинг і звітність стосовно материнського здоров'я. Пандемія COVID-19 висунула на перший план необхідність підтримки охорони здоров'я, щоб забезпечити безперебійний доступ до медичних послуг, зокрема захист вагітних та породіль від інфекції, а також доступ до безпечних вакцин.

Констатовано: у воєнний час основна увага переорієнтована на збереження медичної інфраструктури та захист медичних закладів від руйнувань, розробку планів надання медичної допомоги та евакуації для вагітних і породіль у зонах конфлікту. Окрім того, велика роль приділяється психологічній підтримці жінок, які переживають воєнний конфлікт та стрес в цей період.

Запропонована полісекторальна стратегія містить широкий спектр можливостей для впровадження пріоритетів через інтеграцію ресурсів та координацію дій між різними секторами. Вона передбачає не тільки вдосконалення медичних аспектів допомоги, але й залучення соціальних служб,

освітніх програм та надання психологічної підтримки, щоб створити більш комплексну та цілісну систему допомоги. Такий підхід дозволить ефективно реагувати на поточні виклики й закладе основу для міцної та стійкої системи перинатальної допомоги в майбутньому, відповідаючи на потреби вразливих груп населення.

Обґрунтовано: у контексті переходу до полісекторальної стратегії особлива увага приділяється чотирьом ключовим аспектам: підтримці грудного вигодовування, використанню допоміжних репродуктивних технологій, реалізації програм скринінгу новонароджених, а також зниженню материнської та малюкової смертності. Ці аспекти становлять основу для формування ефективної, доступної та якісної допомоги матерям та їхнім дітям, адаптованої до викликів сучасності, включаючи пандемії та інші кризові ситуації.

Підтримка грудного вигодовування є фундаментальною для забезпечення оптимального здоров'я та розвитку новонароджених. Акцентовано: у рамках полісекторальної стратегії, важливо розробити ініціативи, які б не лише надавали інформаційну підтримку вагітним жінкам та молодим матерям, а й створювали умови в медичних закладах для заохочення та підтримки грудного вигодовування, включаючи навчання медичного персоналу.

Допоміжні репродуктивні технології стають важливим інструментом для подолання проблем непліддя та забезпечення можливості мати дітей тим, хто зіштовхується з такими викликами. Відтак, впровадження інноваційних допоміжних репродуктивних технологій потребує відповідної регуляції та контролю з боку держави, а також інтеграції зусиль між різними секторами для забезпечення доступу до цих послуг та їх якості.

Програми скринінгу новонароджених відіграють критичну роль у ранньому виявленні та лікуванні станів, які можуть вплинути на здоров'я та розвиток дитини. Розширення та оптимізація цих програм потребують спільних зусиль медичної громадськості, державних органів та місцевого самоврядування, а також включення сучасних технологій для підвищення їх ефективності.

Доведено: полісекторальний підхід вимагає не лише покращення медичних послуг, але й залучення ресурсів для соціальної підтримки сімей, освітніх програм для підвищення обізнаності про здоров'я, а також розроблення та імплементації комплексних програм профілактики та втручання. Це надасть змогу впливати на зниження материнської та дитячої смертності – однієї з найбільш пріоритетних задач у сфері охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 5

ТРАНСФОРМАЦІЙНІ РІШЕННЯ У ДЕРЖАВНОМУ РЕГУЛЮВАННІ СИСТЕМИ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ДЛЯ ПОДОЛАННЯ НАЦІОНАЛЬНИХ ВИКЛИКІВ

Обґрунтовується комплексний та інноваційний підхід до реформування системи перинатальної допомоги в Україні, з особливим акцентом на умови воєнного стану. Пропонуються варіанти трансформаційних рішень, спрямованих на зміцнення державного регулювання та підвищення ефективності надання допомоги вагітним жінкам, матерям та новонародженим, особливо в складних умовах.

5.1. Інтегроване регулювання перинатальної допомоги: стратегії для інклюзивності жінок з обмеженими можливостями

Інклюзивна перинатальна допомога орієнтована на забезпечення найвищого ступеня допомоги всім жінкам, включаючи тих, у кого є особливі потреби або які належать до різних соціокультурних груп. Зрозуміло, що вся ця робота потребує ретельного аналізу та вивчення міжнародного досвіду.

Почнемо з того, що міжнародний досвід надає нам можливість оглянути інші країни та їхні стратегії в сфері перинатальної допомоги. Ми можемо вивчити кращі практики, які дозволять нам покращити якість медичних послуг, зробити їх більш доступними для всіх верств суспільства і підвищити загальний рівень здоров'я нашого населення.

Окрім цього, міжнародний досвід може слугувати джерелом натхнення для вдосконалення законодавства та політики у сфері інклюзивної перинатальної допомоги. Ми можемо вивчити та адаптувати кращі практики до наших власних умов та потреб, що дозволить нам зробити значний крок уперед у цьому напрямку.

Завдяки вивченню міжнародного досвіду, ми також можемо встановити партнерські зв'язки з іншими країнами та організаціями, що займаються

інклюзивною перинатальною допомогою. Це відкриває перед нами можливості для обміну знаннями та досвідом, а також для спільних досліджень та проектів.

Для початку необхідно уточнити визначення терміну “політика”, яким ми будемо послуговуватися у цьому дослідженні. Політика – це широке, багатовимірне поняття, яке встановлює цілі, досягнення яких приносить позитивні результати для населення та/або для закладу охорони здоров’я. Інколи під термін “політика” утотожують з поняттям “керівні принципи”, які по суті також виражають стандарти, які виникли або розроблені шляхом консенсусу. Проте необхідно зазначити, що керівні принципи мають рекомендаційний характер, тоді як політика вважається стандартом, якого необхідно обов’язково дотримуватися. Політику ми також умовно класифікуємо на два типи: державну та адміністративну. Державна політика розглядається у національному вимірі, тоді як адміністративна політика стосується переважно регіонального рівня. Ці дві політики можемо розглядати у вертикальній та горизонтальній площині. Такий підхід дає змогу по-різному підійти до розв’язання проблем в означеній сфері. Якщо політика, яка розроблена на регіональному чи місцевому рівні, або організацією, яка несе відповідальність за реалізацію політики, така політика буде розглядатися у вертикальній площині (“політика по вертикалі”). З іншого боку, в сучасних умовах абсолютно допустимою є “політика по горизонталі” – це об’єднаний документ, розроблений двома або більше організаціями (або спільними зусиллями підрозділів усередині організації), де кожен має повноваження щодо певного аспекту політики.

Характерною рисою більшості демократичних держав є те, що громадяни вважаються “рівними перед законом” і що їхні основні права поважаються, захищаються та відстоюються. Саме на таких цінностях і віруваннях у 1948 році було прийнято Загальну декларацію прав людини ООН [452] (ООН, 1948). Організація Об’єднаних Націй додала до цієї хартії подальші декларації щодо прав інвалідів (ООН, 1975 р.) та осіб із вадами розумового розвитку (ООН, 1971 р.). Визнання та визначення прав людей з інвалідністю призвело до розробки

багатьох інструментів, у тому числі Стандартних правил ООН щодо забезпечення рівних можливостей для людей з інвалідністю (ООН, 1993 р.) і, нещодавно, Конвенції ООН про права людей з обмеженими можливостями. Ці документи сприяли розробці спеціальної політики щодо інвалідності на національному рівні, яка є основою для реалізації прав людей.

На європейському рівні План дій ЄС щодо людей з обмеженими можливостями, що був розрахований на 2003-2010 рр., визначав заходи для держав-членів щодо рівних можливостей для людей з обмеженими можливостями. Зокрема, План дій Ради Європи щодо осіб з інвалідністю на 2006-2015 рр. визначає дії для розширення доступ жінок з інвалідністю до послуг пологів.

Стандартні правила ООН щодо забезпечення рівних можливостей для людей з обмеженими можливостями (ООН, 1993) були прийняті Генеральною Асамблеєю в резолюції 48/96 від 20 грудня 1993 року [449]. Цей документ складається з 22 правил, які охоплюють усі аспекти життя людей з обмеженими можливостями. Правила не є юридично обов'язковими, але вони є інструментом для тих, хто розробляє політику, і представляють собою політичне зобов'язання урядів вжити заходів для досягнення рівних можливостей для людей з обмеженими можливостями. Генеральна Асамблея ООН визначила доступність як пріоритет у просуванні рівних можливостей. Він припустив, що зосередження уваги на доступності є ефективним підходом до скасування виключення та покращення вирівнювання можливостей у позитивний та стійкий спосіб, а Правило 5 розглядає “доступність” з посиланням як на фізичне середовище, так і на інформаційно-комунікаційні послуги.

Конвенція ООН про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (CEDAW) була прийнята в 1979 році Генеральною Асамблеєю ООН [271]. Прихильники Конвенції часто називають її біллем про права жінок. Конвенція визначає дискримінацію щодо жінок як “...будь-яке розрізнення, виключення чи обмеження, зроблене за ознакою статі, яке має наслідком або метою

погіршення або зведення нанівець визнання, задоволення або використання жінками, незалежно від їхнього сімейного стану, на основі рівності чоловіків і жінок, прав людини та основних свобод у політичній, економічній, соціальній, культурній, громадянській чи будь-якій іншій сфері” (ООН, 1979: стаття 1)

Держави-підписанти зобов'язуються вживати всіх належних заходів для припинення всіх форм дискримінації жінок з боку осіб або установ, включаючи включення принципу рівності та прийняття законодавства, що забороняє дискримінацію жінок, щоб жінки могли користуватися всіма своїми правами людини та основними свободами.

Конвенція є інструментом для реалізації рівності між чоловіками та жінками, досягнутої шляхом забезпечення жінкам рівного доступу та можливостей у всіх верствах суспільства. Стаття 12 Конвенції підтверджує репродуктивні права жінок. Держави-учасниці зобов'язані вживати заходів, які забезпечують доступ до медичної допомоги для жінок, включаючи доступ до відповідних послуг, які надаються безкоштовно, якщо це необхідно, під час вагітності, пологів і післяпологового періоду.

Країни, які ратифікували Конвенцію або приєдналися до неї, також зобов'язуються подавати національні звіти принаймні кожні 4 роки, в яких описуються заходи, вжиті кожною країною відповідно до своїх зобов'язань, передбачених Конвенцією. Комітет CEDAW звернувся до держав-учасниць із проханням надавати конкретну інформацію про жінок з інвалідністю у своїх періодичних звітах. Подання має містити інформацію про заходи, вжиті державами-учасницями для забезпечення соціальної інклюзивності та рівності в доступі до послуг охорони здоров'я, освіти, працевлаштування та соціального забезпечення.

Четверта Всесвітня конференція з питань жінок, що відбулася в Пекіні в 1995 році [450], суттєво вплинула на досягнення рівності для жінок у країні їхнього проживання. Основним результатом конференції стала розробка Пекінської декларації та Платформи дій, у яких визначено 12 сфер, що заслуговують на увагу, та 5 стратегічних цілей, кожна з яких супроводжується

переліком дій. Однією з них була нерівність, неадекватність і доступ до медичної допомоги та пов'язаних з нею послуг (ООН, 2000). Погоджуючись прийняти зміст Пекінської декларації та Платформи дій, уряди взяли на себе зобов'язання розширити доступ жінок до відповідної, доступної та якісної медичної допомоги, інформації та пов'язаних послуг протягом усього їхнього життєвого циклу. Щоб досягти цієї мети, уряди повинні підтвердити, захищати та сприяти досягненню права жінки на найвищі стандарти фізичного та психічного здоров'я та включити це право в національне законодавство, законодавство про охорону здоров'я та політику, яка відображає зобов'язання щодо здоров'я жінки. Наголошується, що гендерно чутливі програми охорони здоров'я, які задовольняють потреби жінок, у тому числі жінок з обмеженими можливостями, повинні розроблятися та впроваджуватися у співпраці з жінками та громадськими організаціями.

Такі заходи можуть включати децентралізацію медичних послуг, надання доступних, доступних і недорогих послуг первинної медичної допомоги, включаючи сексуальне та репродуктивне здоров'я. Уряди також взяли на себе зобов'язання зміцнити та переорієнтувати послуги охорони здоров'я, включаючи репродуктивне здоров'я, щоб забезпечити загальний доступ для всіх жінок якнайшвидше, але не пізніше 2015 року. Що стосується жінок з інвалідністю, уряди зобов'язалися забезпечити дівчатам і жінкам будь-якого віку з будь-якою формою інвалідності отримувати допоміжні послуги. Уряди взяли на себе зобов'язання підтримувати, залучати, співпрацювати та співпрацювати з добровільними та недобровільними організаціями у виробленні політики, розробці, плануванні та впровадженні медичних та пов'язаних із ними послуг. Служби психічного здоров'я мають бути інтегровані в заклади первинної медичної допомоги. Уряди взяли на себе зобов'язання готувати та поширювати доступну інформацію за допомогою різноманітних засобів, включаючи кампанії громадського здоров'я, засоби масової інформації та систему освіти, щоб жінки отримували знання про своє здоров'я, сексуальність та репродукцію.

У травні 2000 року Генеральна Асамблея Організації Об'єднаних Націй розглянула прогрес у реалізації змісту Пекінської декларації та Платформи дій і прийняла резолюцію, яка визначила подальші дії та ініціативи для сприяння реалізації програми. У ньому знову наголошується на принципі універсальності та необхідності прийняття, введення в дію, перегляду та перегляду законодавства, політики та програм у сфері охорони здоров'я у співпраці та співпраці з жіночими організаціями. Рекомендується виділення необхідних бюджетних ресурсів для забезпечення найвищого рівня досяжного фізичного та психічного здоров'я, щоб усі жінки, включно з жінками з інвалідністю, мали повний і рівний доступ до медичної допомоги, інформації та послуг протягом усього життя. Через десять років після започаткування програми представники уряду взяли участь у 49-й сесії Комісії з питань становища жінок у Нью-Йорку та підтвердили зобов'язання виконувати зміст Пекінської декларації та Платформи дій у повному обсязі.

Рада Європи має передову політику щодо інвалідів, яка еволюціонувала та розвивалася протягом останніх 2 десятиліть. Перша конференція міністрів, відповідальних за просування політики щодо людей з обмеженими можливостями, відбулася в 1992 році, і вона рекомендувала розробити політику для людей з обмеженими можливостями. Міністри зібралися на свою другу конференцію в травні 2003 року з метою розробки принципів, які ляжуть у основу майбутньої політики щодо інвалідів та надання державних послуг державам-членам. Після завершення процесу міністри прийняли Малазьку міністерську декларацію щодо людей з обмеженими можливостями: “прогрес до повної участі як громадян” (Малагська міністерська декларація щодо людей з обмеженими можливостями, 2003 р.) [324]. Кінцевою метою цієї декларації було покращення якості життя людей з обмеженими можливостями. Було наголошено на концепції інтеграції та повноцінної участі людей з інвалідністю з метою сприяння ліквідації всіх форм дискримінації щодо них. Для досягнення цієї мети необхідно було розробити Європейський план дій щодо людей з обмеженими можливостями. Згодом було розроблено План дій Ради Європи

щодо інвалідності (2006-2015) (Рада Європи, 2006) [283]. План забезпечує структуру, на яку можуть посилатися політики в державах-членах при розробці, реалізації та оцінці політики та стратегій у сфері інвалідності. План складається з 15 напрямків/пунктів дій, які охоплюють тривалість життя людини, що, по суті, є цілями плану. Рядок дій 6 стосується архітектурного середовища, а рядок дій 9 стосується охорони здоров'я.

План дій ЄС щодо інвалідів (DAP) на 2003–2012 рр., виданий Європейською комісією, спрямований на сприяння рівним можливостям для людей з обмеженими можливостями в усіх країнах-членах ЄС шляхом забезпечення того, щоб питання інвалідності були включені в усі відповідні політики ЄС. DAP розробляється в 2 роки; ПДП на 2008-2009 рр. зосереджується на доступності та має на меті “стимулювати інклюзивну участь людей з обмеженими можливостями та працювати над повним здійсненням основних прав”. За словами Комісії, це робиться шляхом “сприяння доступності ринку праці; підвищення доступності товарів, послуг та інфраструктури; консолідації спроможності Комісії підтримувати доступність через дослідження; сприяння реалізації Конвенції ООН; і доповнення законодавчої бази Співтовариства щодо захист від дискримінації” (Рада Європи, 2008).

30 листопада 2016 року Рада Європи прийняла нову Стратегію щодо прав людей з інвалідністю на 2017-2023 роки [284].

У 2004 році Європейський форум національних асоціацій медсестер і акушерок і Всесвітня організація охорони здоров'я представили заяву про психічне здоров'я на Європейській міністерській конференції ВООЗ з психічного здоров'я (Європейський форум національних асоціацій медсестер і акушерок, 2004). У заяві підкреслюється внесок, який медсестри та акушерки можуть зробити у зменшення стигматизації та дискримінації щодо людей з психічними розладами, таким чином мінімізуючи її вплив на сестринський догляд. Було наголошено на необхідності розвитку безперервності догляду та співпраці між медсестринськими та акушерськими професіями разом із

вимогою найму та утримання медсестер та акушерок із навичками психічного здоров'я. Інший елемент заяви зазначає, що загальні освітні програми медсестер і акушерок не обов'язково готують медсестер і акушерок до реагування на потреби пацієнтів або клієнтів щодо психічного здоров'я, тому компоненти курсів психічного здоров'я програм навчання медсестер повинні бути посилені. Форум також підтримав розвиток спеціалізованої підготовки медсестер і акушерок у сфері психічного здоров'я.

Кілька міжнародних, національних і регіональних норм і стандартів, включаючи договори про права людини та результати різних глобальних конференцій, прямо закликають до захисту прав людини, включення в соціальне життя та розширення прав і можливостей всіх жінок і дівчат з інвалідністю протягом всього їх життя або передбачають такі аспекти. До них відносяться Конвенція про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок (CEDAW), Конвенція про права осіб з інвалідністю (CRPD) та Факультативний протокол до неї, Пекінська декларація та Платформа дій (ПДПД), а також Порядок денний у сфері сталого розвитку до 2030 року [166].

У своїх Заключних зауваженнях 2017 року Комітет з ліквідації дискримінації щодо жінок висловив аналогічні обурення щодо недоступності послуг охорони здоров'я для жінок з інвалідністю та загальної недостатності фінансування медичних послуг, лікування захворювань, які можна запобігти, та запобігання зловживанню психоактивними речовинами серед всіх жінок.

Комітет з ліквідації дискримінації щодо жінок рекомендував Україні вжити наступні заходи, які мали б допомогти жінкам з інвалідністю отримувати належні послуги у сфері охорони здоров'я :

- Скасування практики примусової стерилізації без вільної та поінформованої згоди жінок з інвалідністю та забезпечення правового захисту для осіб, що стали жертвами примусової стерилізації.
- Забезпечення належних бюджетних виділень для послуг охорони здоров'я та покращення доступу жінок до високоякісних медичних послуг та пов'язаних послуг.

- Забезпечення рівного доступу та доступності мамографів та послуг з обстеження жінок на всій території.
- Забезпечення ефективного доступу жінок і дівчат до інформації про охорону здоров'я та недорогих послуг, зокрема, пов'язаних із репродуктивним здоров'ям та методами контрацепції, а також збір даних та навчання медичних працівників та фахівців сфери охорони здоров'я, особливо в сільських районах.

Заключні зауваження Комітету з прав осіб з інвалідністю у 2015 році містили наступні рекомендації:

- Забезпечення рівного доступу усіх осіб з інвалідністю до своєчасних та якісних медичних послуг як у сільських, так і в міських районах, включаючи доступ до медикаментів та реабілітаційних послуг, а також надання інформації та послуг у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я та планування сім'ї, особливо жінкам і дівчатам з інвалідністю.
- Забезпечення ефективного доступу до медичної інформації та забезпечення доступності (медичних) послуг для жінок і дівчат, включаючи послуги в галузі репродуктивного здоров'я.
- Забезпечення підготовки медичних працівників, включаючи сільські райони та заклади інтернатного типу. Ця інформація повинна бути доступною у різних форматах, включаючи альтернативні засоби надання інформації (шрифт Брайля, жестова мова, формат легкий для розуміння), щоб охопити жінок і дівчат з інвалідністю.

При виборі країн для дослідження політик розвитку інклюзивних послуг в системі перинатальної допомоги ми послуговувалися мережею інтернет за допомогою пошукової системи Google та Google Scholar. Загальний пошук був здійснений, використовуючи такі ключові слова: “доступ до медичних послуг” (англійською – access "health services", “перинатальні послуги” (англійською – pregnancy, prenatal, antenatal, childbirth, early motherhood), “жінки з інвалідністю (англійською women with a disability OR women with disabilities). Таким чином, ми підійшли до збору та аналізу інформації.

Нами встановлено, що законодавство, що захищає права людей з обмеженими можливостями, добре розвинуте в Канаді, Австралії, Новій Зеландії, Нідерландах, Швеції, Данії, Великобританії та Ірландії, досвід яких ми аналізували.

Велика Британія

Серед тих країн, що вивчалися нами, на основі отриманої інформації встановлено, що Великобританія має найбільш розроблену стратегію для жінок з обмеженими можливостями та догляду за ними пологами, включаючи конкретне посилення на жінок з обмеженими можливостями в Законі про дискримінацію осіб з обмеженими можливостями [443]. Великобританія має широкий спектр детальної політики та професійних керівних документів щодо послуг у зв'язку з вагітністю та пологами для жінок з обмеженими можливостями.

Національна служба охорони здоров'я нещодавно пройшла період реформування та має намір використовувати наявні ресурси ефективним і справедливим чином, щоб зменшити нерівність і створити безпечнішу та кращу систему охорони здоров'я. Уряд гарантував, що жінки та їхні партнери матимуть вибір щодо доступу до догляду за материнством, типу допологового догляду, місця народження та місця післяпологового догляду. У 2004 році було опубліковано керівний документ під назвою "Національна структура послуг для дітей, молоді та материнства" [280], який встановлює стандарти сприяння здоров'ю та добробуту матерів і надання високоякісних послуг для задоволення індивідуальних потреб.

Стандарт 11 цього документа зосереджується на розробці доступної, підтримуючої якісної служби пологів, яка планується відповідно до індивідуальних потреб жінки. Визнаючи, що жінки з інвалідністю часто відчують себе відчуженими та відключеними від послуг, пропонуються заходи для забезпечення більшої інклюзивності. Вони вимагають від постачальників послуг взяти на себе зобов'язання щодо покращення доступу до послуг у зв'язку з вагітністю та пологами та забезпечення ефективності послуг

та відповідності потребам жінок з уразливих груп і груп меншин, а також рекомендують, щоб розробка та планування послуг відповідали на виклики та бар'єри, з якими можуть зіткнутися жінки з інвалідністю. при зверненні за допомогою.

Особлива увага приділяється жінкам з фізичними та інтелектуальними вадами, а постачальникам послуг рекомендовано забезпечити інклюзивність місцевих служб пологів і звернути увагу на потреби жінок у спілкуванні, обладнанні та підтримці. Стратегія не намагається екстраполювати фактичні потреби жінок з інтелектуальними вадами або як найкраще їх можна задовольнити, але визнає труднощі зі збором даних про групи з обмеженими можливостями. Стратегія також визначає потребу в партнерстві між службами охорони здоров'я та охорони здоров'я людей з інтелектуальною неповносправністю, припускаючи, що міждисциплінарні громадські команди з інтелектуальною неповносправністю будуть ключовими в досягненні цього. Рекомендується, щоб потреба в перекладачі, усному перекладачі чи адвокаті була визначена на індивідуальній основі та, якщо потрібно, залучалися їхні послуги.

На основі цих рекомендацій Міністерство охорони здоров'я Великобританії підготувало документ під назвою "Материнство має значення: вибір, доступ і безперервність догляду" [279], щоб покращити вибір, доступ і догляд для всіх жінок, які потребують послуг у зв'язку з материнством. Політика визначає, як необхідно планувати послуги з материнства, щоб вирішити численні проблеми, які включають покращення результатів для вразливих і знедолених груп. Він встановлює зобов'язання щодо того, що послуги з материнства будуть доступними для всіх жінок і плануватимуться відповідно до індивідуальних потреб, у тому числі тих, що пов'язані з інвалідністю.

Адаптація допологового та післяпологового догляду до індивідуальних потреб вимагатиме розвитку програм виїзної підтримки материнства та доступних громадських закладів. Щоб полегшити та підтримати обґрунтоване

рішення, політика зобов'язується забезпечити доступність інформації про послуги та моделі надання допомоги в альтернативних форматах. Незважаючи на визначення вразливих груп, у цій політиці немає конкретного посилення на жінок з інвалідністю [444]. Також цікаво відзначити, що, незважаючи на те, що Національна служба здоров'я фінансується державою, не було знайдено жодних доказів національної системи надання послуг для людей з інтелектуальними вадами.

Було розглянуто низку політичних документів Великобританії, але лише частина цих документів, що стосуються людей з обмеженими можливостями, були визнані відповідними для цього аналізу. У Великій Британії політика щодо інвалідів розглядається як частина питань щодо рівності та прав людини. Надання медичної допомоги у Великій Британії схоже на державні системи Ірландії та Швеції, і тут майже немає приватної практики. Послуги надаються безкоштовно та фінансуються за рахунок системи оподаткування, а надання послуг для людей з обмеженими можливостями відноситься до контексту загальних медичних послуг. Місцеві органи влади надають конкретну підтримку та послуги соціального догляду, такі як послуги усного перекладу та персональна допомога; однак ці послуги підлягають перевірці доходів.

Починаючи з 1990-х років, багато законодавчих інструментів сформували та вплинули на надання послуг людям з обмеженими можливостями. Закон про національну службу охорони здоров'я та громадську допомогу (1990 р.) запровадив концепцію оцінки та управління доглядом за людьми з обмеженими можливостями (парламент Великобританії, 1990 р.), але це законодавство було піддано численним судовим розглядам, пов'язаним головним чином із фінансуванням, виділеним місцевим органам охорони здоров'я. Відповідно, влада запровадила критерії прийнятності та раціоналізацію ресурсів для людей з інвалідністю.

У 1995 році було введено Закон про дискримінацію осіб з обмеженими можливостями (DDA), і це був перший закон про визнання та захист соціальної моделі інвалідності (Парламент Великобританії, 1995). Це основа політики

щодо інвалідів у Великобританії та являє собою розширення громадянських прав людей з інвалідністю. Його положення застосовуються в Англії, Шотландії, Уельсі та Північній Ірландії. Ключові сфери, які розглядаються в Законі, включають освіту, працевлаштування, транспорт, товари, послуги та приміщення. Положення Закону вимагають від постачальників послуг забезпечити розумне пристосування для жінок з інвалідністю, щоб вони могли отримати ефективний доступ до послуг. Це включає в себе внесення змін у будівлі, щоб забезпечити фізичний доступ до них, зміну політики, інструкцій, процедур і практик для залучення людей з обмеженими можливостями та надання допоміжних засобів або послуг, якщо це необхідно.

Цей Закон було замінено Законом про дискримінацію осіб з обмеженими можливостями 2005 року (Парламент Великобританії, 2005а). Цей закон розширює визначення інвалідності та забезпечує більший захист для людей з інвалідністю. Згідно з цим актом, постачальники послуг зобов'язані проявляти активність у просуванні доступності та рівності для людей з обмеженими можливостями. Головний принцип полягає в тому, що люди з обмеженими можливостями мають основоположне право на задоволення своїх потреб у доступі до належного медичного обслуговування. 3 грудня 2006 року кожен траст первинної медичної допомоги зобов'язаний оприлюднити Схему рівності інвалідів; це 3-річний план дій, у якому описано дії, які необхідно вжити для досягнення рівності з інвалідністю, і прогрес у виконанні планів переглядається кожні 3 роки.

Окрім законодавства про інвалідність, на надання послуг жінкам впливають стандарти догляду, встановлені відповідно до Національної системи надання послуг та Національного інституту охорони здоров'я, а також стандарти, розроблені професійними організаціями людей з обмеженими можливостями. Національний інститут охорони здоров'я та клінічної майстерності є незалежною організацією, яка відповідає за розробку та публікацію національних рекомендацій щодо зміцнення здоров'я. Він підготував 3 документи, які керують практикою та доглядом у допологовому,

внутрішньопологовому та післяпологовому періодах. Наразі жоден із цих документів не згадує та не обговорює догляд у контексті жінок із фізичними чи сенсорними вадами; однак настанова, яка зараз розробляється для надання порад щодо догляду за вагітними жінками зі складними потребами та з обмеженими можливостями.

У 1999 році Міністерство охорони здоров'я Великої Британії видало документ “добрих практик” під назвою “Подвійні інваліди: рівність для людей з обмеженими можливостями в новій Національній службі охорони здоров'я (NHS): доступ до послуг” у законодавчій базі дискримінації за інвалідністю.. Цей документ містить вказівки для керівників вищої ланки служби NHS щодо того, що є належною практикою та сприяє рівному доступу для людей з обмеженими можливостями. Незважаючи на те, що деякі положення документа не стосуються послуг пологів, деякі положення документа стосуються жінок, які отримують доступ до послуг під час вагітності, пологів і раннього материнства.

Ліверпульська жіноча королівська лікарня представлена як приклад передової практики. Лікарня призначила консультанта з питань інвалідності, який бере на себе підтримку та консультацію як для жінок, які відвідують послуги, так і для всього персоналу, що працює в організації. На додаток до надання інформації, порад, обізнаності та навчання персоналу з питань інвалідності, спеціаліст з питань інвалідності також діє як адвокат жінок, які відвідують послуги. Спеціаліст з питань інвалідності відповідає за сприяння рівності доступу, обслуговування та догляду, а також надає підтримку, консультації та інформацію жінкам з інвалідністю. Настанова також містить практичні рекомендації щодо ефективного та відповідного спілкування з людьми з обмеженими можливостями. Пропагується застосування та використання допоміжних засобів і надаються практичні вказівки щодо того, як допомогти людині з сенсорними порушеннями. Лікарня Мілтон-Кейнс також призначила консультанта з питань інвалідності з такими ж ролями та обов'язками, як описано вище.

Австралія

Подібно до Ірландії та Нової Зеландії, політика щодо інвалідності в Австралії включена в контекст її стратегії щодо інвалідності. Тридцять два документи, що стосуються інвалідності, здоров'я жінок і материнства, були знайдені та розглянуті, лише деякі розглянуті.

Законодавчою базою, яка лежить в основі стратегії, є Закон про послуги особам з обмеженими можливостями [232], який базується на принципах гідності та рівності та законодавчо встановлює повагу до прав і можливостей людей з обмеженими можливостями. Закон Співдружності про дискримінацію осіб з обмеженими можливостями (CDDA) був прийнятий у 1992 році, до нього внесено зміни в 1999 році та пройшов комплексний перегляд у 2004 році. Цей Закон є інструментом, що базується на правах, і виконання його положень є обов'язком людини. Комісія з прав і рівних можливостей, очолювана Уповноваженим з питань дискримінації з питань інвалідності. CDDA встановлює, що люди з обмеженими можливостями мають право на такі ж можливості, доступ і участь у всіх аспектах життя суспільства, включаючи доступ до медичних послуг, як і люди без обмежених можливостей.

Крім того, від урядів усіх штатів і територій вимагалось запровадити власне законодавство про послуги для людей з обмеженими можливостями в конкретних регіонах [235]. Наприклад, у Квінсленді Закон Квінсленда про інвалідів замінив Закон про інвалідів у сфері послуг і Закон про осіб з інтелектуальними вадами. Закон керується принципами прав людини та передбачає структуру реформ для надання якісних послуг людям з обмеженими можливостями. Розділ 7 закону стосується надання доступної інформації та вимагає, щоб інформація надавалася людям з обмеженими можливостями у відповідному та доступному форматі та мовою.

Стратегію Співдружності щодо осіб з обмеженими можливостями (CDS) було запроваджено на основі 5 принципів: справедливості, залучення, участі, доступу та підзвітності [233] як основу для надання допомоги організаціям у виконанні своїх зобов'язань, викладених у Законі Співдружності щодо

дискримінації осіб з обмеженими можливостями. По суті, CDS надає організаціям практичні вказівки щодо усунення бар'єрів, гарантуючи, що послуги, засоби та програми, які вони пропонують, доступні для людей з усіма типами інвалідності, а не лише фізичними та сенсорними, і очікується, що всі державні департаменти та державні установи відповідати його вимогам. Стратегія була оцінена в 1999 році (Департамент житлового будівництва, сімей, громадських послуг і справ корінного населення (FaHCSIA), 1999), і, відповідно, переглянуту CDS було представлено в 2000 році [234]. Стратегія пройшла другу оцінку в 2006 році, яка показала, що після переглянутого видання в 2000 році було досягнуто позитивних результатів; однак огляд також виявив, як люди з обмеженими можливостями з сільської місцевості, не англомовне населення та корінне населення все ще стикаються з багатьма недоліками.

У Південній Австралії всі державні департаменти та агенції зобов'язані розробити плани дій щодо інвалідів, щоб виконати свої зобов'язання, встановлені Законом про дискримінацію інвалідів Співдружності (уряд Австралії, 1992 р.). План дій у сфері охорони здоров'я та інвалідності Південної Австралії (2008-2013 рр.) визнає та сприяє підвищенню обізнаності про права, потреби, потенціал і важливий внесок, який люди з обмеженими можливостями можуть зробити для спільноти та суспільства загалом. План підтримує доступ і рівність для всіх людей з обмеженими можливостями, визначає заходи для забезпечення доступності фізичного середовища та забезпечує доступ до інформації та комунікації в альтернативних і відповідних форматах. Жодних згадок про жінок з обмеженими можливостями чи їхніх потребах у зв'язку з вагітністю та раннім материнством немає.

У березні 2005 року було започатковано Політику охорони здоров'я жінок Південної Австралії з кінцевою метою покращення здоров'я всіх жінок Південної Австралії (Департамент охорони здоров'я Австралії, 2005). Ця політика збігалася з урядовою програмою реформування охорони здоров'я, основною метою якої було надання послуг на місцевому рівні, зміцнення

первинної медичної допомоги та покращення медичних послуг для найбільш уразливих верств населення. Політика охорони здоров'я жінок вимагає від постачальників медичних послуг забезпечити жінкам з обмеженими можливостями доступ до повного спектру “культурно відповідних, чутливих і безпечних послуг”.

Очікується, що всі служби охорони здоров'я будуть виявляти та усувати практики, які можна вважати дискримінаційними, а політики, програми та заклади мають бути перероблені, щоб забезпечити доступність послуг для жінок з обмеженими можливостями. Відповідно до положення полісу, постачальники послуг зобов'язані забезпечити надання послуг під час вагітності; народження та раннє материнство для всіх жінок є послідовними, комплексними, добре скоординованими, орієнтованими на жінку, гнучкими та безпечними. У політиці також зазначено, що всі жінки, включно з жінками з інвалідністю, повинні мати доступ до інформації про репродуктивні проблеми та практичну допомогу у вихованні дітей.

У липні 2004 року міністр охорони здоров'я штату Квінсленд створив групу з огляду, а в її завдання входило перевірка та огляд послуг з догляду за вагітністю, пологами та післяпологовий догляд у всьому штаті Квінсленд, а також рекомендація стратегій, заснованих на фактичних даних, які б забезпечили та розширили вибір для жінок. Перевірка показала, що служби не реагують на жінок з особливими потребами, в тому числі з інвалідністю. Огляд рекомендує розробити нову структуру для служб материнства, засновану на принципах розширення можливостей, доступності, інклюзивності та участі, але жодних конкретних стратегій для жінок з обмеженими можливостями запропоновано не було [317].

Потім Міністерство охорони здоров'я розробило План охорони здоров'я Квінсленда для людей з обмеженими можливостями на 2007-2010 рр. [401]. для виконання своїх зобов'язань, викладених у Законі Співдружності про дискримінацію осіб з обмеженими можливостями (Уряд Австралії, 1992 р.) і Законі про надання послуг для людей з обмеженими можливостями. У своєму

Стратегічному плані охорони здоров'я Квінсленда на 2007-2012 рр. Міністерство охорони здоров'я стверджує, що його метою є надання стабільних послуг, безпечно та ефективно, таким чином, щоб відповідати потребам усіх, включаючи людей з обмеженими можливостями. У плані послуг не враховується гендерна ознака, а також не розглядаються послуги з репродуктивного чи сексуального здоров'я. Однак, що стосується загальних медичних послуг, план надання послуг визначає численні заходи, ключаючи дії щодо покращення фізичного доступу до архітектурного середовища для людей з обмеженими можливостями.

За оцінками, приблизно 1 з 5 новозеландців має інвалідність [368]. Надання медичних послуг і послуг з підтримки інвалідів для цих людей передбачено різними положеннями Закону Нової Зеландії про громадське здоров'я та інвалідність.

Частина 2 Закону Нової Зеландії про громадське здоров'я та інвалідність передбачає, що міністр охорони здоров'я повинен розробити стратегію охорони здоров'я, яка стане основою для покращення здоров'я всіх новозеландців. Подібним чином міністр, який відповідає за питання інвалідності, повинен "розробити стратегію для служб підтримки інвалідів, щоб забезпечити основу для загального керівництва урядом сектором інвалідності щодо покращення послуг підтримки інвалідів" [306]. Обидві ці стратегії можуть бути змінені або замінені в будь-який час. Протягом періоду розробки обох стратегій Закон визначає, що відповідний міністр повинен проводити консультації з усіма ключовими зацікавленими сторонами.

Служби охорони здоров'я та інвалідів у Новій Зеландії керуються двома взаємопов'язаними соціальними політиками: Стратегією Нової Зеландії щодо інвалідів (Міністерство охорони здоров'я Нової Зеландії, 2001a) та Стратегією охорони здоров'я Нової Зеландії (Міністерство охорони здоров'я Нової Зеландії, 2000). Стратегія охорони здоров'я Нової Зеландії визначає пріоритетні сфери, які необхідно вирішити, щоб досягти мети справедливого та справедливого медичного обслуговування для всіх. У стратегії визначено 10

цілей і 61 завдання. Жоден із них не стосується конкретно жінок із фізичними чи сенсорними вадами. Ціль 10 стратегії встановлює зобов'язання щодо того, що всі люди в Новій Зеландії матимуть доступні та відповідні медичні послуги, а також конкретні посилання на послуги з догляду за материнством та дитиною. На додаток до доступу до відповідної первинної медичної допомоги, догляду за вагітністю та пологами, послуг громадського здоров'я та послуг догляду за дітьми, стратегія встановлює зобов'язання забезпечити надання послуг, орієнтованих на жінок, щоб інформація про послуги була доступною для всіх користувачів і щоб догляд надавався у “клінічно обґрунтований, культурно компетентний і добре скоординований” спосіб [366].

Стратегія Нової Зеландії щодо інвалідів була представлена в 2001 році та була проголошена як далекоглядний документ, який сприяє інклюзивності та участі людей з інвалідністю в суспільстві без інвалідності. Протягом 6 років після його запровадження Нова Зеландія вжила ряд інших заходів для просування прав людей з обмеженими можливостями. Серед них – підписання Конвенції ООН про права людей з інвалідністю. Закон про сприяння працевлаштуванню людей з обмеженими можливостями та Закон про мову Нової Зеландії були прийняті в дію, а останні заклади для людей з фізичними та інтелектуальними вадами були закриті.

Стратегія інвалідності, заснована на соціальній моделі інвалідності, встановлює 15 цілей для людей з будь-якою інвалідністю. Ціль 14 є єдиною, яка стосується жінок з обмеженими можливостями, і вона зосереджена на покращенні їхніх можливостей доступу до відповідних послуг для людей з обмеженими можливостями (не до послуг пологів), що покращить якість їхнього життя.

Через рік після впровадження Стратегії охорони здоров'я Нової Зеландії було розроблено Стратегію первинної медичної допомоги [367]. Бачення, викладене в стратегії, полягає в тому, що місцеві служби первинної медичної допомоги будуть доступними, скоординованими та відповідатимуть потребам певної групи населення. Буде визначено бар'єри для доступу до послуг

первинної медичної допомоги та запроваджено фасилітатори. Інформація про послуги та про те, як отримати до них доступ, надаватиметься в письмовій, усній та електронній формі та доступна різними мовами та в різних форматах. Якщо люди фізично не можуть отримати доступ до послуг, постачальникам послуг пропонується вивчити можливість надання послуг в альтернативних умовах, зокрема у власних домівках або на роботі. Постачальники послуг повинні проконсультуватися з організаціями з обмеженими можливостями, щоб визначити та запровадити фасилітаторів, які подолають будь-які фізичні, психологічні та комунікаційні бар'єри, з якими стикаються люди з обмеженими можливостями. Стратегія сексуального та репродуктивного здоров'я, визнаючи особливі проблеми, з якими стикаються люди з обмеженими можливостями під час доступу до основних послуг сексуального та репродуктивного здоров'я, зобов'язує первинні та спеціалізовані медичні послуги бути доступними та відповідати різноманітним потребам людей з обмеженими можливостями.

У 2004 році Міністерство у справах жінок започаткувало План дій для жінок Нової Зеландії [369], який встановлює низку заходів для покращення якості життя новозеландських жінок. Одним із заходів було покращення здоров'я та добробуту жінок, зокрема психічного здоров'я, сексуального та репродуктивного здоров'я. У політиці зазначається, що для жінок з інвалідністю відсутність доступу до послуг може суттєво вплинути на їх добробут. План встановлює мету покращити доступ жінок з обмеженими можливостями до послуг, у тому числі психіатричних; однак, як цього досягти, не обговорюється.

Стратегія жіночого здоров'я визначає напрямок покращення здоров'я та добробуту жінок на наступні 10 років [462].

Канада

Згідно зі статистикою Канади, 24 відсотки всіх жінок і дівчат у Канаді мають інвалідність [276]. Забезпечення догляду за вагітністю та пологами в Канаді є відповідальністю окремих провінцій, тому політики та програми

впроваджуються на місцевому рівні з різним ступенем успіху. Немає централізованої політики щодо надання медичної допомоги, а підзвітність не узгоджується між юрисдикціями (Товариство акушерів і гінекологів Канади, 2003).

Канадська хартія прав і свобод 1982 року (Канадське управління з питань інвалідності, 2006) є законодавчою базою, яка надає всім громадянам Канади основні права та свободи. Стосовно прав на рівність, Хартія визнає, що “кожна особа є рівною перед законом і перед законом і має право на рівний захист і однакову вигоду від закону без дискримінації, зокрема, без дискримінації за... статтю, психічними ознаками. або фізичні вади” (Канадське управління з питань інвалідності, 2006: розділ 15(1)). Розділ Н-6 Хартії чітко вказує на дії, які є дискримінаційною практикою, а дискримінація за ознакою інвалідності заборонена. Хартія вказує, що відмова будь-якій особі в доступі до будь-якої послуги чи закладу та диференціація на підставі інвалідності є дискримінаційною практикою. Проте прийняття спеціальної програми, розробленої для забезпечення інклюзивності та запобігання або зменшення несприятливого становища людей з інвалідністю, не може вважатися дискримінаційним.

Канадський Закон про права людини, який був прийнятий у 1985 році (Канадське міністерство юстиції, 1985 рік), забороняє дискримінацію та сприяє залученню та пристосуванню всіх до суспільства. Таке включення прямо не пов'язане з справедливим доступом до послуг з материнства та раннього материнства, а більше зосереджено на працевлаштуванні та доступності.

Політика щодо інвалідів ґрунтується на положеннях Канадської хартії прав і свобод 1982 року (Канадське управління з питань інвалідності, 2006). Jongbloed (2003) припускає, що в Канаді немає стратегічного підходу до розробки політики, скоріше програми та політика розвиваються поступово у відповідь на окремі питання. Крім того, інвалідність невід'ємно пов'язана з політикою держави добробуту, яка також є фрагментарною, і Канада, як

держава, не досліджувала поняття інвалідності чи проблеми, пов'язані з цим поняттям, досить глибоко (Jongbloed, 2003).

“В унісон” був першим політичним документом щодо загальної інвалідності (уряд Канади, 1997 р.) і був проголошений планом, який мав стати трампліном для подальшої політики щодо інвалідності. Цей документ був першою суттєвою політикою, спрямованою на захист і сприяння інтеграції людей з обмеженими можливостями в звичайне життя Канади. Подібно до політики в інших країнах, політика та бачення там ґрунтувалися на принципах рівності, включеності та незалежності. У центрі уваги політики була підтримка інвалідів, доходи та працевлаштування, а не здоров'я. Доступність обговорюється в рамках концепції повного громадянства, вказуючи, що майбутня політика повинна сприяти доступу до програм і послуг для всіх, включаючи людей з усіма обмеженими можливостями.

“Сприяння інклюзії людей з обмеженими можливостями” (Канада з питань людських ресурсів і соціального розвитку, 2006 р.) — це найновіший національний звіт, який описує прогрес уряду в загальних питаннях інвалідності. У звіті зазначено, що 30 федеральних департаментів або агентств реалізували 50 програм та ініціатив. Жоден із федеральних департаментів чи агентств не запровадив конкретну політику чи програму щодо вагітності, пологів чи материнства для жінок з обмеженими можливостями.

Одна програма, Канадська програма допологового харчування (Агентство громадської охорони здоров'я Канади, 2008а), вперше запроваджена в 1994 році, підвищила доступність послуг для вагітних жінок із групи ризику та допомогла громадам розробити або вдосконалити програми для вагітних жінок із групи ризику. Запуск Канадської стратегії здоров'я жінок у 1999 році (Уряд Канади, 1999b) підтвердив зобов'язання канадського уряду гарантувати, що всі програми та політика, розроблені урядовими департаментами, включатимуть гендерний аналіз. У стратегії згадуються жінки з інвалідністю, але лише у зв'язку з їхньою недостатньою представленістю та виключенням із них як зацікавлених сторін у формуванні політики та прийнятті рішень. У стратегії

визнається, що жінки з інвалідністю перебувають у не вигідному становищі та подвійно дискриміновані за ознакою статі та інвалідності, але конкретні потреби цих жінок не визначені. Крім того, питання догляду за материнством, репродуктивних прав і сексуального здоров'я жодним чином не обговорюються ні прямо, ні опосередковано (Уряд Канади, 1999b).

Національні рекомендації щодо “Догляду за материнством і новонародженим, орієнтованого на сім'ю”, вперше опубліковані в 1968 році і наразі опубліковані в четвертому виданні (Агентство громадської охорони здоров'я Канади, 2008b), були розроблені в результаті процесу співпраці за участю 70 професіоналів і споживачів медичних послуг. Спочатку була створена основна група для планування розробки та формулювання настанов; після цього було створено 13 міждисциплінарних робочих груп для розробки змісту та написання настанов. Рекомендації не стосуються клінічної практики; скоріше вони спрямовані на політиків, постачальників медичних послуг, менеджерів, адміністраторів і батьків. Передбачається, що вони допомагатимуть у плануванні, реалізації та оцінці програм і послуг для жінок і новонароджених дітей. Жінки з обмеженими можливостями не згадуються ні в настановах, ні в розділі, в якому йдеться про приміщення та обладнання.

Головна мета стратегії – покращити здоров'я всіх дівчат і жінок у Британській Колумбії. Як і в інших документах цього типу, жінки з інвалідністю конкретно не згадуються; однак успіх у досягненні допомоги, орієнтованої на жінок, концепції, визначеної в стратегії, дозволить подолати деякі бар'єри, з якими жінки з обмеженими можливостями можуть зіткнутися під час доступу та користування послугами охорони здоров'я. На відміну від національної Стратегії охорони здоров'я жінок, ця провінційна стратегія обговорює доступ до догляду за материнством. Він визнає проблеми, з якими стикається провінція у зв'язку з доступом, і обговорює наявні ініціативи для забезпечення доступу до медичної допомоги. Однак стратегія не стосується конкретно жінок з інвалідністю та їхніх потреб у догляді за материнством.

Товариство акушерів і гінекологів Канади (SOGC) взяло на себе зобов'язання просувати та дотримуватися положень, викладених у міжнародній спільній політичній заяві від грудня 2004 року, що стосується професійних та етичних обов'язків під час надання послуг репродуктивного здоров'я всім жінкам. У цій політиці закріплено зобов'язання дотримуватися принципу недискримінації та поважати автономію жінок. Крім того, SOGC прагне усунути та зменшити численні бар'єри, які перешкоджають інклюзивності та участі знедолених груп і груп меншин. Жінки з обмеженими можливостями конкретно не згадуються, хоча вони належать до групи уразливих груп.

Інклюзивна перинатальна допомога - це система медичних та соціальних послуг, яка надається всім майбутнім матерям та дітям незалежно від їхнього стану здоров'я, віку, соціального статусу чи інших факторів. Основна ідея інклюзивної перинатальної допомоги полягає в забезпеченні рівних можливостей та доступу до високоякісної медичної та психосоціальної допомоги для всіх жінок під час вагітності, пологів і післяпологового періоду, а також для всіх немовлят.

Ця концепція передбачає, що система перинатальної допомоги повинна бути адаптована до потреб різних груп населення, включаючи жінок з особливими потребами, мігрантів, підлітків, жінок різних культур і релігій, інших уразливих груп. Мета інклюзивної перинатальної допомоги - забезпечити оптимальні умови для здорового народження та розвитку дитини, а також підтримати здоров'я та добробут матері.

Реальністю України є система охорони здоров'я, яка надає значно більше можливостей для отримання медичної допомоги жінкам, які не мають інвалідності чи особливих фізичних або психологічних потреб. У нашій державі ще не створено диференційовану систему надання спеціалізованих медичних послуг жінкам, зокрема жінками з порушенням зору чи сліпих, порушенням слуху чи глухих, порушенням опорно-рухової системи, обмеженими розумовими можливостями тощо.

Інтегрування жінок з такими особливостями у систему медичних послуг – це процес, який набуває розвитку у світі. Такий підхід до медичних послуг обумовлений багатьма чинниками різного характеру. Однією з них є те, що якість надання медичних послуг та доступність до них у цій групі жінок є нижчою. Тому можна стверджувати, що інтеграція – це закономірний процес розвитку системи охорони здоров'я, який повинен бути пов'язаний з переосмисленням державою та суспільством ставлення до жінок з особливими потребами, з тим, що забезпечуються їх права на отримання рівних з іншими можливостей в різних галузях життя, в тому числі й в медицині.

Незважаючи на системне виключення з соціального життя та дискримінацію жінок і дівчат з інвалідністю в країні, державні органи приділяють цій проблемі мало уваги. Після ратифікації Конвенції не було проведено жодного базового дослідження для оцінки їх положення і, відповідно, Державна цільова програма “Національний план дій з реалізації Конвенції про права осіб з інвалідністю” [88] на період до 2020 року не передбачає план дій для вирішення положення жінок і дівчат з інвалідністю. Як наслідок, їхні інтереси не враховуються в державній політиці, причому таким питанням, як репродуктивне здоров'я, планування сім'ї, користування політичними та громадянськими правами увага практично не приділяється [172].

Такі професійні організації, як Королівський коледж медсестер і Королівський коледж акушерів і гінекологів, розробили та опублікували рекомендації та клінічні стандарти, які впливають на надання допомоги жінкам з обмеженими можливостями. Зокрема, Королівський коледж акушерів і гінекологів у співпраці з Королівським коледжем акушерок, Королівським коледжем анестезіологів і Королівським коледжем педіатрії та дитячого здоров'я розробили узгоджений набір національних стандартів догляду за вагітними впродовж всього перинатального періоду. Існуючі стандарти, засновані на фактичних даних, були переглянуті, а ключові положення були виділені та зіставлені для створення цього стандартного документа, який

містить 48 настанов, лише одна з яких стосується жінок з інвалідністю. Однак це перший документ, який розглядає жінок з обмеженими можливостями в контексті репродуктивної допомоги.

У Стандарті 3 розглядається питання доступу до догляду за вагітністю та пологами та вказується, як місцеві служби пологів несуть відповідальність за забезпечення інклюзивності жінок з обмеженими можливостями навчання та фізичними вадами, і що служби повинні відповідати індивідуальним потребам таких жінок у спілкуванні, підтримці та обладнанні.

Стандарт 7 стверджує, що послуги мають бути інноваційними та гнучкими, щоб задовольняти індивідуальні потреби жінок з інвалідністю, а догляд має надаватися міжвідомчою командою. Для жінок з фізичними, когнітивними або сенсорними порушеннями використовуваний метод спілкування та будь-яка інформація, яка надається під час вагітності, мають бути в доступному та альтернативному форматі, що відповідає потребам особи.

При розробці, плануванні та впровадженні місцевих служб і стратегій у зв'язку з вагітністю та пологами Стандарт 26 визначає, що необхідно враховувати та враховувати наявне технологічне обладнання та мережі, місцеві транспортні послуги та фізичну доступність будівлі, усе це значно впливає на доступність послуг для жінок з обмеженими можливостями.

Документ про стандарти відображає зміст документу з позицією, опублікованого Королівським коледжем акушерок у 2000 році. Документ із позицією підтвердив важливість консультацій з жінками при розробці, плануванні та впровадженні послуг по вагітності та пологах для жінок з обмеженими можливостями. У ньому йдеться про те, що жінки повинні мати доступ до точної, доступної та належної інформації, уроки для батьків повинні бути доступними, гнучкими та інноваційними, а акушерки повинні знати про місцеву підтримку та контакти, щоб правильно направити жінок. Необхідно прийняти філософію догляду, орієнтованого на жінок, і, щоб пом'якшити існуюче упереджене ставлення, рекомендується інформувати про інвалідність і проводити навчання для всього персоналу.

У 2007 році Королівський коледж медсестер також розробив і опублікував рекомендації, щоб допомогти акушеркам і медсестрам задовольнити потреби жінок з інвалідністю під час вагітності, пологів і материнства. Рекомендації визначають відповідальність акушерок згідно з різними законодавчими інструментами та сприяють принципам рівності, інклюзивності та недискримінації. Вони детально описують правильну та прийнятну термінологію, яку слід прийняти та використовувати під час кожної взаємодії між акушеркою та жінкою, а також рекомендують ефективні та відповідні методи спілкування. Знання та обізнаність про стани та інвалідність описується як найважливіше при оцінці та плануванні догляду. Акушеркам рекомендується знати про конкретні та доречні запитання, які потрібно поставити, щоб провести відповідну та відповідну оцінку та надати адекватну, точну інформацію. Вважається, що знання про те, звідки і від кого жінки можуть отримувати інформацію, має вирішальне значення, і акушеркам рекомендується співпрацювати та використовувати ці ресурси для збільшення власної бази знань.

Рекомендується проводити оцінку потреб жінки на ранніх термінах вагітності, щоб у разі потреби можна було направити до лікаря та створити відповідні структури підтримки якомога раніше. Наприклад, допологова допомога може бути запропонована вдома або в місцевій громаді, а будь-які допоміжні засоби чи обладнання, необхідні для пологів, можуть бути організовані заздалегідь. Також зазначено, що навчальні курси для батьків повинні відповідати особливим потребам цієї групи населення та забезпечувати направлення до відповідних груп та мереж підтримки батьківства. Рекомендації містять вказівки щодо того, як ставлення можна вирішити за допомогою навчання та підвищення обізнаності з інвалідністю, що може спонукати акушерок сприймати різноманітність та інклюзивність, заохочуючи жінок залишатися незалежними та стати активними учасниками планування та здійснення догляду за ними. Керівні принципи також містять практичні вказівки щодо того, як акушерки можуть забезпечити доступність фізичного

середовища та задоволення комунікаційних та інформаційних потреб жінок з обмеженими можливостями в ефективний, прийнятний і доступний спосіб.

Підсумовуючи аналіз міжнародного законодавства, можна зробити наступні висновки:

1. 3 країни (Канада, Австралія та Нова Зеландія) мали національну стратегію щодо жінок, але лише 2 із стратегій, Австралія та Нова Зеландія, стосувалися жінок з інвалідністю;
2. Професійні організації Великобританії розробили узгоджений набір національних стандартів догляду за материнством (RCOG, 2008), який є єдиним документом з усіх розглянутих країн, який розглядає жінок з обмеженими можливостями в контексті догляду за вагітністю та пологами;
3. Канадська політика визнає, що жінки з обмеженими можливостями перебувають у не вигідному становищі та подвійно дискриміновані за ознакою статі та інвалідності, але не враховує їхні конкретні потреби;
4. Незважаючи на те, що в США існує всеосяжне законодавство щодо інвалідності та низка стратегічних і політичних документів щодо інвалідності, немає національної стратегії, спрямованої конкретно на потреби жінок з інвалідністю під час вагітності, пологів і раннього материнства;
5. Нідерланди, Норвегія, Данія та Швеція мало або зовсім не опублікували політику стосовно жінок з обмеженими можливостями, які користуються послугами материнства;
6. Ірландію можна порівняти з іншими країнами з точки зору достатнього законодавства, Національної стратегії з питань інвалідності, проведення перевірок послуг для людей з інвалідністю та існування спеціального органу, такого як Національне управління з питань інвалідності;

Підсумовуючи вищесказане, можемо стверджувати: у сучасному світі, де права та потреби людини стають основоположними принципами формування політик в усіх сферах життя, забезпечення якісного догляду за вагітністю та

пологами для жінок з інвалідністю вимагає особливої уваги та інтеграції в систему державного регулювання перинатальної допомоги. Досі у багатьох країнах, зокрема в Україні, спостерігається значна прогалина у наданні комплексного та інклюзивного медичного обслуговування жінкам з інвалідністю під час вагітності та пологів. Відсутність адекватної політики та спеціалізованих послуг може підвищити ризики для здоров'я як матері, так і дитини.

Жінки з інвалідністю часто стикаються з бар'єрами у доступі до якісної медичної допомоги, які можуть включати фізичні перешкоди, недостатню адаптацію медичного обладнання, а також стереотипи та недостатні знання медичного персоналу про специфіку їхніх потреб. Такі обставини можуть призвести до відчуття відчуженості та дискримінації, знижуючи якість та ефективність догляду.

Для вирішення цих проблем важливо, щоб державне регулювання системи перинатальної допомоги включало чіткі положення щодо інклюзивності та адаптованості послуг для жінок з інвалідністю. Це передбачає розробку та імплементацію стандартів доступності медичних закладів, навчання персоналу з питань інвалідності та комунікації, а також впровадження індивідуальних підходів до кожної вагітної жінки.

5.2. Оптимізація міжгалузевої взаємодії для покращення охорони перинатального психічного здоров'я

Охорона психічного здоров'я на глобальному рівні має вирішальне значення для загального благополуччя людства і стала однією з найактуальніших тем сучасного світу. Важливість цієї проблеми не може бути переоцінена. Ось декілька ключових аргументів, що підкреслюють важливість охорони психічного здоров'я на глобальному рівні:

– Психічне здоров'я є невід'ємною частиною загального стану здоров'я людини. Відсутність психічних розладів та стресу позитивно позначається на якості життя кожної людини.

– Погіршення психічного здоров'я може призвести до фізичних захворювань, збільшити ризик самогубств та інших негативних наслідків. Шляхи розповсюдження інфекційних захворювань, як COVID-19, теж взаємопов'язані з психічним здоров'ям.

– Психічні розлади можуть призвести до ізоляції, безробіття, розпаду сімей і злочинності. Збереження психічного здоров'я сприяє створенню стабільних суспільств.

– Глобальні виклики, такі як пандемії та конфлікти, можуть погіршити психічне здоров'я населення. Світова спільнота повинна бути готовою відреагувати на ці виклики та забезпечити психологічну допомогу потребуючим.

– Втрати, пов'язані з психічними розладами, становлять значну економічну тяжкість для країн та глобальної економіки. Охорона психічного здоров'я є вкрай важливою для економічного розвитку.

– Питання психічного здоров'я належать до сфери спільної відповідальності. Світова спільнота, правительства, громадські організації та громадяни мають працювати разом для підтримки психічного здоров'я на всіх рівнях.

Усвідомлення важливості психічного здоров'я зростає протягом останніх років як на місцевому, національному, так і на глобальному рівні. Про це свідчить виокремлення пунктів стосовно психічного здоров'я та добробуту в Глобальних Цілях Сталого Розвитку ООН 2030, які визнають важливість психічного здоров'я та добробуту як фактора досягнення загальних цілей сталого розвитку, а також наголошують на необхідності зменшення соціальних нерівностей та підтримки рівних прав для всіх, що також важливо для психічного здоров'я.

Присутність теми психічного здоров'я у Глобальних Цілях Сталого Розвитку ООН (Ціль 3.4, 3.5, 3.8) свідчить про визнання важливості забезпечення психічного благополуччя як складової загального здоров'я та як фактора сталого розвитку. Також факт, що витрати на психічні порушення та їх наслідки значно зростають, є ознакою необхідності системного підходу до розв'язання цих проблем та вкладу у психічне здоров'я як суспільного ресурсу. Проблеми психічного здоров'я вже не обмежуються конкретними країнами, вони стають глобальними проблемами, які потребують спільних рішень та ресурсів.

Психічна допомога є важливою складовою загального охоплення медичним обслуговуванням населення. Заклик до дій щодо розширення послуг з психічних розладів дуже актуальний. Понад 15 років після того, як у 2007 році The Lancet оприлюднив залик до дій щодо розширення послуг з лікування психічних розладів, але доступ до них для більшості людей у світі залишається дуже поганим і фрагментованим [387]. Незважаючи на те, що ефективні методи втручання існують і доступні методи їх надання показали ефективність, у більшості країн не відбулося розширення масштабів якісних послуг з охорони психічного здоров'я. Таким чином, Комісія знову наголошує на заклику до дій для розширення масштабів охорони психічного здоров'я з ще більшою наполегливістю. Охорону психічного здоров'я необхідно розглядати як важливий компонент та включити до загального охоплення медичним обслуговуванням, і забезпечити доступ до якісної медичної допомоги та захист від фінансових ризиків. Необхідно забезпечити повну інтеграцію психічного здоров'я в первинну медико-санітарну допомогу, і це гарантуватиме, що концепція неподільності фізичного та психічного здоров'я втілюється в життя.

Посилення соціальної нерівності, незапланована урбанізація, зміна сімейних структур, економічна невизначеність і невизначеність у сфері зайнятості в поєднанні з великомасштабною міграцією, що обумовлені війною, створюють свої власні виклики глобальному психічному здоров'ю. Політичні дії мають не тільки протидіяти цим рушійним силам поганого психічного

здоров'я, але також мають одночасно інвестувати в спроможність системи психічного здоров'я справлятися зі збільшенням кількості людей, які потребуватимуть догляду.

Підходи до охорони психічного здоров'я необхідно переосмислити в рамках сталого розвитку, оскільки досі це розглядається як проблема, яка стосується виключно людей з психічними розладами. Незважаючи на те, що ця увага продовжує бути важливою, психічне здоров'я слід розглядати як універсальну людську властивість і неподільну складову загального здоров'я, важливу для всіх людей у всіх країнах і в будь-якому віці.

У своїй найпростішій концепції глобальні суспільні блага – це ті, які мають бути доступними для всіх людей у всьому світі, для нинішнього та майбутніх поколінь. Тому належний рівень психічного здоров'я по суті і є глобальним суспільним благом і жодна людина не повинна бути позбавлена цієї можливості. Психічне здоров'я вносить важливий внесок у концепцію людського капіталу, який вважається ключовим фактором багатства націй [98].

Коли світові лідери прийняли ЦСР, вони взяли на себе зобов'язання діяти в набагато більшому масштабі, ніж будь-коли раніше в історії людства. Зміцнення психічного здоров'я, запобігання психічним розладам і включення охорони психічного здоров'я до загального охоплення медичним обслуговуванням є частиною цього порядку денного. Хоча "здоров'я без психічного благополуччя" є суттєвою метою, на сцені з'явилася епоха "немає сталого розвитку без психічного здоров'я". Психічне здоров'я занадто довго існувало на задньому плані. Знання, накопичені за останні роки, і нові міжнародні та національні зобов'язання, прийняті на найвищому рівні за той самий період, можуть змінити цю ситуацію. На основі цих знань і можливостей Комісія пропонує переглянути психічне здоров'я. Необхідні термінові дії для захисту психічного здоров'я та запобігання психічним розладам, а також розширення послуг для виявлення, лікування та підтримки одужання людей з психічними розладами. Ця дія ставить психічне здоров'я в самий центр сталого розвитку в усіх країнах і спільнотах і для всіх людей. Для реалізації цього

бачення необхідні значні та термінові інвестиції на міжнародному, національному та громадському рівнях не лише в секторі охорони здоров'я, але й в інших секторах розвитку. Найважливіше те, що необхідні узгоджені та скоординовані зусилля за участю всіх зацікавлених сторін, які зацікавлені в реалізації прагнень щодо психічного здоров'я, визначених у ЦСР. Тому ми закликаємо до партнерства для зміни психічного здоров'я в глобальному масштабі із залученням ключових секторів, пов'язаних із психічним здоров'ям, як на глобальному, так і на національному та субнаціональному рівнях, а також із повним залученням людей, які мають досвід психічних розладів. Тому термінові дії для повного виконання наших рекомендацій сприятимуть досягненню цілей у сфері охорони здоров'я та багатьох інших цілей ЦСР.

Успішна розбудова системи охорони психічного здоров'я вимагає залучення всіх суспільних суб'єктів, включаючи законодавців, центральні та місцеві органи влади, громади, організації, що працюють у громадах, фахівців, а особливо користувачів послуг та їхніх сімей. Без активної підтримки та ініціативи цих учасників жодні зміни в системі охорони психічного здоров'я не будуть можливі. Тобто це колективний зусилля різних груп і людей, спрямованих на поліпшення психічного здоров'я та добробуту в суспільстві.

В грудні 2017 року відбулася значуща подія для України - була схвалена Концепція розвитку охорони психічного здоров'я на наступні 13 років, до 2030 року. Це має історичне значення для нашої країни і визначає стратегічний напрямок в галузі психічного здоров'я на майбутнє. Метою Концепції є створення цілісної, ефективної системи охорони психічного здоров'я, яка функціонує в єдиному міжвідомчому просторі, забезпечує покращення якості життя та дотримання прав і свобод людини.

Ця ініціатива спрямована на наближення послуг з психічного здоров'я до громади, зокрема, на розвиток таких форм та методів допомоги, які доступні та максимально близькі до місця проживання та роботи людей. Так, на основі Концепції та інших нормативно-правових актів можливе створення офіційних

міжвідомчих координаційних органів та механізмів для здійснення та контролю над реалізацією стратегічних заходів в галузі психічного здоров'я.

Російська агресія в Україні призвела до виникнення численних нових викликів для всіх жителів України. Ці виклики не лише перешкоджають досягненню повноцінного життя, а й створюють завади для задоволення потреб, які ще донедавна вважалися само собою зрозумілими. Війна забирає життя і шкодить здоров'ю, змушуючи людей залишати свої домівки і розділятися з близькими. Практично усе населення України живе в постійному стресі, переживаючи тривогу за власне життя і життя своїх рідних, не відчуваючи себе в безпеці, що загалом негативно впливає на їх психічне здоров'я. Окрім постійної загрози фізичних травм під час війни, багато українців також переживають психологічні травми.

Перша леді України - Олена Зеленська ініціювала створення “Національної програми психічного здоров'я та психосоціальної підтримки”, щоб забезпечити українцям, які постраждали від дій агресора, доступ до ефективної психологічної допомоги. Ця програма є природним розширенням ініціативи “Без бар'єрів” і спрямована на подолання всіх перешкод, які виникають внаслідок наслідків війни для психічного здоров'я українців.

Для здійснення розробки та впровадження програми на державному рівні, уряд України створив Міжвідомчу координаційну раду, спрямовану на поліпшення співпраці між різними міністерствами, які займаються соціальними питаннями, ветеранами та силовими відомствами, і кожне з них має власні ресурси для надання психологічної допомоги. Ця міжсекторальна взаємодія допоможе підсилити зусилля кожного відомства.

Для ефективної розробки та впровадження програми національного психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, Міністерство охорони здоров'я України під керівництвом Міністра Віктора Ляшка запустило Проектний офіс. У цьому офісі працюють фахівці з МОЗ та Інституту психіатрії, судово-психіатричної експертизи та моніторингу наркотиків

Міністерства охорони здоров'я України, а також представники громадської організації "Безбар'єрність" [168].

Створено також Міжвідомчу координаційну раду з питань охорони психічного здоров'я та надання психологічної допомоги особам, які постраждали внаслідок збройної агресії Російської Федерації проти України, що є тимчасовим консультативно-дорадчим органом Кабінету Міністрів України [92].

Основні завдання Міжвідомчої координаційної ради включають:

- сприяння координації дій центральних органів виконавчої влади з питань надання психологічної допомоги постраждалим внаслідок збройної агресії Російської Федерації проти України;
- визначення шляхів, механізмів і методів вирішення проблем надання психологічної допомоги цільовим особам;
- підвищення ефективності діяльності центральних органів виконавчої влади у справах надання психологічної допомоги;
- розробка пропозицій з удосконалення нормативно-правової бази для поліпшення надання психологічної допомоги постраждалим та забезпечення державної підтримки таких осіб.

Також створено Координаційний центр з психічного здоров'я як тимчасовий консультативний орган Кабінету Міністрів України. Його утворення спрямоване на узгодження дій між центральними та місцевими органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, підприємствами, установами та організаціями стосовно підготовки та впровадження Всеукраїнської програми психічного здоров'я в Україні. Координаційний центр визначає системний підхід до організації та координації заходів, проводить планування відповідних акцій, а також здійснює моніторинг та аналіз стану реалізації цих ініціатив.. Детальну структуру системи охорони психічного здоров'я на сучасному етапі подано на рис. 5.1.

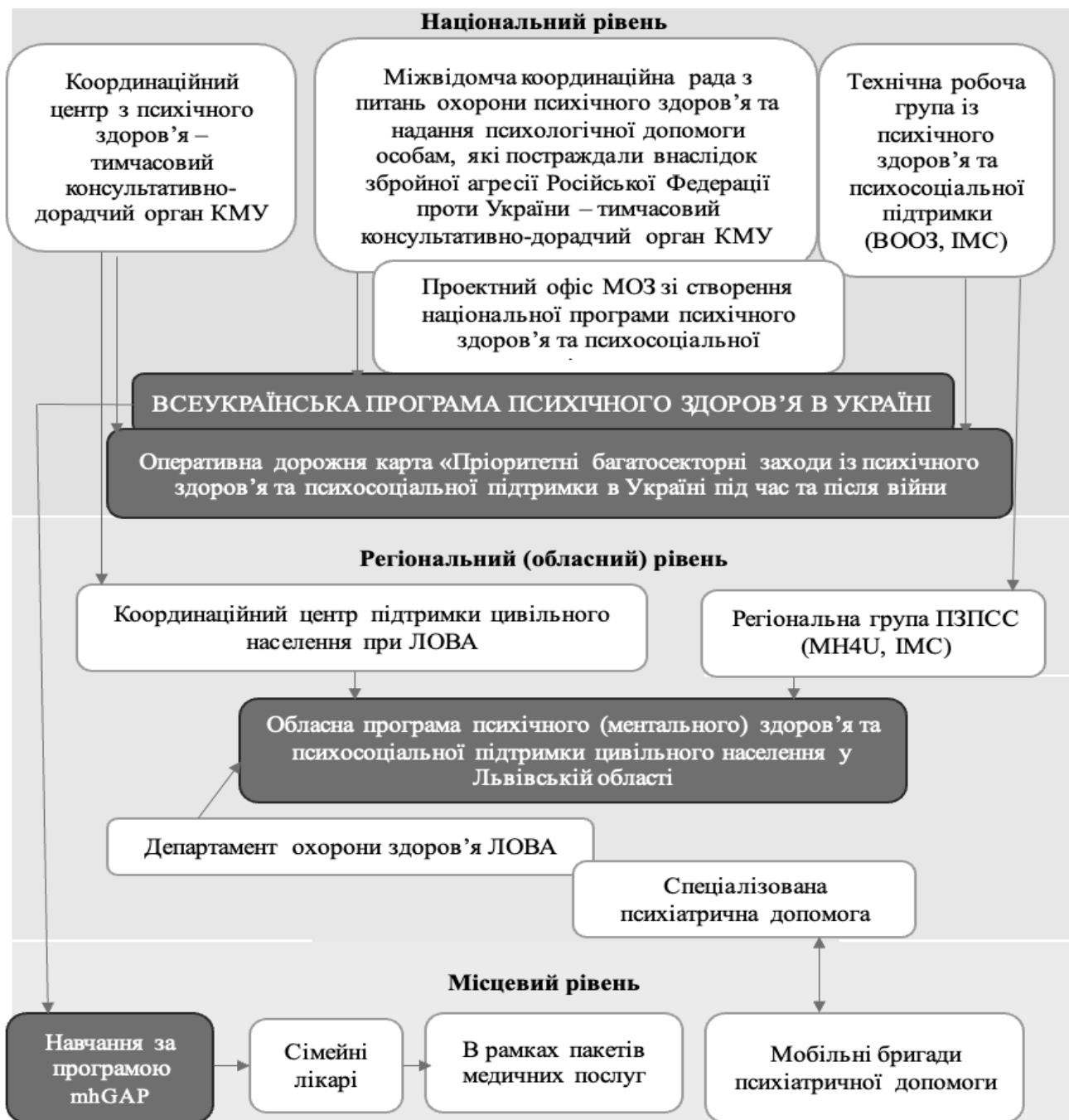


Рис. 5.1. Система охорони психічного здоров'я України станом на 2023 рік (сформовано авторкою)

Громада є основним аспектом психічного здоров'я, як закріплено у відповідному визначенні Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), яка наводить таке визначення психічного здоров'я: Стан благополуччя, за якого кожна людина реалізує свій потенціал, справляється зі звичайними життєвими стресами, може продуктивно та плідно працювати і робити внесок у життя своєї громади.

Відбуваються значні зміни і на регіональному рівні. Так, до прикладу, у Львівській області було створено Робочу групу з підготовки Обласної програми психічного (ментального) здоров'я та психосоціальної підтримки цивільного населення у Львівській області [113], а згодом і затверджено напрацьовану програму [114].

Все це вказує на те, що в Україні відбувається зміна підходів державної політики України у сфері охорони психічного здоров'я. Це по суті комплексний процес перетворення підходів та заходів, спрямованих на поліпшення стану та надання якісної допомоги у галузі психічного здоров'я нації і така трансформація важлива з кількох причин:

- Зміна підходу від ізольованої охорони до комплексного психічного здоров'я: перехід від традиційної моделі лікування психічних захворювань до комплексного підходу, що включає профілактику, психологічну підтримку та інклюзивну політику.
- Забезпечення доступності та універсальності послуг: головною метою трансформації є забезпечення доступності якісних послуг у сфері психічного здоров'я для всіх верств населення, у тому числі для вразливих груп.
- Зміцнення психічного здоров'я в усіх сферах життя: розширення обсягу впливу державної політики на різні сфери життя, включаючи освіту, робочий середовище, сімейні стосунки та громадське здоров'я.
- Подолання стигми і дискримінації: зусилля щодо зменшення соціальної стигми, пов'язаної з психічним здоров'ям, і забезпечення рівних прав та можливостей для людей із психічними захворюваннями.
- Інтеграція з міжнародними стандартами: врахування і адаптація найкращих міжнародних практик та стандартів в галузі охорони психічного здоров'я.
- Зростання фінансування та ресурсів: Забезпечення адекватного фінансування для системи охорони психічного здоров'я, включаючи

розвиток і покращення інфраструктури та підвищення кваліфікації медичних працівників.

Така трансформація створює можливість покращити загальний стан психічного здоров'я нації, зменшити інциденти психічних захворювань та підвищити якість життя громадян.

Проте для забезпечення доступу до якісної медичної допомоги, психологічної підтримки та соціальних послуг для жінок у важких умовах стає важливим завданням для збереження перинатального психічного здоров'я і зменшення негативного впливу бідності, війни та економічного розвитку на материнство і здоров'я новонароджених (рис.5.2.)

Проаналізувавши законодавство у сфері охорони психічного здоров'я, можемо констатувати його неповну відповідність як потребам користувачів, так і міжнародним стандартам. Більшість норм, що дублюють міжнародні стандарти прав людини у сфері психічного здоров'я, мають лише декларативний характер та є недієвими з огляду на відсутність процедурних норм [2]. Українське законодавство також не містить визначення поняття “психічне здоров'я”, тим більше не концептуалізує терміну “перинатальне психічне здоров'я”. Терміни перинатальний і материнський часто використовуються як синоніми. “Пері” в перекладі з латини означає “навколо”, а “натал” означає “народження”. Отже, перинатальне психічне здоров'я стосується психічного здоров'я під час вагітності та в перші післяпологові роки. Відштовхуючись від визначення “психічного здоров'я” пропонуваного ВООЗ [434], пропонуємо термін “перинатальне психічне здоров'я” трактувати як “стан благополуччя, за якого жінка усвідомлює свої власні здібності, може



Рис. 5. 2. Чинники, що впливають на перинатальне психічне здоров'я (сформовано авторкою)

справлятися зі звичайними життєвими стресами, може продуктивно та плідно працювати та здатна належним чином доглядати за дитиною/дітьми”.

Зараз у законодавстві вже визначені такі терміни, як “психологічна допомога” [114], “психологічний вплив”, “психотерапевтичний вплив” , “психологічна реабілітація” [74]. У разі регламентації терміну “сфера психічного здоров'я” та запровадження принципу міжсекторної співпраці, ці терміни потребуватимуть доопрацювання та належної систематизації..

Прийняття стратегій для охорони перинатального психічного здоров'я має величезне значення з кількох причин:

- Забезпечення психічного здоров'я матері під час перинатального періоду користується найважливішим значенням для самої матері та її майбутньої дитини. Емоційний стан матері може впливати на вагітність, пологи та післяпологовий період.
- Психічне здоров'я матері має безпосередній вплив на розвиток та психічне здоров'я дитини. Стратегії, спрямовані на захист матері від стресів та психічного навантаження, сприяють позитивному емоційному середовищу для розвитку дитини.
- Здорові матері вносять величезний вклад у суспільство, беручи участь у професійних та громадських справах. Отже, підтримка їхнього психічного здоров'я стає фактором загального добробуту.
- Інвестиції в охорону перинатального психічного здоров'я можуть принести економічний вигащ через зменшення витрат на лікування психічних розладів та соціальну підтримку в подальшому.

Отже, прийняття стратегій для охорони перинатального психічного здоров'я є важливим кроком для покращення життя матерів, дітей та суспільства в цілому.

Нами проаналізовано низку документів, якими регулюється охорона психічного здоров'я. Метою такого аналізу став пошук нормативних директив, що безпосередньо стосуються охорони жінок в перинатальному періоді (таб 7).

Аналіз основних Законів, нормативно-правових та інших документів з охорони психічного здоров'я населення України

Суть документу	Тип документу	Відомості про охорону психічного здоров'я в перинатальному періоді
Про психіатричну допомогу	Закон України [18]	Не згадано
Про Міжвідомчу координаційну раду з питань охорони психічного здоров'я	Постанова КМУ	Не згадано
Про пріоритетні багатосекторні заходи із психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в Україні під час та після війни”	Оперативна дорожня карта [177]	Не згадано
	Пакет було перекладено; заплановано впровадження	Здорове мислення. Посібник з психосоціальної роботи з перинатальною депресією
мультидисциплінарних мобільних команд з психічного здоров'я	Наказ МОЗ [155]	Не згадано
Всеукраїнська програма ментального здоров'я (стартувала у березні 2023 року)		Не згадано
Про утворення Координаційного центру з психічного здоров'я [93]	кму	Не згадано
Про координаційні центри підтримки цивільного населення [94]	кму	Не згадано
Програма з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в Україні	МОМ [179]	Не згадано
Ситуаційний аналіз заходів з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки	ІМС [358]	Не згадано
Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року	Розпорядження КМУ [86]	Посилення диференційованості надання допомоги у сфері охорони психічного здоров'я та підвищення чутливості до потреб специфічних суспільних груп буде

		здійснено за рахунок розвитку окремих напрямів плану заходів: охорони психічного здоров'я матері і дитини у перинатальному та постнатальному період
Психічне здоров'я на перехідному етапі: результати оцінювання та рекомендації для інтеграції охорони психічного здоров'я в систему первинної медичної допомоги та громадські платформи в Україні	Міжнародний медичний корпус за підтримки групи Світового Банку [181]	Не згадано

Проведений аналіз дає змогу встановити: єдиним документом, що стосується охорони психічного перинатального здоров'я є Посібник з психосоціальної роботи з перинатальною депресією “Здорове мислення” [68], який призначено для включення в програми охорони здоров'я матері і дитини в установах, які здійснюють первинну медико-санітарну допомогу. Він орієнтований на працівників сфери охорони здоров'я в громаді (СОЗГ), не вимагаючи попередніх знань або досвіду в галузі охорони психічного здоров'я. Посібник включає інструкції для працівників СОЗГ щодо інтеграції рекомендацій mhGAP у їхню щоденну роботу для подолання перинатальної депресії. Однак цей документ є на рівні рекомендацій.

Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) — це глобальна програма ВООЗ, що запущена у 2008 р. для покращання доступу до послуг з охорони психічного здоров'я через залучення неспеціалізованих кадрів. Упродовж проходження програми їх навчають надавати допомогу особам із поширеними психічними розладами (депресією, тривогою, посттравматичним стресовим розладом, суїцидальною поведінкою, вживанням психоактивних речовин тощо); ефективно комунікувати з пацієнтом та його близькими; оцінювати пріоритетні розлади; вести такі розлади, якщо вони легкого або помірною ступеня тяжкості, і людина не хоче йти до вузького спеціаліста (психіатра, психотерапевта, психолога); направляти до спеціалістів та відповідних служб (наприклад

соціальних служб, реабілітаційних центрів тощо). Водночас спеціаліст не стає психіатром — якщо він бачить, що ситуація знаходиться поза межами компетенції первинної ланки допомоги, він направляє пацієнта до вузьких спеціалістів.

В Україні mhGAP впроваджують міжнародні та національні партнери: ВООЗ, Дитячий фонд ООН (UNICEF), Міжнародний медичний корпус, “Лікари світу”, проєкти “MH4U” та “HOPE”, Академія сімейної медицини України, НУО “Проліска”, проєкт Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) “Розбудова стійкої системи громадського здоров’я в Україні”, НУО “Save the Children”, Українська фундація громадського здоров’я. МОЗ підписано меморандум про співпрацю з ВООЗ і партнерами щодо поширення курсу mhGAP. Курс “Ведення поширених психічних розладів на первинному рівні медичної допомоги із використанням керівництва mhGAP” [162].

У листопаді 2022 року МОЗ та НСЗУ запровадили новий пакет "Супровід і лікування дорослих та дітей з психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги" в межах Програми медичних гарантій.

Таким чином, в умовах війни виникають серйозні підґрунтя для трансформації державної політики України у сфері охорони перинатального психічного здоров'я, що визначає важливі зміни і вдосконалення підходів та програм, спрямованих на підтримку психічного здоров'я жінок під час вагітності, пологів та післяпологового періоду. Основні аспекти цієї трансформації включають:

- Підвищення освіти: Забезпечення доступу батьків до інформації та освіти щодо психічного здоров'я в перинатальному періоді, важливості розмови про це та виявлення потреб в допомозі.
- Розвиток психологічної підтримки: Створення мережі кваліфікованих фахівців (психологів, психіатрів тощо), які можуть надавати консультації та психологічну підтримку жінкам, що переживають стресові ситуації під час вагітності та пологів.

- Інтеграція психічного здоров'я в медичну допомогу: Включення аспектів психічного здоров'я в стандартну медичну допомогу для вагітних жінок та жінок у післяпологовому періоді.
- Підтримка на рівні закладів охорони здоров'я: Забезпечення, щоб клініки, пологові будинки та лікарні були оснащені засобами та персоналом для надання психологічної допомоги.
- Система реагування на кризові ситуації: Розробка механізмів та програм для реагування на кризові ситуації, такі як після пологів депресія, травми під час пологів тощо.
- Зменшення стигми: Зусилля щодо зменшення соціальної стигми, пов'язаної з психічним здоров'ям в перинатальному періоді, і збільшення відкритості щодо обговорення цих питань.

Ці зміни спрямовані на покращення психічного здоров'я жінок під час вагітності та народження дитини, зменшення стресу та підвищення якості життя майбутніх матерів і новонароджених дітей.

Психічні захворювання можуть мати довгострокові наслідки від одного покоління до іншого: дослідження показують зв'язок між психічними захворюваннями батьків і поганими емоційними, фізичними результатами та результатами розвитку немовлят і дітей [352]. До прикладу, психічні захворювання у вагітних пов'язані з поганим ростом плоду і передчасними пологами. У результаті немовлята можуть бути більш уразливими до інфекцій і захворювань, частіше потрапляючи до лікарні. Ці наслідки для здоров'я пов'язані з дитячою смертністю та порушенням розвитку дітей до п'яти років, особливо в умовах бідності, насильства та поганої освіти.

Численні національні організації США схвалили скринінг психічного здоров'я в перинатальний період з метою покращення результатів вагітності, для покращення довгострокового здоров'я матері та дитини. У лютому 2016 року Рада з питань безпеки пацієнтів у сфері охорони здоров'я жінок випустила комплект

безпеки для психічного здоров'я матері, у якому підсумовано стратегії скринінгу та запропоновані відповіді на виявлення розладів [272]. Це зумовлено багатьма чинниками, зокрема виявлено, що під час перинатального та першого року післяпологового періоду самогубства та самоушкодження є найбільшими причинами материнської смертності в штаті Колорадо [359].

Було виявлено, що пацієнти перинатальної служби мають майже в чотири рази більшу ймовірність подальшого лікування поведінкових захворювань, коли послуги пропонуються в тій самій клініці, порівняно з тими, кого направляють в інше місце [344]. У рандомізованому дослідженні “спільного лікування депресії”, проведеному в клініках акушерства та гінекології, найбільший вплив було виявлено для жінок, які були соціально незахищеними [332].

Стандартний перинатальний догляд передбачає планові візити, частота яких збільшується з настанням вагітності; госпіталізація для пологів і короткочасне перебування в стаціонарі після пологів; і один-два візити після пологів, заплановані на перші шість-вісім тижнів після народження. Численні ресурси присвячені перинатальній допомозі, яка стосується фізичного здоров'я матері та плода, таким чином надаючи численні можливості залучити жінок до догляду за їхніми потребами психічного здоров'я.

Досвід США

Через відсутність національної системи охорони здоров'я в Сполучених Штатах, а також змінного страхового покриття Сполучені Штати відстають у обстеженні та догляді за вразливими жінками під час вагітності. У всьому світі, включаючи країни Європи, Австралії та Ізраїлю, як передпологове, так і післяпологове лікування включено в стандарти догляду [224], [364]. У багатьох випадках жінки мають право на безкоштовний догляд. Багато з цих стандартів пов'язані з існуванням національних організацій охорони здоров'я та страховим покриттям єдиного платника, чого зараз немає в Сполучених Штатах. Протоколи скринінгу та лікування відрізняються залежно від країни, але можуть включати

перинатальні консультації, до та після пологів для покращення фізичного здоров'я, підтримку вдома, що надається державою, та підключення до національних програм охорони здоров'я [281], [340].

Існують перешкоди для спеціального лікування психічного здоров'я, особливо серед уразливих груп населення, таких як ті, які обслуговуються в Федерально кваліфікованому центрі охорони здоров'я (Federally Qualified Health Center FQHC). Дослідження свідчать про високі показники виснаження пацієнтів, коли пацієнтів направляють до психіатричних закладів за межами системи, якій вони довіряють [248]. Психосоціальні перешкоди перешкоджають доступу до медичної допомоги, такі як бідність, низька освіта, історія травм, поганий транспорт і професійні проблеми. Крім того, серед пацієнтів існує стигматизація щодо потреби в психіатричній допомозі під час вагітності та післяпологового періоду [356]. У поєднанні ці фактори призводять до того, що велика частка пацієнтів не звертається до сторонніх психіатричних лікарень. Інтеграція психологічного здоров'я в перинатальні клініки є необхідним і терміновим програмним вдосконаленням для вирішення проблеми PMADs (perinatal mood and anxiety disorders), основної причини материнської захворюваності та смертності. PMAD вражають 15–20% загальної популяції [259], і майже подвоюють цю частку в уразливих популяціях пацієнтів, що робить їх найпопулярнішими та найчастішим перинатальним ускладненням [319]. Перинатальна популяція в FQHCs є ідеальними кандидатами для інтегрованої моделі поведінкової та фізичної допомоги через існуючі обмеження щодо спеціалізованих клінік психічного здоров'я для населення, яке недостатньо обслуговується та має недостатнє страхування [267].

Складна система охорони здоров'я, яка включає федеральні, державні та окружні ініціативи щодо надання допомоги, може ускладнити пошук і участь у лікуванні поведінкового здоров'я. Для нашого і без того вразливого населення з обмеженими ресурсами орієнтуватися в цій системі майже неможливо. Хоча деякі

штати змогли запровадити загальнодержавні протоколи (Нью-Йорк, Массачусетс), вони в меншості. Жінки, які живуть у бідності, рідше звертаються за допомогою до лікування депресії, як і матері, які потребують іншого часу. Завдяки інтеграції поведінкової медичної допомоги в перинатальну клініку, прийому пацієнтів в той самий день в тому самому приміщенні, догляд стає більш зручним, менш роз'єднаним, у середовищі, де взаємодія з поведінковим здоров'ям нормалізована, безпечна та визнана стандартом медичної допомоги [356]. Базуючись на цій інформації та критичній потребі в психіатричній допомозі для нашої популяції пацієнтів, мета цієї перинатальної програми психічного здоров'я полягає у створенні інтегрованої, сталої інфраструктури для універсального скринінгу, оцінки та лікування PMADs відповідно до національних рекомендацій.

Програма Integrated Behavioral Health (IBH) розпочалася майже 15 років тому як частина програми стажування психологів. Наразі програма є самоокупним відділом із 13 психологів та 16 ліцензованих клінічних соціальних працівників, чотирьох сертифікованих консультантів із залежностей та двох психіатрів, які надають послуги семи клінікам первинної медичної допомоги, трьом акушерсько-гінекологічним клінікам для жінок та кілька медичних і хірургічних спеціальних клінік по всій системі. Відділ амбулаторної допомоги IBH, який спочатку фінансувався за рахунок грантів, зміг продемонструвати фінансову стійкість установи завдяки змінам у виставленні рахунків і вдосконаленню законів про Medicaid, які дозволяють виставляти рахунки за медичну та психіатричну допомогу в один день.

Інтегрована перинатальна програма психічного здоров'я Denver Health була розроблена для всіх жінок, які отримують допологовий догляд у системі лікарень. Ця мультидисциплінарна команда включає акушерів-гінекологів, сертифікованих медсестер-акушерок, сімейних лікарів, педіатрів, неонатологів, практикуючих медсестер жіночого здоров'я, асистентів лікарів, психіатрів, психологів, ліцензованих клінічних соціальних працівників, медсестер, фельдшерів та

реєстратори. Інші громадські організації, які брали участь у розробці процесу скринінгу для лікування, включали: Департамент громадської охорони здоров'я Денвера та Департамент громадської охорони здоров'я та навколишнього середовища Колорадо, а також департамент LEAN² системи охорони здоров'я.

Перинатальні клініки обслуговують різноманітне населення, яке переважно є меншинами, більшість жінок, які вважають себе латиноамериканцями, живуть за національною межею бідності, мають низький рівень медичної грамотності та які або не мають страхування, або застраховані Medicaid. Обґрунтування, на основі якого була побудована програма, є наступним: (1) допологовий догляд передбачає в середньому вісім зустрічей під час вагітності плюс одну-дві зустрічі в перші шість-вісім тижнів після пологів. Тому жінки взаємодіють із системою охорони здоров'я через регулярні заплановані проміжки часу; (2) існують численні можливості для лікування психічного здоров'я під час цих численних запланованих прийомів протягом перинатального періоду, особливо в уразливих групах населення; (3) Скринінг, оцінка, лікування та подальше спостереження за PMADs можуть призвести до покращення загального здоров'я матері та дитини шляхом покращення результатів вагітності (зменшення передчасних пологів та низької ваги при народженні), психічного здоров'я жінки протягом усього життя.

Універсальний скринінг усіх вагітних жінок і жінок у післяпологовому періоді зараз рекомендовано багатьма товариствами, зокрема: Американським коледжем акушерів і гінекологів, Радою з питань безпеки пацієнтів у сфері охорони здоров'я жінок, Робочою групою з профілактичних послуг США, Агентством з Research Health & Quality, Американська академія педіатрії, Американська психіатрична асоціація та Адміністрація ресурсів і послуг охорони здоров'я. Скринінг усіх пацієнтів на депресію, станом на 2017 рік, є вимогою щодо якості вимірювання HEDUS (Національний комітет із забезпечення якості

² Економія в охороні здоров'я (Lean healthcare) — це створення цінності та зменшення тягаря, з яким щодня стикаються пацієнти та персонал. Тож замість того, щоб зосереджуватися на економії грошей, ошадливі організації зосереджуються на підтримці високого рівня якості, безпеки, задоволеності та моралі..

[362]; (5) жінки, особливо з низьких доходів і кольорових спільнот, частіше отримують психіатричну допомогу в закладах первинної медичної допомоги або в громадських закладах охорони здоров'я, що забезпечує їм сприятливий час для залучення їх до лікування, яке в іншому випадку могло б бути культурно стигматизованим.

Досвід Британії

Ключові статистичні дані про перинатальний психічний стан у Великобританії свідчать, що приблизно 1 з 5 жінок відчуватиме проблеми з психічним здоров'ям під час або після вагітності. 70% приховують або применшують серйозність своєї хвороби. Самогубство є основною причиною прямої материнської смерті протягом року після народження дитини. Людські та економічні втрати від відсутності ефективного лікування перинатальних проблем психічного здоров'я значні [353].

Неліковані перинатальні проблеми психічного здоров'я мають широкий спектр впливу на психічне та фізичне здоров'я жінок, їхніх дітей, партнерів і близьких, що означає, що недостатня підтримка є основною проблемою громадського здоров'я.

Витрати на недіагностовані або неліковані перинатальні проблеми психічного здоров'я включають:

1. Страждання, яких можна уникнути (інтенсивні, виснажливі, ізолюючі та часто лякаючі страждання для жінок).
2. Розпад сімей (довгостроковий вплив на самооцінку жінки та стосунки з партнерами та членами сім'ї).
3. Вплив на дітей (негативний вплив на взаємодію між матір'ю та її дитиною, впливаючи на емоційний, соціальний і когнітивний розвиток дитини).
4. Смерть або серйозні травми (можуть становити загрозу для життя). У Великобританії суїцид є однією з головних причин материнської смертності в перший післяпологовий рік.

5. Економічні витрати

Дослідження показують [242], що економічна вартість для суспільства нелікованих перинатальних проблем психічного здоров'я значно перевищує вартість надання відповідних послуг: якби перинатальні проблеми психічного здоров'я були виявлені та вилікувані швидко та ефективно, ці серйозні витрати, які часто змінюють життя, можна було б мінімізувати.

Перинатальні психічні захворювання є серйозною проблемою громадського здоров'я, до якої слід ставитися серйозно. Якщо ці хвороби не лікувати, вони можуть мати руйнівний вплив на жінок та їхні родини. Вони є однією з головних причин смерті матерів під час вагітності та наступного року після пологів.

Від 10 до 20% жінок мають психічне захворювання під час вагітності або протягом першого року після народження дитини. Прикладами таких захворювань є антенатальна та післяпологова депресія, obsесивно-компульсивний розлад, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) і післяпологовий психоз. Ці стани часто розвиваються раптово та варіюються від легких до надзвичайно важких, що потребують різного догляду чи лікування. Хороша новина полягає в тому, що за правильної допомоги жінки можуть одужати від цих хвороб. Існує широка згода щодо того, які послуги потрібні жінкам із перинатальними психічними захворюваннями, і в деяких частинах Великобританії жінки отримують допомогу світового рівня. Однак у багатьох регіонах перинатальні психічні захворювання залишаються нерозпізнаними, недіагностованими та нелікованими, що призводить до страждань жінок та їхніх родин, яких можна уникнути.

Альянс за психічне здоров'я матерів (The Maternal Mental Health Alliance – ММНА) — це коаліція з понад 60 британських організацій, включаючи професійні організації та організації, які представляють або надають допомогу та підтримку батькам і сім'ям. За останні роки відбувся значний прогрес у знаннях і ставленні до боротьби з перинатальними психічними захворюваннями, і в деяких районах Великобританії спостерігається зростання кількості спеціалізованих послуг. Проте

людські витрати, пов'язані з цими хворобами, недостатні, щоб переконати всіх політиків, уповноважених і постачальників вжити необхідних заходів. Нещодавні дослідження показують, що лише 3% клінічних комісійних груп (CCG) в Англії мають стратегію, щоб розвивати перинатальні служби психічного здоров'я, але переважна більшість не планує цього робити. Майже половина жінок Великої Британії (вагітні жінки та молоді матері) не мають доступу до спеціалізованих перинатальних служб психічного здоров'я, що потенційно створює ризик для них та їхніх дітей.

Економічні витрати перинатальних психічних захворювань для суспільства Великої Британії показують, що перинатальна депресія, тривога та психоз спричиняють загальну довгострокову втрату суспільству приблизно у 8,1 мільярда фунтів стерлінгів за кожну однорічну групу пологів у Великобританії [242]. Якби перинатальні проблеми психічного здоров'я виявлялися та лікувалися швидко та ефективно, багатьох із цих серйозних і довгострокових людських та економічних витрат можна було б уникнути.

Високий рівень витрат, що припадає на Національну службу здоров'я; перинатальні психічні захворювання обходяться Національній службі здоров'я приблизно в 1,2 мільярда фунтів стерлінгів на кожну щорічну когорту народжень. Для порівняння, щоб привести всю перинатальну психіатричну допомогу до рівня та стандартів, рекомендованих у національних інструкціях, коштувало б лише додаткових 280 мільйонів фунтів на рік.

Перинатальні проблеми з психічним здоров'ям є дуже поширеними, вони вражають до 20% жінок у певний момент перинатального періоду. Вони також мають велике значення як проблема громадського здоров'я не лише через їх несприятливий вплив на матір, а й тому, що вони, як було показано, ставлять під загрозу здоровий емоційний, когнітивний і навіть фізичний розвиток дитини, що має серйозні довгострокові наслідки.

Багато робіт з перинатального психічного здоров'я були зосереджені на постнатальній депресії. Однак відомо, що проблеми з психічним здоров'ям часто виникають у антенатальний період і що проблеми виходять за рамки депресії, включаючи тривогу, психоз, посттравматичний стресовий розлад та інші стани. Усі ці проблеми заслуговують на увагу, якщо вони виникають у перинатальному періоді [322].

Материнська депресія та тривога, які часто виникають разом, принаймні так само поширені під час вагітності, як і в рік після пологів. Останні досягнення в нейронауці та інших дисциплінах чітко свідчать про те, що психологічний дистрес під час вагітності є значним фактором ризику для ряду несприятливих наслідків у дитини.

Нижче представлена таблиця, що відображає обсяг фінансування, виділений на лікування та підтримку жінок з перинатальними психічними розладами в різні періоди. Зазначені дані мають важливе значення для розуміння масштабів витрат, пов'язаних з цією критичною сферою охорони здоров'я (таб.8).

Таблиця 8

Загальні кошти у фунтах, що витрачаються на перинатальні психічні розлади у Британії [242].

	Загальні витрати - матері	Загальні витрати - діти	Загальні витрати – матері+діти
Загальні витрати на один випадок (з них кошти з державного сектора)			
Перинатальна депресія	22 630 (1 688)	51 462 (7 971)	74 092 (9 659)
Перинатальний тривожний розлад	20 794 (4 320)	14 017 (5 362)	34 811 (9 682)
Перинатальний психоз	47 489 (24	5 122 (354)	52 611 (24 656)
Загальні витрати під час пологів (з них кошти державного сектора)			
Перинатальна депресія	1 676 (125)	5 171 (1 058)	6 848 (1 183)
Перинатальний	1 020 (214)	1 957 (691)	2 977 (905)

тривожний розлад			
Перинатальний психоз	94 (48)	10 (1)	104 (49)

Беручи до уваги вплив як на матір, так і на дитину, вартість перинатальних проблем психічного здоров'я є надзвичайно високою. Наприклад, загальна вартість для суспільства одного випадку перинатальної депресії оцінюється приблизно в 74 000 фунтів стерлінгів. Висока поширеність цього захворювання означає, що, навіть якщо усереднити всі пологи, вартість все одно становить майже 7000 фунтів стерлінгів на кожну жінку, яка народжує протягом будь-якого року.

Перинатальний психоз також має дуже високі витрати, якщо оцінювати його на основі вартості кожного випадку, незважаючи на те, що через брак даних наші оцінки дуже обмежено враховують можливі негативні наслідки для дитини. Висока вартість психозу в основному пояснюється стійкістю захворювання та високими витратами державного сектору на випадок через використання відділень матері та дитини та витрати на інституціоналізацію. Витрати на одну середню жінку при пологах набагато менші через відносно низьку поширеність цього стану.

У рекомендаціях Національного інституту охорони здоров'я та клінічної досконалості зазначено, що для перинатальних служб психічного здоров'я необхідно створити клінічні мережі [364]. Для управління службою рекомендовано створити координаційну раду з медичних працівників, уповноважених, менеджерів, користувачів послуг та опікунів. Ці групи повинні надавати спеціалізовані міждисциплінарні послуги для кожної області, надаючи безпосередній догляд і консультації для материнських і громадських служб та інших служб психічного здоров'я. Пропонується, щоб у населених пунктах з високою захворюваністю ці послуги могли надаватися спеціалізованими перинатальними бригадами з чіткими критеріями направлення та управління для

забезпечення ефективної передачі інформації та безперервності догляду. Рекомендується, щоб кожна перинатальна мережа психічного здоров'я мала спеціалізовані стаціонарні служби та забезпечувала приміщення спеціально для матерів і дітей. Жінки, які потребують стаціонарного лікування протягом 12 місяців після пологів, повинні бути госпіталізовані до спеціалізованого відділення матері та дитини, якщо немає особливих причин цього не робити. Служба має бути укомплектована спеціалізованим перинатальним психіатричним персоналом відповідного рівня та мати ефективний зв'язок із загальними медичними службами та службами психічного здоров'я. Рекомендується наявність повного спектру терапевтичних послуг, таких як психологія, психіатрія, медсестринство, соціальна робота та психотерапевти, і заклад має бути тісно пов'язаний зі службами психічного здоров'я на рівні громади для забезпечення безперервності догляду та мінімальної тривалості перебування. PMADs – це втрачена можливість обслуговувати вразливе та більш зв'язане населення.

Інтегрована допомога жінкам, побудована на основі моделі інтегрованої первинної медичної допомоги, дозволяє створити більш надійну послугу, яка працює, щоб залучити жінок у даний момент за допомогою цілісного розумового та тілесного підходу до вагітності та післяпологового періоду. Крім того, жінки дітородного віку часто взаємодіють із системою охорони здоров'я лише під час вагітності та післяпологового періоду, і багато хто використовує перинатальну допомогу як первинну допомогу.

5.3. Теоретико-експериментальне моделювання системи перинатальної допомоги в Україні (на прикладі Львівської області)

Всесвітня організація охорони здоров'я визнає психічне здоров'я в перинатальному періоді основною проблемою громадського здоров'я; принаймні кожна десята жінка має серйозні проблеми з психічним здоров'ям під час

вагітності або протягом року після пологів [241]. Масштаби проблеми перинатальної депресії серед матерів у країнах, що розвиваються, значні. Систематичний огляд досліджень у країнах з низьким і середнім рівнем доходу показав, що поширеність поширених перинатальних психічних розладів серед жінок становить 16% до пологів і 20% після пологів [411]. Вплив на матерів може бути значним протягом перинатального періоду через нові емоційні, соціальні, фінансові та фізичні проблеми. Крім того, пренатальний і постнатальний періоди мають значний вплив на майбутній фізичний, розумовий і когнітивний розвиток нащадків: діти матерів із перинатальними психічними захворюваннями піддаються більшому ризику низької ваги при народженні, уповільнення розвитку дитини, інтелектуального, поведінкового та соціального розвитку. емоційні проблеми [378], [335].

Враження від пологів можуть суттєво впливати на життя жінок і залишати тривалі враження. Приблизно одна третина жінок охарактеризовує свій досвід пологів як травматичний. Ці психологічні виклики під час пологів роблять жінок більш вразливими до процесів медичної допомоги. Незважаючи на це, жінки в усьому світі, особливо в країнах з низьким та середнім рівнем доходу, рідко мають доступ до адекватної психосоціальної підтримки під час пологів у медичних закладах. Така недостатня взаємодія може негативно впливати на якість та результати пологів, що може призвести до розвитку психологічних розладів і може стримувати жінок від звернення за медичною допомогою в подальшому [252]. Крім того, низка інших соціально-економічних (до прикладу, бідність) і пов'язаних зі здоров'ям (наприклад, тривога, депресія або інвалідність) вразливості схиляють жінок до дискримінаційного догляду, що може ще більше погіршити ситуацію, призводячи до більш інтенсивних страждань.

Шанобливе материнство³ не тільки зменшує потребу в зайвому медичному втручанні, але й посилює психосоціальні процеси, таким чином покращуючи результати пологів і благополуччя матері [251]. У 2014 році Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) оприлюднила програмну заяву про те, що “кожна жінка має право на найвищий досяжний рівень здоров'я, що включає право на гідне, шанобливе медичне обслуговування” [466]. Згодом вони опублікували переглянута структуру якості медичної допомоги матерям і новонародженим, яка приділяє особливу увагу досвіду догляду жінок (гідність, ефективна громадська та емоційна підтримка) [429]. Майже десять років тому ВООЗ опублікувала комплексний набір політичних рекомендацій, заснованих на фактичних даних, для популяризації досвіду жінок щодо догляду під час пологів [475]. Ці політичні директиви ВООЗ вказують на необхідність інтегрованих медичних послуг, які повинні не лише поважати гідність жінки, але й задовольняти їхні емоційні та психосоціальні потреби під час догляду за пологами. Ця пропозиція дає можливість зв'язати матеріали Програми дій щодо розриву психічного здоров'я (mhGAP) ВООЗ у задоволенні психосоціальних потреб вагітних жінок, вносячи позитивні зміни в налаштування догляду за пологами відповідно до нещодавно встановлених стандартів ВООЗ щодо догляду під час пологів.

Однак, незважаючи на публікацію цих рекомендацій, не існує жодної робочої моделі, яка б ефективно демонструвала включення цих принципів у звичайні служби пологів у закладах [288]. Стратегії, що застосовувалися досі, не були належним чином впроваджені в системи охорони здоров'я. Незважаючи на те, що ці підходи можуть здаватися ефективними, інформація про них відносно мізерна, а їхні загальні докази оцінюються з низькою вірогідністю щодо ризику упередженості для всіх результатів. Крім того, окремі інтервенції можуть

³ Всесвітня організація охорони здоров'я визначає шанобливе материнство або шанобливий материнський догляд (respectful maternity care - RMC) як догляд, який зберігає гідність, приватність і конфіденційність вагітних і народжуючих жінок, гарантує відсутність шкоди та поганого поводження, а також забезпечує усвідомлений вибір і постійну підтримку під час пологів і пологів.

критикуватися та вважатися такими, які важко реалізувати, особливо в умовах з низькими ресурсами, де система охорони здоров'я має слабку систему управління та підзвітності, а неправильне ставлення до жінок ще вважається соціально прийнятним. Тому для досягнення більшої здійсненності, прийнятності та впливу при формуванні таких інтервенцій рекомендується використовувати підхід участі, враховуючи при цьому соціально-культурний контекст, середовище та обмеження системи охорони здоров'я [458]. Враховуючи складність проблеми, реалізація політики та рекомендацій ВООЗ на практиці потребує використання досліджень щодо ризику сталого впровадження певних стратегій в систему охорони здоров'я [273].

Для покращення надання допомоги для окремих категорій аналіз потреб може виявити, що певна категорія громадян не охоплена послугами, або через різні причини не має достатньої можливості скористатися ними (від стигми до географічних обмежень). Відтак, доцільно зосередити увагу на тому, як подолати бар'єри й покращити цю можливість. Наприклад, це можуть бути програми з підтримки психічного здоров'я вагітних та породіль.

Дуже важливо, щоб місцеві органи влади і служби в громадах усвідомлювали вагу психічного здоров'я у житті своїх громадян і розуміли, наскільки важливо надавати підтримку не тільки тим, хто має психічні розлади, але і тим, хто опинився в зоні ризику. Рівнозначно важливі є заходи з попередження психічних розладів і турбота про психічне здоров'я всіх громадян.

Психічні розлади та проблеми з психічним здоров'ям негативно позначаються не лише на продуктивності особи чи на її добробуті, а й виходять “за межі” цієї особи, негативно впливаючи на її близьких, на громаду та на життя спільноти загалом.

Перинатальні психічні розлади - це ті, що ускладнюють вагітність і перший післяпологовий рік. Вони включають як нову появу, так і рецидив або повторну появу існуючих розладів. Унікальним аспектом є їхній потенціал впливати на

стосунки між матір'ю, дитиною та сім'єю з подальшим розвитком значних емоційних і поведінкових труднощів у дитини. Визнаючи це, базуючись на міжнародних рекомендаціях [309], а також усвідомлюючи нестачу поточних послуг, особливо в умовах війни, пропонуємо проект моделі комплексної перинатальної служби психічного здоров'я як компоненту інтегрованої перинатальної допомоги (на прикладі Львівської області).

Пропонована модель має свою структуру і орієнтовні блоки заходів, спрямованих на розвиток комплексу послуг та розвитку міжсекторальної взаємодії, що передбачають:

- структуру управління перинатальною службою психічного здоров'я, яка утворена з низки закладів охорони здоров'я і хабом на базі обласного перинатального центру;
- систему моніторингу для визначення кількості жінок, які, ймовірно, потребуватимуть послуг спеціаліста;
- узгоджену інтегровану систему з відповідними компонентами послуг та їх взаємозв'язку;
- концепцію, що лежить в основі рекомендованої моделі;
- джерела фінансування та кадрові ресурси
- рекомендації щодо підготовки та кваліфікацій необхідних для персоналу (навчання фахівців-медиків (акушер-гінекологів, акушерок, неонатологів тощо) та навчання фахівців немедичного сектору для підтримки моделі. Роль навчання є вирішальною у забезпеченні паритету між фізичним і психічним здоров'ям в процесі пологів, щоб підвищити обізнаність про проблеми психічного здоров'я, тим самим покращуючи ідентифікацію та реагування на психологічні проблеми.
- обов'язковий супровід постійною освітньою програмою;
- затвержені стандарти надання послуг та сформовані пакети послуг для підтримки перинатальної служби психічного здоров'я від НСЗУ;

- аналіз впровадження моделі та оцінювання результатів з клінічної точки зору й з точки зору жінок та їхніх сімей.
- Підтримку всіх інших служб, пов'язаних з жінками в перинатальному періоді;

Послуги з підтримання перинатального психічного здоров'я є життєво важливими через дуже негативні наслідки перинатальних психічних розладів для матері, дитини, їхніх стосунків, а також стосунків із партнером та іншими дітьми. Специфічні обставини вагітності, пологів і ранніх зв'язків між матір'ю та немовлям вимагають обізнаного, кваліфікованого, чуйного та досвідченого персоналу.

Отже, концепція, що лежить в основі цієї моделі догляду, полягає в тому, щоб вона розглядалася у контексті сім'ї і була зосереджена на:

- матері, дитині та їхніх стосунках;
- Вдповідних національних та міжнародних дослідженнях, практиках та стандартах, що базуються на доказах
- відповідала національним та міжнародним політичним документам.

Концепція моделі ґрунтується на національних і міжнародних епідеміологічних доказах потреби, визначає основні напрямки діяльності і на місцевому рівні, щоб розвивати послуги доступні для жінок з психологічними проблемами та психічними розладами та їх родин. Основні зміни та завдання, які передбачає ця Концепція повинні включати:

- Промоцію перинатального психічного здоров'я, подолання стигми та підвищення рівня обізнаності всіх громадян з акцентом на жінок репродуктивного віку, тобто поширення інформації про психічне здоров'я, психічні розлади і способи самопомоги для підвищення обізнаності громадян.
- Забезпечення прав жінок у сфері психічного здоров'я, боротьба з дискримінацією та наявними порушеннями, запобігання їм.

– Створення міжвідомчого простору в контексті психічного здоров'я, що означає налагодження співпраці та координації між різними галузями та органами влади для надання ефективної допомоги та підтримки жінок із психологічними порушеннями та їх родинам, зокрема розвиток міжсекторальної взаємодії (співпраця між різними сферами, такими як охорона здоров'я, освіта, соціальна підтримка, щоб створити єдиний фронт у протидії психологічних порушенням), розвиток координаційних механізмів (створення систем, які дозволяють різним установам та службам спільно працювати та обмінюватися інформацією для забезпечення комплексної підтримки таких жінок), розвиток мультидисциплінарних команд (формування груп фахівців з різних галузей, таких як психологи, психіатри, соціальні працівники, які спільно працюють над діагностикою, підтримкою та супроводом), локальні міжвідомчі маршрути пацієнта (розробка чітких планів та процедур для пацієнтів, які дозволяють їм отримати комплексну та згуртовану допомогу від різних служб та фахівців.

Модель базується на засадах регіоналізації перинатальної допомоги та узгоджується з мережею закладів, що надають перинатальні послуги в контексті реалізації медичної реформи. Це означає, що перинатальні служби психічного здоров'я будуть узгоджені з лікарняними групами та розроблені у форматі “вузла”, щоб забезпечити максимальну включеність в цю модель (рис. 5.3).

Отже, ХАБ (мережа) психосоціальної підтримки в системі перинатальної допомоги – це інтегровані послуги психологічної та соціальної підтримки жінок в перинатальному періоді (від зачаття до 12 місяців після народження дитини). Це може бути означення для центральної точки чи мережі, де спільнота або група людей обмінюються інформацією, спілкуються, співпрацюють та спільно діють. Соціальні мережі часто називаються "соціальними хабами", оскільки вони об'єднують користувачів для взаємодії.

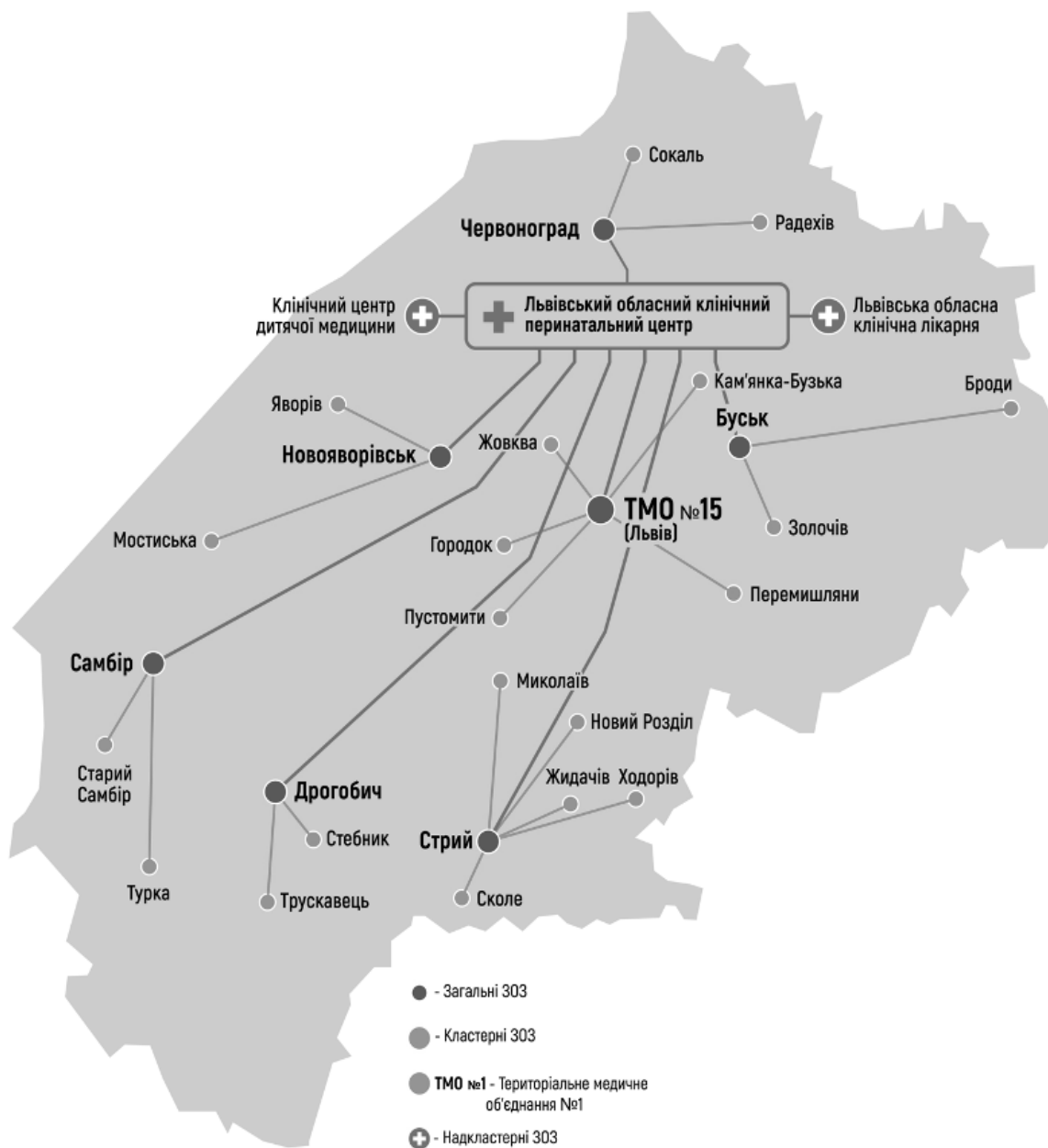


Рис. 5.3. Проект мережі перинатальної служби психічного здоров'я (на прикладі Львівської області) (сформовано авторкою)

Модель допомоги дає можливість запропонувати дизайн загального клінічного шляху перинатального психічного здоров'я для України. Це також показує контекст, у якому працюватиме спеціалізована служба.

Керівним принципом такої клінічної дороги є те, що жінки та їхні родини

отримують якісний догляд від кваліфікованих спеціалістів під час вагітності та першого року життя дитини. Цей догляд має бути комплексним, справедливим, інтегрованим і відповідати потребам. Оскільки перинатальна психіатрична допомога включає різні рівні догляду, різних професіоналів і різні послуги, її складно організувати. Однак надання ефективної інтегрованої допомоги, заснованої на партнерстві з жінками та їхніми сім'ями, дає найкращі шанси на здоровий розвиток немовлят і дітей і є набагато дешевшим, ніж спроба відновити шкоду, завдану ненаданням таких послуг [316].

Перинатальна служба психічного здоров'я – це система медичних та психосоціальних послуг, які надаються вагітним жінкам і батькам немовлят під час періоду вагітності, пологів та раннього дитинства з метою підтримки їхнього психічного здоров'я. Основною метою цієї служби є запобігання, виявлення та лікування психічних розладів у цільовій аудиторії, а також підтримка сімейного благополуччя та розвитку здорового емоційного зв'язку між батьками та дитиною. До складу перинатальної служби можуть входити психологи, психіатри, соціальні працівники, лікарі та інші спеціалісти, які спільно працюють для забезпечення психічного благополуччя батьків та дітей в цьому важливому життєвому періоді.

Перинатальна служба охорони психічного здоров'я включає в себе різноманітні етапи процесів, що обумовлено обсягом допомоги (тиб. 9):

- Психологічна підтримка вагітних: Допомога вагітним жінкам у подоланні стресу, тривожності та інших психічних труднощів, які можуть виникнути під час вагітності.
- Психологічна підтримка під час пологів: Допомога жінкам під час пологів для зменшення тривожності та підтримки психічного благополуччя.

Етапність процесів і обсяг допомоги жінкам з психологічними та психічними розладами (сформовано авторкою)

Частка жінок	Стан психічного здоров'я з важкими проявами (наявність симптомів, що утруднюють життєдіяльність жінки впродовж тривалого періоду)	<i>Четвертий крок:</i> Лікування в спеціалізованих відділеннях, лікарнях	Психіатри	Інтенсивність втручання (обсяг допомоги)
	Стан психічного здоров'я з легкими проявами (поява симптомів, які утруднюють нормальну життєдіяльність жінки (до двох-трьох тижнів))	<i>Третій крок:</i> Застосування інтервенцій, засноване на доказах і нормативно закріплених	Клінічні психологи, психотерапевти	
	Тимчасові психологічні проблеми (спостерігаються до двох тижнів)	<i>Другий крок:</i> Профілактичні інтервенції для подолання труднощів	Сімейні лікарі, Клінічний психолог Соціальні служби	
	Добре психічне здоров'я (жінки можуть стикатися з викликами, але самостійно справляються з ними)	<i>Перший крок:</i> Промоція доброго психічного здоров'я Ідентифікація жінок, які є в зоні ризику	Сімейні лікарі, Медичний персонал жіночих консультацій, Акушер-гінекологи	

- Післяпологова психологічна допомога: Підтримка новонароджених матерів у період після народження дитини, включаючи підтримку у розробці міжособистісних відносин з дитиною, ліквідацію можливої післяпологової депресії тощо.

- Допомога сім'ям: Психологічна та психіатрична підтримка для сімей, щоб сприяти здоровому розвитку дітей та добробуту всієї сім'ї.

Перинатальна служба охорони психічного здоров'я є важливим компонентом системи охорони здоров'я для жінок та дітей, спрямованою на забезпечення фізичного і психічного благополуччя на ранніх етапах життя.

Відповідно до статті 12 Конвенції CEDAW, забороняється будь-яка дискримінація жінок у галузі охорони здоров'я з метою забезпечити на основі рівності чоловіків і жінок доступ до медичного обслуговування, включаючи питання планування розміру сім'ї. Згідно з цією статтею, держави-учасниці повинні гарантувати жінкам належне обслуговування під час вагітності, пологів і післяпологового періоду, у тому числі надаючи безплатні послуги та належне харчування під час вагітності та годування груддю, коли це необхідно.

У Конвенції про права осіб з інвалідністю право на охорону здоров'я для осіб з інвалідністю розглядається в більш широкому контексті. У статті 25 підтверджується право всіх осіб з інвалідністю на найбільш досяжний рівень здоров'я без дискримінації за ознакою інвалідності. Це означає надання особам з інвалідністю тих самих безплатних або доступних за ціною послуг і програм охорони здоров'я, як і іншим особам, а також надання необхідних послуг у сфері охорони здоров'я, що обумовлені інвалідністю.

Конвенція прямо закликає до забезпечення послуг у галузі охорони здоров'я, які враховують гендерні особливості, включаючи сферу сексуального та репродуктивного здоров'я [166]. Це надзвичайно важливо для жінок та дівчат з інвалідністю, які довгий час почувають на собі вплив усталених уявлень про свою сексуальність та репродуктивні права. Часто вони зіткнулися з відмовою у реалізації права на материнство або перешкодами у його здійсненні, не отримуючи доступної інформації щодо охорони материнства, засобів контрацепції, планування сім'ї, статево-передаваних захворювань, ВІЛ, безпечних абортів, а також репродуктивних функцій і онкологічних захворювань

репродуктивної системи. Усе це збільшує ризик сексуального насильства, особливо для жінок з вадами розумового розвитку, глухих і глухонімих жінок. Брак медичного обладнання, такого як мамографи та гінекологічні ліжка, а також відсутність доступного та безпечного транспорту для перевезення до закладів охорони здоров'я, створює ризик виключення жінок з фізичними вадами інвалідності з медичного обслуговування [432].

Конвенція з прав осіб з інвалідністю особливу увагу приділяє етичним нормам в галузі охорони здоров'я та вимагає від медичних працівників надавати особам з інвалідністю якісні медичні послуги, керуючись принципом вільної та поінформованої згоди [166]. Це положення було додане для відображення широкого поширення примусових медичних втручань, таких як стерилізація, аборти, контрацепція, каліцтво жіночих геніталій, хірургічні операції без згоди пацієнтів, а також медичні процедури, що застосовуються до інтерсексуальних дітей. Крім того, воно враховує примусове утримання в медичних закладах, яке застосовується до жінок з інвалідністю, зокрема до тих, що мають розумові вади та психосоціальні розлади [432]. Спеціальний доповідач ООН з прав осіб з інвалідністю висловлює занепокоєння стосовно сексуальних та репродуктивних прав жінок і дівчат з інвалідністю. Він наголошує на важливості створення відповідної нормативно-правової бази, розширенні прав і можливостей цільової групи, а також на необхідності зміни ставлення медичних працівників та постачальників медичних послуг [189]. Дані моніторингу, проведеного неурядовими організаціями у 2011 році, у тому числі ГО “Берегиня”, Автономна Республіка Крим, підтвердили, що жінки з інвалідністю стикалися зі значними проблемами у сфері охорони здоров'я [172] (рис. 5.4.):

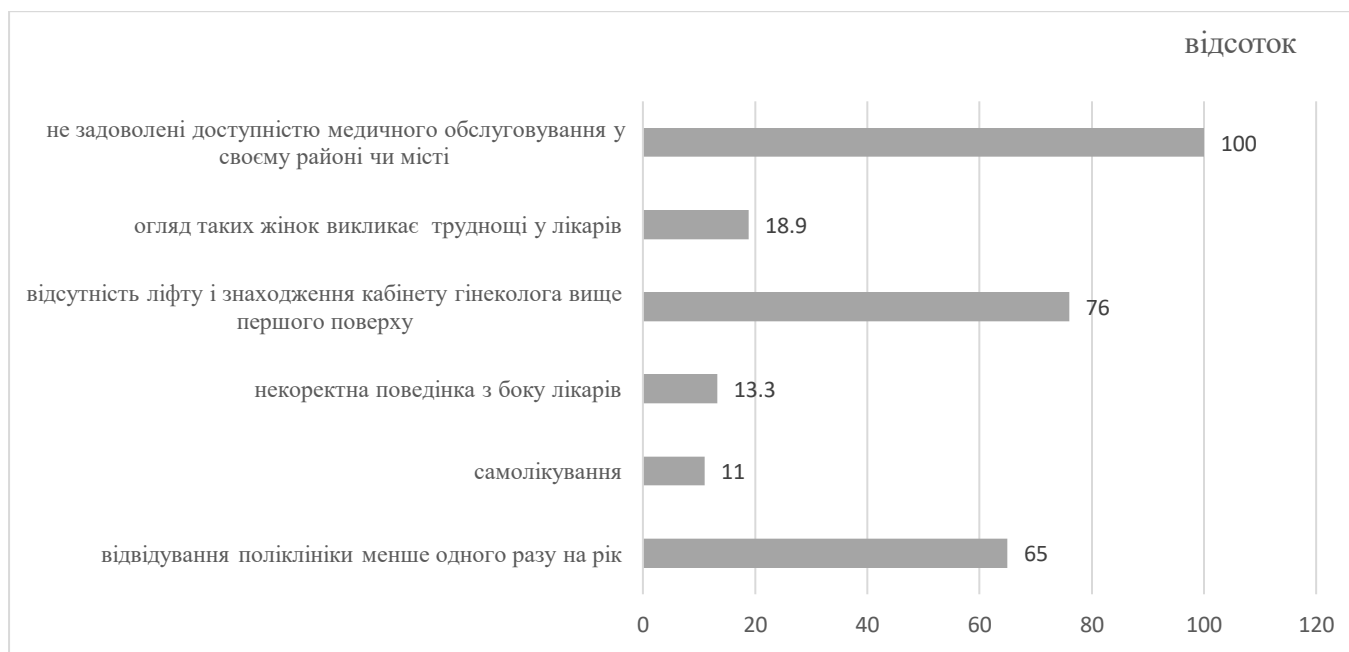


Рис. 5.4. Основні проблеми, з якими стикалися жінки з інвалідністю при отриманні медичної допомоги

Ці дані підтверджують недолік у створенні належних умов в медичних закладах, які перешкоджають наданню якісних послуг жінкам з інвалідністю. Україна стикається з відсутністю жіночих консультацій, архітектурно придатних для жінок, які користуються інвалідними візками, із доступними входами, сучасним медичним обладнанням та комфортним середовищем для жінок з проблемами опорно-рухового апарату. Жінки з вадами зору стикаються з викликами в орієнтації в лікарнях, оскільки відсутні елементи доступності для незрячих осіб. Для жінок з втратою слуху виникає складність у взаємодії з лікарями.

Пологові будинки також не відповідають вимогам доступності: відсутність доступних входів, кімнат та санвузлів, відсутність ліфтів. Як Комітет з ліквідації дискримінації щодо жінок⁴, так і Комітет з прав осіб з інвалідністю⁵ відзначають

⁴ Комітет з ліквідації дискримінації щодо жінок (КЛДЖ) складається з незалежних експертів, які здійснюють моніторинг виконання Конвенції про ліквідацію всіх форм дискримінації щодо жінок. До складу комітету входять 23 експерти з прав жінок із різних країн світу. <https://www.ohchr.org/ru/treaty-bodies/cedaw>

особливі труднощі, з якими стикаються жінки та дівчата з інвалідністю, коли мова йде про доступ до медичного обслуговування в Україні. У 2015 році Комітет з прав осіб з інвалідністю висловив обурення обмеженим доступом жінок та дівчат з інвалідністю до інформації про сексуальне та репродуктивне здоров'я та планування сім'ї. Комітет робить рекомендації Україні щодо вжиття заходів для вирішення цих проблем як у міських, так і в сільських районах [102].

З метою покращення доступу жінок і дівчат з інвалідністю до якісних послуг охорони здоров'я, державним органам рекомендується забезпечити співпрацю з громадськими організаціями, жіночими групами та організаціями, що захищають права осіб з інвалідністю, для реалізації наступних заходів:

- Надавати інформацію про права жінок і дівчат з інвалідністю та їхнє фізичне і психічне здоров'я у доступних форматах, таких як шрифт Брайля, мова жестів та легка для розуміння мова.
- Організувати інформаційно-просвітницькі заходи для інформування жінок і дівчат з інвалідністю про їхні права на здоров'я та доступні ресурси та заклади охорони здоров'я.
- Забезпечувати, щоб жінки і дівчата, які перебувають в закладах інтернатного типу, були також охоплені цими ініціативами.
- Консультувати працівників місцевих органів влади та медичних установ щодо стандартів доступності закладів охорони здоров'я та сприяти їх участі в місцевих комітетах з питань доступності.
- Забезпечувати підготовку медичних працівників з питань застосування підходу до інвалідності на основі прав людини, включаючи принцип поінформованої згоди та інші аспекти.

⁵ Комітет складається з 18 незалежних експертів, які здійснюють моніторинг виконання Конвенції про права інвалідів державами-учасницями. Усі держави, які є сторонами Конвенції, зобов'язані на регулярній основі надавати Комітету доповіді про здійснення прав, закріплених у Конвенції. Початкову доповідь держави повинні надати протягом двох років після ратифікації Конвенції, а потім кожні чотири роки (стаття 35 Конвенції). <https://www.ohchr.org/ru/treaty-bodies/crpd/questions-and-answers>

- Здійснювати моніторинг надання медичних послуг жінкам і дівчатам з інвалідністю та збирати інформацію про виявлені порушення в цій сфері.

Фактори, такі як інвалідність, гендерна нерівність і дискримінація, взаємодіють між собою надзвичайно близько. Народження жінок і дівчат з інвалідністю, а також можливість набуття інвалідності у жінок, часто пов'язані з гендерними аспектами. Це включає обмежений доступ до послуг з охорони статевого та репродуктивного здоров'я, вплив насильства та нерівний розподіл ресурсів в домогосподарстві за ознаками гендеру.

Для покращення надання допомоги для окремих категорій аналіз потреб може виявити, що певна категорія громадян не охоплена послугами, або через різні причини не має достатньої можливості скористатися ними (від стигми до географічних обмежень). Відтак, доцільно зосередити увагу на тому, як подолати бар'єри й покращити цю можливість. Наприклад, це можуть бути програми з підтримки психічного здоров'я вагітних та породіль.

Дуже важливо, щоб місцеві органи влади і служби в громадах усвідомлювали вагу психічного здоров'я у житті своїх громадян і розуміли, наскільки важливо надавати підтримку не тільки тим, хто має психічні розлади, але і тим, хто опинився в зоні ризику. Рівнозначно важливі є заходи з попередження психічних розладів і турбота про психічне здоров'я всіх громадян.

Ще одним можливим шляхом поліпшення доступу до психічної допомоги є розширення можливостей у наданні базової підтримки та ефективного направлення до фахівців. Це включає як якісні, так і кількісні аспекти послуг, а також підвищення кваліфікації фахівців у різних галузях, спрямованих на підтримку жінок з психологічними (психічними) потребами.

Великою необхідністю є розвиток співпраці між різними сферами, такими як освіта, соціальна підтримка, охорона здоров'я, громадські організації та особи, які мають власний досвід психічних розладів (користувачі послуг). Ця співпраця

допомагає створити згуртовану систему підтримки жінок, які мають проблеми з психічним здоров'ям або належать до групи ризику щодо їх виникнення.

Наприклад, громада може спільно розробити деталізовану мережу послуг, яка охоплює різні аспекти психічного здоров'я. Ця мережа може включати процедури для спільної роботи між різними установами і службами, а також чіткі плани взаємодії між ними. Отримувачі послуг, відповідно до своїх потреб, отримують вказівки та підтримку, щоб скористатися доступними ресурсами та послугами. Це сприяє створенню більш дружнього та відкритого оточення для тих жінок та їх близьких, хто потребує допомоги в галузі психічного здоров'я, і сприяє зменшенню стигми, пов'язаної з психічними розладами в громаді.

Психічні розлади та проблеми з психічним здоров'ям негативно позначаються не лише на продуктивності особи чи на її добробуті, а й виходять “за межі” цієї особи, негативно впливаючи на її близьких, на громаду та на життя спільноти загалом. Існує гіпотеза, що розбудова потенціалу спільної допомоги, покращення орієнтації на материнство та запровадження механізмів перевірки та підзвітності в закладах охорони здоров'я дозволить постачальникам послуг і персоналу надавати підтримку та гідний догляд за материнством. Це призведе до покращення загального реагування систем охорони здоров'я на психосоціальні потреби жінок і забезпечення поваги жіночої.

Враховуючи вищесказане, розроблена структурно-функціональна модель “Перинатального світу” (рис. 5.5)

Основна мета розроблення моделі полягає в підтримці інклюзивного, сприятливого та гідного догляду за материнством у системах охорони здоров'я, особливо з точки зору спроможності постачальників послуг та підзвітності й управління.



Рис. 5.5. Структурно-функціональна модель «Перинатального світу», розроблена авторкою на прикладі Львівського обласного клінічного перинатального центру

Завдання полягають в тому, щоб:

- розробити контекстно-інформовану (або засновану на фактичних даних) модель надання послуг за допомогою спільного, керованого процесу для

інклюзивного, підтримувального та гідного догляду за жінками в перинатальному періоді;

- обґрунтувати практичну здійсненність моделі щодо її змісту та функціонування в державних закладах охорони здоров'я
- Поширеність депресії в Україні майже вдвічі більша серед жінок (16,2%), ніж серед чоловіків (8,7%). Водночас лише кожна четверта особа з імовірною депресією (3,0% від загальної кількості населення) була про це поінформована лікарем чи медичним працівником [209].

Медична допомога в Україні надається через дворівневу систему охорони здоров'я: первинний рівень - загальні заклади охорони здоров'я, до вторинного рівня відносяться кластерні та надкластерні заклади. Запропоновані рекомендації зосереджено здебільшого на вторинній медичній допомозі,

Це буде заснований на теорії інклюзивний пакет послуг, який буде розроблено з використанням принципів підходу, орієнтованого на жінку. Модель включатиме розбудову спроможності бригад породіль, а також вдосконалення механізмів управління та підзвітності в державних закладах охорони здоров'я, щоб гарантувати, що до всіх жінок ставляться із співчуттям і гідністю, а також задовольняючи їхні різноманітні потреби, включаючи інвалідність та загальні психічні розлади. Інтеграція психосоціальної підтримки в звичайний догляд за вагітними буде унікальною особливістю пакету, основною метою якого є вирішення психологічних потреб вагітних а породіль.

Досвід жінок у системі охорони здоров'я є невід'ємним компонентом якості догляду за матерями та новонародженими. Підтримуючий і гідний догляд за материнством ставить жінку в центр прийняття рішень і надання їй інформації щодо процесу, а також зосереджується на міжособистісному аспекті догляду.

Відсутність психосоціальної підтримки в медичних закладах під час пологів є поширеним явищем у країнах з низьким і середнім рівнем доходу [334]. Незважаючи на те, що ВООЗ рекомендує надавати підтримуючу допомогу

вагітним жінкам, існує дефіцит матеріалу для розвитку спроможності персоналу пологового будинку надавати систематичну та інклюзивну психосоціальну підтримку жінкам під час пологів, а також запобігати стресу на роботі та виснаженню в пологових бригадах. Щоб задовольнити цю потребу, необхідно адаптували mhGAP BOOЗ для персоналу пологів для надання психосоціальної підтримки в полових палатах в Україні. Mental Health Gap Action Program (mhGAP) – це рекомендації, засновані на фактичних даних, які забезпечують психосоціальну підтримку в закладах охорони здоров'я з обмеженими ресурсами. Пологи – це унікальний досвід для жінок, і їхні спогади про них залишаються незабутніми. Є дані, що жінки вважають пологи травматичними [412]. Ті, хто відчуває страждання та невідповідний догляд, на додачу до неминучого стресу, під час пологів, залишаються під загрозою розвитку післяпологових проблем психічного здоров'я [243]. Більше того, жінки з уже наявними проблемами психічного здоров'я (депресією чи тривогою або фізичною вадою, може відчувати більше страждань під час пологів.

Всесвітня організація охорони здоров'я чітко заявляє, що кожна жінка має право на найкращий досяжний догляд за материнством, який має включати гідність і повагу [466] і рекомендує емоційну підтримку під час пологів, щоб зрозуміти її особливі потреби та зміцнити свою здатність керувати процесом пологів [470]. Існують докази того, що жінки відчувають менше страждань, мають меншу тривалість пологів і менші шанси на кесарів розтин, якщо їм надають підтримку під час пологів [331]. І навпаки, недостатня обізнаність пологової бригади про психосоціальні потреби жінки може викликати у неї відчуття безпорадності та самотності під час пологів і пологів [257]. Проте враховуючи соціальні, розумові та емоційні потреби жінок під час догляду за пологами, ймовірно, вони покращать досвід пологів, бракує матеріалів для розвитку потенціалу для надання систематичної інклюзивної психосоціальної підтримки. Це вказує на гостру потребу в стандартизованих навчальних

матеріалах, які б дозволили бригадам пологів надавати психосоціальну підтримку жінкам під час пологів.

Програма дій щодо розриву психічного здоров'я (mhGAP) ВООЗ [469] – це рекомендації, засновані на фактичних даних, які надають психосоціальну підтримку в закладах охорони здоров'я з обмеженими ресурсами. Вона охоплює детальний процес оцінки стану психічного здоров'я з подальшим управлінням ними. за допомогою психосоціальних, фармакологічних і психологічних засобів, а також спостереження, щоб переконатися в одужанні або необхідності подальшої підтримки. Незважаючи на те, що mhGAP визначає жінок дітородного віку як групу з особливими потребами та вказує на важливість психосоціального втручання як першої лінії лікування під час вагітності, йому бракує конкретних вказівок або підтримки для вагітних жінок під час пологів.

Тому, щоб втілити рекомендації щодо політики ВООЗ під час пологів на практиці, необхідно адаптувати матеріали mhGAP для надання інклюзивної психосоціальної підтримки жінкам під час пологів, щоб покращити їхній досвід пологів. Human Centered Design framework (HCD) [376] все частіше використовується в глобальній охороні здоров'я для вирішення проблем і розробки систем, які є корисними та придатними для використання, залучаючи користувачів цих систем, враховуючи їхні потреби, проблеми та переваги.

MhGAP широко застосовується на міжнародному рівні і адаптується до різних ситуацій, цілей, процедур і очікуваних результатів. Проте, відсутні докази його адаптації для конкретної підтримки жінок у перинатальний період, особливо під час пологів. Забезпечення вагітним жінкам підтримки, що відповідає їхнім психосоціальним потребам під час пологів, може позитивно вплинути на їхній досвід. Існує потреба адаптувати mhGAP для створення матеріалів, що сприятимуть систематичній психосоціальній підтримці жінок під час пологів, а також для забезпечення пологового персоналу засобами для запобігання стресу та професійного вигорання. Ці матеріали можуть розширити застосування mhGAP

під час пологів і використовуватися для підвищення кваліфікації медичних працівників у цій сфері.

Адаптація mhGAP для нарощування потенціалу для психосоціальної підтримки вже була частиною великого дослідження: Підтримуюче та гідне материнство (SDMC). Це дослідження мало на меті розробити та перевірити здійсненність моделі втручання в надання послуг для сприяння культурі підтримки та поваги під час пологів у державних закладах охорони здоров'я [238], [237]. Матеріали для розвитку потенціалу, які обговорюються в цьому документі, зосереджені конкретно на концепціях, принципах та реалізації інклюзивної психосоціальної підтримки для вагітних, тоді як решта матеріалів, включених до посібника SDMC, більше стосується шанобливого ставлення, елементів команди створення та впровадження стратегії SDMC.

Матеріали для розвитку психосоціальних можливостей були здебільшого структуровані у два модулі. Перший, “психосоціальна підтримка”, зосереджувався на розумінні концепцій, а другий, “впровадження психосоціальної підтримки”, стосувався застосування процесу підтримки в медичних закладах.

Оскільки існують докази того, що жінки на пренатальному етапі особливо схильні до депресії та тривоги, що може загострити переживання під час пологів, необхідно адаптувати відповідні модулі з посібника mhGAP та навчального матеріалу. Загалом, mhGAP зосереджений на управлінні та лікуванні психічних станів, але у даному випадку акцент має бути зміщений на надання психосоціальної підтримки, виходячи з психічного здоров'я, інвалідності, та соціально-демографічних потреб пацієнтів. Попередні дослідження підкреслюють значення присутності супутника під час пологів, що позитивно впливає на досвід жінки. Таким чином, роль компаньйона як стратегії психосоціальної підтримки пацієнтів була визначена на основі рекомендацій ВООЗ.

Також важливо включити психосоціальну підтримку від mhGAP як систематичний механізм, спрямований на допомогу жінкам у подоланні стресу.

Існують численні свідчення того, що медичний персонал стикається з професійним стресом та вигорянням. З цієї причини виникла потреба в психосоціальній підтримці для таких працівників. Ця ініціатива дозволила більш глибоко розглянути стресові ситуації, з якими стикається персонал, та запропонувати ефективні методи управління стресом і запобігання вигорянню. Ці додатки можуть бути корисними не тільки для персоналу пологових відділень, але й для тих, хто працює в інших медичних установах. Для практичної реалізації модулів психосоціальної підтримки були адаптовані відповідні навчальні матеріали з посібника mhGAP до умов материнства.

З метою удосконалення надання психіатричної допомоги населенню затверджено Порядок надання психіатричної допомоги мобільною мультидисциплінарною командою [91]. Крім того, МОЗ видано наказ, який регулює роботу цих команд [155]. Також серед напрацювань – внесення посади “клінічний психолог” та “психотерапевт” до переліку посад професіоналів з вищою немедичною освітою [157]. Наказом визначено вимоги до спеціальності та спеціалізації цих фахівців.

Основною метою мультидисциплінарної команди є забезпечення надання психіатричної допомоги особам із психічними розладами за місцем перебування пацієнта, зокрема: надання пацієнту підтримки у розробці плану його відновлення та соціальної реінтеграції; реалізація комплексних фармакологічних та психосоціальних втручань там, де знаходиться пацієнт; уникнення відновлення психічних розладів та/або передбачення ситуацій, які можуть вимагати госпіталізації; надання допомоги у разі загострення психічного розладу, якщо це не потребує стаціонарної допомоги та не становить безпосередньої небезпеки для самого пацієнта чи оточуючих: взаємодія з родинним оточенням для їх включення у процес відновлення пацієнта; співпраця з фахівцями первинної медичної допомоги; взаємодія з постачальниками соціальних та інших послуг, включаючи неурядові та благодійні організації, правоохоронні органи, підприємства, установи

та організації, засоби масової інформації, а також з органами місцевого самоврядування на рівні відповідної адміністративно-територіальної одиниці для забезпечення повного спектру лікування та відновлення пацієнта із психічними розладами. Підставою для надання психіатричної допомоги мультидисциплінарною командою є направлення лікаря, який надає первинну медичну допомогу, з яким укладено декларацію про вибір лікаря.

Заклад охорони здоров'я, на базі якого створено мультидисциплінарну команду, має право залучати на підставі трудового або цивільно-правового договору соціального працівника, фахівця із соціальної роботи, інших осіб для забезпечення діяльності мультидисциплінарної команди. Кількість таких осіб, які залучаються, та вимоги щодо їх кваліфікації визначаються самостійно закладом охорони здоров'я, на базі якого створено мультидисциплінарну команду.

Висновки до розділу 5

Ретельно аналізуються ключові виклики, що постали перед системою перинатальної допомоги в Україні, особливо під час пандемії та війни. Зосереджено увагу на проблемі психологічного здоров'я жінок, що набуває першочергового значення через зростаючу кількість стресових ситуацій, які можуть мати довготривалі наслідки як для матерів, так і для їхніх дітей. Психологічне благополуччя вагітних жінок та породілль зазнало значного впливу від ізоляції, обмеження доступу до медичної допомоги та загальної невизначеності під час пандемії COVID-19. В умовах війни ці виклики лише посилилися, додавши вимірів травматичного стресу внаслідок загрози життю, втрати дому або близьких, що призводить до серйозних психічних розладів. Жінки з інвалідністю в цьому контексті зіштовхуються з подвійним навантаженням, оскільки наявні численні бар'єри у доступі до якісних перинатальних послуг.

Переосмислення системи охорони психічного здоров'я у контексті перинатальної допомоги ставить перед суспільством і фахівцями нові виклики та можливості. Існуюча система охорони психічного здоров'я, розроблена і функціонує на державному, регіональному та місцевому рівнях, надає підґрунтя для прийняття рішень у багатьох аспектах громадського здоров'я. Однак, специфіка перинатального періоду вимагає адаптації існуючих підходів та розроблення нових стратегій, що зможуть задовольнити унікальні потреби жінок на цьому важливому етапі їхнього життя.

Вказано на основні виклики в системі перинатальної допомоги: низька обізнаність суспільства про важливість психічного здоров'я, що спричиняє стигматизацію і відтермінування звернення за допомогою; недосконалість законодавства, яке не захищає належним чином права осіб з психічними розладами; відсутність комплексної системи профілактики та регулювання охорони перинатального психічного здоров'я; недостатній кадровий ресурс спеціалістів, готових надавати кваліфіковану допомогу; а також обмежене використання сучасних технологій у цій сфері.

Запропоновано для вирішення виявлених проблем ряд трансформаційних рішень, спрямованих на поліпшення доступу до психологічних послуг для вагітних жінок і породіль. Серед ключових кроків – розширення мережі базової психологічної підтримки, яка передбачає не тільки кількісне збільшення послуг, а й підвищення їх якості через професійне навчання фахівців. Важливим аспектом є інтеграція послуг психічного здоров'я у загальну систему охорони здоров'я, забезпечення доступності психологічної допомоги у первинній ланці медичної допомоги, а також створення спеціалізованих служб у територіальних громадах.

Визначені виклики та запропоновані шляхи їх подолання стали передумовами для впровадження інноваційної структурно-функціональної моделі "Перинатальний світ", що розширює рамки традиційної медичної допомоги. Вона має на меті охоплення комплексу послуг, які включають не лише медичну

допомогу, але й психологічний супровід та соціальну підтримку, що є критично важливим для адаптації та відновлення жінок в перинатальний період. Зокрема, акцент зроблено на потребах жінок з інвалідністю, чиї виклики стають ще більш актуальними в умовах війни.

Запропонована модель "Перинатальний світ" покликана створити інтегроване середовище, де кожна жінка, незалежно від її фізичних чи психологічних обмежень, має доступ до якісної та індивідуалізованої допомоги. Вона передбачає створення інклюзивних медичних просторів, обладнаних для задоволення специфічних потреб жінок з інвалідністю, розробку спеціалізованих програм психологічної підтримки, що враховують травматичний досвід війни, та налагодження ефективного соціального супроводу для сприяння їхній інтеграції та адаптації.

У центрі моделі – мультидисциплінарний підхід, який залучає фахівців різних профілів: акушерів, психологів, соціальних працівників, фізіотерапевтів, для створення повноцінної підтримки на всіх етапах перинатального періоду. Показано, що невід’ємною складовою є використання сучасних технологій для підвищення доступності та ефективності послуг, наприклад, телемедицина та електронні системи здоров'я для спрощення комунікації між пацієнтками та фахівцями.

Обґрунтовано: впровадження моделі “Перинатальний світ” потребує комплексних зусиль на державному рівні, включаючи законодавчі ініціативи для забезпечення прав та потреб жінок в перинатальний період, а також стратегічне планування та виділення ресурсів для створення інклюзивної, доступної та якісної системи перинатальної допомоги. Такий підхід не лише сприятиме поліпшенню стану перинатального психічного здоров'я в Україні, але й стане прикладом інтегративного підходу до охорони здоров'я, який може бути застосований у різних регіонах та країнах.

Беручи до уваги сучасні демографічні виклики та кризи, зокрема зниження народжуваності та старіння населення, ефективне управління системою перинатальної допомоги набуває особливого значення з огляду на економічний аспект, оскільки це безпосередньо впливає на майбутнє економічне зростання та стабільність суспільства. Тому аналіз критеріїв оцінки ефективності інструментів управління у цій сфері є дуже важливим для розуміння того, наскільки добре держава може задовольняти потреби своїх громадян і сприяти здоровому демографічному розвитку. Критерії оцінки ефективності, які охоплюють не тільки медичні, але й економічні та соціальні складові здоров'я населення, розділені на три рівні. Такий розподіл дозволяє окремо виміряти результативність Концепції, стратегії та моделі, спрямованих на покращення перинатальної допомоги. Отримані результати можуть слугувати обґрунтуванням подальших інвестицій у здоров'я матері та дитини, що, в свою чергу, впливатиме на демографічні показники розвитку країни.

З економічної точки зору, аналіз дозволяє оцінити, наскільки ефективно використовуються державні кошти. Через розгляд витрат на реалізацію Концепції та стратегії, а також через аналіз їхньої рентабельності можна визначити, чи призводять інвестиції до реального поліпшення у сфері перинатальної допомоги. З медичної точки зору, використання визначених критеріїв дозволяє слідкувати за покращенням показників здоров'я матерів та новонароджених. До прикладу, зниження показників смертності серед новонароджених та матерів може вказувати на успіх державних інтервенцій у розвиток перинатальної допомоги, що підвищує якість життя населення. Соціальні показники, такі як доступність послуг, інклюзивність та задоволеність пацієнтів, демонструють, наскільки ефективно система здоров'я реагує на потреби всіх верств населення, включаючи соціально вразливі групи. Це сприяє соціальній справедливості та зменшує нерівність у суспільстві.

Аналіз і оцінка критеріїв ефективності дозволяють державі визначити найбільш ефективні концепції та стратегії, а також надають засоби для їх постійного удосконалення у відповідь на умови і виклики, що часто змінюються в умовах демографічної кризи. Наслідком такого процесу є створення стійкої основи для розвитку адаптивної та ефективної системи охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ

Результати, отримані в процесі дослідження, дають підстави сформулювати такі висновки та пропозиції:

1. Проаналізовано теоретичні основи державного регулювання системи перинатальної допомоги. Аргументовано: проблематика недостатньої ефективності системи перинатальної допомоги в Україні має двосторонню суть, яка була виявлена завдяки всебічному та детальному аналізу з різних точок зору, включаючи аналіз практичних аспектів через призму теоретичних підходів та концепцій. З одного погляду, практичний аналіз вказує на фрагментарність заходів у сфері, що перешкоджає досягненню цілей державної політики та знижує загальну ефективність системи охорони здоров'я. З іншого, – науковий огляд підкреслює обмеженість існуючих досліджень, що ускладнює розробку обґрунтованих та ефективних стратегій. Це вказує на важливість використання більш інтегрованого підходу, який забезпечує координацію дій та ресурсів між різними науковими галузями для покращення перинатальної допомоги.

Сформульовано концепцію державного регулювання системи перинатальної допомоги в Україні, що виступає як стратегічний документ національного рівня та окреслює загальні рамки та візію розвитку перинатальної допомоги в контексті відновлення населення України. Ґрунтуючись на Концепції та розглядаючи план її реалізації на регіональному рівні, запропоновано полісекторальну стратегію, а також розглянуто можливості її імплементації в практику публічного управління. В межах цієї Стратегії сфокусовано увагу на конкретних механізмах та інструментах, удосконалення яких в сукупності сприятиме досягненню конкретних цілей. Взаємозв'язок між Концепцією та полісекторальною стратегією державного регулювання полягає у їх спільній меті – створенні ефективної, доступної та якісної системи перинатальної допомоги. Обидва управлінських інструменти вимагають активної участі, відкритості до інновацій і готовності до

неперервного аналізу з боку усіх суб'єктів державного регулювання для оцінки ефективності заходів. Ключовою умовою для досягнення стратегічних цілей та покращення перинатальної допомоги в Україні є злагоджена координація дій різних секторів.

Встановлено: уніфікація понятійного апарату сприяє оптимізації комунікації між учасниками системи охорони здоров'я та підвищенню ефективності процесів прийняття рішень. В рамках розробки концепції було введено нові терміни, що забезпечують глибший аналітичний інструментарій для розуміння ключових процесів у сфері перинатальної допомоги. Серед введених понять виділяються: 'інтегрована перинатальна допомога', "інклюзивні перинатальні послуги", "перинатальне психічне здоров'я". Ці поняття відіграють важливу роль у точному визначенні потреб цільових груп та розробці ефективніших стратегій імплементації змін.

2. Виокремлено кращі практики міжнародного досвіду в контексті регулювання суспільних відносин в медичній галузі та можливості їх адаптації для розбудови системи перинатальної допомоги в Україні. Виявлено значну розмаїтість підходів до перинатальної допомоги у різних країнах, включаючи Австрію, Бельгію, Італію, Нідерланди, Німеччину, Польщу, Португалію, Словенію, США, Францію, Чехію, Швецію, країни Африки на південь від Сахари та країни Центральної та Південної Азії. Ця розмаїтість проявляється у відмінностях законодавчих норм, організаційних моделей, методів фінансування, стандартів якості та доступності медичних послуг, що забезпечує широкий спектр можливостей для впровадження перевірених рішень у вітчизняну практику. Аналіз відібраних стратегій регулювання системи перинатальної допомоги показав, що відмінності в підходах не тільки впливають із різниці в людських та матеріальних ресурсах, але й залежать від політичних стратегій, що країни використовують для реформування цієї сфери. Врахування цих відмінностей є критично важливим для адаптації міжнародних практик з метою вдосконалення

системи перинатальної допомоги в Україні. Такий підхід дозволяє не тільки вибрати ефективні стратегії, але й адаптувати їх до місцевих умов, враховуючи специфічні соціально-економічні та політичні реалії.

З'ясовано: у 2015 році було здійснено значний прогрес у напрямку стандартизації заходів через розробку стратегічних регуляторних документів, орієнтованих на реалізацію Цілей сталого розвитку, запланованих до виконання до 2030 року. Цей процес сприяв ініціації імплементації відповідних стандартів на національному рівні, що охоплює низку країн. Впровадження цих стандартів забезпечує координовану дію у контексті глобальних стратегічних напрямків, відображаючи міжнародні зобов'язання у національних політиках.

В європейському регіоні фіксується тенденція уніфікації стандартів та методик у сфері перинатальної допомоги, причому ключовим аспектом є імплементація програм регіоналізації. Ці програми направлені на оптимізацію розподілу ресурсів та покращення доступності високоякісних медичних послуг для різних верств населення з врахування особливих потреб. У контексті глобальних парадигм охорони здоров'я, аналіз підкреслює значення інтегральних та ціннісно-орієнтованих підходів, які лежать в основі розвитку національних систем. Інтеграція таких підходів у систему перинатальної допомоги може значно підвищити адаптивність української системи до викликів, пов'язаних із надзвичайними ситуаціями та кризами. Така комплексна тактика не тільки сприятиме підвищенню якості медичних послуг, але й забезпечить тривалу стійкість системи та сприяння стабільному демографічному відновленню

Детальний аналіз показників моніторингу стану перинатальної допомоги та змін у її регулюванні, а також можливостей для адаптації міжнародних стандартів та практик в Україні, виявив суттєві прогалини у взаємодії України з міжнародною спільнотою щодо розробки та впровадження доказової політики у сфері перинатальної допомоги. Це вказує на критичну необхідність зосередити зусилля на підвищенні якості послуг, наданих матерям та новонародженим, навіть

у складних умовах воєнного стану. Основними викликами є потреба в систематичному зборі даних і вдосконаленні нормативного регулювання, що сприятиме покращенню міжсекторальної взаємодії та може розв'язати існуючі інституційні, ресурсні та організаційні проблеми.

3. Визначено критерії оцінки ефективності існуючих механізмів державного регулювання системи перинатальної допомоги. З метою аналізу ефективності цих механізмів виконано порівняльний аналіз, використовуючи як еталон кращі міжнародні практики. Аналіз базувався на інтегрованому підході, який включав оцінку специфічних критеріїв ефективності для кожного з механізмів, таких як нормативно-правовий, організаційно-інституційний, кадровий, інформаційний, координаційний та фінансовий. Отримані результати дозволяють стверджувати:

– *нормативно-правовий механізм* – у контексті поточних викликів і потреб країна стикається з відсутністю чіткої концепції та стратегії, яка б враховувала важливі аспекти демографічного розвитку. Це створює певні ризики і стримує потенціал національного зростання. Основними критеріями оцінки ефективності цього механізму є: відповідність міжнародним стандартам, гнучкість, доступність якісних медичних послуг, залучення зацікавлених сторін, здатність підвищити народжуваність, а також моніторинг та оцінка впроваджених політик. Наявність чітких критеріїв дозволяє не тільки оцінювати поточний стан перинатальної допомоги, але й планувати майбутні дії для її покращення. Щоб подолати існуючі виклики та покращити стан перинатальної допомоги в Україні, необхідно передовсім приділити особливу увагу розробці та впровадженню комплексної державної стратегії, що включатиме розробку і впровадження інноваційних рішень, спрямованих на підвищення народжуваності та зміцнення здоров'я нації, особливо в умовах, коли країна переживає демографічні та соціальні виклики.

– *організаційно-інституційний механізм* – є центральним аспектом цього процесу, який має на меті не лише оптимізацію існуючих процедур, але й

забезпечення доступу до кваліфікованої перинатальної допомоги на різних рівнях. Значення цього механізму в державному регулюванні вбачається у його здатності інтегрувати різні аспекти медичного обслуговування, включаючи регіоналізацію перинатальних послуг, яка дозволяє адаптувати медичні стандарти до потреб різних регіонів країни. Основні критерії ефективності цього механізму: стандартизація та уніфікація процесів, що дозволяє забезпечити високу якість та безпеку медичного обслуговування; здатність до адаптації та масштабування, тобто оцінювання спроможності системи адаптуватися до регіональних особливостей та масштабувати успішні практики з одного регіону в інший, забезпечуючи тим самим гнучкість та відповідність місцевим потребам; інтегрованість послуг, коли перинатальна допомога вбудована в ширший контекст здоров'я матері та дитини, забезпечуючи неперервність та комплексність допомоги, що охоплює весь період від вагітності до післяпологової підтримки; координація між різними рівнями допомоги, зокрема наявність чіткої координації між різними рівнями надання медичної допомоги.

– *кадровий механізм* – на тлі воєнних дій та соціальних викликів, що стоять перед Україною, стає особливо актуальним питання інтеграції соціальних працівників та психологів у систему перинатальної допомоги. Це не лише збільшує кількість кадрів, але й значно розширює спектр доступних компетенцій, забезпечуючи комплексний підхід до обслуговування вагітних жінок, молодих батьків та їхніх сімей. Основні критерії ефективності кадрового механізму включають: рівень інтеграції спеціалістів з різноманітними компетенціями, що може бути оцінено через здатність інтегрувати не тільки акушерів-гінекологів, але й психологів, соціальних працівників, які забезпечують комплексну підтримку вагітним жінкам і молодим сім'ям, особливо в умовах кризи; рівень міжсекторальної співпраці, зокрема залучення фахівців із недержавного сектору та розвиток співпраці між різними організаціями, які працюють в охороні здоров'я, соціальному захисті та освіті, сприяють створенню інтегрованої системи

допомоги; рівень підтримки психоемоційного благополуччя, що передбачає оцінку спроможності системи забезпечувати психоемоційну підтримку.

– *інформаційний механізм* – є інструментом для ефективного управління та впровадження інновацій в системі перинатальної допомоги, що сприяє підвищенню обізнаності пацієнтів, покращенню доступності послуг та оптимізації медичних процесів через інтеграцію сучасних технологій, таких як електронні медичні записи, телемедицина та дистанційний моніторинг. Критерії ефективності цього механізму: інтегрованість системи, що визначає ступінь інтеграції цифрових медичних записів між різними медичними закладами та спеціалістами як показник ефективності; доступність послуг, зокрема оцінка легкості доступу вагітних жінок та їх сімей до медичної інформації та телемедичних послуг; покращення медичної грамотності, а саме здатність інформаційних кампаній та освітніх програм збільшувати рівень знань та розуміння медичних питань серед вагітних жінок і молодих батьків; своєчасність виявлення та втручання, що визначається здатністю системи своєчасно виявляти та реагувати на потенційні ускладнення вагітності за допомогою інтегрованих технологій моніторингу та дистанційного діагностування; ефективність психологічної підтримки, або доступність та якість психологічної підтримки, наданої через телемедичні ресурси, що особливо важливо в умовах війни.

– *координаційний механізм* є інструментом для забезпечення ефективного функціонування та взаємодії між різними секторами охорони здоров'я, де особлива увага приділяється управлінським заходам та міжгалузевій співпраці. Критерії оцінки ефективності: 1) управлінські заходи: оцінка ступеня взаємодії та синхронізації між різними рівнями управління, включаючи місцеві, регіональні та національні управлінські органи; наявність і якість розроблених та впроваджених політик і стандартів, спрямованих на покращення якості та доступності перинатальної допомоги; регулярність та якість моніторингу ефективності управлінських заходів; 2) міжгалузева співпраця: рівень співпраці та координації з

соціальними службами для забезпечення комплексного підходу до підтримки вагітних жінок і новонароджених; рівень співпраці з освітніми установами, спрямованих на підвищення обізнаності про важливість медичних обстежень, вакцинації та грудного вигодовування; 3) вплив і результативність співпраці з громадськими організаціями у реалізації програм підтримки.

– *Фінансовий механізм* є інструментом у забезпеченні стійкості та економічної ефективності надання медичних послуг. Критерії оцінки його ефективності: 1) ефективність фінансування та бюджетування: планування бюджету (ступінь детальності та обґрунтованості бюджету програм перинатальної допомоги); розподіл фінансових ресурсів між різними рівнями медичних закладів та програмами; 2) фінансовий моніторинг та контроль: регулярність і ефективність контролю за використанням фінансових ресурсів; частота та якість проведених фінансових аудитів та підготовлених звітів; 3) фінансова підтримка пацієнтів: рівень доступності та кількість наданих субсидій і грантів для вагітних жінок і сімей з новонародженими; охоплення населення медичним страхуванням та ефективність страхових програм у покритті витрат на перинатальну допомогу.

4. Досліджено існуючу систему перинатальної допомоги в Україні, що становить критичний сегмент охорони здоров'я України в умовах демографічної кризи та проведення комплексних реформ. Встановлено: система перинатальної допомоги в Україні зіткнулася з рядом серйозних викликів, які потребують уваги та вдосконалення. Аналізуючи сильні та слабкі сторони системи, а також можливості та загрози, можна виявити основні напрямки для поліпшення та стабілізації

– Система перинатальної допомоги в Україні характеризується кількома ключовими сильними сторонами, які сприяють її ефективності. По-перше, Україна має велику кількість досвідчених медичних працівників, які забезпечують високий рівень медичної допомоги. По-друге, широка мережа медичних установ дозволяє надавати перинатальні послуги по всій країні,

що забезпечує доступність цих послуг для широкого кола населення. Потрете, державна підтримка через програми та ініціативи сприяє підтримці матерів та новонароджених, покращуючи їхній добробут.

- Проте, система також має декілька значущих слабких сторін, що потребують уваги та реформ. Висока материнська та неонатальна смертність в Україні є серйозними показниками, які вимагають невідкладних дій. Недостатній доступ до сучасних медичних технологій та обмежені можливості для допоміжних репродуктивних технологій також підкреслюють проблеми з інфраструктурою та фінансуванням. Крім того, проблеми з грудним вигодовуванням та неонатальним скринінгом вказують на недостатню освіту та підтримку для матерів.
- З іншого погляду, система має значні можливості для розвитку та покращення. Інтеграція новітніх технологій, таких як електронні медичні записи та телемедицина, може значно підвищити ефективність та якість перинатальної допомоги. Міжнародне співробітництво може принести нові технології та інвестиції, підвищуючи доступність сучасних медичних послуг. Освітні програми для підвищення медичної грамотності також мають великий потенціал для зниження ускладнень та смертності.
- Тим не менш, система стикається з рядом загроз, що можуть підірвати її стійкість та ефективність. Соціально-економічна нестабільність та військовий конфлікт створюють значні перешкоди для фінансування та доступності медичних послуг. Застаріла медична інфраструктура та зниження довіри населення до системи охорони здоров'я також є серйозними викликами, що потребують негайного вирішення.

5. Проведено емпіричні дослідження для ідентифікації проблемних аспектів функціонування системи перинатальної допомоги та виявлення можливостей для їх мінімізації. Опитування, проведене з метою аналізу ефективності надання послуг вагітним та породіллям в умовах пандемії covid-19,

може стати вагомим інструментом для прийняття управлінських рішень, а також знайти застосування у воєнний час в Україні. Таке дослідження дозволило зібрати важливі дані безпосередньо від осіб, які отримували медичні послуги, тим самим ідентифікувати сильні сторони, слабкі місця та потенційні напрямки покращення функціонування системи охорони здоров'я на місцевому рівні.

За допомогою опитування виявлено конкретні проблеми та недоліки в системі надання медичної допомоги вагітним та породіллям, зокрема:

- *Доступність послуг*: респонденти зазначили складнощі з доступом до медичних послуг, особливо в умовах пандемії та воєнних дій, коли багато медичних закладів були перепрофільовані або закриті. Це значно ускладнювало доступ до необхідної медичної допомоги вагітним жінкам, особливо у віддалених регіонах;
- *Якість обслуговування*: обмеження партнерських пологів (через карантинні заходи було обмежено або повністю заборонено практику партнерських пологів, що зменшувало емоційну підтримку породіллям і негативно впливало на їх психологічний стан. Партнерські пологи є важливим аспектом для забезпечення психологічного комфорту породіллям, а їх відсутність може призводити до підвищення рівня стресу та тривоги) та відсутність адекватної психоемоційної підтримки вагітним жінкам та породіллям, що ускладнювало процес адаптації до нових умов та сприяла збільшенню стресових ситуацій;
- *Ефективність комунікації*: недостатня інформованість про вакцинацію вагітних, вагітні жінки часто стикалися з низьким рівнем обізнаності про безпечність та ефективність вакцинації від covid-19, що призводило до нерішучості щодо вакцинації; низька довіра до медичних працівників, що призводило до пошуку інформації з інших джерел, зокрема інтернету, де часто поширювалася недостовірною або неперевіреною інформацією. Це створювало ризик прийняття неправильних рішень щодо медичного

догляду; проблеми зі зворотним зв'язком (відсутність ефективної комунікації між пацієнтами та медичними працівниками ускладнювала процес прийняття рішень та своєчасне виявлення ускладнень.

Пандемія covid-19 виявила слабкі місця у логістичних та інфраструктурних аспектах системи охорони здоров'я. У воєнний час, коли частина медичної інфраструктури може бути пошкоджена або недоступна, досвід організації мобільних медичних пунктів, використання мобільних додатків для моніторингу стану здоров'я та організація дистанційного медичного консультування стає незамінним.

Встановлено: емпіричний досвід, отриманий під час реагування на пандемію covid-19, особливо в контексті розробки та впровадження полісекторальної стратегії, є цінним ресурсом для адаптації та зміцнення національної системи охорони здоров'я у відповідь на військові виклики. Воєнний стан вимагає від системи охорони здоров'я виняткової мобільності, гнучкості та резиліентності. Досвід функціонування системи перинатальної допомоги під час пандемії демонструє значення інтеграції ресурсів між різними секторами – медичним, соціальним, освітнім – для ефективного реагування на кризові ситуації. У воєнний час це може бути використано для забезпечення неперервності медичного обслуговування, психологічної підтримки та соціального забезпечення постраждалих та внутрішньо переміщених осіб.

6. Обґрунтовано полісекторальну стратегію державного регулювання системи перинатальної допомоги, щоб забезпечити її ефективну адаптацію до мінливих соціально-економічних умов. Ця Стратегія є не просто новаторською тактикою до організації медичного обслуговування, – це необхідність, диктована сучасними викликами глобалізації, демографічними змінами, а також зростаючими вимогами до якості та доступності медичних послуг. В основі цієї моделі лежить ідея інтеграції ресурсів та зусиль різних секторів суспільства –

охорони здоров'я, освіти, соціального захисту та економіки – для створення єдиної, ефективної системи допомоги вагітним жінкам та породіллям.

Зв'язок між такими питаннями, як материнська та дитяча смертність, онкологічні захворювання у жінок, практики грудного вигодовування, неонатальний скринінг та використання допоміжних репродуктивних технологій, може спершу не видаватися очевидним. Проте саме комплексний підхід до їх аналізу та вирішення у рамках полісекторальної стратегії відкриває шлях до створення ефективної системи медичного обслуговування. Інтеграція цих аспектів дозволяє виявити та усунути прогалини в наданні медичних послуг, підвищити якість і доступність медичної допомоги, а також забезпечити більш цілісний підхід до охорони здоров'я матері та дитини. Такий підхід сприяє не лише зниженню рівня материнської та дитячої смертності, але й покращенню загального здоров'я населення, підвищенню ефективності профілактичних заходів та використання сучасних медичних технологій. Цей підхід дозволяє розглядати здоров'я жінок і дітей у ширшому контексті соціальних, економічних і екологічних факторів, забезпечуючи комплексний вплив на детермінанти здоров'я.

Зниження рівнів материнської та неонатальної смертності є одним з основних показників ефективності системи охорони здоров'я країни. Інтеграція ефективних стратегій скринінгу, профілактики та втручань у полісекторальну стратегію може забезпечити жінкам під час вагітності та новонародженим доступ до високоякісних медичних послуг, тим самим значно знижуючи ризики для їх здоров'я.

Інтеграція онкопрофілактики та раннього виявлення онкологічних захворювань у контексті перинатальної допомоги є критично важливою. Полісекторальна стратегія може сприяти забезпеченню доступу до регулярних обстежень та скринінгів для вагітних жінок, а також покращенню координації між

акушерами-гінекологами та онкологами з метою раннього діагностування та лікування.

Просвітницькі програми та підтримка грудного вигодовування є ключовими для забезпечення оптимального харчування новонароджених та сприяння здоровому розвитку дитини. Полісекторальна стратегія може включати розробку та впровадження національних програм з підтримки грудного вигодовування, співпрацю з громадськими організаціями та освітніми інституціями.

Розширення програм неонатального скринінгу для раннього виявлення та втручання у випадку генетичних та метаболічних розладів є важливим елементом покращення результатів для новонароджених. Полісекторальна стратегія дозволяє оптимізувати логістику та фінансування цих програм, забезпечуючи їх доступність і ефективність.

Інтеграція послуг з допоміжних репродуктивних технологій у загальну систему охорони здоров'я може сприяти реалізації права пар на лікування безпліддя. Полісекторальна стратегія може забезпечити координацію між спеціалізованими центрами, первинною медичною допомогою та страховими компаніями для забезпечення кращого доступу до цих послуг.

Таким чином, впровадження полісекторальної стратегії у сфері перинатальної допомоги дозволяє створити комплексну систему медичного обслуговування, яка включає профілактику, раннє виявлення та лікування, а також забезпечує високий рівень медичних послуг для матерів та новонароджених. Відтак для успішної реалізації полісекторальної стратегії важливим стає вироблення ефективних механізмів її інтеграції у систему охорони здоров'я. Це вимагає: *розроблення міжсекторальних програм* (важливо створити програми, що об'єднують зусилля міністерств охорони здоров'я, освіти, соціального захисту, фінансів та інших відомств, спрямовані на поліпшення перинатального здоров'я); *залучення громадськості та приватного сектору* (ефективність полісекторальної стратегії значною мірою залежить від участі громадськості та можливостей

приватного сектору, зокрема через фінансову та інноваційну підтримку); *моніторинг та оцінка* (впровадження системи моніторингу та оцінки для відстеження ефективності полісекторальних програм є ключовим для їх постійного удосконалення).

7. Сформовано методологію інформаційної трансформації системи перинатальної допомоги для підвищення її гнучкості, в основі якої є структурно-функціональна модель “Перинатального світу”, що втілює інтегративний підхід до надання медичних та супутніх послуг. Вона передбачає створення єдиної системи, яка поєднує в собі наступні компоненти: 1. *Медичні послуги* (основу системи складають високоякісні медичні послуги, що охоплюють весь спектр перинатальної допомоги – від планування вагітності до післяпологового спостереження за станом здоров’я матері та дитини); 2. *Інклюзивні послуги для жінок з інвалідністю* (забезпечення доступності та адаптації медичних послуг для вагітних жінок з особливими потребами, враховуючи необхідність створення безбар’єрного середовища та надання спеціалізованої допомоги); 3. *Соціальний супровід* (інтеграція соціальних послуг, зокрема консультування щодо соціальних виплат, допомоги у догляді за дитиною, підтримки сімей у складних життєвих обставинах); 4. *Психологічна допомога* (включення психологічної підтримки та консультування як необхідної складової перинатальної допомоги, спрямованої на зменшення рівня стресу, підвищення адаптивності та психологічної стійкості вагітних жінок та породілля); 5. *Психосоціальний супровід* (створення програм психосоціальної реабілітації та адаптації для матерів, зокрема в рамках підтримки після втрати або при народженні дитини з особливими потребами).

Для інтеграція такої багатовимірної моделі в існуючу систему охорони здоров’я необхідно вжити низку заходів: розробку законодавчої та нормативної бази, що визначатиме принципи та механізми функціонування інтегрованої системи перинатальної допомоги; створення механізмів ефективної взаємодії між медичними установами, соціальними службами, освітніми інституціями та

організаціями громадського здоров'я; розробку та впровадження освітніх програм для медичних та соціальних працівників, а також інформаційно-просвітницьких кампаній для населення; впровадження системи моніторингу та оцінки ефективності функціонування інтегрованої моделі, що дозволить своєчасно коригувати та оптимізувати її роботу.

Структурно-функціональна модель “Перинатального світу” є новаторською методикою організації системи перинатальної допомоги, здатною адаптуватися до соціально-економічних умов та викликів, що часто змінюються, та відповідати на комплексні потреби жінок у період вагітності та материнства. Запровадження та ефективне функціонування цієї моделі перебуває в прямій залежності від змін на інституційному рівні та активної взаємодії всіх учасників процесу – від медичних працівників до представників громадськості, тобто потребує згуртованості зусиль, спрямованих на створення ефективної, інклюзивної та стійкої системи перинатальної допомоги, здатної забезпечити високий рівень догляду за майбутніми поколіннями.

8. Сформульовано практичні рекомендації для суб'єктів державного регулювання системи перинатальної допомоги щодо ефективного впровадження полісекторальної стратегії в практичну діяльність на засадах активної участі всіх зацікавлених сторін на різних рівнях публічного управління. Ключові рекомендації для суб'єктів державного регулювання:

- Розробити міжгалузеву стратегію, яка б об'єднала зусилля міністерств охорони здоров'я, освіти, соціального захисту, економіки та інших зацікавлених відомств та містила чіткі цілі, завдання, показники ефективності та механізми координації.
- Забезпечити інтеграцію фінансових, людських та інформаційних ресурсів між різними секторами, що передбачає не тільки спільне фінансування програм, але й обмін знаннями, досвідом та інформацією між зацікавленими сторонами.

- Створити спеціальні координаційні структури на національному та місцевому рівнях, що відповідатимуть за планування, впровадження, моніторинг та оцінку інтегрованих програм.
- Забезпечити підвищення професійної компетентності фахівців, які працюють у системі перинатальної допомоги, з питань міжсекторальної взаємодії, новітніх медичних та соціальних технологій.
- Використовувати інноваційні технології, такі як телемедицина, мобільні додатки для моніторингу здоров'я вагітних, електронні медичні записи тощо.
- Залучати громадськість та приватний сектор до розробки та реалізації програм перинатальної допомоги дозволить розширити ресурсну базу, впровадити інновації та підвищити відповідальність усіх учасників процесу.
- Забезпечити моніторинг та оцінку результатів реалізації полісекторальної методології, що допоможуть виявити ефективність програм, визначити проблемні зони та внести необхідні корективи для покращення системи перинатальної допомоги.

Кабінет Міністрів України як центральний орган, є відповідальним за координацію та впровадження полісекторальних заходів на національному рівні. Це означає розробку і прийняття національних стратегій та програм, а також забезпечення міжсекторальної взаємодії між міністерствами та відомствами, відповідного фінансування ініціатив та залучення додаткових ресурсів, у тому числі міжнародної допомоги.

Міністерство охорони здоров'я як ключовий суб'єкт, безпосередньо залучений в розробку і реалізацію політик та програм, спрямованих на покращення перинатальної допомоги, ініціює оновлення клінічних протоколів, підвищення кваліфікації медичного персоналу, впровадження інновацій та технологій у сфері перинатальної допомоги, а також моніторинг і оцінку ефективності наданих послуг.

Національна служба здоров'я України, як центральний орган, відповідальний за фінансування медичних послуг в рамках програми медичних гарантій, дбає про фінансове забезпечення ініціатив полісекторальної стратегії: виділення коштів на інноваційні програми скринінгу, підтримку інклюзивних послуг для жінок з особливими потребами, а також фінансування програм психологічної підтримки та соціального супроводу вагітних та породілля.

Міністерство соціальної політики є відповідальним за соціальний супровід вагітних жінок та породілля, включаючи питання матеріальної підтримки та доступу до соціальних послуг.

Міністерство освіти та науки опікується питаннями освіти та підвищення обізнаності в суспільстві щодо здорового способу життя, включаючи питання планування сім'ї, грудного вигодовування та профілактики захворювань.

Місцеві органи влади покликані активно долучатися до процесу впровадження полісекторальних заходів на регіональному та місцевому рівнях, адаптуючи національні програми до місцевих умов та потреб, включно із створенням місцевих координаційних центрів, забезпеченням взаємодії між медичними установами, соціальними службами та громадськими організаціями.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аксьонова, С. Ю. (2019). Взаємозв'язки середнього віку матері при народженні дитини і рівня народжуваності. *Демографія та соціальна економіка*, 2(36), 23–38. Взято з: <http://dx.doi.org/10.15407/dse2019.02.023>
2. *Аналіз законодавства й політики у сфері психічного здоров'я в Україні*. (2021). Взято з: <https://www.mh4u.in.ua/wp-content/uploads/2021/01/mh4u-mh-law-analysis-report-21122020-with-annexes.pdf>
3. Аналітичний портал “Слово і діло”. (2023). *52 мільйони не буде: які прогнози щодо скорочення чисельності населення України*. Взято з: <https://www.slovoidilo.ua/2023/09/29/infografika/suspilstvo/52-miljony-ne-bude-yaki-prohnozy-shhodo-skorochennya-chyselnosti-naselennya-ukrayiny>
4. Аналітичний центр “ЮрФем”. (2021). *Огляд законодавчого регулювання оплати праці жінок, які працюють в медичній сфері, під час карантину*. Взято з: <https://jurfem.com.ua/oplata-praci-zhinok-z-medychnoi-sfery-pid-chas-karantynu/>
5. Андреасян, Г. (2023). Медицина під час війни: з якими викликами стикнулася медична система. *CEO Дос.ua*. Взято з: <https://mind.ua/openmind/20255116-medicina-pid-chas-vijni-z-yakimi-viklikami-stiknulasya-medichna-sistema>.
6. Бабаджан, В. Д., Бакуменко, Н. С., & Кадикова, О. І. (2020). *Методологія наукових досліджень в медицині: навчальний посібник*. Харків: ХНМУ, 2020.
7. Білоус, І. В. (2011). Державне регулювання реорганізації системи безпечного материнства на місцевому рівні в Україні. *Державне управління: удосконалення та розвиток*, 12. Взято з: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=372>
8. Богомазова, В. М. (2020). *Аналіз перспективних світових наукових та технологічних напрямів досліджень за Ціллю сталого розвитку № 3 “Міцне*

здоров'я і благополуччя” з використанням інструментів платформ “Web of Science” та “Derwent Innovation” : науково-аналітична записка. Київ: УкрІНТЕІ.

9. Бондаренко, С. М., & Бугас, Н. В. (2021). Соціальна політика держави як основа забезпечення соціального розвитку. *Державне управління: удосконалення та розвиток*, 2. Взято з:

http://www.dy.nauka.com.ua/pdf/2_2021/42.pdf

10. Бородін, Є., & Моїсеєва, Л. (2022). Охорона громадського здоров'я як об'єкт державного управління. Державна політика у сфері боротьби з туберкульозом: світовий досвід. *Аспекти публічного управління*, 10(4), 13–22. Взято з: <https://doi.org/10.15421/152222>

11. Борщ, В. І. (2020). Сучасна парадигма державного регулювання системи управління у сфері охорони здоров'я. *Управління закладами охорони здоров'я*: монографія. Херсон: Олди-плюс, 51–76. Взято з:

<http://baltijapublishing.lv/omp/index.php/bp/catalog/download/90/2273/4905-1?inline=1>

12. Верховна Рада України. (1991). *Постанова № 789-XII. 27.02.1991 “Конвенція про права дитини”*. Взято з: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021#Text

13. Верховна Рада України. (1992). *Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-XII “Основи законодавства України про охорону здоров'я”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

14. Верховна Рада України. (1995). *Пекінська декларація прийнята на четвертій Всесвітній конференції зі становища жінок. Декларація № 995_507. 15.09.1995*. Взято з: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_507#Text.

15. Верховна Рада України. (1996). *Європейська конвенція про здійснення прав дітей 1996 року*. Взято з: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_135#Text

16. Верховна Рада України. (1997). *Закон України від 21 травня 1997 року № 280/97-ВР “Про місцеве самоврядування в Україні”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80#Text>

17. Верховна Рада України. (1999). *Закон України від 9 квітня 1999 року № 586-XIV “Про місцеві державні адміністрації”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/586-14#Text>
18. Верховна Рада України. (2000а). *Закон України від 22 лютого 2000 року № 1489-III “Про психіатричну допомогу”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text>
19. Верховна Рада України. (2000б). *Закон України від 23 березня 2000 року № 1602-III “Про державне прогнозування та розроблення програм економічного і соціального розвитку України”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1602-14#Text>
20. Верховна Рада України. (2000с). *Закон України від 6 квітня 2000 р. № 1645-III “Про захист населення від інфекційних хвороб”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#top>
21. Верховна Рада України. (2000d). *Указ Президента України від 7 грудня 2000 р. №1313/2000 “Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000#top>
22. Верховна Рада України. (2000е). *Указ Президента України від 8 серпня 2000 року №963/2000 “Про додаткові заходи щодо поліпшення медичної допомоги населенню України”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/963/2000#top>
23. Верховна Рада України. (2001). *Рекомендація Rec(2001) 19 Комітету міністрів Ради Європи, ухвалена Комітетом міністрів на 776-му засіданні заступників міністрів від 6 грудня 2001 р. “Про участь громадян у місцевому публічному житті”*. Взято з: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_739#Text
24. Верховна Рада України. (2003). *Конвенція про контакт з дітьми 15.05.2003 р.* Взято з: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_659#Text

25. Верховна Рада України. (2004). *Закон України від 18 березня 2004 року № 1621-IV “Про державні цільові програми”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1621-15#Text>

26. Верховна Рада України. (2005а). *Конвенція Ради Європи про заходи щодо протидії торгівлі людьми 16.05.2005 р.* Взято з: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_858#Text

27. Верховна Рада України. (2005b). *Постанова від 22 вересня 2005 року № 2894-IV “Про Рекомендації парламентських слухань “Забезпечення прав дітей в Україні. Охорона материнства та дитинства”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2894-IV#Text>

28. Верховна Рада України. (2005с). *Указ Президента України від 6 грудня 2005 року № 1694/2005 “Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1694/2005#Text>

29. Верховна Рада України. (2010). *Бюджетний кодекс України від 8 липня 2010 року № 2456-VI*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17#Text>

30. Верховна Рада України. (2011а). *Закон України від 07.07.2011 № 3612-VI “Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3612-17#Text>

31. Верховна Рада України. (2011b). *Закон України від 07.07.2011 №3611-VI “Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3611-17#top>

32. Верховна Рада України. (2012). *Закон України від 05 липня 2012 року №5081-VI “Про екстрену медичну допомогу”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#Text>

33. Верховна Рада України. (2015a). *Закон України від 5 лютого 2015 року № 157-VIII “Про добровільне об’єднання територіальних громад”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/157-19#Text>

34. Верховна Рада України. (2015b). *Закон України від 5 лютого 2015 року № 156-VIII “Про засади державної регіональної політики”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/156-19#Text>

35. Верховна Рада України. (2017a). *Закон України від 14 листопада 2017 року № 2205-VIII “Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо надання психіатричної допомоги”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2205-19#Text>

36. Верховна Рада України. (2017b). *Закон України від 14 листопада 2017 року № 2204-VIII “Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров’я щодо окремих питань захисту прав громадян у сфері охорони здоров’я”*. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2204-19#Text>

37. Верховна Рада України. (2017c). *Закон України від 14 листопада 2017 року № 2206-VIII “Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text>

38. Верховна Рада України. (2017d). *Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>

39. Верховна Рада України. (2019). *Закон України від 20 грудня 2019 року № 421-IX “Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо невідкладних заходів у сфері охорони здоров’я”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/421-20#Text>

40. Верховна Рада України. (2020a). *Закон України від 13 квітня 2020 року № 555-IX “Про внесення змін до Закону України “Про захист населення від*

інфекційних хвороб” щодо запобігання поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19)”. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/555-20#Text>

41. Верховна Рада України. (2020b). Закон України від 17 березня 2020 року № 531-IX *“Про внесення змін до деяких законів України, спрямованих на підвищення доступності лікарських засобів, медичних виробів та допоміжних засобів до них, які закупаються особою, уповноваженою на здійснення закупівель у сфері охорони здоров’я”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/531-20#Text>

42. Верховна Рада України. (2020c). Закон України від 17 березня 2020 року № 530-IX *“Про внесення змін до деяких законодавчих актів України, спрямованих на запобігання виникненню і поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19)”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/530-20#Text>

43. Верховна Рада України. (2020d). Закон України від 4 грудня 2020 року № 1075-IX *“Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення профілактики коронавірусної хвороби (COVID-19)”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1075-20#Text>

44. Верховна Рада України. (2020e). Закон України від 7 травня 2020 року № 587-IX *“Про внесення змін до деяких законодавчих актів України з метою підвищення спроможності системи охорони здоров’я України протидіяти поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19)”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/587-20#Text>

45. Верховна рада України. (2021a). *Загальна декларація прав людини. 1948. Декларація № 995_015. 1948 Грудня 10.* Взято з: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_015

46. Верховна Рада України. (2021b). Закон України від 15 грудня 2021 року № 1962-IX *“Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо вдосконалення системи управління сферою охорони здоров’я та забезпечення*

- медичного обслуговування населення*". Взято з:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1962-20#Text>
47. Верховна Рада України. (2021с). *Закон України від 26 квітня 2001 р. № 2402-III "Про охорону дитинства"*. Взято з:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2402-14#top>
48. Верховна Рада України. (2022а). *Закон України від 1 липня 2022 року № 2347-IX "Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги"*. Взято з:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#top>
49. Верховна Рада України. (2022b). *Закон України від 28 липня 2022 року № 2469-IX "Про лікарські засоби"*. Взято з:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2469-20#Text>
50. Верховна Рада України. (2022с). *Закон України від 6 вересня 2022 року № 2573-IX "Про систему громадського здоров'я"*. Взято з:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#top>
51. Верховна Рада України. (2022d). *Наказ від 17.03.2022 № 496 "Деякі питання надання первинної медичної допомоги в умовах воєнного стану"*. Взято з:
<https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0496282-22#Text>
52. ВООЗ. Європейський регіон. (2022). *Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров'я в Україні*. Копенгаген.
53. Гасюк, І. Л. (2010). Підходи до дослідження системи державного управління розвитком фізичної культури і спорту. *Державне управління і місцеве самоврядування*, 4(7), 164–176.
54. Гірник, К. (2023). Соціологи підрахували кількість населення в Україні: цифри невтішні. *УНІАН: інформаційне агентство*. Взято з:
<https://www.unian.ua/society/skilki-lyudey-zaraz-zhive-v-ukrajini-sociologi-vrazilii-ciframi-12282729.html>

55. Гладун, З. С. (2000). *Державне управління в галузі охорони здоров'я*. Тернопіль: Академкнига, 2000.
56. Гладун, О. М., Аксьонова, С. Ю., Гаврилюк, О. К., Гнатюк, Т. О., Крімер, Б. О., Курило, І. О. ... & Шевчук, П. Є. (2020). *Населення України. Демографічні тенденції в Україні у 2002–2019 рр.*: колективна монографія. Київ.
57. Гойда, Н. Г., Моїсеєнко, Р. О., & Щербінська, О. С. (2016). Основні стратегії охорони материнства і дитинства в Україні та шляхи їх реалізації. *Сучасні медичні технології*, 29(2), 102–105.
58. Городенко, Л. М. (2014). Контексти виникнення мережевої комунікації. *Актуальні питання масової комунікації*, 16, 16–25.
59. Гриб, В. (2023). Демографія війни: хто відбудує повоєнну Україну. *Інтерфакс-Україна*. Взято з: <https://interfax.com.ua/news/blog/905422.html>
60. Гусак, Н. (2022). Зараз саме час дбати про здоров'я. *ZAXID.NET*. Взято з: https://zaxid.net/medichna_dopomoga_pid_chas_viyni_v_ukrayini_2022_vidpovid_i_n15_42721
61. Державна служба статистики України. (2018). *Діти, жінки та сім'я в Україні* : статистичний збірник. Взято з: https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/09/djs_2018_pdf.pdf
62. Державна служба статистики України. (2020). *Повідомлення*. Взято з: <https://www.ukrstat.gov.ua/Noviny/new2020/zmist/novini/povidoml.htm>
63. Державна служба статистики України. (2021). *Показник 3.1.1. Кількість випадків материнської смерті, на 100 000 живонароджених*. Взято з: <https://sdg.ukrstat.gov.ua/uk/3-1-1/>
64. Державна служба статистики України. (2023). *Спец-випуск: Індекси цін*. Взято з: <https://www.ukrstat.gov.ua/express/expr2023/01/01.pdf> (<http://surl.li/ghlgw>)

65. Держстат України. (2020). *Населення України 2020: статистичний збірник*. Взято з: https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2021/zb/10/dem_2020.pdf
66. Жилка, Н. Я., Миронюк, І. С., & Слабкий, Г. О. (2018). Характеристика деяких показників репродуктивного здоров'я жіночого населення України. *Wiad Lek*, LXXI(9), 1803–1808.
67. Жилка, Н. Я., Слабкий, Г. О., & Щербінська, О. С. (2021). Стан репродуктивного здоров'я жінок в Україні: Огляд літератури. *Reproductive Endocrinology*, 60, 67–71.
68. Здорове мислення. *Посібник з психосоціальної роботи, спрямованої на подолання перинатальної депресії*. (2020). БО “БФ Територія творчості”. Взято з: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/152936/WHO-MSD-MER-15.1-ukr.pdf?sequence=48>
69. Іличок, Б., Карковська, В., Дзюрах, Ю., & Мармуляк, А. (2023). Changing trends in Ukraine's demographic security as a key indicator of socioeconomic stability. *Financial and credit activity problems of theory and practice*, 2(49), 350-360.
70. Ільченко, Н. М. (2011). Методологія дослідження проблем державного управління: інституціональний підхід. *Актуальні проблеми державного управління*, 1(39). Взято з: <http://www.kbuara.kharkov.ua/e-book/apdu/2011-1/doc/1/06.pdf>.
71. Кабінет Міністрів України. (2002a). *Постанова від 10 січня 2002 р. № 14. “Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми “Здоров'я нації” на 2002–2011 роки”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/14-2002-%D0%BF#Text>
72. Кабінет Міністрів України. (2002b). *Розпорядження від 29 березня 2002 р. № 161-р. “Про затвердження Концепції безпечного материнства”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/161-2002-%D1%80#Text>
73. Кабінет Міністрів України. (2003). *Постанова від 26 квітня 2003 р. № 621 “Про розроблення прогнозних і програмних документів економічного і*

соціального розвитку та складання проектів Бюджетної декларації та державного бюджету”. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/621-2003-%D0%BF#Text>

74. Кабінет Міністрів України. (2006а). *Постанова від 08.12.2006 № 1686 “Про затвердження Державної типової програми реабілітації осіб з інвалідністю”* Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1686-2006-п#Text>

75. Кабінет Міністрів України. (2006b). *Постанова від 27 грудня 2006 р. № 1849 “Про затвердження Державної програми “Репродуктивне здоров'я нації” на період до 2015 року”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1849-2006-%D0%BF#Text>

76. Кабінет Міністрів України. (2006с). *Розпорядження від 27 квітня 2006, №244-р “Концепція Державної програми “Репродуктивне здоров'я нації на 2006–2015 роки”*. Взято з: <https://www.kmu.gov.ua/npas/35202731>

77. Кабінет Міністрів України. (2007а). *Постанова від 13 червня 2007 року № 815 “Про затвердження Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/815-2007-%D0%BF#Text>

78. Кабінет Міністрів України. (2007b). *Постанова від 31 січня 2007 р. № 106 “Про затвердження Порядку розроблення та виконання державних цільових програм”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/106-2007-%D0%BF#Text>

79. Кабінет Міністрів України. (2008). *Постанова від 16.01.2008 №4 “Про затвердження Програми діяльності Кабінету Міністрів України “Український прорив: для людей, а не політиків”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/14-2008-%D0%BF#Text>

80. Кабінет Міністрів України. (2010). *Постанова від 17.02.2010 р. № 208 “Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/208-2010-%D0%BF#Text>

81. Кабінет Міністрів України. (2012). *Постанова від 24 жовтня 2012 р. №1113 “Про затвердження Порядку створення госпітальних округів у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1113-2012-%D0%BF#Text>

82. Кабінет Міністрів України. (2013). *Постанова від 20 травня 2013 р. № 395. “Деякі питання оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров’я”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/395-2013-%D0%BF#Text>

83. Кабінет Міністрів України. (2014). *Розпорядження від 1 квітня 2014 р. № 333-р. “Про схвалення Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/333-2014-%D1%80#Text>

84. Кабінет Міністрів України. (2016а). *Постанова від 27.12.2022 року № 1464 “Програма медичних гарантій на 2023 рік”*. Взято з: <https://moz.gov.ua/article/news/urjad-uhvaliv-programu-medichnih-garantij-na-2023-rik>

85. Кабінет Міністрів України. (2016b). *Розпорядження від 30 листопада 2016 р. № 1002-р. “Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров’я”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80#Text>

86. Кабінет Міністрів України. (2017). *Розпорядження від 27 грудня 2017 р. № 1018-р “Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров’я в Україні на період до 2030 року”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80#Text>

87. Кабінет Міністрів України. (2019). *Розпорядження від 27 листопада 2019 р. № 1402-р. “Стратегія розвитку імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб, яким можна запобігти шляхом проведення імунопрофілактики, на період до 2022 року”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1402-2019-%D1%80#Text>

88. Кабінет міністрів України. (2021а). *Постанова № 706 від 1 серпня 2012 р. “Про затвердження Державної цільової програми “Національний план дій з реалізації Конвенції про права осіб з інвалідністю” на період до 2020 року”* Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/706-2012-%D0%BF#Text>

89. Кабінет Міністрів України. (2021b). *Проект Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року, розроблений на виконання Указу Президента України № 369/2021 від 18.08.2021.* Взято з: <https://www.kmu.gov.ua/news/proekt-stratehii-rozvytku-systemy-okhorony-zdorovia-do-2030-roku-bude-finalizovany-i-do-kintsia-pershoho-kvartalu>

90. Кабінет Міністрів України. (2021c). *Розпорядження від 24 березня 2021 р. № 276-р “Про затвердження плану пріоритетних дій Уряду на 2021 рік”.* Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/276-2021-p#Text>

91. Кабінет Міністрів України. (2022а). *Постанова від 29 грудня 2021 р. № 1440 “Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році”.* Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1440-2021-%D0%BF#Text>

92. Кабінет Міністрів України. (2022b). *Постанова від 7 травня 2022 р. № 539 “Про утворення Міжвідомчої координаційної ради з питань охорони психічного здоров'я та надання психологічної допомоги особам, які постраждали внаслідок збройної агресії Російської Федерації проти України”.* Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/539-2022-%D0%BF#Text>

93. Кабінет Міністрів України. (2023а). *Постанова від 30 березня 2023 р. № 301 “Про утворення Координаційного центру з психічного здоров'я”.* Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/301-2023-%D0%BF>

94. Кабінет Міністрів України. (2023b). *Постанова від 9 травня 2023 р. № 470 “Про координаційні центри підтримки цивільного населення”.* Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/470-2023-%D0%BF#Text>

95. Кабінет Міністрів України. (2023с). *Постанова від від 28 лютого 2023 р. № 174. “Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров’я”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text>
96. Каганов, Ю. О. (2010). Історична компаративістика крізь призму філософсько-методологічного погляду. *Наукові праці історичного факультету Запорізького національного університету*, XXIX, 250–258.
97. Карпенко, В. В. (2010). Особливості застосування системного підходу при дослідженні комплексного розвитку сільських територіальних громад. *Актуальні проблеми державного управління*, 1(37), 396–404.
98. Климчук, В., & Сувало, О. (2021). *Охорона психічного здоров’я у громадах* : посібник для місцевих координаційних органів. Львів: МН4U, 31.
99. КНП ХОР Обласний центр громадського здоров'я. (2020). *Всесвітній та Всеукраїнський тиждень підтримки грудного вигодовування*. Взято з: <http://khocz.com.ua/vsesvitnij-ta-vseukrainskij-tizhden-pidtrimki-grudnogo-vigodovuvannja/>
100. Ковбасюк, Ю. В. (гол. ред.). (2011). *Енциклопедія державного управління*: у 8 томах / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ : НАДУ, т. 6 : Державна служба.
101. Ковтонюк, П., & Корчак, Т. (2023). Крізь війну: що відбулося з охороною здоров’я у 2022 році. *Українська правда*. Взято з: <https://life.pravda.com.ua/health/2023/04/3/253632/>
102. Комітет ООН з прав осіб з інвалідністю. (2012). “Загублені” права... *Альтернативний звіт громадських організацій щодо виконання Конвенції ООН про права людей з інвалідністю*. Взято з: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRPD/Shared%20Documents/UKR/INT_CRPD_NGO_UKR_15595_E.doc

103. Краснова, О. І., & Плужнікова, Т. В. (2018). Особливості механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я. *Інвестиції: практика та досвід*, 7. Взято з: http://www.investplan.com.ua/pdf/7_2018/10.pdf
104. Круть, Ю., & Авраменко Н. (2021). Вакцинація проти COVID-19 вагітних та при плануванні вагітності. *Запорізький державний медико-фармацевтичний університет*. Взято з: https://zsmu.edu.ua/new_3474.html
105. Кузін, І. (2021). *Вакцинація вагітних проти COVID-19 – безпечна*. Взято з: <https://old.loda.gov.ua/news?id=63444>
106. Курило, І., Аксьонова, С., Гаврилюк, О., Гнатюк, С., Думанська, В., Корнійчук, О., ... & Шевчук, П. (2023). *Населення України. Нариси про демографічний стан України: колективна монографія*. Київ : Наукова думка.
107. Лехан, В. М., Крячкова, Л. В., & Волчек, В. В. (2016). *Управління змінами в системі охорони здоров'я України: історія та уроки пілотних регіонів: навчальний посібник*. Дніпропетровськ.
108. Лікарчук, Н. В. (2020). Кризи в системі державного управління: причини виникнення та шляхи врегулювання. *Право та державне управління*, 4. Взято з: http://www.pdu-journal.kpu.zp.ua/archive/4_2020/38.pdf
109. Львів у часи війни: як змінилось місто? (2023). *Радіо Свобода*. Взято з: <https://www.radiosvoboda.org/a/viyna-pereseleennyia-dopomoha-rizdvo/32194217.html> (<http://surl.li/gbrak>)
110. Львівська обласна військова адміністрація. (2023а). *Госпітальний округ Львівщини: Львівська ОВА подала до МОЗ пропозиції щодо формування спроможної мережі медзакладів*. Взято з: <https://loda.gov.ua/news/63567>
111. Львівська обласна військова адміністрація. (2023б). *На Львівщині офіційно зареєстровані понад 250 000 ВПО*. Взято з: <https://loda.gov.ua>
112. Львівська обласна військова адміністрація. (2023с). *Найбільш фінансово спроможні громади Львівщини: підсумки першого кварталу 2023 року*. Взято з: <https://loda.gov.ua/news/63069>

113. Львівська обласна військова адміністрація. (2023d). *Розпорядження від 26.05.2023 Львів № 379/0/5-23ВА*. Взято з: <https://loda.gov.ua/documents/67574>

114. Львівська обласна військова адміністрація. (2023e). *Розпорядження від 5 вересня 2023 р. № 795/0/5-23ВА “Про затвердження Комплексної програми охорони психічного здоров’я та психосоціальної підтримки цивільного населення у Львівській області на 2023–2026 роки”*. Взято з: <https://loda.gov.ua/documents/78112>

115. Львівська обласна державна адміністрація. (2023). *Цьогоріч на підтримку галузі охорони здоров’я планують скерувати понад півмільярда гривень*. Взято з: <https://old.loda.gov.ua/news?id=56403>

116. Львівська обласна рада. (2021). *Рішення III чергової сесії VIII скликання №65 від 23 лютого 2021 року “Про затвердження Комплексної програми підтримки галузі охорони здоров’я Львівської області на 2021–2025 роки”*. Взято з: <https://lvivoblrada.gov.ua/programi-2021-2025-rokiv>

117. Ляшко, В., & Півень Н. (2023). *Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров’я: операційний посібник*. Взято з: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Manual_Development%20and%20funding%20of%20regional%20and%20local%20public%20health%20programs_print_210x297%2B3mm.pdf

118. Малачинська, М. Й. (2021). Державна політика запобігання смертності від онкологічних захворювань у жінок: міжнародні підходи та українські реалії. *Наукові перспективи*, 9(15). Взято з: <http://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/view/5754/5787>

119. Малачинська, М. Й. (2022a). Впровадження змін в системі охорони здоров’я на місцевому рівні: управлінські інструменти територіальних громад. *Теоретичні та прикладні питання державотворення*, 1(28), 44–54.

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

121. Малачинська, М. Й. (2022c). Розвиток міжнародних підходів до формування національних політик організації перинатальної допомоги: історичні аспекти. *Наукові інновації та передові технології*, 6(8), 681–692.

122. Малачинська, М. Й. (2022d). Стратегічний контекст трансформації перинатальних служб. (Strategic context of perinatal services transformation). *Social Studies: Theory and Practice*, 13(2), 119–132. DOI: 10.34858/sstp.2.2022.7 Взято з: <https://social-studies.apsl.edu.pl/index.php/pl/>

123. Малачинська, М. Й. (2022e). Сучасні тенденції державної політики у сфері допоміжних репродуктивних технологій та їх вплив на демографічну ситуацію. *Наукові інновації та передові технології*, 10(12), 508–519.

124. Малачинська, М. Й. (2023a). Державна політика вакцинації вагітних в Україні: виклики та можливості. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Державне управління*, 2, 71–78.

125. Малачинська, М. Й. (2023b). Детермінанти розвитку державного регулювання системою перинатальної допомоги в сучасній Україні. *Ефективність державного управління*, 5(74). Взято з: DOI: <https://doi.org/10.36930/507410>

126. Малачинська, М. Й. (2023c). Досвід змін в системі перинатальної допомоги США для реформування системи охорони здоров'я України. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*, 4. Взято з: <https://chasopys.ppp.dp.ua/index.php/chasopys/issue/view/17>

127. Малачинська, М. Й. (2023d). Ефективність публічних ініціатив щодо зменшення ризику материнської та неонатальної смертності: аналіз та пропозиції. *Наукові перспективи*, 6(36), 429–441.

128. Малачинська, М. Й. (2023e). Міжнародні підходи до критеріїв ефективності управління системою перинатальної допомоги. *Публічне управління та місцеве самоврядування*, 2, 61–66. Взято з: <https://doi.org/10.32782/2414-4436/2023-2-8>

129. Малачинська, М. Й. (2023f). Неонатальний скринінг як складник державної політики охорони здоров'я: приклади міжнародного досвіду та адаптація в Україні. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування*, 34(73/3). Взято з: http://www.pubadm.vernadskyjournals.in.ua/journals/2023/3_2023/9.pdf

130. Малачинська, М. Й. (2023g). Підходи до управління в сфері надання перинатальної допомоги на міжнародному рівні. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування*, 34(73),1, 174–179. Взято з: DOI <https://doi.org/10.32782/TNU-2663-6468/2023.1/31>

131. Малачинська, М. Й. (2023h). Повноваження органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я: проблеми реалізації. *Інвестиції: практика та досвід*, 14. Взято з: <https://www.nayka.com.ua/index.php/investplan/issue/view/86/65>

132. Малачинська, М. Й. (2023i). Причини реформ в системі надання перинатальної допомоги. *Аспекти публічного управління*, 11(2), 96–102. Взято з: <https://doi.org/10.15421/152324>

133. Малачинська, М. Й. (2023j). Пріоритетні вектори діяльності ВООЗ щодо підтримки систем перинатальної допомоги в контексті охорони материнства та дитинства. *Публічне управління і адміністрування в Україні*, 34, 125–129. Взято з: <https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2023.34.25>

134. Малачинська, М. Й. (2023k). Роль державної політики у підтримці грудного вигодовування як фактору досягнення цілей сталого розвитку. *Публічне управління та митне адміністрування*, 2(37), 43–48. Взято з: <http://customs-admin.umsf.in.ua/archive/2023/2/5.pdf>

135. Малачинська, М. Й. (2023l). Управління перинатальною допомогою під час пандемії COVID-19 в Україні: організаційно-правовий механізм. *Демократичне врядування*, 1(31). Взято з: <https://science.lpnu.ua/sites/default/files/journal-paper/2023/jun/30677/nadoi-187-199.pdf>

136. Малачинська, М. Й. (2023m). Управління системою перинатальної допомоги в умовах війни: виклики та готовність до реагування. *Публічне управління та місцеве самоврядування*, 1, 3–10, Взято з: <https://doi.org/10.32782/2414-4436/2023-1-5>

137. Малачинська, М. Й. (2023n). Управлінські рішення щодо промоції підтримки охорони здоров'я матерів та дітей. *Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування*, 3 (64). !!

138. Микичак, І. (2021). *Status and prospects of development of motherhood and childhood protection to ensure demographic sustainability of Ukraine: meeting of the Board of the Ministry of Health*. December 21, Lutsk.

139. Михненко, А. М., & Бакуменка, В. Д. (ред.). (2006). *Управління суспільним розвитком: словник-довідник*. Київ: Вид-во НАДУ, 2006.

140. Міністерство економіки України. (2006). *Наказ від 04.12.2006 № 367 “Про затвердження Методичних рекомендацій щодо порядку розроблення регіональних цільових програм, моніторингу та звітності про їх виконання”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0367665-06#Text>

141. Міністерство охорони здоров'я України. (2004). *Наказ від 29.11.2004 № 579 “Про затвердження Порядку направлення жінок для проведення першого курсу лікування безплідності методами допоміжних репродуктивних технологій за абсолютними показаннями за бюджетні кошти”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0224-05#Text>

142. Міністерство охорони здоров'я України. (2006). *Наказ від 29.03.2006 № 179 “Порядок реєстрації живонароджених і мертвонароджених”*. Взято з <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0428-06#Text>

143. Міністерство охорони здоров'я України. (2006). *Наказ від 29.03.2006 № 179 “Про затвердження Інструкції з визначення критеріїв перинатального періоду, живонародженості та мертвонародженості. Порядку реєстрації живонароджених і мертвонароджених”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0427-06#Text>

144. Міністерство охорони здоров'я України. (2008). *Наказ від 15.04.2008 № 199 “Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0577-08#Text>

145. Міністерство охорони здоров'я України. (2011а). *Наказ від 15.07.2011 № 417 “Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0417282-11#Text>

146. Міністерство охорони здоров'я України. (2011б). *Наказ від 31.10.2011 р. №726 у редакції 2018 року, чинний “Про вдосконалення організації надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0068-12#Text>

147. Міністерство охорони здоров'я України. (2013). *Наказ від 29.11.2013 № 1030/102 “Про удосконалення системи планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я в Україні”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2162-13#top>

148. Міністерство охорони здоров'я України. (2020а). *Наказ від 23.03.2020 р. № 698 “Тимчасові заходи у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги хворим на гостру респіраторну хворобу COVID-19, спричинену коронавірусом SARS-CoV-2”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0698282-20#Text>

149. Міністерство охорони здоров'я України. (2020b). *Наказ від 24.12.2020 № 3018 “Про затвердження Дорожньої карти з впровадження вакцини від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, і проведення масової вакцинації у відповідь на пандемію COVID-19 в Україні у 2021–2022 роках”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v3018282-20#top>

150. Міністерство охорони здоров'я України. (2020c). *Наказ від 28.03.2020 р. № 722 “Організація надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19)”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0722282-20#Text>

151. Міністерство охорони здоров'я України. (2021a). *Вакцинація від COVID-19 під час вагітності: рекомендації НТГЕІ*. Взято з: <https://moz.gov.ua/article/news/vakcinacija-vid-covid-19-pid-chas-vagitnosti-rekomendacii-ntgei>

152. Міністерство охорони здоров'я України. (2021b). *Наказ України від 01.10.2021 № 2142 “Про забезпечення розширеного неонатального скринінгу в Україні”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1403-21#Text>

153. Міністерство охорони здоров'я України. (2021c). *Наказ від 30.11.2021 № 2664 “Про затвердження Змін до Переліку професій, виробництв та організацій, працівники яких підлягають обов'язковим профілактичним щепленням”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1624-21#Text>

154. Міністерство охорони здоров'я України. (2021d). *Офіційний веб-ресурс*. Взято з: <https://moz.gov.ua/pro-ministerstvo>

155. Міністерство охорони здоров'я України. (2022a). *Наказ 06.09.2022 № 1600 “Про затвердження Порядку надання психіатричної допомоги мобільною мультидисциплінарною командою”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1102-22#Text>

156. Міністерство охорони здоров'я України. (2022b). *Наказ від 12.01.2022 № 52 “Про затвердження Переліку установ державної та/або комунальної*

форми власності, які виконують функції експертного та регіональних центрів неонатального скринінгу для створення нової системи неонатального масового скринінгу в Україні”. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0052282-22#Text>

157. Міністерство охорони здоров'я України. (2022c). *Наказ від 30.09.2022 № 1782 “Про внесення змін до Переліку посад професіоналів з вищою немедичною освітою”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1303-22#Text>

158. Міністерство охорони здоров'я України. (2022d). *Наказ від 9 серпня 2022 року № 1437 “Стандарти медичної допомоги “Нормальна вагітність”*. Взято з: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2022/08/2022_1437_smd_nv.pdf

159. Міністерство охорони здоров'я України. (2023). *Наказ від 29.03.2023 № 588 “Про впровадження розширеного неонатального скринінгу в Україні”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0588282-23#Text>

160. Міністерство регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України. (2016). *Наказ від 30.03.2016 № 75 “Про затвердження Методичних рекомендацій щодо формування і реалізації прогнозних та програмних документів соціально-економічного розвитку об'єднаної територіальної громади”*. Взято з: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0075858-16#top>

161. Могилевкіна, І. (2003). Деякі показники репродуктивного здоров'я в Україні. Дослідження з особливим акцентом на факторах штучного абортів та перинатальної смертності. *Acta Universitatis Upsaliensis*, Вичерпні резюме дисертацій з факультету медицини 1215. Uppsala.

162. МОЗ та ВООЗ підписали меморандум про співпрацю у сфері психічного здоров'я. (2023). *Урядовий портал*. Взято з: <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-ta-vooz-pidpisali-memorandum-pro-spivpracyu-u-sferi-psihichnogo-zdorovya>

163. Мочерний, С. В. (2009). *Економічна теорія: навчальний посібник*. 4-те видання, стереотипне. Київ: ВЦ “Академія”.

164. Незважаючи на війну, що триває, Україна планує у 2023 році провести Добровільний національний огляд прогресу в досягненні цілей сталого розвитку. (2022). *UNDP*. Взято з: <https://www.undp.org/uk/ukraine/press-releases/nezvazhayuchy-na-viynu-shcho-tryvaye-ukrayina-planuye-u-2023-rotsi-provesty-dobrovilnyy-natsionalnyy-ohlyad-prohresu>

165. Оболенський, О. Ю. & Королюк, Ю. Г. (2010). До питань методології системного пізнання складних систем. *Науковий вісник Академії муніципального управління. Серія “Управління”*, 3, 164–177.

166. Організація Об’єднаних Націй. (2023). *Конвенція про права осіб з інвалідністю, стаття 25 (a) та (b)*. Взято з: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/optional-protocol-to-the-convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>

167. Організація Об’єднаних Націй. Україна. (2023). *Як ООН підтримує Цілі сталого розвитку в Україні*. Взято з: <https://ukraine.un.org/uk/sdgs>

168. Офіс першої леді, МОЗ та партнери запускають Національну програму психічного здоров’я та психосоціальної підтримки. (2022). *Урядовий портал*. Взято з: <https://www.kmu.gov.ua/news/ofis-pershoyi-ledi-moz-ta-partneri-zapuskayut-nacionalnu-programu-psihichnogo-zdorovya-ta-psihosocialnoyi-pidtrimki>

169. Петрова, С. В. (2014). Державна політика України у сфері охорони здоров’я в контексті реформи медичного обслуговування. *Механізми державного управління Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування*, 2. Взято з: http://el-zbirn-du.at.ua/2014_2/14.pdf.

170. Петровський, П. М. (2008). Філософські основи методології державного управління. *Демократичне врядування*, 1. Взято з: http://vivacademy.com/vidavnitstvo_1/visnik/fail/P_Petrovskyi.pdf

171. *Порядок розроблення та моніторингу реалізації політик з використанням принципів управління, орієнтованого на результат (RBM+)*.

Розроблено проектом міжнародної технічної допомоги SURGe за кошти Уряду Канади. (2023). Взято з: surge@alineainternational.com

172. *Права людини жінок та дівчат з інвалідністю: Короткий посібник з питань інтерсекційного підходу до виконання Конвенцій CEDAW та CRPD в Україні. (2019). Київ. Взято з: <https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/431/5.pdf>*

173. Прасол, В. П. (2021). *Механізми публічного управління розвитком недержавного сектора охорони суспільного здоров'я в Україні. (Дисертація канд. наук з держ. упр.: спеціальність 25.00.02 – механізми державного управління). Харків: Харківський регіональний інститут державного управління НАДУ при Президентові України. Взято з: https://ipa.karazin.ua/wp-content/themes/education/filesforpages/science/dis_prosol_pod_ps.pdf*

174. Приходченко, Л. Л. (2009). *Забезпечення ефективності державного управління: теоретико-методологічні засади: монографія. Одеса: Оптимум.*

175. Приходченко, Л. Л. (2016). Система публічного управління України: механізми горизонтальної взаємодії. *Державне управління: теорія та практика*, 2, 5–14. Взято з: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Dutp_2016_2_3

176. Приходченко, Л. Л., & Малачинська, М. Й. (2023). Управління системою охорони здоров'я в умовах системних криз: аналіз проблем та перспектив крізь призму нормативно-правового законодавства. *Державне управління: удосконалення та розвиток*, 7. Взято з: <https://www.nauka.com.ua/index.php/dy/issue/view/87>

177. *Пріоритетні багатосекторні заходи з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в Україні під час та після війни: оперативна дорожня карта. (2023). Відкритий документ (5 грудня 2022 року) Взято з: https://www.humanitarianresponse.info/sites/www.humanitarianresponse.info/files/documents/files/mhpss_framework_ukraine_ukr_59_page.pdf*

178. Програма медичних гарантій-2021: охорона материнства і дитинства залишаться пріоритетними напрямками. (2021). *Урядовий портал*. Взято з: <https://www.kmu.gov.ua/news/programa-medichnih-garantij-2021-ohorona-materinstva-i-ditinstva-zalishatsya-prioritetnimi-napryamkami>

179. *Програма психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в Україні: огляд заходів лютий–грудень 2022*. (2023). Взято з: https://ukraine.iom.int/sites/g/files/tmzbdl1861/files/documents/MHPSS%20Snapshot%20for%20WMHD%202022_ukr%20%283%29.pdf

180. Проект розпорядження Кабінету Міністрів України “Концепція Загальнодержавної програми “Репродуктивне та статеве здоров'я нації на період до 2021 року” (2017). *Аптека online.ua*. Взято з: <https://www.apteka.ua/article/404360>

181. *Психічне здоров'я на перехідному етапі: результати оцінювання та рекомендації для інтеграції охорони психічного здоров'я в систему первинної медичної допомоги та громадські платформи в Україні*. (2018). Взято з: https://ipz.org.ua/wp-content/uploads/2018/01/MH-report-for_INTERNET_All_ua.pdf

182. Радиш, Я. Ф. (2003). *Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис та тенденції розвитку*. (Дисертація д-ра наук держ. упр.: спеціальність – 25.00.02). Київ: Українська академія державного управління при Президентові України.

183. Радиш, Я. Ф. (2012). Кадрове забезпечення охорони здоров'я України: сутність понять. *Державне управління. Економіка та держава*, 1, 97–101. Взято з: http://www.economy.in.ua/pdf/1_2012/28.pdf.

184. Регіоналізація перинатальної допомоги в Україні – сучасний стан проблеми. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*, 5(3/17), 5–16. <https://doi.org/10.24061/2413-4260.V.3.17.2015.1>

185. Рингач, Н. О. (2010). *Державне управління охороною здоров'я як складовою системи забезпечення національної безпеки*. (Дисертація д-ра наук

держ. упр.: спеціальність – 25.00.02). Київ: Українська академія державного управління при Президентіві України.

186. Рингач, Н. О., Моїсеєнко, Р. О., & Гойда Н. Г. (2022). Смертність немовлят в Україні на тлі пандемії COVID-19: не втрачати пильності. *Сучасна педіатрія. Україна*, 7(127), 86–94. Взято з: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://med-expert.com.ua/journals/wp-content/uploads/2023/01/14.pdf>. doi 10.15574/SP.2022.12.

187. Рудакова, Л. О., & Михальчук, В. М. (2021). Децентралізація управління системою охорони здоров'я на місцевому рівні (на прикладі Київської області). *Інвестиції: практика та досвід*, 8. Взято з: DOI: 10.32702/23066814.2021.8.105

188. Рятуючи майбутнє: з перших днів війни львівський вокзал приймав 100 тисяч людей на добу. (2023). *Укрзалізниця*. Взято з: https://www.uz.gov.ua/press_center/up_to_date_topic/585526/ (<http://surl.li/ghlgb>)

189. *Сексуальне і репродуктивне здоров'я та права дівчат і молодих жінок з інвалідністю, (14 липня 2017 р.) пункт 61.* (2017). Взято з: https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Disability/A_72_133_EN.docx

190. Семчук, І. В., Кукель, Г. С., & Роледерс, В. В. (2020). Впровадження нових підходів до управління закладами охорони здоров'я в умовах ринку. *Ефективна економіка*, 5. Взято з: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=7910>.

191. Сергієнко, О. І. (2016). *Громадська участь/залучення громадян. Депутатська діяльність в округах (навчальний модуль)*. Київ: ІКЦ “Легальний статус”.

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

193. Слабкий, Г. О, Дзюба, О. М, Дудіна, О. О, & Габорець, Ю. Ю. (2016). Стан регіоналізації перинатальної допомоги в Україні. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*, 16(2), 12–29. Взято з: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/visnyk-gigieny/article/view/6735>
194. Смелзер, Н. Дж. (2004). О компаративном анализе, междисциплинарности и интернационализации в социологии. *Социологические исследования*, 11, 3–12.
195. Співак, М. В. (2015). Методологічні засади дослідження політики збереження здоров'я. *Актуальні проблеми політики*, 56. Взято з: <http://dspace.onua.edu.ua/bitstream/handle/11300>
196. *Сталий розвиток як парадигма суспільного зростання XXI ст.* (2013). Взято з: <http://www.geograf.com.ua/library/geoinfocentre/20-human-geography-ukraine-world/273-stalyi-rozvytok-yak-paradygma-suspilnogozrostannya-21-st>
197. Сурмін, Ю. П., Бакуменко, В. Д., & Михненко, А. М. (уклад.). (2010). *Енциклопедичний словник з державного управління / за ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського, Ю. П. Сурміна*. Київ: НАДУ.
198. Сфера охорони здоров'я: що було у 2022 р. та на що очікувати у 2023 р. (2023). *Аптека online.ua*. 01/02 (1372/1373). Взято з: <https://www.apteka.ua/article/654604>
199. Україна – Швидка оцінка завданої шкоди та потреб на відновлення. Серпень (2022). *The World Bank*. European Commission.
200. Управління охорони здоров'я Черкаської обласної державної адміністрації (2021). *Щеплення вагітних*. Взято з: <https://zdrav.ck.gov.ua/uk/content/shcheplennya-vagitnyh>
201. Урядовий портал. (2022). *Банк грудного молока відкрили у Львівському обласному перинатальному центрі*. Взято з: <https://www.kmu.gov.ua/news/bank-hrudnoho-moloka-vidkryly-u-lvivskomu-oblasnomu-perynatalnomu-tsentri>
202. Федоренко, З. П., Гулак, Л. О., & Куценко, Л. Б. (2021). *Національний канцер-реєстр України. Рак в Україні, 2019 – 2020. Захворюваність, смертність*,

показники діяльності онкологічної служби: бюлетень № 22. Взято з: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_22/

203. Харитонова, О. І., & Харитонов, Є. О. (2002). *Порівняльне право Європи: Основи порівняльного правознавства. Європейські традиції.* Харків: Одіссей.

204. Хриков, Є. М. (2006). *Управління навчальним закладом: навчальний посібник.* Київ: Знання.

205. Худоба, О. В. Державна політика охорони репродуктивного здоров'я в Україні в умовах воєнного часу: соціально-економічні аспекти. Взято з: https://pubadm.vernadskyjournals.in.ua/journals/2023/4_2023/11.pdf

206. Худоба, О. (2024). Пандемія covid-19 як імпульс до переоцінки практик в системі охорони здоров'я: вплив на стратегії публічного управління. *Інвестиції: практика та досвід, №7.* Взято з: <https://www.nayka.com.ua/index.php/investplan/article/view/3436>

207. Худоба, О. (2018). Формування глобальної стратегії збереження здоров'я: інституційний вимір. *Демократичне врядування, 22.* Взято з: http://www.lvivacademy.com/vidavnitstvo_1/visnyk22/fail/11.pdf.

208. Центр громадського здоров'я МОЗ України (2020). *20 жовтня — всеукраїнський день боротьби із захворюванням на рак молочної залози.* Взято з: <https://phc.org.ua/news/20-zhovtnya-vseukrainskiy-den-borotbi-iz-zakhvoryuvannyam-na-rak-molochnoi-zalozh>

209. Центр громадського здоров'я МОЗ України. (2021). *5 кроків до покращення свого психічного здоров'я.* Взято з: <https://phc.org.ua/news/5-kroktiv-do-pokraschennya-svogo-psikhichnogo-zdorovya>

210. Центр громадського здоров'я МОЗ України. (2023). *Україна лідирує за рівнем смертності матерів та немовлят в Європі.* Взято з: <https://phc.org.ua/news/ukraina-lidirue-za-rivnem-smertnosti-materiv-ta-nemovlyat-v-evropi-yunisef>

211. Цілі сталого розвитку – невід’ємна частина Плану відновлення України. (2022). *UNDP*. Взято з: <https://www.undp.org/uk/ukraine/press-releases/tsili-staloho-rozvytku-nevidyemna-chastyna-planu-vidnovlennya-ukrayiny>

212. Чернівецька обласна рада. (2022). *Офіційний веб-ресурс. Інформація за 17 листопада 2022 р.* Взято з: <https://bukrada.gov.ua/novyny-ta-publikacii/oleksij-bojko-vidvidav-oblasnij-perinatalnij-centr/>

213. Шатковський, Я. М. (2018). Медична реформа та забезпечення доступності первинної медичної допомоги: адміністративно-правові засади. *Публічне право*, 1, 158–164.

214. Шемшученко, Ю. С. (відп. ред.). (2001). *Юридична енциклопедія*: в 6 томах. Т. 3. Київ: Видавництво “Українська енциклопедія” ім. М. П. Бажана.

215. Шкільняк, М. М. (гол. ред.) (2020). *Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров’я*: колективна монографія. Тернопіль, Крок.

216. Щербак, Н. В. (2016). *Розвиток корпоративної культури в умовах реформування місцевого самоврядування в Україні*. (Автореферат дисертації канд. наук. з держ. упр.: спеціальність 25.00.04). Запоріжжя: Класичний приватний університет.

217. Щербінська, О. С. (2021). *Обґрунтування функціонально-організаційної моделі інтеграції акушерсько-гінекологічних послуг у систему первинної медичної допомоги*. (Дисертація д-ра мед. наук: спеціальність 14.02.03 – соціальна медицина). Харків: Харківський національний медичний університет.

218. ЮНІСЕФ Україна. (2023). *Родина для кожної дитини: Уряд України та ЮНІСЕФ об’єднують зусилля, щоб якомога більше дітей знайшли свою сім’ю*. Взято з: <https://www.unicef.org/ukraine/press-releases/better-care-for-the-most-vulnerable-children>

219. Яковлєва, О. Г. (2019). Основні шляхи становлення і розвитку сімейної медицини в Україні як основа реорганізації первинної медико-санітарної допомоги населенню. *Медсестринство*, 19(2), 16–21.

220. Ярош, Н. П. (2009). *Державне регулювання розвитку соціальних стандартів у сфері охорони здоров'я*. (Автореферат дисертації д-ра наук з держ. упр.: спеціальність – 25.00.02). Київ: Українська академія державного управління при Президентові України.

221. Ярошенко, А. О., Варбан, М. Ю., & Шульга, Л. О. (2017). *Особливості надання медичних та соціальних послуг для вразливих категорій населення з використанням тендерно-чутливого підходу*: навчальний посібник. Київ: МБФ “Альянс громадського здоров'я”.

222. *About newborn bloodspot screening: Australian Government*. (2023). Retrieved from: <https://www.health.gov.au/our-work/newborn-bloodspot-screening/about>

223. ACAPS. (2023). *Ukraine: bridging humanitarian response*. Retrieved from: <https://www.acaps.org/special-report/ukraine-bridging-humanitarian-response> (<http://surl.li/ghlfx>)

224. Agency for Healthcare Research and Quality. (2016). *Depression screening*. Retrieved from: <https://www.ahrq.gov/professionals/prevention-chronic-care/healthier-pregnancy/preventive/depression.html>.

225. Ahluwalia, I. B, Singleton, J. A, Jamieson, D. J, Rasmussen, S. A, & Harrison, L. (2011). Seasonal influenza vaccine coverage among pregnant women: pregnancy risk assessment monitoring system. *Journal of Women's Health (Larchmt)*, 20(5), 649–651; PMID:21438700; Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2011.2794>

226. Allemani, C., Weir, H. K., Carreira, H., Harewood, R., Spika, D., Wang, X. S., ... & Coleman, M. P. (2015). Global surveillance of cancer survival 1995–2009:

analysis of individual data for 25 676 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). *The Lancet*, 385(9972), 977–1010.

227. *Alliance for innovation on maternal health*. (2023). Retrieved from: <https://saferbirth.org/>

228. Alon, I., & Pinilla, J. (2021). Assisted reproduction in Spain, outcome and socioeconomic determinants of access. *International Journal for Equity in Health*, 20(1), 1–12.

229. *American College of Obstetricians and Gynecologists. Collaboration in practice: implementing team-based care*. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016). Retrieved from: <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Task-Force-and-Work-Group-Reports/Collaboration-in-Practice-Implementing-Team-Based-Care>

230. Antipkin, Y. G., Znamenska, T. K., Dudina, O. O., & Kurilina, T. V. (2015). *Asociación Española de Bancos de Leche Humana*. Retrieved from: <https://www.aebhlh.org/banco-de-leche/quienes-somos>

231. *Attacks on health care in Ukraine*. (2023). Retrieved from: <https://www.attacksonhealthukraine.org/>

232. Australian Government. (1991). *Disability Services Act 1991*. Retrieved from: <http://www.legislation.act.gov.au/a/1991-98/default/asp>.

233. Australian Government. (1994). *Commonwealth Disability Strategy*. Retrieved from: <http://www.facs.gov.au/disability/cds/default.htm>.

234. Australian Government. (2000). *Revised Commonwealth Disability Strategy*. Retrieved from: <http://www.facs.gov.au/disability/cds/default.htm>.

235. Australian Government. (2008). *Guide to legislation*. Retrieved from: http://www.jobaccess.gov.au/JOAC/ServiceProviders/Help_available/Help_with_rights_and_responsibilities/Guide_to_legislation.htm.

236. Australian Government. (2020). *About the BreastScreen Australia Program*. Retrieved from: <https://www.health.gov.au/our-work/breastscreen-australia-program/about-the-breastscreen-australia-program>

237. Avan, B. I, Hameed, W., Khan, B., Asim, M., Saleem, S., & Siddiqi, S. (2022). Inclusive, supportive and dignified maternity care (SDMC)-development and feasibility assessment of an intervention package for public health systems: a study protocol. *Plos One*, 17(2), e0263635. Retrieved from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263635>.

238. Avan, B. I., Hameed, W., Khan, B., Asim, M., Saleem, S., & Siddiqi, S. (2021). *Supportive and Dignified Maternity Care (SDMC) — development and feasibility assessment of an intervention package for public health systems*. London: UK Research and Innovation, 21–24.

239. Badell, M. L., Dude, C. M., Rasmussen, S. A., & Jamieson, D. J. (2022). Covid-19 vaccination in pregnancy. *BMJ*, Aug 10; 378, e069741. Retrieved from: doi: 10.1136/bmj-2021-069741.

240. Baker, L. G. (2016). *Breastfeeding in the United States: economic analyses of trends and policies*. (PhD Thesis). University of Michigan.

241. Bauer, A., Knapp, M., & Parsonage, M. (2016). Lifetime costs of perinatal anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders*, 192, 83–90.

242. Bauer, A., Parsonage, M., Knapp, M., Iemmi, V., Adelaja, B., & Hogg, S. (2014). The costs of perinatal mental health problems. *London: Centre for Mental Health and London School of Economics*, 44.

243. Bell, A. F, & Andersson, E. (2016). The birth experience and women's postnatal depression: a systematic review. *Midwifery*, 39, 112–123. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.04.014>

244. Birenbaum-Carmeli, D. (2016). Thirty-five years of assisted reproductive technologies in Israel. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 2, 16–23.

245. Birenbaum-Carmeli, D. (2022). Too much equity—is there such a thing? The public discourse surrounding elective egg freezing subsidy in Israel. *International Journal for Equity in Health*, 22(1), 34.

246. Birenbaum-Carmeli, D., & Montebruno, P. (2019). Incidence of surrogacy in the USA and Israel and implications on women's health: a quantitative comparison. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 36, 2459–2469.

247. Bloomberg. (2023). *Maternal mortality rate in US soared 40% in 2021*. Retrieved from: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2023-03-16/maternal-mortality-rate-in-us-soared-40-during-covid-19-pandemic>

248. Blount, A. (2013). Getting mental health care where it is needed. *Family Systems Health*, 31, 117–118.

249. BMJ Global Health. (2022). *The impact of the war on the healthcare system in Ukraine*. Retrieved from: <https://blogs.bmj.com/bmjgh/2022/08/09/the-impact-of-the-war-on-the-healthcare-system-in-ukraine/#content> (<http://surl.li/ghlgt>)

250. Boedeker, B., Walter, D., Reiter, S, & Wichmann, O. (2014). Cross-sectional study on factors associated with influenza vaccine uptake and pertussis vaccination status among pregnant women in Germany. *Vaccine*, 32(33), 4131–4139. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.06.007>

251. Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). *Continuous support for women during childbirth*. *Cochrane database of systematic reviews*.

252. Bowser, D., & Hill, K. (2010). *Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis*.

253. *Breast cancer surveillance consortium*. (2023). Retrieved from: <https://www.bcsc-research.org/>

254. *Breast cancer*. (2023). Retrieved from: https://en.cancer.org.il/template_e/default.aspx?PageId=7749

255. Brockow, I., Blankenstein, O., & Ceglarek, U. (2018). *National screening report Germany*. Retrieved from: https://www.screening-dgns.de/Pdf/Screeningreports/DGNS-Screeningreport-e_2018.pdf
256. Burney, L. E. (1960). Influenza immunization: statement. *Public Health Rep*, 75, 944. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.2307/4590965>
257. Carlsson, I. M., Hallberg, L. R., & Odberg Pettersson, K. (2009). Swedish women's experiences of seeking care and being admitted during the latent phase of labour: a grounded theory study. *Midwifery*, 25(2), 172–180. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.02.003> PMID: 17600602.
258. CDC. (2020). *About the program*. Retrieved from: <https://www.cdc.gov/cancer/nbccedp/about.htm>
259. Centers for Disease Control and Prevention. (2017). *Pregnancy mortality surveillance system*. Retrieved from: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pmss.html>.
260. Centers for Disease Control and Prevention. (2022a). *COVID-19 Vaccines While Pregnant or*. Retrieved from: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/pregnancy.html#anchor_1628692520287
261. Centers for Disease Control and Prevention. (2022b). *Flu, Tdap, and COVID-19 vaccination coverage among pregnant women – United States, April 2022*. Retrieved from: <https://www.cdc.gov/flu/fluview/pregnant-women-apr2022.htm>
262. Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *State perinatal quality collaboratives*. Retrieved from: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pqc-states.html>
263. Centers for Medicare & Medicaid Services. (2023). *Person-centered care*. Retrieved from: <https://www.cms.gov/priorities/innovation/key-concept/person-centered-care>
264. Chernysh, T., Opitz, L., Riabtseva, N., Raab, M., & Pavlova, M. (2023). Experience with the implementation of continuous medical education among mother-

and-child healthcare providers in Ukraine: a case study based on two International collaboration initiatives. *Healthcare (Basel)*, 7,11(13), 1964. Retrieved from: doi: 10.3390/healthcare11131964.

265. Cohen, M. J., Pentel, K. Z., Boeding, S. E., & Baucom, D. H. (2019). Postpartum role satisfaction in couples: associations with individual and relationship well-being. *Journal of Family Issues*, 40(9), 1181–1200. Retrieved from: doi:10.1177/0192513X19835866

266. Cohen, P., Schneck, H., & Dubow E. (1951). Prenatal multiple immunization. *J Pediatr*, 38(6), 696–704. Retrieved from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3476\(51\)80131-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3476(51)80131-8)

267. Colorado Department of Public Health and Environment. (2015). *Messages of support: Pregnancy related depression awareness findings*. Prepared for the Colorado Department of Public Health and Environment 30 September.

268. COMIT. (2023). *Covid-19 vaccine policies on pregnancy*. Retrieved from: <https://www.comitglobal.org/explore/public-health-authorities/pregnancy?policyPositions=5>

269. Committee on Obstetric Practice. (2017). Committee Opinion No. 697: Planned Home Birth. *Obstet Gynecol*, 129(4), e117–e122. Retrieved from: doi: 10.1097/AOG.0000000000002024.

270. Committee on Perinatal Health. (1977). *Toward improving the outcome of pregnancy: Recommendations for the regional development of maternal and perinatal health services*. National Foundation-March of Dimes.

271. *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (CEDAW) for Youth*. (2016). Retrieved from: <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2016/12/cedaw-for-youth>

272. Council on Patient Safety in Women's Healthcare. (2016). *Maternal mental health: perinatal depression and anxiety*. Retrieved from: <http://www.safehealthcareforeverywoman.org/secure/maternal-mental-health.php>.

273. Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2013). Developing and evaluating complex interventions: the new medical research council guidance. *Int J Nurs Stud*, 50, 587–592. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.010> PMID: 23159157

274. Creux, H., Diaz, M., Grynberg, M., Papaxanthos-Roche, A., Chansel-Debordeaux, L., Jimenez, C., ... & Hocké, C. (2020). National survey on the opinions of French specialists in assisted reproductive technologies about social issues impacting the future revision of the French Bioethics laws. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 49(9), 101902.

275. Dagnaw, F. T., Kehali, K. Y., Agago, T. A., & Hailemeskel, H. S. (2022). Person-centered maternity care among mothers who gave birth in South Wollo zone public hospitals, Northeastern Ethiopia: a mixed-method study. *Health Services Insights*, 15. Retrieved from: doi:[10.1177/11786329221127946](https://doi.org/10.1177/11786329221127946)

276. *DAWN Report Finds That Girls With Disabilities Are ‘More Than A Footnote’*. (2019). Retrieved from: <https://canadianwomen.org/blog/dawn-more-than-a-footnote/>

277. *Decade of healthy ageing: baseline report*. (2020). Retrieved from: <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/documents>

278. Department of Health Wadsworth Center. (2023). *Screened Disorders*. Retrieved from: <https://www.wadsworth.org/programs/newborn/screening/screened-disorders>

279. Department of Health. (2007). *Maternity Matters: Choice, access and continuity of care in a safe service*. Retrieved from: <http://familieslink.co.uk/download/july07/Maternity%20matters.pdf>

280. Department of Health. (2023). *National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services: core standards*. Retrieved from: <https://www.gov.uk/government/publications/national-service-framework-children-young-people-and-maternity-services>

281. Dikmen-Yildiz, P., Ayers, S., & Phillips, L. (2018). Longitudinal trajectories of post-traumatic stress disorder (PTSD) after birth and associated risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 229, 377–385. Retrieved from: doi:10.1016/j.jad.2017.12.074

282. Dimidjian, S., & Goodman, S. H. (2014). Preferences and attitudes toward approaches to depression relapse/recurrence prevention among pregnant women. *Behaviour Research and Therapy*, 54, 7–11.

283. *Disability Action Plan 2006–2015: The Council of Europe*. (2015). Retrieved from: <https://www.coe.int/en/web/disability/action-plan-2006-2015>

284. *Disability Strategy 2017–2023: Council of Europe*. (2023). Retrieved from: <https://www.coe.int/en/web/disability/strategy-2017-2023>

285. *Diseases tested in neonatal screening tests: Ministry of Health Israel*. (2023). Retrieved from: https://www.health.gov.il/Subjects/Genetics/newborn_neonatal_screening/Pages/disease_testing.aspx

286. Dobrow, M. J., Hagens, V., Chafe, R., Sullivan, T., & Rabenecket, L. (2018). Consolidated principles for screening based on a systematic review and consensus process. *Cmaj*, 190.14, E422–E429.

287. Donath, O. (2011). *From Me Onward: Opting for Voluntary Childlessness in Israel*. TelAviv: Hakibbutz Hameuchad.

288. Downe, S., Lawrie, T. A., Finlayson, K., & Oladapo, O. T. (2018). Effectiveness of respectful care policies for women using routine intrapartum services: a systematic review. *Reprod Health*, 15, 23. Retrieved from: <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0466-y>

289. *Eligibility for fertility treatment on the NHS*. (2023). Retrieved from: <https://www.nhs.uk/conditions/infertility/treatment/>

290. Enabling the local response: emerging humanitarian priorities in Ukraine March–May (2022). *Humanitarian Outcomes*. Retrieved from: [https://www.humanitarianoutcomes.org/Ukraine review June 2022](https://www.humanitarianoutcomes.org/Ukraine_review_June_2022) (<http://surl.li/ghlfl>)

291. European Union. (1999). *Regulation (EC) № 141/2000 of the European Parliament and of the Council of 16 December 1999 on Orphan Medicinal Products*. Retrieved from: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32000R0141&from=EN>

292. EURORDIS. (2021). *EURORDIS position paper: key principles for newborn screening*. Retrieved from: <https://www.eurordis.org/newbornscreening>

293. Eurostat. (2020). *42% of births in the EU are outside marriage*. Retrieved from: [https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20200717-1#:~:text=The%20proportion%20of%20live%20births,stood%20at%2042.25%20in%202018.&text=In%202018%2C20extramarital20births%20outnumbered,as%20the%20Net%20herlands%20\(52%25\),](https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20200717-1#:~:text=The%20proportion%20of%20live%20births,stood%20at%2042.25%20in%202018.&text=In%202018%2C20extramarital20births%20outnumbered,as%20the%20Net%20herlands%20(52%25),)

294. *Fair Labor Standards Act (FLSA)*. WAC 357-28-260. (2021). Retrieved from: <https://ofm.wa.gov/state-human-resources/compensation-job-classes/compensation-administration/fair-labor-standards-act-flsa-washington-minimum>

^{295.} Farmer, P., Frenk, J., Knaul, F. M., Shulman, L. N., Alleyne, G., Armstrong, L., ... & Seffrin, J. R. (2010). Expansion of cancer care and control in countries of low and middle income: a call to action. *The Lancet*, 376(9747), 1186–1193.

296. Fell, D. B., Dodds, L., MacDonald, N. E., Allen, V. M., McNeil, S. (2013). Influenza vaccination and fetal and neonatal outcomes. *Expert Rev Vaccines*, 12(12), 1417–30. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.1586/14760584.2013.851607>

297. Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., ... & Bray, F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*, 136(5), E359–E386.

298. Fidan, Ç., et al. (2022). Expanded newborn bloodspot screening: developed country examples and what can be done in Turkey. *Intractable & Rare Diseases Research*, 11.2, 63–69

299. *Framework for the execution Dutch Breast Cancer Screening*. (2021). Retrieved from: <https://www.rivm.nl/documenten/framework-execution-dutch-breast-cancer-screening>

300. Franceschi, S., & Wild, C. P. (2013). Meeting the global demands of epidemiologic transition—the indispensable role of cancer prevention. *Molecular Oncology*, 7(1), 1–13.

301. Gadzinowski, J., Szymankiewicz, M., & Breborowicz, G. (1998). Perinatal care in Poland. *J Perinatol*, 18, 211–215.

302. General Assembly. (2015). *Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015*. Retrieved from: <https://www.ua.undp.org/content/ukraine/uk/home/library/sustainable-development-report/the-2030-agenda-for-sustainable-development.html>

303. Ginsburg, O. M. (2013). Breast and cervical cancer control in low and middle-income countries: Human rights meet sound health policy. *Journal of Cancer Policy*, 1(3/4), e35–e41.

304. Globocan. (2020). *Ukraine Source*. Retrieved from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/804-ukraine-fact-sheets.pdf>

305. GOV.UK (2023). *JCVI issues new advice on COVID-19 vaccination for pregnant women: Press release*. Retrieved from: <https://www.gov.uk/government/news/jcvi-issues-new-advice-on-covid-19-vaccination-for-pregnant-women>

306. Government of New Zealand. (2000). *New Zealand Public Health and Disability Act 200*. Retrieved from: <https://www.legislation.govt.nz/act/public/2000/0091/latest/DLM80051.html>

307. Grassi, L. C. (1988). Life, money, quality: the impact of regionalization on perinatal/neonatal intensive care. *Neonatal Network: NN*, 6(4), 53–59.

308. *Guidance for SIGMA partners*. (2018). Retrieved from: <http://www.sigmaweb.org/publications/SIGMA-Strategy-Toolkit-October-2018.pdf>

309. *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services: Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services*. (2022). Geneva: World Health Organization. Retrieved from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362880/9789240057142-eng.pdf?sequence=1>

310. *Guidelines for perinatal care*. (2012). American Academy of Pediatrics [and] the American College of Obstetricians and Gynecologists. 7th ed. USA. Retrieved from: <https://www.healthpartnersplans.com/media/100339243/acog-guidelines-for-perinatal-care.pdf>

311. *Guidelines for perinatal care*. (2017). American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists. 8th ed. USA. Retrieved from: <https://www.acog.org/clinical-information/physician-faqs/-/media/3a22e153b67446a6b31fb051e469187c.ashx>

312. Hahn, C. K., Gilmore, A. K., Aguayo, R. O., & Rheingold, A. A. (2018). Perinatal intimate partner violence. *Obstetric and Gynecological Clinics of North America*, 45(3), 535–547. Retrieved from: doi:10.1016/j.ogc.2018.04.008

313. Harding, J. E., & Morton, S. M. (1994). Outcome of neonates transported between Level III centres depends upon centre of care. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 30(5), 389–392.

314. Health literacy to promote quality of care. (2016). Committee Opinion No. 676. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol*, 128, e183–e186. Retrieved from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2016/10/health-literacy-to-promote-quality-of-care>

315. *Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region*. (1999). Retrieved from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272657/9789289013499-eng.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

316. *Healthy London Partnership Annual report 2017/18*. (2017). Retrieved from: <https://www.transformationpartners.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/04/Healthy-London-Partnership-2017-18-annual-report.pdf>

317. Hirst, C. (2005). *Re-birthing: report of the review of maternity services in Queensland*. Retrieved from: http://www.healthgld.gov.au/maternity/docs/m_review_full.pdf.

318. HMBANA. (2023). *The Human Milk Banking Association of North America*. Retrieved from: <https://www.hmbana.org/find-a-milk-bank/>

319. Hoffman, M. C., Mazzoni, S. E., Wagner, B. D., Laudenslager, M. L., & Ross, R. G. (2016). Measures of maternal stress and mood in relation to preterm birth. *Obstetrics & Gynecology*, 127, 545.

320. Holman, C., Glover, A., ... & Fertaly, K. (2023). Operationalizing risk-appropriate perinatal care in a rural US State: directions for policy and practice. *BMC Health Serv Res*, 23, 601. Retrieved from: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09552-y>

321. Horta B., & Cesar, V. (2013). *Long-term effects of breastfeeding: a systematic review*. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/79198>

322. Howard, L., Molyneaux, E., ... & Dennis, C. L. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet*, 384, 1775–1788.

323. ICBS. (2018). *Births and fertility in Israel 2018*. Retrieved from: <https://www.cbs.gov.il/he/mediarelease/pages/2018/%D7%99%D7%9C%D7%95%D7%93%D7%94-%D7%95%D7%A4%D7%A8%D7%99%D7%95%D7%9F-%D7%91%D7%99%D7%A9%D7%A8%D7%90%D7%9C-2016.aspx>

324. *Improving the quality of life of people with disabilities: enhancing a coherent policy for and through full participation “Political Declaration”*. (2023).

Second European Conference of Ministers responsible for Integration Policies for People with Disabilities 7-8 May 2003, Malaga, Spain. Retrieved from: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/contrib-ce.htm>

325. *Infant Mortality Rate by Country 2023*. (2023). Retrieved from: <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/infant-mortality-rate-by-country>

326. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)* (2019). Retrieved from: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>

327. IOM un Migration. (2023). *Базова оцінка території зареєстрованих ВПО – підсумки 20 тижня (січень 2023)*. Retrieved from: <https://dtm.iom.int/reports/ukraine-bazova-ocinka-teritorii-zareestrovanih-vpo-pidsumki-20-turu-sichen-2023> (<http://surl.li/ghlef>)

328. Is Ukraine the next tipping point for humanitarian aid reform? (2023). *The New Humanitarian*. Retrieved from: <https://www.thenewhumanitarian.org/analysis/2022/07/25/Ukraine-aid-reform-local-donors-neutrality> (<http://surl.li/ghlfq>)

329. Kalashnyk, N., & Khudoba, O. (2021). COVID-19 Challenges over Mental Health Public Policy. *Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 11(2Sup1), 165–174.

330. Kalashnyk, N., Yukalo, V., Yukalo, M., Meduna, B., & Hukova-Kushnir, H. (2022). Changing public policy emphasis: aspects of ethics and publicity in health care. *Ad alta: Journal of Interdisciplinary Research*, 12/01-XXV. Retrieved from: <http://www.magnanimitas.cz/12-01-xxv>

331. Kashanian, M., Javadi, F., & Haghighi, M. M. (2010). Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet*, 109(3), 198–200. Retrieved from: doi: 10.1016/j.ijgo.2009.11.028 .

332. Katon, W., Russo, J., Reed, S. D., Croicu, C. A., Ludman, E., LaRocco, A., Melville, J. L. (2015). A randomized trial of collaborative depression care in obstetrics

and gynecology clinics: socioeconomic disadvantage and treatment response. *Am J Psychiatry*, 172(1), 32–40; 100. Retrieved from: doi: 10.1176/appi.ajp.2014.14020258.

333. Khalil, A., Blakeway, H., Samara, A., & O'Brien, P. (2022). COVID-19 and stillbirth: direct vs indirect effect of the pandemic. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 59(3), 288–295.

334. Khan, B., Hameed, W., & Avan, B. I. (2023). Psychosocial support during childbirth: development and adaptation of WHO's Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) for maternity care settings. *Plos One*, 18(5), e0285209.

335. Kingston, D., & Tough, S., (2014). Prenatal and postnatal maternal mental health and school-age child development: a systematic review. *Matern. Child Health J*, 18, 1728–1741.

336. Kollee, L. A. A., Chabernaud, J. L., van Reempts, P. J., Debauche, C., & Zeitlin, J. (2000). Perinatal transport practices: a survey of inborn versus outborn very preterm infants admitted to European neonatal intensive care units. *Prenatal and Neonatal Medicine*, 4(1), 61–72

337. Kotelchuck, M. (1994). An evaluation of the Kessner adequacy of prenatal care index and a proposed adequacy of prenatal care utilization index. *Am J Public Health*, 84, 1414–1420. Retrieved from: <http://www.marchofdimes.org/peristats>.

338. Kumah, E., Ankomah, S. E., & Fusheini, A. (2020). Frameworks for health systems performance assessment: how comprehensive is Ghana's holistic assessment tool? *Glob Health Res Policy*, 5, 10. Retrieved from: <https://doi.org/10.1186/s41256-020-00139-2>

339. Kunz, S. N., Phibbs, C. S., & Profit, J. (2020). The changing landscape of perinatal regionalization. *Seminars in Perinatology*, 44(4). Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.semperi.2020.151241>

340. Kwee, J. L., & McBride, H. L. (2016). Working together for women's empowerment: Strategies for interdisciplinary collaboration in perinatal care. *Journal of Health Psychology*, 21, 2742–2752.

341. *La Leche League International*. (2023). Retrieved from: <https://llli.org/>
342. Lichty, J. A., Slavin, B., & Bradford, W. L. (1938). An attempt to increase resistance to pertussis in newborn infants by immunizing their mothers during pregnancy. *J Clin Invest*; 17(5), 613–621. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.1172/JCI100987>
343. Lois, D. (2016). Types of social networks and the transition to parenthood. *Demographic Research*, 34(1), 657–688. Retrieved from: [doi:10.4054/DemRes.2016.34.23](https://doi.org/10.4054/DemRes.2016.34.23)
344. Lomonaco-Haycraft, K. C., Hyer, J., Tibbits, B., Grote, J., Stainback-Tracy, K., Ulrickson, L., ... & Hoffman, M. C. (2018). Integrated perinatal mental health care: a national model of perinatal primary care in vulnerable populations. *Prim Health Care Res Dev*, 18,20, e77. Retrieved from: [doi: 10.1017/S1463423618000348](https://doi.org/10.1017/S1463423618000348).
345. Lund, A. M., Wibrand, F., Skogstrand, K., Bækvad-Hansen, M., Gregersen, N., Andresen B. S., Hougaard, D. M., ... & Olsen J. (2021). Use of molecular genetic analyses in Danish routine newborn screening. *International Journal of Neonatal Screening*, 7.3, 50.
346. MacDougall, D. M., & Halperin, S. A. (2016). Improving rates of maternal immunization: Challenges and opportunities. *Hum Vaccin Immunother*, Apr 2(12(4)), 857–865. Retrieved from: [doi: 10.1080/21645515.2015.1101524](https://doi.org/10.1080/21645515.2015.1101524).
347. Making rare diseases a public-health and research priority. (2008). *The Lancet*, 371, 9629–1972.
348. Malachynska M., Kuzyk P., & Diegtiar O. (2021). Promoting healthy births and reducing infant mortality through National health system. *International Journal of Health Sciences*, 5.3, 449–460. Retrieved from: <https://sciencescholar.us/journal/index.php/ijhs/article/view/1905/698>.
349. Malachynska, M. (2022). Public management in the perinatal sphere and its impact on demographic changes. *Amazonia Investiga*, 11 (55).

350. Malachynska, M., Barzylovykh, A., Buravchenko, S., Zvirych, V., & Votiykova, M. (2022). Management of primary health care facilities in Ukraine. *Universal Journal of Public Health*, 10(5), 527–538.

351. Malachynska, M., Sheiko, V., Polesova, T., & Samoilenko, I. (2021). Management of healthcare institutions in the context of changes and reforms. *Ad Alta: Journal of Interdisciplinary Research*, 11 (2), 137–142. Retrieved from: http://www.magnanimitas.cz/ADALTA/110224/papers/A_25.pdf.

352. Manning, C., & Gregoire, A. (2006). Effects of parental mental illness on children. *Psychiatry*, 5(1), 10–12.

353. Maternal Mental Health Alliance. (2023). *Perinatal mental health*. Retrieved from: <https://maternalmentalhealthalliance.org/about/perinatal-mental-health/>

354. *Maternal mortality in 2000-2017*. (2019). Retrieved from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/maternal-health-countries/maternal_health_ukr_en.pdf

355. Maxson, P. J., Edwards, S. E., Valentiner, E. M., & Miranda, M. L. (2016). A multidimensional approach to characterizing psychosocial health during pregnancy. *Maternal & Child Health Journal*, 20(6), 1103–1113. Retrieved from: doi:10.1007/s10995-015-1872-1

356. Mbuagbaw, L., Medley, N., Darzi, A. J., Richardson, M., Habiba, G. K., & Ongolo-Zogo, P. (2015). Health system and community level interventions for improving antenatal care coverage and health outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD010994.

357. Meharry, P. M., Colson, E. R., Grizas, A. P., Stiller, R., Vazquez, M. (2013). Reasons why women accept or reject the trivalent inactivated influenza vaccine (TIV) during pregnancy. *Matern Child Health J*, 17(1), 156–164. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-012-0957-3>

358. *Mental health and psychosocial support rapid situational analysis. Ukraine* – Kyiv, Odessa, Lviv. (2022). Retrieved from:

https://cdn1.internationalmedicalcorps.org/wp-content/uploads/2022/10/IMC-2022-Ukraine-MHPSS-Assessment_Ukrainian.pdf

359. Metz, T. D., Rovner, P., Hoffman, M. C., Allshouse, A. A., Beckwith, K. M., & Binswanger, I. A. (2016). Maternal Deaths From Suicide and Overdose in Colorado, 2004–2012. *Obstet Gynecol*, Dec. 128(6), 1233–1240. Retrieved from: doi: 10.1097/AOG.0000000000001695.

360. Moltrecht, B., de Cassan, S., Rapa, E., Hanna, J. R., Law, C., & Dalton, L. J. (2022). Challenges and opportunities for perinatal health services in the COVID-19 pandemic: a qualitative study with perinatal healthcare professionals. *BMC Health Serv Res*, 22, 1026. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08427-y>

361. National Center for Health Statistics. (2021). *Maternal Mortality Rates in the United States*. Retrieved from: <https://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/maternal-mortality/2021/maternal-mortality-rates-2021.htm>

362. National Committee for Quality Assurance. (2017). *HEDIS® at-a-glance: key behavioral health measures*. Retrieved from: [http://easychoicehealthplan.com/pdfs/new%20provider/Behavioral Health 18 and Older At-A-Glance Guide.pdf](http://easychoicehealthplan.com/pdfs/new%20provider/Behavioral%20Health%2018%20and%20Older%20At-A-Glance%20Guide.pdf)

363. National Health Service. (2022). *Pregnancy and coronavirus (COVID-19)*. Retrieved from: <https://www.nhs.uk/pregnancy/keeping-well/pregnancy-and-coronavirus/>

364. National Institute for Health and Care Excellence. (2017) *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*. Retrieved from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/chapter/1-recommendations>.

365. New Zealand Legislation. (2021). *Page Missing*. http://www.legislation.govt.nz/act/public/2000/0091/latest/DLM80051.html?search=ts_act_disability&sr=1.

366. New Zealand Ministry of Health. (2000). *The New Zealand Health Strategy*. Wellington, New Zealand: Ministry of Health.

367. New Zealand Ministry of Health. (2001). *The Primary Health Care Strategy*. Wellington, New Zealand: Ministry of Health.
368. New Zealand Ministry of Health. (2008). *Disability services strategic plan 2008-2010: towards more flexible disability support system*. Retrieved from: [http://www.moh.gov.nz/moh.nsf/pagemh/8193/\\$File/ds-draft-strategic-plan-0810.pdf](http://www.moh.gov.nz/moh.nsf/pagemh/8193/$File/ds-draft-strategic-plan-0810.pdf).
369. New Zealand. (2004). *New zealand government's response to the united nations questionnaire on the implementation of the beijing platform for action*. Retrieved from: <https://www.un.org/womenwatch/daw/Review/responses/NEW-ZEALAND-English.pdf>
370. *Newborn Blood Spot Screening Fact Sheet: National Institute for Public Health and the Environment*. (2020). Retrieved from: https://www.pns.nl/sites/default/files/2021-02/Newbornbloodspotscreeningfactsheetdec2020_UK_0.pdf
371. *Newborn blood spot test: National Health Services*. (2023). Retrieved from: <https://www.nhs.uk/conditions/baby/newborn-screening/blood-spot-test/>
372. *Newborn Screening Ontario. Diseases Screened*. (2023). Retrieved from: <https://www.newbornscreening.on.ca/en/about-screening/diseases-screened>
373. *Newborn Screening Saves Lives Reauthorization Act of 2021: H.R.482*. (2021). Retrieved from: <https://www.congress.gov/bill/117th-congress/house-bill/482>
374. *Newborn Screening: RACGP*. (2023). Retrieved from: <https://www.racgp.org.au/clinical-resources/clinical-guidelines/key-racgp-guidelines/view-all-racgp-guidelines/genomics/newborn-screening>
375. *Newborn Screening: Saving life with a single bloodspot*. (2023). Retrieved from: <https://www2.medizin.uni-greifswald.de/klinchem/index.php?id=430>
376. Nijagal, M. A., Patel, D., Lyles, C., Liao, J., Chehab, L., ... & Williams, S. (2021). Using human centered design to identify opportunities for reducing inequities in perinatal care. *BMC Health Serv Res*, 21(1), 714. Retrieved from: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06609-8>.

377. Nurses Collaborative Study Group. (2000). Risk adjusted and population based studies of the outcome for high risk infants in Scotland and Australia. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, 82(2), F118–F123.
378. O'Donnell, K. J., Glover, V., Barker, E. D., & O'Connor, T. G. (2014). The persisting effect of maternal mood in pregnancy on childhood psychopathology. *Dev Psychopathol.*
379. OCHA Ukraine. (2023). *United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs*. Retrieved from: <https://www.unocha.org/ukraine>
380. OECD. (2022a). *Definition of Fertility rates*. Retrieved from: <https://data.oecd.org/pop/fertility-rates.htm>
381. OECD. (2022b). *Fertility rates*. Retrieved from: <https://data.oecd.org/pop/fertility-rates.htm>
382. *Ontario Breast Screening Program*. (2023). Retrieved from: <https://www.ontario.ca/page/ontario-breast-screening-program>
383. *Operational Data Portal*. (2023). Retrieved from: <https://data.unhcr.org/en/situations/ukraine>
384. Paneth, N., Kiely, J. L., Wallenstein, S., Marcus, M., Pakter, J., & Susser, M. (1982). Newborn intensive care and neonatal mortality in low-birth-weight infants: a population study. *New England Journal of Medicine*, 307(3), 149–155.
385. Papanicolas, I., & Smith, P. C. (2013). *Health system performance comparison: an agenda for policy, information, and research*. Maidenhead: Open University Press, McGraw-Hill Education.
386. Papiernik, E., Di Renzo, G. C., & Sedin, G. (1999). Introduction to the European Network for Perinatal Transport (EUROPET) Project. *Prenatal and Neonatal Medicine*, 4, 1.
387. Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., ... & Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The lancet*, 392(10157), 1553–1598.

388. PATH. (2023). *Strengthening Human Milk Banking: A Global Implementation Framework. Version 1.1*. Seattle; Washington; USA: Bill & Melinda Gates Foundation Grand Challenges initiative. Retrieved from: <https://www.path.org/resources/strengthening-human-milk-banking-a-global-implementation-framework-version-11/>

389. Paul, V. K., & Singh, M. (2004). Regionalized perinatal care in developing countries. *Seminars in Neonatology*, 9(2), 117–124.

390. *Person-Centered Innovation – An Update on the Implementation of the CMS Innovation Center’s Strategy*. (2022). Retrieved from: <https://www.cms.gov/priorities/innovation/data-and-reports/2022/cmimi-strategy-refresh-imp-report>

391. Piniashko, O., Zalis' ka, O., Vons, B., Pyrohova, V., Malachynska, M., & Veresnyuk, N. (2016). Assessing real consumption of medications for fertility treatments in Ukraine. *Value in Health*, 19(7), A405.

392. Piniashko, O., Zaliska, O., Pyrohova, V., Malachynska, M., Veresnyuk, N., & Vernikovskyy, I. (2016). Analysis of real-world database: endometriosis treatment practice in Ukraine. *Value in Health*, 19(3), A176.

393. Piniashko, O., Zaliska, O., Pyrohova, V., Malachynska, M., Veresnyuk, N., & Van Doeveren, N. (2016). Real-Life evidence in the treatment of gynecological diseases in Ukraine: Use in Decision Making. *Value in Health*, 19(3), A176.

394. Posmontier, B., Geller, P. A., Horowitz, J. A., Elgohail, M., & Chiarello, L. (2022). Intensive Perinatal Mental Health Programs in the United States: A Call to Action. *Psychiatric Services*, 73, 930–932. Retrieved from: doi: 10.1176/appi.ps.202100384

395. *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care : a guide for essential practice*. (2003). Retrieved from: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/mps%20pcpnc.pdf>

396. Prenatal care. (2023). *Data for United States*. Retrieved from: <https://www.marchofdimes.org/peristats/data?reg=99&top=5&stop=34&lev=1&slev=4&obj=1>

397. *Present day practice in infant feeding*. (1980). Report of a Working Party of the Panel on Child Nutrition. Retrieved from: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/743810/Present_Day_Practice_in_Infant_Feeding_-_1980_1980_.pdf

398. *Principles to guide health system recovery and transformation in Ukraine*. (2022). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Retrieved from: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>

399. *Progress Report on the Every Woman Every Child Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health*. (2017). Retrieved from: <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/documents>

400. Public Health England. (2017). *Consolidated Standards for NHS Breast Screening Programme*. Retrieved from: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/774770/Breast_draft_standards_V1.7.pdf

401. Queensland Government. (2007). *Queensland Health Disability Service Plan 2007- 2010*. Brisbane: Queensland Government.

402. Rashidian, A., Omidvari, A. H., Vali, Y., Mortaz, S., Yousefi-Nooraie, R., Jafari, M., & Bhutta, Z. A. (2014). The effectiveness of regionalization of perinatal care services-a systematic review. *Public Health*, 128(10), 872–885

403. *Report of the International Conference on Population and Development. Cairo, 5–13 September 1994*. (1994). Retrieved from: https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_eng_2.pdf

404. Rodríguez-Muñoz, M. F., Chrzan-Dętkoś, M., Uka, A., García-López, H. S, Krupelnyska, L., Morozova-Larina, O., ...& Le, H-N. (2023). The impact of the war in Ukraine on the perinatal period: Perinatal mental health for refugee women (pmh-rw)

protocol. *Front. Psychol*, 14, 1152478. Retrieved from: doi: 10.3389/fpsyg.2023.1152478

405. SA Health. (2021). *Policy Perinatal Emergency Education Policy*. Retrieved from: <https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/resources/policies/perinatal+emergency+education+policy>

406. Sacchi, C. (2022). Protection of perinatal mental health during the war in Ukraine. *Lancet Reg Health Eur*, 16,15, 100362. Retrieved from: doi: 10.1016/j.lanepe.2022.100362.

407. Satman, İ., Güdük, Ö., Yemenici, M., & Ertürk, N. (2023). *Nadir Hastalıklar Raporu*. Retrieved from: https://www.tuseb.gov.tr/tuhke/uploads/genel/files/haberler/nadir_hastaliklar_raporu.pdf

408. Sautto, G. A., & Diotti, R. A. (2020). Editorial: immunotherapeutic and immunoprophylactic strategies for infectious diseases. *Front Immunol*, 11, 1670. Retrieved from: doi: 10.3389/fimmu.2020.01670.

409. Schofield, F. D., Tucker, V. M., & Westbrook, G. R. (1961). Neonatal tetanus in New Guinea. Effect of active immunization in pregnancy. *Br Med J*, 2(5255), 785–789. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.2.5255.785>

410. Shumilova, O., Tockner, K., Sukhodolov, A., Khilchevskiy, V., De Meester, L., Stepanenko, S., ... & Gleick, P. (2023). Impact of the Russia–Ukraine armed conflict on water resources and water infrastructure. *Nat Sustain*, 6, 578–586. Retrieved from: <https://doi.org/10.1038/s41893-023-01068-x>

411. *Social determinant of mental health*. (2014). Geneva: World Health Organization. Retrieved from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf?sequence=

412. Soet, J. E., Brack, G. A., & DiIorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, 30(1), 36–46. Retrieved from: doi: 10.1046/j.1523-536x.2003.00215.x .

413. Soukup, T., Lamb, B. W., Arora, S., Darzi, A., Sevdalis, N., & Green, J. S. A. (2018). Successful strategies in implementing a multidisciplinary team working in the care of patients with cancer: an overview and synthesis of the available literature. *J Multidiscip Healthc*, 11, 49–61. Retrieved from: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S117945>

414. Summary. (2017). *National Implementation of the Baby-friendly Hospital Initiative*. Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255198/WHO-NMH-NHD-17.4-eng.pdf?sequence=1>

415. Tajima, T. (2022). Newborn Screening in Japan – 2021. *International Journal of Neonatal Screening*, 8.1, 3.

416. Tangeraas, T., Sæves, I., Klingenberg, C., Jørgensen, J., Kristensen, E., Gunnarsdottir G., ... & Pettersen R. D. (2020). Performance of expanded newborn screening in Norway supported by post-analytical bioinformatics tools and rapid second-tier DNA analyses. *International Journal of Neonatal Screening*, 6.3, 51.

417. Tarekegne A. A., Giru B. Wordofa, & Mekonnen B. (2022). Person-centered maternity care during childbirth and associated factors at selected public hospitals in Addis Ababa, Ethiopia, 2021: a cross-sectional study. *Reproductive Health*, 19, 199. Retrieved from: <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01503-w>

418. Taruscio, D., Kodra, Y., Amicosante, A. M. V., Bacco, G., Burlina, A., Marca, G. la, ... & Piccioli A. (2020). Expanded Neonatal Screening Programme in the Italian Regions and Autonomous Provinces. State of the Art up to June 30, 2019. *Rapporti ISTISAN*, 20, 18.

419. Tashobya, C. K., da Silveira, V. C., Ssenkooba, F., Nabyonga-Orem, J., Macq, J., & Criel, B. (2014). Health systems performance assessment in low-income countries: learning from international experiences. *Glob Health*, 10(1), 5.

420. *Terms of Reference for the Mother and Newborn Information for Tracking Outcomes Results (MoNITOR) sub-groups.* (2023). Retrieved from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/advisory-groups/monitor/monitor-terms-of-reference.pdf?sfvrsn=f41616a4_5

421. *The 2016 WHO ANC model for a positive pregnancy experience: Recommendations mapped to eight scheduled ANC contacts.* (2023). Retrieved from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/maternal-health/anc.pdf?sfvrsn=5e2c740e_2

422. The American Geriatrics Society Expert panel on person-centered care. (2016). Person-centered care: a definition and essential elements. *J Am Geriatr Soc*, 64(1), 15–18. Retrieved from: <https://doi.org/10.1111/jgs.13866>.

423. The Cabinet of Ministers of Ukraine. (2006). *Resolution, December 27, 2006 № 1849 “On approval of the State Program “Reproductive Health of the Nation” for the period up to 2015”*. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1849-2006-п#Text>

424. *The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).* (2020) Retrieved from: <https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/meetings/2016/kampala--disability-measurement-and-statistics/Session%205/ICF.pdf>

425. *The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes: Frequently Asked Questions.* (2017). Geneva : Switzerland: World Health Organization. Licence: CC BY-NCSA 3.0 IGO.

426. *The Perinatal Mental Health Care Pathways. Mental Health Policy and Strategy Team.* (2021). London, SE1 6LH. Retrieved from: <https://www.england.nhs.uk/mental-health/resources/>

427. *The WHO Safe Childbirth Checklist Collaboration.* (2015) Retrieved from: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/safe-childbirth>

428. Trading Economics. (2024). *Ukraine – Fertility Rate, Total (births Per Woman)*. Retrieved from: <https://tradingeconomics.com/ukraine/fertility-rate-total-births-per-woman-wb-data.html>

429. Tuncalp, O., Were, W. M., MacLennan, C., Oladapo, O. T., Gu'Imezoglu, A. M., & Bahl, R. (2015). Quality of care for pregnant women and newborns-the WHO vision. *BJOG*, 1045–1049. Retrieved from: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13451>

430. UHC. (2023). *Healthcare at War: the impact of Russia's full-scale Invasion on the Healthcare in Ukraine*. Retrieved from: <https://uhc.org.ua/2023/04/26/healthcare-at-war/>

431. *Ukraine Multiple Indicator Cluster Survey 2012, Key Findings*. (2012). Kyiv, Ukraine: State Statistics Service of Ukraine and Ukrainian Center for Social Reforms. Retrieved from: <https://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/2348>

432. UN Treaty Body Database. (2023a). *Комітет ООН з прав осіб з інвалідністю, Загальний коментар № 3, пункти 39-42: Жінки та дівчата з інвалідністю*. Retrieved from: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/3&Lang=en

433. UN Treaty Body Database. (2023b). *Комітет ООН з прав осіб з інвалідністю, Загальний коментар № 3, пункт 44: Жінки та дівчата з інвалідністю*. Retrieved from: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/3&Lang=en

434. UN. (2015). *GOAL 5: Improve maternal health*. Retrieved from: <https://www.un.org/millenniumgoals/maternal.shtml>

435. UNDP. (2015). *Goal 3. Good health and well-being*. Retrieved from: <https://www.undp.org/uk/ukraine/tsili-staloho-rozvytku>

436. UNFA. (2012). *Sustainable Development and Population Dynamics. Population Matters for Sustainable Development*. Retrieved from:

https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA%20Population%20matters%20for%20sustainable%20development_1.pdf

437. UNFPA Україна. (2023). *UNFPA та ЄС продовжують співпрацю для підтримки репродуктивного здоров'я людей в Україні*. Retrieved from: <https://ukraine.unfpa.org/uk/unfpa>

438. UNFPA. (1994). *Action program adopted by the International Conference on Population and Development*. Cairo. Retrieved from: <https://www.unfpa.org/icpd>

439. UNFPA. (2022). *Population and poverty*. Retrieved from: www.unfpa.org/resources/population-and-poverty

440. UNICEF Ukraine. (2023). *Breastfeeding support is at the heart of national family-friendly policy*. Retrieved from: <https://www.unicef.org/ukraine/en/press-releases/breastfeeding-support-heart-national-family-friendly-policy>

441. UNICEF. (2015). *Elimination of maternal and neonatal tetanus*. Retrieved from: http://www.unicef.org/health/index_43509.html

442. UNICEF. (2023). *Baby-Friendly Hospital Initiative: Ten steps to successful breastfeeding, from UNICEF and the World Health Organization*. Retrieved from: <https://www.unicef.org/documents/baby-friendly-hospital-initiative>

443. United Kingdom (UK) Parliament. (1995). *Disability Discrimination Act 1995*. Retrieved from: http://opsia.gov.uk/acts/act2005/ukpga_20050013_en_1.

444. United Kingdom Department of Health, Social Service and Public Safety. (2007). *The Bamford Review of Mental Health and Learning Disability (Northern Ireland): Promoting the Social Inclusion of People with a Mental Health Problem or a Learning Disability*. Belfast: Her Majesty's Stationery Office.

445. United Nations Development Group. (2012). *Harmonizing RBM concepts and approaches for improved development results at country level*. Retrieved from: <https://unsdg.un.org/sites/default/files/UNDG-RBM-Handbook-2012.pdf>

446. United Nations General Assembly. (2015). *Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development*.

447. United Nations in Ukraine. (2023). *Sustainable Development Goals*. Retrieved from: ukraine.un.org/en/sdgs

448. United Nations Population Fund. (2019). *Sexual and Reproductive Health and Rights: An Essential Element of Universal Health Coverage*. Retrieved from: <https://www.unfpa.org/publications/sexual-and-reproductive-health-and-rights-essential-element-universal-health-coverage>

449. United Nations. (1993). *Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities: General Assembly 20 December 1993*. Retrieved from: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/standard-rules-equalization-opportunities-persons-disabilities>

450. United Nations. (1995). *Fourth World Conference on Women, 4-15 September 1995, Beijing, China*. Retrieved from: <https://www.un.org/en/conferences/women/beijing1995>

451. *United24: ініціатива Президента України*. (2022). Київ: Уряд України. Retrieved from: <https://u24.gov.ua/>

452. *Universal Declaration of Human Rights*. (2019). Retrieved from: <https://unric.org/pt/wp-content/uploads/sites/9/2019/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Universal-dos-Direitos-Humanos.pdf1993>

453. UNO. (2023). *Population and the Sustainable Development Goals*. Retrieved from: populationmatters.org/un-sdgs/

454. Veresnyuk, N., Pyrohova, V., Malachynska, M., & Piniashko, O. (2017). Comparative evaluation of the efficacy of herbal and nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of dysmenorrhea in women with female reproductive tract congenital anomalies. *Value in Health*, 20(9), A922.

455. Victor, Y. H., & Dunn, P. M. (2004). Development of regionalized perinatal care. *Seminars in Neonatology*, 9(2), 89–97.

456. Wennberg, A. L., Rodriguez-Wallberg, K. A., Milsom, I., & Brännström, M. (2016). Attitudes towards new assisted reproductive technologies in Sweden: a

survey in women 30–39 years of age. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 95(1), 38–44.

457. Wharton, B. (1982). A quinquennium in infant feeding. *Archives of Disease in Childhood*, 57(12), 895.

458. WHO Reproductive Health Library. (2018). *WHO recommendation on respectful maternity care*.

459. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group ma UNDP (MMEIG). (2023). Retrieved from: <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/>

460. Wilkers, J. L., DeSisto, C. L., & Ewing, A. C. (2023). Levels of neonatal care among birth facilities in 20 states and other jurisdictions: CDC levels of care assessment tool (CDC LOCATeSM). *J Perinatol*, 43, 484–489. Retrieved from: <https://doi.org/10.1038/s41372-022-01512-4>

461. Wilson, J. M. G., & Jungner, G. (1968). *Principles and practice of screening for disease*. Geneva: WHO. Retrieved from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/4/07-050112BP.pdf>

462. *Women's Health Strategy*. (2023). Retrieved from: <https://www.health.govt.nz/publication/womens-health-strategy>

463. World Health Organization. (2001). *WHO regional strategy on sexual and reproductive health*. Retrieved from: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/69529/e74558.pdf

464. World Health Organization. (2004). *Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets Global strategy adopted by the 57th World Health Assembly*. Retrieved from: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/RHR_04_8/en/

465. World Health Organization. (2013). *WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn*. Retrieved from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/97603/9789241506649_eng.pdf?sequence=1

466. World Health Organization. (2014). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement*. Geneva: WHO.

467. World Health Organization. (2015). *United Nations Population Fund, UNICEF. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: A guide for essential practice*. 3rd edition. Retrieved from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/249580/9789241549356-eng.pdf?sequence=1>

468. World Health Organization. (2016a). *Indicator and Monitoring Framework for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health Guideline*. Retrieved from: <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/documents>

469. World Health Organization. (2016b). *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP)–version 2.0*. Geneva: 2016.

470. World Health Organization. (2016c). *Standards for Improving Quality of Maternal and Newborn Care in Health Facilities*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

471. World Health Organization. (2016d). *WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>

472. World Health Organization. (2017a). *Commitments to the Every Woman Every Child Global Strategy for Women's Children's and Adolescents' Health (2016–2030)*. Retrieved from: <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/documents>

473. World Health Organization. (2017b). *WHO recommendations on maternal health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee*. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.10>

474. World Health Organization. (2017c). *WHO recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee*. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA>

475. World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*.

476. World Health Organization. (2019). *Ensuring Universal Health Coverage Delivers for Women, Children and Adolescents*. Retrieved from: <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/documents>

477. World Health Organization. (2021). *Newborn Mortality*. Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/levels-and-trends-in-child-mortality-report-2021>

478. World Health Organization. (2022a). *Global strategy for women's, children's and adolescents' health*. Retrieved from: <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/global-strategy-data>

479. World Health Organization. (2022b). *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services*. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142>

480. World Health Organization. (2023a). *A Neglected Tragedy: The global burden of stillbirths: Report of the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, 2020*. Retrieved from: <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/documents>

481. World Health Organization. (2023b). *Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale 2017*. Retrieved from: <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/documents>

482. World Health Organization. (2023c). *Child Health and Well Being Dashboard*. Retrieved from: <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/child-health-and-well-being-dashboard>

483. World Health Organization. (2023d). *COVID-19 policy briefs*. Retrieved from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/covid-19-policy-briefs>

484. World Health Organization. (2023e). *Every Newborn Action Plan (ENAP) and Ending Preventable Maternal Mortality (EPMM) Dashboard*. Retrieved from: <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/ENAP-EPMM-dashboard>

485. World Health Organization. (2023f). *Global strategy for infant and young child feeding*. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/i/item/9241562218>

486. World Health Organization. (2023g). *Global Strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030) 2018 monitoring report: current status and strategic priorities*. Retrieved from: <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/documents>

487. World Health Organization. (2023h). *Health Expenditures*. Retrieved from: <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/maternal-and-newborn-data/maternal-and-newborn---health-expenditures>

488. World Health Organization. (2023i). *Improving maternal and newborn health and survival and reducing stillbirth: progress report*. Retrieved from: <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/documents>

489. World Health Organization. (2023j). *Maternal and newborn – Coverage*. Retrieved from: <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/maternal-and-newborn-data/maternal-and-newborn---coverage>

490. World Health Organization. (2023k). *Maternal and newborn – Demographics*. Retrieved from: <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/maternal-and-newborn-data/maternal-and-newborn---demographics>

491. World Health Organization. (2023l). *Maternal health*. Retrieved from: https://www.who.int/health-topics/maternal-health#tab=tab_2

492. World Health Organization. (2023m). *Maternal mortality: WHO*. Retrieved from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

493. World Health Organization. (2023n). *Maternal, newborn, child and adolescent health and ageing*. Retrieved from: <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/national-policies?themeId=3af0211e-8037-4fad-b36d-60614c4b37b4>

494. World Health Organization. (2023o). *Mental health*. Retrieved from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response/?gclid=EAIaIQobChMIIt6-ykMXAggMVNYhoCR03PATQEAAAYASAAEgLUYvD_BwE

495. World Health Organization. (2023p). *Millennium Development Goals (MDGs)*. Retrieved from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-\(mdgs\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs))

496. World Health Organization. (2023q). *Morbidity. Maternal and newborn*. Retrieved from: <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/maternal-and-newborn-data/maternal-and-newborn---morbidity>

497. World Health Organization. (2023r). *Mortality/causes of death*. Retrieved from: <https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/maternal-and-newborn-data/maternal-and-newborn---mortality-causes-of-death>.

498. World Health Organization. (2023s). *Mother and Newborn Information for Tracking Outcomes and Results (MoNITOR)*. Retrieved from: [https://www.who.int/groups/mother-and-newborn-information-for-tracking-outcomes-and-results-\(monitor\)](https://www.who.int/groups/mother-and-newborn-information-for-tracking-outcomes-and-results-(monitor))

499. World Health Organization. (2023t). *National policies*. Retrieved from: platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/national-policies?themeId=3af0211e-8037-4fad-b36d-60614c4b37b4

500. World Health Organization. (2023u). *Perinatal condition*. Retrieved from: <https://platform.who.int/mortality/themes/theme-details/topics/topic-details/MDB/perinatal-conditions>
501. World Health Organization. (2023v). *SDG Target 3.2: End preventable deaths of newborns and children under 5 years of age: the global health observatory*. Retrieved from: https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/sdg-target-3_2-newborn-and-child-mortality
502. World Health Organization. (2023w). *Surveillance system for attacks on health care (SSA)*. Retrieved from: <https://extranet.who.int/ssa/Index.aspx>
503. Young, C., & Ayers, S. (2021). Risk and resilience in pregnancy and birth'. in Michael Ungar (ed.), *Multisystemic Resilience: Adaptation and Transformation in Contexts of Change*. New York: Oxford Academic. Retrieved from: <https://doi.org/10.1093/oso/9780190095888.003.0004>
504. Zangmo, R., Kumari, A., Garg, D., & Sharma, K. A. (2021). Redesigning routine antenatal care in low-resource settings during the COVID-19 pandemic. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 10(3), 36.
505. Zeitlin, J., Papiernik, E., Bréart, G., & Europet Group. (2004). Regionalization of perinatal care in Europe. *Seminars in Neonatology*, 9 (2), 99–110.

ДОДАТКИ

Додаток А
**Довідки про впровадження
результатів дисертаційного дослідження**



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО
(ЛНМУ імені Данила Галицького)

вул.Пекарська,69, м.Львів, 79010, тел. (032) 260-30-66, факс 276-79-73,
e-mail: office@meduniv.lviv.ua, https://new.meduniv.lviv.ua, код ЄДРПОУ 02010793

11.10.2023 № 01-15/438

На № _____ від _____

Довідка

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
“ Державне регулювання системи перинатальної допомоги в умовах системних реформ”

Малачинської Марії Йосипівни

докторанта Одеського університету «Львівська політехніка»
на здобуття наукового ступеня доктора наук з державного управління

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького є багатопрофільним навчальним закладом і підпорядкований Міністерству охорони здоров'я України. Освітня діяльність Університету спрямована на забезпечення потреб системи охорони здоров'я кваліфікованими медичними кадрами, готовими до самостійної професійної діяльності і Університет має право удосконалювати зміст ступеневої медичної освіти у відповідності до галузевих стандартів вищої освіти України, розробляти та реалізовувати освітні програми з ліцензованих спеціальностей, самостійно визначати форми навчання та організації освітнього процесу.

Наукове дослідження Марії Малачинської, спрямоване на розв'язання важливих медико-демографічних питань в умовах екстремальної ситуації, обумовлених війною Російської Федерації проти України. Використовуючи результати дисертаційного дослідження, зокрема в частині аналізу формування компетентностей фахівців з питань перинатального психічного здоров'я і підвищення уваги до збереження психічного здоров'я жінок у перинатальному періоді у реалізації державної політики, Університет зацікавлений впроваджувати запропоновані рекомендації в свою освітню діяльність і розвивати запропоновані дисертантом напрями.

В.о.ректора



Орест ЧЕМЕРИС



ЛЬВІВСЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ

ЛЬВІВСЬКА ОБЛАСНА ВІЙСЬКОВА АДМІНІСТРАЦІЯ

вул. Винниченка, 18, м. Львів, 79008, тел.: (032) 299-91-00, факс: (032) 261-23-99
www.loda.gov.ua, e-mail: kancel@loda.gov.ua, Код ЄДРПОУ 00022562

№ _____ На № _____ від _____

ДОВІДКА

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження
докторанта Національного університету «Одеська політехніка»**

Малачинської Марії Йосипівни

на тему

«Державне регулювання системи перинатальної допомоги в умовах системних реформ»

Цим листом ми підтверджуємо, що Марія Малачинська зробила вагомий внесок в розвиток перинатальної допомоги Львівської області. Обґрунтовані нею пропозиції та ідеї були підтримані Львівською обласною військовою адміністрацією та впроваджені у діяльність Львівського обласного клінічного перинатального центру. Зокрема, в результаті міжгалузевої співпраці стало можливим відкриття відділення постінтенсивного догляду новонароджених і виходжування недоношених дітей, відділення медичної реабілітації передчасно народжених та малих дітей, банку грудного молока, регіонального центру неонатального скринінгу та відділення допоміжних репродуктивних технологій. Ці інновації стали важливими подіями не лише в межах Львівської області, але й в межах України.

Доцільно також відмітити стратегію розвитку Львівського клінічного перинатального центру, що була розроблена Марією Малачинською та відображена в моделі «Перинатального світу». Враховуючи медичну, економічну та соціальну ефективність пропонованої моделі, вона може стати основою розвитку перинатальних закладів України.

Впровадження моделі «Перинатального світу» викликало зацікавленість на найвищих рівнях. Так, дружини президентів України та Латвії Олена Зеленська й Андра Левіте відвідали Львівський обласний перинатальний центр для ознайомлення з організацією його роботи. Низка міжнародних делегацій також проявили зацікавленість в обміні досвідом, що свідчить про новаторський підхід до розв'язання проблем в контексті надання медико-соціальної допомоги матерям та дітям, налагодження співробітництва та розбудови системи публічно-управлінських відносин галузі надання медичних послуг між органами державної влади, місцевого самоврядування та міжнародними організаціями.

Начальник



Максим КОЗИЦЬКИЙ

Львівська ОДА

№5/36-9220/0/2-23-10.1 від
19.09.2023





НАЦІОНАЛЬНА СЛУЖБА ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
(НСЗУ)

ЗАХІДНИЙ МІЖРЕГІОНАЛЬНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ

просп. Степана Бандери, 19, м. Київ, 04073, тел.: (044) 426-67-77, (044) 290-06-91

E-mail: info@nszu.gov.ua, сайт: www.nszu.gov.ua, код згідно з ЄДРПОУ 42032422

від 23 10 2023 р. № 1-23

На № _____ від _____ 20__ р.

ДОВІДКА

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження
Малачинської Марії Йосипівни
в управлінську діяльність Національної служби здоров'я України**

Західний міжрегіональний департамент Національної служби здоров'я України, який реалізує повноваження на території Львівської, Рівненської, Волинської, Івано-Франківської, Чернівецької, Тернопільської Хмельницької та Закарпатської областей, розглянув матеріали дисертаційного дослідження на тему «Державне регулювання системи перинатальної допомоги в умовах системних реформ».

Представлене дослідження наглядно демонструє підходи до удосконалення перинатальної допомоги в Україні і може бути використане для підготовки пропозицій до проектів нормативно-правових актів, спрямованих на формування та реалізацію державної політики у сфері державних фінансових гарантій: медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення.

Директор
Західного міжрегіонального департаменту

Тетяна КУДИК



Посилання:

https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2022/08/2022_1437_smd_nv.pdf

3. При формуванні «Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Кесарів розтин», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 05 січня 2022 року № 8.

Посилання:

https://www.dec.gov.ua/wpcontent/uploads/2022/01/2022_08_vkpm�_kesar_roztyn.pdf

Зазначені документи внесено до Реєстру медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 року №751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за №2004/22316.

Директор



Михайло БАБЕНКО

Гуленко Оксана 202-17-00



СУМСЬКА ОБЛАСНА РАДА

майдан Незалежності, 2, м. Суми, 40000 тел. (0542) 70 04 50, факс 70 04 44

e-mail: rada@sorada.gov.ua, web: https://sorada.gov.ua

Код ЄДРПОУ 23826636

27.10.2023 № 01-29/392

На № _____ від _____

РЕЦЕНЗІЯ-ВІДГУК

на дисертаційне дослідження на тему «Державне регулювання системи перинатальної допомоги в умовах системних реформ» докторанта Національного університету «Одеська політехніка» Малачинської Марії Йосипівни

Сумська обласна рада розглянула матеріали дисертаційного дослідження на тему «Державне регулювання системи перинатальної допомоги в умовах системних реформ», представлену докторантом Національного університету «Одеська політехніка» Малачинською Марією Йосипівною.

Дослідження наглядно демонструє, що означена тематика є актуальною для розгляду органами місцевого самоврядування, оскільки має практичне значення. Розроблена модель «перинатального світу» та впроваджена на базі Львівського обласного перинатального центру підтверджує медичну, соціальну та економічну ефективність впровадження інноваційних підходів, а тому заслуговує на поширення отриманого досвіду в межах України.

Результати дослідження можуть бути використані Радою для подальшого аналізу та підготовки пропозицій до проектів місцевих програм та нормативно-правових актів, а також для удосконалення регулювання та розвитку перинатальних послуг області.

Голова

Віктор ФЕДОРЧЕНКО



**СУДОВОВИШНЯНСЬКА МІСЬКА РАДА
ЯВОРІВСЬКОГО РАЙОНУ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ
ВИКОНАВЧИЙ КОМІТЕТ**

пл. Івана Франка, 14, м.Судова Вишня, Яворівський район, Львівська область, 81340,
тел.: 0(3234) 3 72 40, e-mail: sv@sudovavvshnia-gromada.gov.ua, Код ЄДРПОУ 44075067

№ _____

Гр. Марії Малачинській

**ДОВІДКА
про впровадження результатів дисертаційного дослідження
«Державне регулювання системи перинатальної допомоги в умовах системних
реформ»**

Виконавчий комітет Судововишнянської територіальної громади ознайомився з результатами дисертаційного дослідження, яке провела докторант Національного університету «Одеська політехніка» Марія Йосипівна Малачинська.

Дослідження актуалізує проблему демографічного розвитку та здоров'я населення, особливо здоров'я жінок та дітей, і базується на комплексному підході. Виконавчий комітет Судововишнянської територіальної громади має свій стратегічний план розвитку, тому важливо, щоб збереження та зміцнення здоров'я громади було одним з пріоритетних напрямів у стратегії. Розуміння цього організаційного контексту впливає на вибір методів та інструментів співпраці різних ланок місцевого самоврядування в громаді. Тому реформа децентралізації та процес трансформації системи охорони здоров'я посилюють можливості місцевих органів влади використовувати свої нові повноваження та стратегічно планувати ресурси таким чином, щоб здоров'я та добробут людей стали центром усіх рішень, що реалізуються в громадах.

Матеріали представленої дослідження заслуговують на увагу та можуть бути використані у роботі Виконавчого комітету Судововишнянської територіальної громади при формуванні програм місцевого самоврядування, спрямованих на покращення перинатальної допомоги та демографічної ситуації в Україні. Це також сприятиме розвитку послуг, якість яких залежить від ефективної координації медичних та соціальних служб, зокрема інтегрованих послуг, захисту матерів та дітей, розвитку служб з підтримки психічного здоров'я.

Судововишнянська територіальна громада зацікавлена у подальшій ефективній співпраці з науковим середовищем з метою удосконалення своєї організації діяльності.

Секретар ради

Судововишнянська міська
рада

№1808/03-16 від
21.09.2023



Іван ВОЇНСЬКИЙ

арк.1





ДЕПУТАТ ЛЬВІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ

вул. В. Винниченка, 18, м. Львів, 79008, Україна

тел. № _____

№ 35 від "01" "09" 2023 р.

ДОВІДКА

**про використання результатів дисертаційного дослідження
докторанта Національного університету «Одеська політехніка»
Малачинської Марії Йосипівни**

Я, як депутат Львівської обласної ради VIII скликання, голова комісії з питань охорони здоров'я та материнства Львівської обласної ради цим листом підтверджую, що пропозиції Марії Малачинської були враховані при формуванні переліку завдань, заходів та показників в межах Комплексної програми підтримки галузі охорони здоров'я Львівської області на 2021 – 2025 роки, зокрема щодо:

1. Забезпечення інтенсивною терапією вагітних жінок у критичних станах та недоношених новонароджених дітей
2. Лікування безпліддя за допомогою допоміжних репродуктивних технологій
3. Профілактики виникнення та корекції йододефіцитних станів у вагітних жінок

Комплексна програма підтримки галузі охорони здоров'я Львівської області на 2021-2025 роки затверджена рішенням Львівської обласної ради від 23.02.2021 №65 та успішно реалізується із врахуванням та внесенням окремих змін до Програми.

Депутат обласної ради,
голова комісії з питань охорони здоров'я
та материнства Львівської обласної ради

 А.П. ЯРМОЛА



Львівська обласна рада
№Вих-Д-17*-129 від 01.09.2023

**СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ АВТОРКОЮ ПРАЦЬ
ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ****I. Список публікацій здобувача, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації***Публікації у наукових фахових виданнях України*

I. Список публікацій здобувача, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

Публікації у наукових фахових виданнях України

22. Малачинська, М. Й. (2021). Державна політика запобігання смертності від онкологічних захворювань у жінок: міжнародні підходи та українські реалії. *Наукові перспективи*, 9(15). Взято з: <http://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/view/5754/5787>

23. Малачинська, М. Й. (2022а). Впровадження змін в системі охорони здоров'я на місцевому рівні: управлінські інструменти територіальних громад. *Теоретичні та прикладні питання державотворення*, 1(28), 44–54.

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

25. Малачинська, М. Й. (2022c). Розвиток міжнародних підходів до формування національних політик організації перинатальної допомоги: історичні аспекти. *Наукові інновації та передові технології*, 6(8), 681–692.

26. Малачинська, М. Й. (2022d). Стратегічний контекст трансформації перинатальних служб. (Strategic context of perinatal services transformation). *Social Studies: Theory and Practice*, 13(2), 119–132. DOI: 10.34858/sstp.2.2022.7 Взято з: <https://social-studies.apsl.edu.pl/index.php/pl/>

27. Малачинська, М. Й. (2022e). Сучасні тенденції державної політики у сфері допоміжних репродуктивних технологій та їх вплив на демографічну ситуацію. *Наукові інновації та передові технології*, 10(12), 508–519.

28. Малачинська, М. Й. (2023а). Державна політика вакцинації вагітних в Україні: виклики та можливості. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Державне управління*, 2, 71–78.

29. Малачинська, М. Й. (2023b). Детермінанти розвитку державного регулювання системою перинатальної допомоги в сучасній Україні. *Ефективність державного управління*, 5(74). Взято з: DOI: <https://doi.org/10.36930/507410>

30. Малачинська, М. Й. (2023c). Досвід змін в системі перинатальної допомоги США для реформування системи охорони здоров'я України. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*, 4. Взято з: <https://chasopys.ppp.dp.ua/index.php/chasopys/issue/view/17>

31. Малачинська, М. Й. (2023d). Ефективність публічних ініціатив щодо зменшення ризику материнської та неонатальної смертності: аналіз та пропозиції. *Наукові перспективи*, 6(36), 429–441.
32. Малачинська, М. Й. (2023e). Міжнародні підходи до критеріїв ефективності управління системою перинатальної допомоги. *Публічне управління та місцеве самоврядування*, 2, 61–66. Взято з: <https://doi.org/10.32782/2414-4436/2023-2-8>
33. Малачинська, М. Й. (2023f). Неонатальний скринінг як складник державної політики охорони здоров'я: приклади міжнародного досвіду та адаптація в Україні. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування*, 34(73/3). Взято з: http://www.pubadm.vernadskyjournals.in.ua/journals/2023/3_2023/9.pdf
34. Малачинська, М. Й. (2023g). Підходи до управління в сфері надання перинатальної допомоги на міжнародному рівні. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Публічне управління та адміністрування*, 34(73),1, 174–179. Взято з: DOI <https://doi.org/10.32782/TNU-2663-6468/2023.1/31>
35. Малачинська, М. Й. (2023h). Повноваження органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я: проблеми реалізації. *Інвестиції: практика та досвід*, 14. Взято з: <https://www.nayka.com.ua/index.php/investplan/issue/view/86/65>
36. Малачинська, М. Й. (2023i). Причини реформ в системі надання перинатальної допомоги. *Аспекти публічного управління*, 11(2), 96–102. Взято з: <https://doi.org/10.15421/152324>
37. Малачинська, М. Й. (2023j). Пріоритетні вектори діяльності ВООЗ щодо підтримки систем перинатальної допомоги в контексті охорони материнства та дитинства. *Публічне управління і адміністрування в Україні*, 34, 125–129. Взято з: <https://doi.org/10.32782/pma2663-5240-2023.34.25>
38. Малачинська, М. Й. (2023k). Роль державної політики у підтримці грудного вигодовування як фактору досягнення цілей сталого розвитку. *Публічне управління та митне адміністрування*, 2(37), 43–48. Взято з: <http://customs-admin.umsf.in.ua/archive/2023/2/5.pdf>
39. Малачинська, М. Й. (2023l). Управління перинатальною допомогою під час пандемії COVID-19 в Україні: організаційно-правовий механізм. *Демократичне врядування*, 1(31). Взято з: <https://science.lpnu.ua/sites/default/files/journal-paper/2023/jun/30677/nadoi-187-199.pdf>
40. Малачинська, М. Й. (2023m). Управління системою перинатальної допомоги в умовах війни: виклики та готовність до реагування. *Публічне управління та місцеве самоврядування*, 1, 3–10, Взято з: <https://doi.org/10.32782/2414-4436/2023-1-5>

41. Малачинська, М. Й. (2023n). Управлінські рішення щодо промоції підтримки охорони здоров'я матерів та дітей. *Теорія та практика державного управління і місцевого самоврядування*, 3 (64).

42. Приходченко, Л. Л., & Малачинська, М. Й. (2023). Управління системою охорони здоров'я в умовах системних криз: аналіз проблем та перспектив кризь призму нормативно-правового законодавства. *Державне управління: удосконалення та розвиток*, 7. Взято з: <https://www.nayka.com.ua/index.php/dy/issue/view/87>

Статті у виданнях, що включені до наукометричних баз даних Scopus /Web of Science

10. Malachynska M., Kuzyk P., & Diegtiar O. (2021). Promoting healthy births and reducing infant mortality through National health system. *International Journal of Health Sciences*, 5.3, 449–460. Retrieved from: <https://sciencescholar.us/journal/index.php/ijhs/article/view/1905/698>.

11. Malachynska, M. (2022). Public management in the perinatal sphere and its impact on demographic changes. *Amazonia Investiga*, 11 (55).

12. Malachynska, M., Barzylovych, A., Buravchenko, S., Zvirych, V., & Votiykova, M. (2022). Management of primary health care facilities in Ukraine. *Universal Journal of Public Health*, 10(5), 527–538.

13. Malachynska, M., Sheiko, V., Polesova, T., & Samoylenko, I. (2021). Management of healthcare institutions in the context of changes and reforms. *Ad Alta: Journal of Interdisciplinary Research*, 11 (2), 137–142. Retrieved from: http://www.magnanimitas.cz/ADALTA/110224/papers/A_25.pdf.

14. Piniashko, O., Zalis' ka, O., Vons, B., Pyrohova, V., Malachynska, M., & Veresnyuk, N. (2016). Assessing real consumption of medications for fertility treatments in Ukraine. *Value in Health*, 19(7), A405.

15. Piniashko, O., Zaliska, O., Pyrohova, V., Malachynska, M., Veresnyuk, N., & Vernikovskyy, I. (2016). Analysis of real-world database: endometriosis treatment practice in Ukraine. *Value in Health*, 19(3), A176.

16. Piniashko, O., Zaliska, O., Pyrohova, V., Malachynska, M., Veresnyuk, N., & Van Doeveren, N. (2016). Real-Life evidence in the treatment of gynecological diseases in Ukraine: Use in Decision Making. *Value in Health*, 19(3), A176.

17. Veresnyuk, N., Pyrohova, V., Malachynska, M., & Piniashko, O. (2017). Comparative evaluation of the efficacy of herbal and nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the treatment of dysmenorrhea in women with female reproductive tract congenital anomalies. *Value in Health*, 20(9), A922.

18. Mariya Malachynska, Roman Shevchuk, Bohdan Plish, Iryna Yaremko, Hanna Tolchieva. (2021). The influence of public administration on demographic changes in the perinatal sphere and healthcare. *Ad alta journal of interdisciplinary research*. Vol.11. Issue 2. 2021. P.137-142.

II. Публікації, які додатково відображають наукові результати

дисертації

Публікації у наукових виданнях України, які не включені до фахових

Шурп'як, С. О., Пирогова, В. І., & Малачинська, М. Й. (2017). Оцінка ефективності корекції клімактеричного синдрому в жінок перименопаузального періоду з репродуктивними порушеннями в анамнезі. *Reproductive endocrinology*, 37, 65–68.

Пирогова, В. І., Козловський, І. В., Малачинська, М. Й., & Литвинюк, С. (2016). Передопераційна підготовка хворих з віруснобактеріальними мікстинфекціями генітального тракту як шлях профілактики періопераційних ускладнень. *Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України*, 2, 324–328.

Вереснюк, Н., Пирогова, В., & Малачинська, М. (2018). Особливості спеціалізованої допомоги пацієнткам з аномаліями розвитку статевих органів в умовах «хірургії одного дня». *Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України*, 2(42), 44–50.

Вереснюк, Н., Пирогова, В., & Малачинська, М. (2017). Особливості диференційної діагностики аномалій розвитку матки. *Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України*, 1(39), 8–12.

Малачинська, М. Й. (2015). Медичні інформаційні системи. *Медична інформатика та інженерія*, (4), 98–98.

Пирогова, В. І., Щурук, Н. В., Малачинська, М. Й., & Шурп'як, С. О. (2016). До питання щодо профілактики гемолітичної хвороби плода й новонародженого. *Акушерство. Гінекологія. Генетика*, (1), 24–28.

Malachynska, M. Y., & Veresnyuk, N. S. (2019). Вплив мелатоніну на овуляцію та якість ооцитів на етапі планування вагітності. *Ліки України*, 7(233), 69–71.

Публікації у закордонних виданнях

Malachynska, M. (2021). State strategy of mothers and children healthcare in Ukraine as a mechanism for achieving sustainable development goals. *Public Administration and Law Review*, (4), 20–27.

Додаток В

Опитувальник для проведення дослідження з питань covid-19

Добрий день! Просимо Вас взяти участь в опитуванні, що проводиться з метою аналізу ефективності надання послуг вагітним та породіллям в умовах пандемії COVID-19. Участь у цьому опитуванні є добровільною і Ви маєте право відмовитися від нього. Ми гарантуємо повну конфіденційність даних. Дякуємо за співпрацю, бережіть себе, свого малюка і своїх рідних!

ОПИТУВАЛЬНИК

	Запитання	Відповідь (підкресліть обраний/і Вами варіант/ти відповіді)					
1	Скільки Вам років?	< 18;	19-24;	25-30;	31-35;	36-40;	>40
2	Місце фактичного проживання ?	Місто		Село			
3	Сімейний статус	Заміжня		Розлучена		Одинока	
4	Це перші пологи?	Так		Ні			
5	Чи були ці пологи передчасними?	Так		Ні			
6	Чи мала дитина ознаки інфекції після пологів?	Так		Ні		Не знаю	
7	Як перебігала Ваша вагітність?	Без ускладнень		Мала супутні захворювання	Була загроза переривання вагітності		
8	Чи плануєте Ви ще народжувати?	Так		Ні			
9	Чи потрібна Вам додаткова допомога по догляду за дитиною впродовж першого року після народження?	Не потрібна		Потрібна фінансова допомога	Хочу скористатися послугами "соціальної няні"	Буду шукати няню серед знайомих	
10	Як далеко від Вашого місця проживання знаходиться жіноча консультація ?	У Вашому населеному пункті (місті/селі)		До 50 км від Вашого населеного пункту	50-100 км від Вашого населеного пункту	Більше 100 км від Вашого населеного пункту	
11	Яким чином Ви добиралися до жіночої консультації?	Маю власний транспорт		Добре транспортне сполучення	Необхідно робити декілька пересадок	Це для мене є проблемою	
12	Чи зберігаєте Ви копії результатів медичних аналізів/обстежень?	Так, маю усі		Ні, не маю жодних		лише деяких обстежень/аналізи в	Не бачаю в цьому потреби
13	Чи є підписана декларація з сімейним лікарем?	Так		Ні			
14	Якщо так, як далеко знаходиться сімейний лікар?	У Вашому населеному пункті (місті/селі)		До 50 км від Вашого населеного пункту	50-100 км від Вашого населеного пункту	Більше 100 км від Вашого населеного пункту	
15	У якому закладі працює Ваш сімейний лікар?	Комунальний/державний заклад (поліклініка, амбулаторія)		Приватний заклад/ФОП	Не знаю		
16	Наскільки Ви довіряєте сімейному лікареві?	Повністю довіряю		Відносно довіряю	Звертаюся лише за довідками	Часто потребую консультації інших фахівців	
17	Чи відчували Ви погіршення емоційного стану під час вагітності?	Ні, у мене все було добре		У мене періодично були тривожні стани	Я відчувала постійний неспокій	У мене була депресія	
18	Якщо так, до кого Ви зверталися за допомогою?	Я не знала до кого звернутися		Мене підтримували близькі, знайомі	Зверталася до фахівців	Я не хотіла про це говорити	
19	Чи важко Вам було отримати консультацію у вузького спеціаліста під час вагітності?	Ні, мала скерування		Домовлялася через знайомих	Важко		Не було такої потреби

20	Як Ви отримували консультації щодо стану свого здоров'я під час вагітності?	Лише під час візиту до лікаря	В основному в телефонному режимі	Різні форми консультацій	
21	Як довго Вам доводилося очікувати в черзі на консультацію/ здачу аналізів?	Приходила на визначену годину	Чекала в черзі до 30 хв	Чекала в черзі до години	Чекала в черзі більше години
22	Чи Ви вакциновані від COVID-19?	Так	Ні		
23	Якщо ні, чи плануєте вакцинуватися від COVID-19?	Так	Ні	Ще вагаюся	
24	Чи хворіли Ви на COVID-19	Хворіла до вагітності	Хворіла під час вагітності	Не хворіла	Мала симптоми, але діагноз не підтверджений
25	Якщо так, у якій формі Ви перенесли захворювання?	У легкій формі	Середньої важкості	У важкій формі	
26	Чи викликали Ви під час вагітності бригаду швидкої допомоги?	Ні	Один раз через стан здоров'я	Один раз з метою транспортування	Більше двох разів
27	Звідки Ви отримували інформацію про вплив COVID-19 на перебіг вагітності?	Від знайомих	З Інтернету	Від медичних працівників	З інших засобів інформації
28	Чи приймали будь-які ліки з метою профілактики COVID-19?	Так, за рекомендацією фахівців	Так, самопризначення	Не приймала	
29	Чи пройшли Ви всі планові обстеження для вагітних?	Так, усі	Частково	Найнеобхідніші	
30	Якщо ні, то чому?	Боялася інфікуватися COVID	Далеко добиратися	Не було коштів	
31	Чи були планові обстеження безкоштовними?	Повністю безкоштовні	Більша частина безкоштовних	Більша частина платні	Платні
32	Наскільки вичерпною була для Вас інформація про перебіг вагітності в сімейного лікаря (СЛ)?	Я не зверталася до СЛ під час вагітності	Я отримала всю необхідну інформацію	СЛ скерував/ла мене до жіночої консультації	
33	Рішення про вибір пологового будинку Ви приймали	За порадою сімейного лікаря	За порадою фахівців з жіночої консультації	За порадами знайомих	На власний розсуд
34	Чи задоволені Ви якістю надання медичних послуг вагітним (з власного досвіду) до пологів?	Не задоволена зовсім	Не дуже задоволена	Швидше задоволена	Дуже задоволена
35	Чи задоволені Ви якістю надання медичних послуг вагітним (з власного досвіду) в пологовому будинку?	Не задоволена зовсім	Не дуже задоволена	Швидше задоволена	Дуже задоволена
36	Наскільки Ви довіряли медичним працівникам загалом в період вагітності в період пандемії COVID-19?	Мала великі сумніви щодо фаховості медичних працівників	Консультувалася у декількох спеціалістів	Мала деякі сумніви, перевіряла інформацію	Повністю довіряла

Аналіз джерельної бази вивчення проблем реформування державного регулювання системи перинатальної допомоги

Специфіка аналізу джерельної бази вивчення проблем реформування державного регулювання системи перинатальної допомоги полягає у різноманітності джерел збору даних, а саме:

- медична документація та стандарти надання медичних послуг, функціонування закладів охорони здоров'я тощо;
- відомості соціальних служб, показники соціально-економічного розвитку, витрат на медицину, підтримку материнства тощо;
- наукові розробки щодо виключно медичних питань надання медичних послуг вагітним, новонародженим та породіллям, молодим мамам та дітям до року тощо;
- соціальне забезпечення та підтримка різних груп населення (перш за все вагітних, матерів та дітей, тих хто планує стати матерями, багатодітні родини, майбутні або вже наявні батьки з особливими потребами тощо);
- питання менеджменту медичної та соціальної галузей;
- виступи, доповіді, офіційні позиції представників уряду, очільників інституцій державної влади, управлінської еліти України, ЄС, ВООЗ тощо;
- нормативне врегулювання різних аспектів надання перинатальної допомоги на міжнародному, національному, місцевому рівнях тощо.

Як наслідок, опрацювання такої різноманітної за змістом та джерелами, а також величезної за обсягами інформації потребує послідовного опрацювання.

Логіка дослідження, а відповідно і логіка аналізу джерел йшла від загального до конкретного. *Вихідною точкою та загальним орієнтиром* реформування системи перинатальної допомоги ми вбачаємо – досягнення *Цілей сталого розвитку*. Україна є країною, яка зараз стикається з кількома викликами, пов'язаними із Цілями досягненням сталого розвитку. Одним із ключових чинників, який може сприяти їх досягненню є природне відтворення населення, чому сприяє якісна перинатальна допомога. У цій науковій роботі ми критично проаналізуємо роль природного відтворення населення в досягненні цілей сталого розвитку України. Цей аналіз дасть змогу зрозуміти поточний стан природного відтворення населення в Україні та виклики, які необхідно вирішити, для досягнення сталого розвитку. Ця робота має на меті забезпечити комплексне розуміння важливості природного відтворення населення для досягнення сталого розвитку в Україні.

Декларація тисячоліття у Цілі сталого розвитку №3 “Забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччю для всіх у будь-якому віці” містить, як мінімум, дві цілі, які безпосередньо стосуються материнства та перинатальної допомоги: зниження дитячої смертності та покращення здоров'я матерів. Реалізація зазначених ціле безпосередньо пов'язане між собою на біологічному

рівні (мається на увазі загальний стан здоров'я, стан репродуктивного здоров'я зокрема), рівні медичного втручання (якість, рівень та доступність медичних послуг) та надання немедичних послуг. Досягнення Цілей сталого розвитку (ЦСР) в Україні є глобальним заклик до дій для подолання бідності, захисту навколишнього середовища та сприяння соціальній справедливості для всіх [480]. Однак поточні виклики, з якими стикаються ЦСР, були виявлені та потребують комплексного аналізу для їх вирішення. Важливим аспектом сталого розвитку є динаміка населення. Природне відтворення населення відіграє життєво важливу роль у досягненні цілей сталого розвитку в Україні. Тенденції та динаміка народонаселення можуть мати величезний вплив на перспективи скорочення бідності та сталого розвитку [403]. Дослідження демонструють, що різноманітні соціальні, економічні та культурні фактори впливають на динаміку чисельності населення, що робить її складною проблемою. Соціально-економічний розвиток є важливими компонентами сталого розвитку, саме його чинники піддаються впливу динаміки популяції населення [485]. Останні дослідження в цій галузі демонструють, що, наприклад, вплив збройних конфліктів на ресурси прісної води та водну інфраструктуру в Україні підкреслює різноманітні та довготривалі наслідки конфліктів для динаміки населення та сталого розвитку. Цей аспект детально досліджують О. Шумілова, К. Токнер, А. Суходолов в своїй роботі щодо впливу російсько-українського збройного конфлікту на різні ресурси України [410]. Тому критичний аналіз динаміки населення необхідний для розробки ефективної політики, яка сприятиме сталому розвитку в Україні.

Ми хочемо підкреслити, що *соціально-економічний розвиток* є важливими складовими сталого розвитку, але він не може бути досягнений без природного відтворення населення. Актуальність та важливість цієї позиції підкреслюється тим, що політики та різні зацікавлені сторони (стейкхолдери під час прийняття управлінських рішень та формування політики, а також інвестори) звертають увагу на динаміку чисельності населення у своїх зусиллях щодо сталого розвитку в Україні. Це передбачає, що уряд повинен визначити пріоритетні інвестиції в охорону здоров'я, освіту та програми планування сім'ї, щоб забезпечити стійке зростання населення.

За матеріалами, що оприлюднила В. Гриб “Демографія війни: хто відбудує повоєнну Україну”, повномасштабне вторгнення росії в Україну серйозно загостило один із найсерйозніших викликів українській державності – зниження народжуваності та середньої тривалості життя [59]. У 1991 році Україна стала незалежною і мала 51,7 мільйона населення. Проте, за найоптимістичнішими оцінками, до 2030 року в Україні проживатиме 35 млн. осіб, за менш оптимістичними – 28-29 млн. осіб. У листопаді 2021 року експерти ООН у звіті про демографічну ситуацію звернули увагу на те, що населення України скорочується одними з найшвидших темпів у світі: вони прогнозували, що до 2050 року населення України може скоротитися до 35 мільйонів [439]. Але вчені з Національної академії наук США прогнозують, що через 70 років (до кінця XXI

століття) населення України скоротиться до 22 мільйонів [388]. Основними факторами, що впливають на скорочення чисельності населення, є низька народжуваність, висока смертність і зростання рівня еміграції. За даними звіту Фонду народонаселення ООН за 2021 рік, в Україні на той момент мешкало орієнтовно 36,7 млн осіб. Від моменту, коли почалося повномасштабне вторгнення, за межі країни виїхало до 8 млн. біженців, переважна кількість дорослого населення серед яких – жінки. Частина вже повернулася (біля 2 млн. людей за відомостями Держприкордон служби України[201]) Скільки повернеться, залежатиме від низки умов: як швидко завершиться війна, чи створить для цих людей Україна умови для подальшого життя – робочі місця, житло, соціальну, освітню, медичну та іншу інфраструктуру. Але на думку депутатів Верховної ради України “для повноцінного “відродження” потрібно значно більше” [3]. Для природного відтворення населення на момент до повномасштабного вторгнення, на думку експертів необхідно, щоб десять жінок народили мінімум 22-23 дитини. Проте реальність така, що навіть у 2021 році десять жінок народили лише одинадцятьох дітей. В Україні насувається катастрофічне падіння народжуваності. 2023 рік зафіксований найнижчий рівень народжуваності в новітній історії України: лише сім дітей (у середньому) народжується від десяти жінок [3]. Справа в тому, що демографія та економіка нероздільні. При складанні бізнес-планів інвестори прагнуть стабільності, позитивних демографічних прогнозів і точних цифр. Таким чином, демографічна ситуація в країні є вирішальним фактором у визначенні інвестиційних рішень. Крім того, війна спричинила швидке виснаження працездатного населення. Згідно з експертним аналізом, приблизно 30-50% мігрантів не повернуться до своєї країни походження. З точки зору економічних наслідків, людські втрати внаслідок війни прямо пов’язані з оціночними фінансовими втратами в 348,5 млрд грн, що еквівалентно 6,3% національного ВВП. Негативний вплив війни не обмежується втратою людського капіталу, оскільки знищення українських підприємств російськими військами також мало значний вплив на економіку. Крім того, очікується, що виснаження людських ресурсів матиме такий же згубний вплив на економіку, як і на демографічну ситуацію. Динаміка чисельності населення впливає не лише на наші головні цілі сталого розвитку – скорочення бідності, добробут людей і рівень життя, – але також має сильний вплив на соціальні, економічні та екологічні його аспекти.

Саме тому питання ролі перинатальної допомоги в *сприянні природному відтворенню населення та демографічній політиці* потребують дослідження в Україні. Нині, відсутні комплексні роботи цього напрямку, але дослідження демографічних тенденцій в Україні, які здійснюють О. Гладун, С. Аксьонова [1], О. Гаврилюк, Т. Гнатюк, Б. Крімер, І. Курило, Н. Левчук та інші стосуються і питань народжуваності, сімейно-соціальних та партнерських відносин тощо [56]. Перинатальна допомога є критично важливим аспектом сприяння природному відтворенню населення. Дослідження показують, що соціально-економічний

статус, особливо багатодітних сімей, підвищує перинатальний ризик. Таким чином, перинатальна допомога стає ще більш важливим для цих груп населення як засіб сприяння здоровій вагітності та пологів. Крім того, перинатальна допомога допомагає на ранній стадії виявити та усунути будь-які потенційні ризики для здоров'я або ускладнення, тим самим покращуючи загальні результати для здоров'я матері та немовляти. Неможливо переоцінити значення перинатальної допомоги, оскільки вона відіграє вирішальну роль у забезпеченні здоров'я та благополуччя як матері, так і дитини, а також сприяє довгостроковій стабільності населення. Тому для постачальників медичних послуг важливо віддавати пріоритет перинатальній допомозі, а для політиків – забезпечити виділення достатніх ресурсів для сприяння доступу та доступності цих послуг для всіх осіб і сімей. Роблячи це, ми можемо працювати над досягненням здоровіших, більш стійких громад і населення в цілому [119]. І ця ідея набирає популярності в українських дослідженнях та нормативних документах остання десятиріччя.

З іншого боку зрозумілим є, що кардинально змінити ситуацію неможливо лише шляхом впровадження медичних технологій та використання високотехнологічного обладнання, оскільки показники залишалися ще достатньо високими. Приблизно у 2010-ті роки світова медична спільнота дійшла висновку, що необхідно створити певну модель на рівні адміністративно-територіальної одиниці, яка б забезпечувала повний цикл надання медичної допомоги жінкам та дітям, починаючи з первинного рівня і закінчуючи високоспеціалізованою медичною допомогою. Виникла потреба у послідовних організаційних і адміністративних заходах які б сприяли забезпеченню доступності відповідної перинатальної допомоги усім категоріям населення відповідно до складності випадку. Такий алгоритм дій отримав назву регіоналізації перинатальної допомоги, яка за рахунок запровадження сучасних медичних технологій, концентрації висококваліфікованих кадрів та високотехнологічного обладнання в одному місці сприяє вчасному направленню вагітних (з урахуванням ступеня перинатального ризику) до відповідних центрів, де надається кваліфікована якісна медична допомога. Таким чином, регіоналізація перинатальної допомоги базується на принципах оцінки ступеня перинатального ризику і, відповідно до виявленого ризику, – на маршрутизації пацієнтки до закладу, де надається якісна медична допомога [184].

Такий підхід дає змогу самостійно вирішити питання організації перинатальної допомоги у регіоні та своєчасно перенаправити пацієнтів, здійснювати аналітичну, методичну та навчальну діяльність, підвищити рівень відповідальності медичних працівників. В Україні питаннями **регіоналізації перинатальної допомоги** займаються науковці Р. Мосієнко [186], Ю. Антипкін, Т. Знаменська, О. Дудіна, Т. Куріліна [107], І. Білоус [7], Г. Слабкий, О. Дзюба, Ю. Габорець [193]. В цілому перелічені дослідження зосереджені на оцінці практик управління перинатальною допомогою в Україні з метою надання більш кваліфікованої допомоги під час пологів та зниження захворюваності та

смертності як матерів, так і немовлят. В них аналізується ефективність різних стратегій, зокрема покращення амбулаторної допомоги жінкам та стаціонарної допомоги гінекологічним пацієнтам, більш ефективне використання коштів районних лікарень для підвищення якості надання допомоги пацієнтам, економічний ефект від регіоналізації послуг, і що ця економічна вигода допоможе підвищити якість догляду за вагітними жінками та їхніми новонародженими, дозволяючи медичним центрам забезпечувати кращі приміщення, обладнання та навчання для свого персоналу. Загалом дослідження підкреслюють необхідність більш інтегрованого та скоординованого підходу до управління перинатальною допомогою в Україні, щоб покращити результати здоров'я матерів і немовлят, а також зменшити суспільний тягар перинатальної захворюваності та смертності. Але зазначимо, що це лише один з аспектів – інституційний, з цілої системи надання перинатальної допомоги, і з моменту повномасштабного вторгнення таких досліджень не проводилося.

Якщо брати до уваги саме комплексні дослідження щодо надання перинатальної допомоги, то першим в Україні було дослідження І. Могилевкіної “Деякі показники репродуктивного здоров'я в Україні. Дослідження з особливим акцентом на факторах штучного абортів та перинатальної смертності” 2003 року. Хоча його можна віднести скоріше до медичних досліджень, але авторка комплексно аналізує і низку управлінських та організаційних чинників, які суттєво впливають на якість перинатальної допомоги в Україні того часу. Серед ключових проблем системи перинатальної допомоги вже тоді було визначено: необізнаність у питаннях репродуктивного здоров'я; прогалини в знаннях про репродуктивне здоров'я серед студентів першого курсу медичних факультетів, що впливають на їх власне репродуктивне здоров'я та можуть мати вирішальне значення для сексуального та репродуктивного здоров'я майбутніх поколінь, якщо їх не виправити належним чином, оскільки вони не нададуть належної допомоги пацієнтам; позитивне ставлення до абортів як прийнятної методи контролю фертильності; низький рівень економіки, недостатні витрати на систему охорони здоров'я; попередні пологи в анамнезі, принаймні два штучні аборти та сексуальна інформація/просвітницька інформація, отримана з літератури, були пов'язані з перевагою використання сучасних засобів контрацепції в майбутньому; повідомлення про низький дохід, відсутність власного житла відсутність чоловіка; проживання з батьками ; відсутність позитивної історії попередніх пологів і попередні аборти були визначальними факторами для повторного абортів тощо [161,с.39-40]. Як бачимо серед суто медичних, вже тоді були виокремлено кадрові, інформаційні, організаційні, соціально-економічні та інші чинники, що впливають на рішення про народження дитини, а відповідно і очікування від змісту та складових перинатальної допомоги.

В сучасній управлінській та медичній науковій думці України мусимо констатувати певну нестачу комплексних досліджень щодо управління, реформування та вдосконалення системи перинатальної допомоги. Більшість

досліджень сфокусовано або на загально науковій методології щодо реформування системи охорони здоров'я, зокрема змінах державної політики у сфері охорони здоров'я (Н. Бакуменко, В. Бабаджан, О. Кадикова, [6], М. Співак [195], Я. Шатковський [213] та інші), або на наданні певних видів медичних послуг (наприклад, послуг з допоміжних репродуктивних технологіях В. Юкало, В. Труш та інші [330], репродуктивного здоров'я Н. Жилка, І. Миронюк [66]). Спроби випрацювати комплексне бачення проблеми, таке, що виходить за рамки виключно медичної позиції здійснюють у своїх дослідженнях В. Богомазова [], Н. Калашник та О.Худоба [205], Н. Гойда, Р. Моїсеєнко [186] Т.Сінюта, А.Ярошенко, М.Варбан [221] та інші дослідники. Вони намагаються застосувати для комплексного вирішення проблем методологію медичних, управлінських, соціально-економічних, юридичних досліджень тощо.

Більшість з дослідників зазначають, що організація перинатальної допомоги в Україні тривалий час зазнавала низки проблем, які перешкоджали становленню ефективної системи охорони материнського здоров'я в країні. Незважаючи на запровадження регіональних багаторівневих систем перинатальної допомоги, Україна відстає за рівнем доброзичливості до пацієнта як теоретично, так і практично, це призвело до поширеності ятрогенних ускладнень через агресивне довготривале лікування. Запізнілі реформи в системі охорони здоров'я також означали неадекватний догляд і лікування. Крім того, були недоступні індивідуальні пологові кімнати, присутність партнера під час пологів і кімнатна кімната, що викликало почуття незадоволення у вагітних жінок і не дозволило їм сформувати позитивний досвід вагітності та пологів, а це в свою чергу сприяло небажанню або застереженням щодо наступних вагітностей та пологів. Крім того, нестача медичних працівників призвела до ситуації, коли надмірна діагностика та надмірна медікалізація вагітних жінок і немовлят із відсутністю або незначними захворюваннями є поширеним явищем. Це призвело до відсутності можливостей для лікування важких випадків у матерів і новонароджених, що ще більше погіршило ситуацію. Зазначені та інші проблеми визначаються в дослідженнях, що стосуються системи перинатальної допомоги. Але вони є спрямовані на окремі проблеми чи групи проблем, і на жаль не розкривають всього спектру необхідних змін для ефективності системи перинатальної допомоги.

Серед комплексних досліджень останніх декількох років, хотіли б відмітити дослідження на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 "Соціальна медицина" О. Щербінської "Обґрунтування функціонально-організаційної моделі інтеграції акушерсько-гінекологічних послуг у систему первинної медичної допомоги" 2021 року. Не дивлячись на те, що предмет дослідження лише частково покриває предмет нашого дослідження, підходи та саме розуміння автором сучасних потреб та управління галуззю у сфері захисту материнства та дитини є системним, та таким, що демонструє органічне поєднання медичних, соціально-економічних, організаційних, правових та інших складників для успішності управління та підвищення якості

охорони здоров'я жінок та дітей, а в перспективі – досягнення цілей сталого розвитку. В роботі дослідниця аналізує низку проблем до яких будемо звертатися і ми, а саме: забезпечення системи охорони здоров'я України лікарями загальної практики-сімейними лікарями та рівень їх підготовки у супроводі вагітних жінок та прийнятті рішення щодо звернення до профільних фахівців; відношення вагітних жінок до можливості отримання акушерської допомоги у сімейних лікарів; стан акушерсько-гінекологічної допомоги в сучасних умовах реформи в Україні; переваги та ризики надання комплексних медичних послуг жіночому населенню на первинному рівні надання медичної допомоги; компетенції сімейних лікарів для надання послуг з планування сім'ї; питання ресурсної спроможності системи надання акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні тощо [217]. Зрозуміло, що зазначене дослідження не покриває всіх етапів перинатального періоду, але його комплексність та міжсекторальність дає змогу говорити про якісні зміни в сучасних підходах наукових досліджень та актуальності проблематики перинатальної допомоги в сучасній українській науці.

Також заслуговує на увагу робота колективу авторів (Т. Черниш, Л. Опіц, Н. Рябцева, М. Рааб, М. Павлова) “Досвід впровадження безперервної медичної освіти серед постачальників медичних послуг матері та дитини в Україні: практичне дослідження на основі двох міжнародних ініціатив співпраці”, яке вийшло в 2023 році. В контексті нашого дослідження робота цікава тим, що розглядає питання нестачі та якості підготовки медичного персоналу саме з позиції надання медичних послуг матерям та дітям, що потрапляє в об'єкт нашого дослідження. Зазначена наукова робота визначає, що дефіцит ринку праці в галузі охорони здоров'я через міграцію, недостатні інвестиції та відсутність безперервного навчання є основними проблемами в регіоні Східної Європи. В ній описується та аналізується досвід впровадження безперервної медичної освіти серед постачальників медичних послуг матері та дитини в Україні, включно з досягненнями, проблемами та перешкодами на основі двох ініціатив міжнародної співпраці: швейцарсько-української програми охорони здоров'я матері та дитини, яка тривала з 2000 по 2015 роки, українсько-швейцарським проектом “Розвиток медичної освіти” у 2018-2023 роках [264]. Такий підхід та часові рамки дають можливість прослідити динаміку підготовки кадрів у секторі, який нас цікавить, за останні двадцять років, а також визначити специфіку впливу криз останніх років, а саме Пандемії та війни.

Більшість українських досліджень управлінського характеру останніх двох років сфокусовано на *загальних тенденціях формування державної політики у сфері охорони здоров'я* та змінах в ній через війну (Є. Бородін, Л. Моїсеєва та інші [10]), проблемам розвитку публічного управління у галузі охорони здоров'я (Сидорчук О., Крук С., Семчук І. [192], Кукель Г., Роледерс В. [190], Прасол В. [173], Опіц Л., Павлова М. Рябцева Н., Рааб М., Черниш Т. [264] та інші). Дослідження названих науковців розкривають питання публічного управління системою охорони здоров'я з позицій системних змін, впровадження інновацій,

змін в управлінні охороною здоров'я у період кризи, соціально-економічних аспектів трансформацій у системі охорони здоров'я тощо. Але окремого фокусу на перинатальну систему та її розвиток не роблять.

З точки зору європейських та північноамериканських досліджень системи перинатальної допомоги, то роботи останніх років сфокусовані більш на авторських ніж загально- чи спеціально-наукових підходах до вирішення нагальних питань. Так, Д. Лоїс пропонує та обґрунтовує метод розбудови професійної мережі (“networks”) для дослідження перинатальної допомоги та підвищення її ефективності [343], М. Дж. Коен, К. Пентел, С.Е. Боедін, Д. Бауком описують метод задоволеності ролей для визначення ефективності організації перинатальної допомоги та фокусуються на необхідності формування позитивного досвіду пологів та вагітності [265], П.Дж. Максон, С.Е. Едвардс, М.Л. Міранда, інші досліджують багатовимірний комплексний підхід до надання перинатальної допомоги та між секторальну взаємодію [355] тощо.

В іноземних дослідженнях *управління системою перинатальної допомоги* сучасні наукові пошуки сконцентровані також більше на авторських експериментальних, інноваційних позиціях вчених, доцільність впровадження яких в межах країни ще треба довести. Так, С. Янг, С. Аерс опрацюють проблематику змін в організації перинатальної допомоги з точки зору ризик-менеджменту та стійкості системи перинатальної допомоги [503], Т. Соукуп, Б.В.Ламб, С.Арора та інші досліджують можливості “мультидисциплінарного розвитку системи перинатальної допомоги” [413], при цьому не визначаючи різниці між мультидисциплінарним та міжсекторальним підходами; вчені Б. Мольтрехт, С. де Кассан, Е. Рапа та інші досліджують проблеми та можливості медичних послуг у перинатальному періоді під час пандемії COVID-19, вказані науковці у 2022 році оприлюднили дослідження якісних показників перинатальної допомоги за участю спеціалістів із перинатального медичного обслуговування [360] тощо. Останнє дослідження, на наш погляд могло б стати певним підґрунтям для змін в державній політиці щодо реформування системи перинатальної допомоги, через свою масштабність та обґрунтованість.

Серед досліджень останніх років, ми хотіли б зазначити на низці міжнародних досліджень щодо принципів реформування системи охорони здоров'я, включно з перинатальною допомогою, таких як:

“Політика жорсткої економії та здоров'я дітей у європейських країнах: систематичний огляд літератури” аналітика станом на 2020 рік виконана дослідниками Л. Раджміл, А. Х'єрн, Н. Спенсер, Д. Тейлор-Робінсон, Г. Гуннлаугссон, Х. Раат [458];

“Реформи мають бути зосереджені на покращенні послуг і систем, а не лише на стримуванні витрат” А. Бауман [458] 2021 рік;

“Які ключові пріоритетні сфери, де європейські системи охорони здоров'я можуть вчитися одна в одній” дослідження 2021 року міжнародного колективу

авторів серед яких Дж. Хансель, А. Хаарманн, П. Гроневеген, Н.А. Мускат, Г. Томазеллі, М. Полдруговац [458];

“Реформа сфери охорони здоров'я: виклики та можливості”, наукова робота 2022 року здійснена Сл. Чтіуї [304] .

Зазначені дослідження вже враховують досвід подолання системних криз останніх років, та містять новаторські підходи до змін у системі охорони здоров'я, але їх ще треба адаптувати до потреб і викликів у галузі перинатальної допомоги.

Серед українських системних досліджень щодо *реформування галузі охорони здоров'я з урахуванням пандемічних та пост пандемічних змін* звернемося до роботи колективу фахівців “Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я” [215], підготовлену великим колективом авторів під редакцією М. Шкільняка, Т. Желюк. Цінність цієї роботи в межах нашого дослідження є в тому, що вона є саме публічно-управлінською, а не медичною, тому містить положення щодо розвитку публічного управління галуззю охорони здоров'я, але окремо до системи перинатальних послуг не звертається. Також хочемо наголосити на дослідженнях українських вчених у галузі публічного управління, змін в його підходах у постковідний період (О. Красівський, Н. Калашник) [330], вони не стосуються галузі охорони здоров'я, але містять принципи управління, що можуть стати в нагоді під час подолання криз та інші.

З початку повномасштабної війни окремим напрямом дослідження виділилися роботи присвячені ментальному здоров'ю жінок у перинатальний період і впливу ментального здоров'я на репродуктивне. Одним з останніх комплексних досліджень стала робота колективу авторів “Вплив війни в Україні на перинатальний період: протокол щодо перинатального психічного здоров'я жінок-біженок” 2023 року. Це було міжнародне когортне дослідження з базовими даними для оцінки жінок в Україні (для внутрішніх біженців) та кількох європейських країнах (для зовнішніх біженців). У дослідженні брали участь як вагітні жінки, так і ті, що нещодавно народили (з немовлятами до 1 року). Оцінка включала вимірювання депресії (EPDS), тривоги (GAD-7), досвіду під час пологів (City Birth Questionnaire), симптомів посттравматичного стресу (Шкала впливу подій (PTSD-R)), особистості (10 пунктів) Personality Inventory-TIPI), а також опитувальник для соціально-демографічних даних, які також є такою соціальною підтримкою [211]. Ми детально до нього звернемося у підрозділі присвяченому ментальному здоров'ю в перинатальний період.

Окремим величезним сектором джерел *дослідження є регулюючі документи України та міжнародного рівня*. Дослідження міжнародних регулюючих документів та публікації експертів щодо стану впровадження міжнародних стандартів, моніторингу визнаних та застосування нових практик перинатальної допомоги тощо складають підґрунтя змін в будь-якій національній політиці, і Україна не є виключенням. Говорячи про нормативні джерела, то безумовно , ключовими документами є Загальна декларація прав людини [45], Конвенції про

права дитини 1989 року [15], Пекінська Декларація та Платформа дій, прийняті на IV Всесвітній конференції щодо становища жінок 1995 року [14], Цілі розвитку тисячоліття, прийнята в Сан-Франциско ООН у 2015 році [167] тощо (в списку літератури за назвою). Серед системних досліджень міжнародних організацій останнього року, на наш погляд, важливими в контексті реформування системи перинатальної допомоги є “Принципи відновлення та трансформації системи охорони здоров’я в Україні” Європейського офісу ВООЗ [52]; “Швидка оцінка завданої шкоди та потреб на відновлення” Світового Банку та Європейської комісії [199], де викладений секторальний аналіз, включно з сектором охорони здоров’я матері та дитини.

Показники України у Всесвітньому рейтингу ВООЗ щодо здоров'я населення

Ukraine		
POPULATION AND DEMOGRAPHICS		
Total Population	2023	36 744 634
Women of reproductive age (15–49 years)	2023	7 540 616
Adolescents (10–19 years)	2023	4 034 432
Under-five year olds	2023	1 301 776
Total number of births	2023	366 642
Host: UN Population Division		
Maternal mortality ratio (Host: UN Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group (MMEIG))	2020	16.5 deaths per 100 000 live births
Stillbirth rate (Host: WHO GHO)	2021	4.9 per 1000 total births
Neonatal mortality rate (Host: UN Interagency Group on Mortality Estimates)	2021	4.8 deaths per 1000 live births
Under-five mortality rate (Host: UN Interagency Group on Mortality Estimates)	2021	8.2 deaths per 1000 live births
Adolescent mortality rate	2019	32.8 deaths per 100 000 population
Total fertility rate (Host: UN Population Division)	2023	1.4 live births per woman



Таблиця 1. Відомості ВООЗ щодо демографічної ситуації в Україні

CROSS-CUTTING SRMNAH	Sexual & Reproductive	Maternal	Newborn	Child	Adolescent
National policy to improve quality of care for health services	-	-	-	-	-
National policy on free access to health services in the public sector	-	-	-	-	-
National law guarantees universal access to primary health care	-	Country has a dedicated law on reproductive rights			-
Country has ratified the Convention on the Rights of the Child (Source: Database of the United Nations Office of Legal Affairs (OLA))	●	Country has dedicated child rights/welfare act or law			-
National law requires every birth to be registered	-	National policy to ensure engagement of civil society organisation representatives in national level planning of RMNCAH programmes			-
National law requires every death to be registered	-	National coordinating body that looks at RMNCAH or its components			-

SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH			
National policy/guideline on reproductive health care	-	National policy/guideline on cervical cancer	-
National policy/guideline on family planning/contraception	-	Comprehensive national cervical cancer prevention and control policy/guideline	-
National policy/guideline on abortion*	-	Includes HPV vaccination program	-
National policy/guideline on infertility/fertility care	-	Includes screening for cervical pre-cancer lesions	-
National policy/guideline on pre-conception care	-	National policy/guideline on sexually transmitted infections diagnoses, treatment and counselling	-
National policy/guideline on menopause	-		
For additional data on sexual and reproductive health, go to https://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/index.asp			
* For more information on abortion policies, go to https://abortion-policies.srhr.org/			

Таблиця 2. Показники ВООЗ щодо сексуального та репродуктивного здоров'я в Україні

Ukraine

MATERNAL AND NEWBORN HEALTH

COVERAGE

Antenatal care coverage – at least 4 visits (Host: UNICEF and WHO-Reproductive Health and Research)	2012	87.2%
Births attended by skilled health personnel (Host: UNICEF global databases)	2014	99.9%
Women who had postnatal contact with health provider within 2 days of delivery (Host: UNICEF global databases)	2012	95.6%
Newborns who had postnatal contact with health provider within 2 days of delivery (Host: UNICEF global databases)	2012	98.9%
Newborns put to the breast within one hour of birth (Host: UNICEF global databases)	2012	65.7%

POLICY / LAW / GUIDELINE

National policy/guideline on antenatal care recommends at least 8 visits	-
National policy/guideline on right of every women to have access to skilled care at childbirth	-
National policy/guideline on postnatal care for mothers and newborns	-
National policy/guideline on management of low birthweight and preterm newborns	-
National policy/guideline/law that requires neonatal deaths to be reviewed	-
National standards for the management of newborn infants with severe illness	-
National policy/guideline/law requiring all maternal deaths to be reviewed	-
National policy/guideline/law that requires stillbirths to be reviewed	-

Таблиця 3. Відомості ВООЗ щодо здоров'я матерів та немовлят в Україні

CHILD HEALTH

RISK / MORBIDITY / COVERAGE

Children under-five years with acute respiratory infection taken to health facility (Host: UNICEF global databases)	2012	92.3%
Children under-five years with diarrhea receiving oral rehydration salts and Zinc	-	-
Prevalence of stunting among children under five (Host: UNICEF/WHO/World Bank joint child malnutrition estimates)	2022	12.3%
Prevalence of overweight among children under-five years of age (Host: UNICEF/WHO/World Bank joint child malnutrition es...)	2022	13.6%
Children under-5 who are developmentally on track (Host: Global SDG Indicators Database)	2012	89.0%

POLICY / LAW / GUIDELINE

National policy/guideline on management of childhood pneumonia	-
National policy/guidelines on management of childhood diarrhea recommends treatment with ORS, Zinc and fluid	-
National policy/guideline on management of acute malnutrition in children	-
National policy/guideline on routine assessment of children for overweight or obesity in health facilities	-
National policy/guideline on early childhood development (ECD)	-
National policy/guideline on IMCI	-
National clinical standards for the management of children with severe illness in hospitals	-

Таблиця 4. Відомості ВООЗ про здоров'я дітей до п'яти років в Україні

CHILD HEALTH		
RISK / MORBIDITY / COVERAGE		
Children under-five years with acute respiratory infection taken to health facility (Host: UNICEF global databases)	2012	92.3%
Children under-five years with diarrhea receiving oral rehydration salts and Zinc	-	-
Prevalence of stunting among children under five (Host: UNICEF/WHO/World Bank joint child malnutrition estimates)	2022	12.3%
Prevalence of overweight among children under-five years of age (Host: UNICEF/WHO/World Bank joint child malnutrition es...)	2022	13.6%
Children under-5 who are developmentally on track (Host: Global SDG Indicators Database)	2012	89.0%
POLICY / LAW / GUIDELINE		
National policy/guideline on management of childhood pneumonia		-
National policy/guidelines on management of childhood diarrhea recommends treatment with ORS, Zinc and fluid		-
National policy/guideline on management of acute malnutrition in children		-
National policy/guideline on routine assessment of children for overweight or obesity in health facilities		-
National policy/guideline on early childhood development (ECD)		-
National policy/guideline on IMCI		-
National clinical standards for the management of children with severe illness in hospitals		-

Таблиця 5. Відомості ВООЗ про здоров'я підлітків в Україні

Джерело [493]

Показники успішності України щодо впровадження Плану дій щодо кожного новонародженого (ENAP) і Припинення материнської смертності, якій можна запобігти (EPMM)

KEY:	COUNTRY	MORTALITY INDICATORS			COVERAGE INDICATORS			
		MATERNAL MORTALITY	NEONATAL MORTALITY	STILLBIRTHS	ANC4	SAB	PNCMOM	PNCNB
● Target met	Trinidad and Tobago	●	●	●	●	●	●	●
● On track	Tunisia	●	●	●	●	●	●	●
● Acceleration needed	Türkiye	●	●	●	●	●	●	●
● No defined target	Turkmenistan	●	●	●	●	●	●	●
○ No data	Turks and Caicos Islands		●		●	●	●	●
ORDER COUNTRIES BY:	Tuvalu		●	●	●	●	●	●
🌐 All countries	Uganda	●	●	●	●	●	●	●
🌍 SDG Regions	Ukraine	●	●	●	●	●	●	●
🏠 WHO Regions	United Arab Emirates	●	●	●		●		
👤 UNICEF Regions	United Kingdom	●	●	●		●		
💰 Income								
FILTERS:								

Таблиця 1. Показники ВООЗ щодо виконання Україною зобов'язань в межах реалізації Плану дій щодо кожного новонародженого (ENAP) і Припинення материнської смертності, якій можна запобігти (EPMM) [484].



Таблиця 2. Показники ВООЗ щодо виконання Україною зобов'язань щодо забезпечення здоров'я та благополуччя дитини відповідно до Плану дій щодо кожного новонародженого (ENAP) [482].