

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**СТРАТЕГІЧНІ
ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ
ПЕРИНАТАЛЬНОЇ
МЕДИЧНОЇ
ДОПОМОГИ
В УКРАЇНІ
В УМОВАХ
ДЕМОГРАФІЧНОЇ
КРИЗИ**



Одеса • 2025 • Олді+



ЗМІСТ

3 ВСТУП

5 ЧАСТИНА I ОГЛЯД ПОТОЧНОЇ СИТУАЦІЇ З НАДАННЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

5 Огляд системи надання перинатальної медичної допомоги в Україні

11 Аналіз забезпечення доступності та стану фінансування перинатальної допомоги в Україні

15 Аналіз кадрової спроможності надання перинатальної допомоги в Україні

17 Аналіз ключових показників перинатальної допомоги в Україні

27 Ключові проблеми та виклики системи перинатальної допомоги

37 ЧАСТИНА II ПРІОРИТЕТИ СТРАТЕГІЧНОГО РОЗВИТКУ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ



ВСТУП

На сучасному етапі соціально-економічного розвитку Україна стикається з багатофакторною демографічною кризою, яка характеризується стійким зниженням рівня народжуваності, негативним природним приростом населення, високою часткою передчасної смертності та старінням нації. Комплексний вплив довготривалих структурних проблем, збройної агресії РФ, внутрішньої міграції та погіршення соціально-економічних умов призвів до істотного скорочення репродуктивного потенціалу країни. У цьому контексті питання організації якісної, доступної та безпечної перинатальної медичної допомоги набуває особливої значущості як елемент стратегії демографічного відновлення та державної політики у сфері охорони здоров'я.

У відповідь на вказані виклики, Кабінетом Міністрів України було схвалено низку стратегічних документів, що визначають пріоритети розвитку медичної галузі та демографічної політики в середньостроковій і довгостроковій перспективі. Зокрема, Стратегією розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року¹, затвердженою розпорядженням Кабінету Міністрів України від 17 січня 2025 р. № 34-р, серед ключових напрямів визначено забезпечення безперервного доступу до якісної перинатальної допомоги, розвиток мережі перинатальних центрів, інтеграцію доказово обґрунтованих клінічних практик. Водночас, затверджена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 вересня 2024 р. № 922-р Стратегія демографічного розвитку України на період до 2040 року², визначає проблематику охорони материнства і дитинства як один із ключових напрямів державної демографічної політики. У межах цього документа запропоновано комплекс заходів, спрямованих на зниження показників малюкової смертності, запобігання ускладненням вагітності та пологів, розвиток програм репродуктивного здоров'я, а також розширення доступу до якісних медичних послуг у сільській місцевості та вразливих регіонах.

Ураховуючи сучасні виклики, включаючи руйнування медичної інфраструктури внаслідок війни, дефіцит кваліфікованих кадрів, погіршення психоемоційного стану вагітних жінок та обмеження доступності медичних ресурсів, перинатальна допомога потребує докорінного перегляду стратегічних підходів до її організації. Розробка науково обґрунтованої моделі

¹ Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025-2027 роках : Розпорядження КМУ від 17 січня 2025 р. № 34-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80#Text>

² Про схвалення Стратегії демографічного розвитку України на період до 2040 року : Розпорядження КМУ від 30 вересня 2024 р. № 922-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/922-2024-%D1%80#Text>

розвитку сучасної перинатальної служби повинна здійснюватися з урахуванням не лише медичних, а й соціально-демографічних, правових, економічних та етичних аспектів.

У цьому контексті це наукове дослідження має на меті здійснити комплексний аналіз сучасного стану та окреслити стратегічні пріоритети розвитку перинатальної медичної допомоги в Україні в умовах демографічної кризи. Особливу увагу приділено оцінці ефективності реалізації державної політики у зазначеній сфері, аналізу нормативно-правової бази, виявленню системних проблем і ризиків, а також формуванню практичних рекомендацій щодо трансформації національної моделі перинатальної допомоги на основі сучасних доказових стандартів і міжнародного досвіду.

З огляду на пріоритетність охорони здоров'я матері та дитини як одного з ключових чинників забезпечення національної демографічної безпеки, державна політика України у сфері репродуктивного здоров'я має бути стратегічно орієнтована на всебічне та системне удосконалення перинатальної допомоги. У цьому контексті особливого значення набуває концентрація зусиль навколо п'яти ключових компетентів, що охоплюють різні аспекти сексуального та репродуктивного здоров'я, а саме: покращення допологової допомоги, допомоги при пологах, після пологів та медичного супроводу новонароджених; надання високоякісних послуг із планування сім'ї, включаючи допоміжні репродуктивні технології; запобігання та ліквідація небезпечних абортів; боротьба з інфекціями, що передаються статевим шляхом, включаючи ВІЛ-інфекцію, вірусом папіломи людини; сприяння підвищенню обізнаності молоді та населення в цілому щодо підтримки сексуального здоров'я та заходів його профілактики.

У Частині I цієї монографії здійснюється системний аналіз поточного стану надання перинатальної медичної допомоги в Україні, з акцентом на виявлення основних системних викликів, що перешкоджають забезпеченню її якості, доступності та безперервності.

Частина II присвячена обґрунтуванню пріоритетів стратегічного розвитку системи перинатальної допомоги, що охоплюють організаційні, клінічні та управлінські аспекти, з урахуванням принципів доказової медицини, потреб воєнного часу та довгострокових цілей сталого розвитку охорони здоров'я. Запропоновані стратегічні орієнтири ґрунтуються на засадах дотримання прав людини, забезпечення гендерної рівності, недискримінації, клінічної ефективності та етичності. Вони передбачають міжсекторальний підхід та активне залучення ключових стейкхолдерів, а саме: органів державної влади, професійних медичних асоціацій, наукових установ, закладів охорони здоров'я, громадських і міжнародних організацій.

ЧАСТИНА I

Огляд поточної ситуації з надання перинатальної медичної допомоги

1.1 ОГЛЯД СИСТЕМИ НАДАННЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Організація надання перинатальної медичної допомоги в Україні базується на принципах гарантованого доступу до якісних і безпечних медичних послуг для жінок у період вагітності, пологів та післяпологового періоду, а також для новонароджених. Правові, структурні й клінічні аспекти функціонування цієї системи визначаються низкою нормативно-правових актів, державних стратегій та галузевих стандартів.

Верховним правовим актом, що визначає фундаментальні принципи охорони здоров'я в Україні, є Конституція України³. Відповідно до статті 49 Конституції, кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Держава гарантує безоплатність медичного обслуговування у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, що є основою для організації системи безперервної та доступної медичної допомоги, включно з перинатальною.

Правові засади організації медичної допомоги, її доступність та якість викладені в Основах законодавства України про охорону здоров'я⁴. Зокрема, Закон підкреслює пріоритетність збереження життя і здоров'я людини, а також визначає медичну допомогу як пріоритет державної політики.

³ Конституція України (у поточній ред. від 01.01.2020 р.). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>

⁴ Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 року № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

Стаття 57 Основ законодавства про охорону здоров'я визначає, що материнство в Україні охороняється і заохочується державою. Згідно зі статтею 6 Закону України «Про охорону дитинства»⁵, кожна дитина має право на життя з моменту визначення її живонародженою та життєздатною за критеріями Всесвітньої організації охорони здоров'я⁶.

Сучасний підхід до організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я (далі — ЗОЗ) у госпітальному окрузі визначено Постановою КМУ № 174 від 28.02.2023 «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я»⁷, яка встановлює основні принципи її формування.

Ключовим нормативно-правовим актом, який визначає порядок реалізації Програми медичних гарантій на 2025 рік є Постанова КМУ № 1503 від 24.12.2024 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році»⁸. Цією Постановою визначено перелік та обсяги безоплатних медичних послуг і лікарських засобів, що надаються громадянам за рахунок коштів державного бюджету, встановлено вимоги та механізм фінансування ЗОЗ, з якими укладено договори з Національною службою здоров'я України, зокрема й для ЗОЗ, що надають медичну допомогу матерям і дітям.

Забезпечення прав вагітних жінок, породіль і новонароджених в Україні врегульовано низкою спеціальних нормативно-правових актів, які визначають порядок, умови та стандарти надання медичної допомоги на різних етапах перинатального періоду. Зокрема, наказом Міністерства охорони здоров'я України № 726 від 31.10.2011 «Про вдосконалення організації надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах»⁹ було вперше на нормативному рівні затверджено Порядок регіоналізації перинатальної допомоги.

Таким чином, нормативно-правове регулювання встановлює як загальні правові засади організації перинатальної допомоги, так і вимоги до її структури, маршрутизації пацієнтів з урахуванням прогнозованого рівня акушерсько-неонатального ризику, ймовірності розвитку ускладнень та визначає стандарти надання такої допомоги в Україні.

Впровадження у 2011 році в Україні моделі регіоналізації перинатальної допомоги визначено ключовим етапом реформування системи охорони здоров'я материнства та дитинства. Цей підхід ґрунтується на принципі концентрації матеріально-технічних, кадрових та фінансових ресурсів в ЗОЗ залежно від рівня їх функціональної спроможності до надання медичної допомоги відповідної складності.

⁵ Про охорону дитинства : Закон України від 26.04.2001 р. № 2402-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2402-14#Text>

⁶ Дудіна О. О., Волошина У. В. Нормативно-правове забезпечення регіоналізації перинатальної допомоги в Україні. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2015. № 1 (1). С. 64–69.

⁷ Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я : Постанова КМУ від 28.02.2023 р. № 174. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text>

⁸ Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році : Постанова КМУ від 24.12.2024 р. № 1503. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1503-2024-%D0%BF#Text>

⁹ Про вдосконалення організації надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах : Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 726. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0068-12#Text>

Основні положення регіоналізації перинатальної допомоги передбачають:

- диференціацію медичної допомоги за рівнями (I, II, III) відповідно до акушерсько-неонатального ризику;
- створення та функціонування мережі перинатальних центрів з розподілом обсягів і складності надання такої допомоги;
- впровадження клінічно обґрунтованої системи маршрутизації пацієнток.

Реалізація цієї моделі в цілому позитивно вплинула на підвищення якості та безпеки перинатальної допомоги завдяки:

- 1) концентрації високотехнологічного обладнання та кваліфікованого персоналу в закладах II-III рівнів, що забезпечує своєчасну діагностику, інтенсивну терапію та якісне ведення вагітностей із високим ризиком. Це призводить до зниження показників перинатальної та неонатальної смертності, поліпшення клінічних результатів для новонароджених із низькою масою тіла;
- 2) ефективному розподілу наявних ресурсів медичної системи, а саме кадрових, техніко-технологічних, фінансових, між ЗОЗ залежно від їхнього рівня. Це, в свою чергу, дозволяє зменшити дублювання функцій і витрат у ЗОЗ із незначною кількістю пологів, а також сконцентрувати складні випадки у потужних перинатальних центрах;
- 3) оптимізованій системі маршрутизації вагітних, роділь, породіль та новонароджених відповідно до рівня ризику, що прямо корелює з підвищенням рівня ефективності медичної допомоги, зниженням кількості ускладнень у матері та дитини;
- 4) виявленню проблем нерівного доступу до медичної допомоги, зокрема у віддалених регіонах, що призводить до удосконалення наявної системи маршрутизації пацієнток, розвитку транспортної логістики;
- 5) концентрації ускладнених випадків в перинатальних центрах, що створює умови для професійного розвитку фахівців, тим самим покращуючи якість підготовки та збереження кваліфікованих кадрів в системі.

Незалежно від рівня надання допомоги, пологи приймають лікар і акушерка. Близько 1 % пологів в Україні відбувається за межами спеціалізованих пологових відділень (переважно за рахунок так званих планованих домашніх пологів у присутності «духовної акушерки»). Проте сьогодні в Україні такий вид пологів не регламентований законодавчо. Ведення усіх пологів, незалежно від рівня закладу, супроводжується партографією (веденням партограм).



Відповідно до порядку регіоналізації до закладів охорони здоров'я I рівня перинатальної допомоги¹⁰ належать:

- на амбулаторному етапі — ЗОЗ, які надають первинну медичну допомогу, жіночі консультації, а також центри / кабінети планування сім'ї;
- на госпітальному етапі — багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування першого рівня з кількістю пологів 400 і більше на рік, пологові відділення районних, центральних районних та міських лікарень. На госпітальному етапі стаціонарна медична допомога вагітним надається у відділенні патології вагітних лікарні планового лікування.

Заклади охорони здоров'я I рівня перинатальної допомоги забезпечують: профілактичну та інформаційно-просвітницьку роботу (включно з питаннями планування сім'ї); діагностику вагітності та спостереження за вагітними з фізіологічним перебігом вагітності; виявлення та скеровування вагітних груп ризику на вищий рівень надання перинатальної допомоги; надання допомоги жінкам репродуктивного віку, вагітним, роділлям, породіллям та новонародженим при невідкладних станах; розродження вагітних при фізіологічній вагітності та нормальних пологах; здійснення динамічного спостереження за породіллями (включно з питаннями післяпологової контрацепції).

До I рівня надання допомоги належать також усі приватні пологові будинки.

На II рівні допомогу надають перинатальні ЗОЗ кількістю пологів не менше 400 на рік і радіусом обслуговування не більше 60 км.

До закладів охорони здоров'я II рівня перинатальної допомоги належать:

- на догоспітальному етапі — жіночі консультації як окремі юридичні особи, так і відокремлені структурні підрозділи міських пологових будинків, та/або міських багатопрофільних поліклінік, та/або міських багатопрофільних лікарень;
- на госпітальному етапі — перинатальні відділення багатопрофільних ЗОЗ з кількістю пологів 800 і більше на рік, міські пологові будинки, перинатальні центри II рівня, у тому числі створені на базі міських пологових будинків або багатопрофільних лікарень, що виконують функції міжрайонних перинатальних центрів, з кількістю пологів 1500 і більше на рік і радіусом обслуговування не більше 60 км.

¹⁰ Про вдосконалення організації надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах : Наказ МОЗ України від 31.10.2011 № 726. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0068-12#n19>



Заклади охорони здоров'я II рівня перинатальної допомоги забезпечують: надання допомоги жінкам репродуктивного віку, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим, як на I рівні перинатальної допомоги; надання медичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям середнього (за сукупністю факторів) ступеня акушерського та перинатального ризиків і новонародженим з масою тіла > 1500 г (термін гестації \geq 34 тижнів), які мають порушення життєво важливих органів.

До закладів охорони здоров'я III рівня перинатальної допомоги належать обласний перинатальний центр або міський перинатальний центр (міста Києва) як окрема юридична особа, так і відокремлений структурний підрозділ закладу охорони здоров'я III рівня надання медичної допомоги. Заклади охорони здоров'я III рівня перинатальної допомоги на тих адміністративно-територіальних одиницях, які мають заклади вищої медичної освіти, можуть бути клінічними базами кафедр таких ЗВО.

ЗОЗ III рівня забезпечують: надання медичної допомоги жінкам, вагітним, роділлям, породіллям високого ступеня акушерського та перинатального ризиків (за сукупністю факторів) і новонародженим з масою тіла \leq 1500 г й терміном гестації \leq 34 тижнів, включно з новонародженими із критично низькою масою при народженні незалежно від наявної патології; надання організаційно-методичної допомоги із застосуванням телемедичних технологій, включно з виїздом у заклади охорони здоров'я I та II рівнів перинатальної допомоги; взаємодію з іншими ЗОЗ.

Централізація надання високоспеціалізованої допомоги у великих перинатальних центрах (ЗОЗ III рівня) відповідає сучасним світовим уявленням про організацію допомоги пацієнтам з високим клінічним ризиком.

Установлено, що концентрація пологів у спеціалізованих ЗОЗ для жінок із ускладненими вагітностями асоціюється з кращими неонатальними наслідками. Регуляція маршрутів пацієнтів за рівнем ризику покращує використання ресурсів, зменшує кількість необґрунтованих втручань і дає змогу сконцентрувати високоспеціалізовану допомогу у випадках, де вона дійсно потрібна. Таке трирівневе розмежування дозволило оптимізувати наявну систему надання перинатальної допомоги, зробити її більш ефективною, доступною, якісною та здатною забезпечити догляд навіть за глибоко недоношеними новонародженими з дуже малою масою тіла.

Водночас результати аналізу сучасної системи надання перинатальної допомоги в Україні свідчать про те, що система продовжує функціонувати переважно на підходах, сформованих

до початку масштабної трансформації системи охорони здоров'я та впровадження кластерної моделі організації госпітальних округів. Чинні нормативно-правові акти не в повній мірі відображають сучасні виклики, зумовлені демографічною кризою, наслідками повномасштабної війни, нерівномірним доступом до медичної допомоги, а також з новою структурною організацією ЗОЗ в госпітальному окрузі та не забезпечують достатньої нормативної основи для ефективної інтеграції перинатальної допомоги в межах спроможної мережі госпітального округу.

Однією з ключових проблем є збереження підходів до надання перинатальної допомоги, які базуються на застарілій адміністративно-територіальній моделі та не враховують принципи кластеризації і сучасні стандарти маршрутизації пацієнтів. Це зумовлює дисбаланс між формально визначеними рівнями допомоги та фактичною здатністю ЗОЗ забезпечити повний обсяг якісних перинатальних послуг відповідно до свого функціонального рівня в госпітальному окрузі. Така ситуація призводить до фрагментації системи, ускладнення логістики пацієнтів, нераціонального використання ресурсів та зниження якості медичної допомоги вагітним, породіллям і новонародженим.

Крім того, чинна нормативна база не визначає критеріїв спроможності ЗОЗ, що надають перинатальну допомогу, в контексті їх відповідності до кластерного рівня, що суттєво ускладнює процес стратегічного планування та фінансування. Відсутність сучасних вимог до кадрового забезпечення, рівня спеціалізації медичного персоналу та взаємодії між ланками медичної допомоги не надає можливості повноцінно реалізувати принципи регіоналізації, безперервності та доступності допомоги в межах госпітального округу. Також не визначено чітких алгоритмів маршрутизації пацієнтів між закладами різного рівня, що особливо критично в умовах надання допомоги у складних клінічних випадках або при обмеженій транспортній доступності.

З огляду на зазначене, виникає об'єктивна необхідність перегляду та гармонізації чинної нормативно-правової бази, що регулює організацію перинатальної допомоги, з урахуванням нових управлінських і клінічних реалій. Зокрема, доцільно запровадити оновлені стандарти організації перинатальної допомоги відповідно до кластерного поділу ЗОЗ, розробити уніфіковані вимоги до інфраструктурної та кадрової спроможності закладів, а також забезпечити нормативне підґрунтя для ефективної взаємодії між закладами різного рівня в межах госпітального округу. Лише за умов комплексного нормативного оновлення можлива реалізація принципів якісної, доступної та справедливої перинатальної допомоги, що відповідатиме актуальним потребам населення та стратегічним завданням системи охорони здоров'я України в післякризовий період.

1.2 АНАЛІЗ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПНОСТІ ТА СТАНУ ФІНАНСУВАННЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Забезпечення доступності та належного фінансування перинатальної допомоги є одним із ключових напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я, що має безпосередній вплив на збереження здоров'я матері та дитини, а також на демографічну ситуацію в країні. Перинатальний період охоплює критичний етап у життєвому циклі жінки та новонародженого, в межах якого своєчасне та якісне медичне втручання відіграє визначальну роль у попередженні материнської та неонатальної смертності, зниженні ризику виникнення ускладнень та забезпеченні здорового розвитку дитини. Рівень організації та фінансового забезпечення перинатальної допомоги визначає не лише індивідуальні результати лікування, а й загальну ефективність системи охорони здоров'я.

Україна зберегла розгалужену мережу медичних закладів для дітей та матерів. Станом на 01.01.2025 року медичну допомогу дітям надають у 68 пологових будинках (перинатальних центрах) на 8794 ліжка, 27 обласних дитячих лікарнях на 9263 ліжка, 43 міських дитячих лікарнях на 6945 ліжок, 260 центральних районних, обласних лікарнях тощо.

В Україні з 2020 року Національною службою здоров'я України (НСЗУ) реалізується Програма медичних гарантій, в межах якої передбачено фінансування медичних послуг, пов'язаних із вагітністю, пологами та допомогою новонародженим. Запровадження цього механізму створило можливості для підвищення ефективності розподілу ресурсів, оптимізації маршрутизації пацієнтів, покращення якості медичних послуг та посилення фінансового захисту пацієнтів. Особлива увага в межах програми приділяється забезпеченню безоплатного доступу до медичної допомоги для вагітних жінок, породіль і новонароджених, що відповідає базовим принципам державної політики у сфері охорони материнства і дитинства.

У межах реалізації Програми медичних гарантій надання медичної допомоги при пологах залишається одним із пріоритетних напрямів фінансування з боку держави. За офіційними даними НСЗУ, у 2023 році договори за пакетом «Медична допомога при пологах» було укладено з 306 закладами охорони здоров'я. Загальний обсяг фінансування за вказаний період перевищив 2,86 млрд грн, що свідчить про значне державне інвестування у забезпечення доступності та якості такої допомоги.

У 2024 році кількість закладів, які мали чинні договори з НСЗУ за пакетом «Медична допомога при пологах» зменшилася до 258. Це скорочення пов'язане із запровадженням більш жорстких критеріїв до спроможності закладів охорони здоров'я. Зокрема, обов'язковою умовою для укладення договору стало проведення не менше ніж 85 пологів упродовж шести місяців, що, відповідно до підходів НСЗУ, є маркером клінічного досвіду та готовності закладу забезпечити безперервність і якість медичної допомоги.

Забезпечення доступності послуг також визначається географічним розподілом закладів, які мають укладені договори з НСЗУ. Так, у Вінницькій області договір на пакет «Медична допомога при пологах» мають 16 медичних закладів, у Львівській області — 20, що дозволяє гарантувати фізичну та економічну доступність послуг у цих регіонах. Однак, за окремими



регіонами зберігається нерівномірність у розподілі ресурсів, що може впливати на рівень доступу до якісної перинатальної допомоги.

Попри зменшення кількості законтракованих ЗОЗ, обсяг фінансування пакета у 2024 році перевищив 3 млрд грн, що демонструє не лише зростання вартості окремих медичних послуг, а й прагнення держави до концентрації ресурсів у найбільш спроможних закладах, здатних надавати послуги відповідно до затверджених стандартів.

Зростання фінансування також частково зумовлене переглядом тарифів у сторону підвищення, що дозволяє компенсувати витрати на надання більш якісної допомоги, а також створює передумови для посилення кадрового потенціалу, оновлення матеріально-технічної бази та забезпечення своєчасного обслуговування пацієнток із урахуванням клінічної складності випадків.

Таким чином, спостерігається чітка тенденція до укрупнення мережі надавачів у межах пакета «Медична допомога при пологах», яка має потенціал до підвищення ефективності використання ресурсів. Водночас, це створює ризики зниження фізичної доступності допомоги для мешканців сільських і віддалених територій, де чисельність пологів не дозволяє закладам відповідати новим вимогам до контракування. Такий виклик вимагає комплексного перегляду підходів до маршрутизації пацієнтів, забезпечення міжрівневої інтеграції медичних послуг.

Ведення вагітності в амбулаторних умовах є ключовою складовою системи перинатальної допомоги, що дозволяє забезпечити раннє виявлення ускладнень, своєчасне направлення до стаціонару та зниження перинатальних ризиків. З 2021 року цей напрям охоплено Програмою державних гарантій медичного обслуговування населення та фінансується Національною службою здоров'я України (НСЗУ) як окремий пакет медичних послуг.

За даними НСЗУ за 2023 рік, укладено договори з 686 закладами охорони здоров'я, серед яких 23 приватної форми власності. Найбільша концентрація таких закладів у Львівській, Дніпропетровській та Харківській областях.

У 2024 році спостерігається зростання кількості закладів, які надають послуги за цим пакетом, до 711. Це підтверджує тенденцію розширення мережі амбулаторної допомоги, зокрема у віддалених і сільських районах.

Фінансування пакета здійснюється за фіксованим тарифом, який у 2024 році становив 720 гривень на місяць ведення однієї вагітної. Цей тариф охоплює консультації лікаря, лабораторні й інструментальні дослідження, ведення медичної документації, а також складання та оновлення індивідуального плану спостереження. Загальний обсяг фінансування за цим пакетом у 2024 році склав понад 615 мільйонів гривень.

Важливою особливістю реалізації даного пакета є забезпечення вільного вибору закладу незалежно від місця реєстрації жінки або її фактичного проживання. Це положення забезпечує мобільність пацієнтки та є особливо актуальним в умовах воєнного стану, переміщення населення й евакуації з небезпечних територій. Згідно з чинним порядком, вагітна жінка має право розпочати спостереження в будь-якому закладі, який уклав договір із НСЗУ, без направлення та безкоштовно.

Аналіз реалізації пакета «Ведення вагітності в амбулаторних умовах» дає підстави для низки аналітичних висновків щодо поточного стану доступності та ефективності цієї послуги у системі охорони здоров'я України.

Позитивною тенденцією є стабільне зростання кількості закладів, які укладають договори з НСЗУ за відповідним пакетом. Це свідчить про поступову інтеграцію амбулаторного ведення вагітності в загальну систему первинної та спеціалізованої медичної допомоги, що створює сприятливі передумови для покращення результатів у сфері материнського та неонатального здоров'я. Розширення мережі закладів дає змогу забезпечити більшу кількість вагітних жінок своєчасною та якісною допомогою, знижуючи ризики ускладнень, пов'язаних з недостатнім медичним супроводом вагітності.

Залучення закладів приватної форми власності, хоч і не є масовим явищем (23 заклади у 2023 році), демонструє відкритість системи до партнерства з недержавними надавачами медичних послуг. Такий підхід дозволяє компенсувати дефіцит державної інфраструктури, особливо в умовах воєнного стану, коли частина державних закладів може бути частково або повністю зруйнована, евакуйована чи перевантажена.

Водночас значним викликом залишається нерівномірний територіальний розподіл закладів, які надають амбулаторну допомогу вагітним. Області з нижчою щільністю населення, гіршою логістичною доступністю або значними втратами медичної інфраструктури внаслідок бойових дій мають суттєво обмежений доступ до якісного пренатального спостереження. Це створює ризики для здоров'я як матерів, так і новонароджених, особливо у випадках високого перинатального ризику, що потребує своєчасної діагностики та втручання.

Окрему проблему становить обмежене фінансування цього пакета, яке не завжди відповідає реальній вартості комплексу обстежень, передбачених клінічними протоколами. Через це вагітні змушені частково самостійно покривати витрати на аналізи, інструментальні дослідження, що суперечить принципам фінансової доступності медичної допомоги, задекларованим у Програмі медичних гарантій.

Крім того, дефіцит кваліфікованих медичних кадрів у сільських та віддалених громадах, істотно обмежує можливості ефективного впровадження пакета на місцях. Навіть за наявності укладеного договору з НСЗУ, відсутність кваліфікованих фахівців або необхідного матеріально-технічного забезпечення не дозволяє реалізувати повний обсяг медичних послуг, що негативно впливає на результати ведення вагітності.

У сукупності, ці фактори вказують на необхідність подальшої оптимізації системи надання амбулаторної допомоги вагітним, з урахуванням регіональних особливостей, кадрової політики та забезпечення справедливого розподілу фінансових ресурсів.

Одним із ключових компонентів перинатальної допомоги, що має визначальний вплив на рівень малюкової смертності та якість виходжування новонароджених, є медична допомога у складних неонатальних випадках. Даний напрям охоплює надання медичних послуг новонародженим із низькою або екстремально низькою масою тіла, глибокою недоношеністю, вродженими вадами розвитку, асфіксією та іншими критичними станами, які потребують спеціалізованої інтенсивної терапії та високотехнологічного догляду.

У межах Програми медичних гарантій медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках виділена як окремий пріоритетний пакет, який передбачає повне бюджетне покриття витрат на надання відповідних послуг. У 2024 році договори з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) на надання неонатальної допомоги було укладено зі 101 закладом охорони здоров'я, включаючи перинатальні центри, пологові будинки, обласні дитячі лікарні та багатопрофільні стаціонари.

Надання допомоги в межах зазначеного пакета здійснюється за жорстко визначеними вимогами до матеріально-технічного оснащення, кадрового складу, умов перебування новонароджених, наявності виїзних неонатальних бригад та можливостей інтенсивної терапії. Зокрема, обов'язковими умовами є наявність відділень неонатального догляду, обладнання для штучної вентиляції легень (ШВЛ), інкубаторів, систем моніторингу життєвих функцій, а також забезпечення цілодобового чергування неонатологів та анестезіологів.

У 2024 році тариф на надання неонатальної допомоги був диференційований залежно від клінічного випадку: для новонароджених з масою тіла менше ніж 1500 г ставка фінансування сягала понад 195 тисяч гривень за випадок. За лікування немовляти, маса якого на момент народження від 750 до 999 грамів — майже 422 тисячі гривень, а з вагою, меншою за 750 грамів, — понад 551 тисяча гривень.

Неонатальна допомога надається у цілодобовому режимі та включає, зокрема забезпечення кисневої та респіраторної підтримки, парентеральне харчування, проведення лабораторних та інструментальних обстежень, моніторинг життєвих функцій, офтальмологічний і слуховий скринінг, вакцинацію згідно з Календарем профілактичних щеплень, а також за необхідності — транспорт новонародженого спеціалізованою неонатальною бригадою.

Таким чином, впровадження та реалізація пакета «Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках» демонструє високий рівень державного пріоритету щодо збереження життя та здоров'я новонароджених. Водночас залишаються виклики, пов'язані з нерівномірністю розподілу спроможних закладів за регіонами, кадровим дефіцитом, а також потребою у подальшій модернізації матеріально-технічної бази для забезпечення повноцінної інтенсивної терапії на всіх рівнях медичної допомоги.

1.3 АНАЛІЗ КАДРОВОЇ СПРОМОЖНОСТІ НАДАННЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Одним із ключових чинників, що визначають ефективність функціонування системи перинатальної допомоги, є кадрове забезпечення — як кількісне, так і якісне. Саме від наявності достатньої кількості висококваліфікованих фахівців залежить спроможність системи забезпечити своєчасну, безпечну та якісну допомогу матерям і новонародженим, особливо в умовах підвищеного навантаження, спричиненого збройною агресією, переміщенням населення та руйнуванням інфраструктури.

Упродовж останніх років спостерігається стійка тенденція до зменшення кількості медичних працівників, задіяних у наданні акушерсько-гінекологічної допомоги. Цей процес є наслідком як загального старіння медичних кадрів, так і внутрішньої та зовнішньої міграції, що посилилася у воєнний період. У деяких регіонах кадровий дефіцит набуває критичних масштабів, що потребує формування ефективних стратегічних рішень на державному та регіональному рівнях.

Згідно з формою звітності № 17 «Медичні кадри ЗОЗ», у 2024 році у ЗОЗ, було залучено 7462 лікаря акушера-гінеколога (без включення спеціалістів дитячого профілю), що на 17,18 % менше порівняно з 2020 роком. Протягом цього періоду найбільший темп скорочення чисельності вказаних фахівців зафіксовано в Луганській області (на 59,35 %), Херсонській (52,5 %), Запорізькій (на 50,12 %) та Донецькій (на 47,77 %), тоді як найменше зниження спостерігалось у Вінницькій (на 3,72 %), Миколаївській (на 4,23 %) та Хмельницькій (на 5,26 %) областях.

У 2024 році рівень забезпечення вказаними лікарями на території України становив 9,33 на кожні 10 000 жінок репродуктивного віку (15-44 роки), що на 14,61 % нижче



за аналогічний показник 2020 року. Така сама тенденція спостерігалась в усіх областях. Коливання показника зниження було зафіксовано від 29,42 % в Харківській області до 0,14 у Вінницькій.

У 2024 році рівень заповнення штатних одиниць у стаціонарних підрозділах ЗОЗ України сягав 87,1 %, тоді як у жіночих консультаціях він склав 86,6 %. Відсоток ставок лікарів акушерів-гінекологів, зосереджених у стаціонарі, склав 57,3 %, а в амбулаторній ланці (жіночих консультаціях) — 42,7 %.

У 2024 році в Україні на 1 лікаря акушера-гінеколога припадало 1280 жінок фертильного віку або 2550 жінок у віці 15 і старше. Більше середніх значень кількості жінок фертильного віку на 1 лікаря акушера-гінеколога по Україні було в Луганській (2956 осіб), Донецькій (2760 осіб), Херсонській (2423 особи), Запорізькій (1837 осіб), Закарпатській (1451 особа), Миколаївській (1394 особи), Київській (1383 особи), Сумській (1334 осіб) Дніпропетровській (1324 особи) і в Харківській (1292 особи) областях. В Івано-Франківському регіоні 1 лікар акушер-гінеколог обслуговував 846 жінок, у Львівському — 849 жінок.

У низці регіонів України кількість пологів на одну зайняту ставку акушера-гінеколога була нижчою за середній показник по країні. Це стосується Донецького, Хмельницького, Херсонського, Миколаївського, Харківського, Черкаського, Київського, Сумського, Запорізького, Івано-Франківського, Кіровоградського, Полтавського та Чернігівського регіонів. У регіонах зафіксовано від 51,55 до 3,3 пологів на одного лікаря. Найвищий показник пологів на одну зайняту ставку спостерігався у Закарпатському регіоні — 51,55 пологів.

У 2024 році кількість акушерських операцій на 1 зайняту посаду лікаря акушер-гінеколога стаціонару складала 37,93, що менше аналогічного показника за 2020 рік на 14,57 %. Більше вказаного показника у 2024 році були визначенні значення в м. Києві (69,72 операцій), у Закарпатській (49,07 операцій), Одеській (48,20 операцій), Житомирській (45,65 операцій), Волинській (42,52 операцій), Полтавській (42,04 операцій), Дніпропетровській (41,60 операцій), Вінницькій (41,33 операцій), Чернівецькій (40,14 операцій) областях.

За результатами аналізу кадрового забезпечення у сфері перинатальної допомоги встановлено, що кадровий потенціал залишається одним із ключових факторів ефективного функціонування системи охорони материнства і дитинства. Стійке скорочення кількості лікарів акушерів-гінекологів, виражені диспропорції у регіональному розподілі свідчать про наявність системних проблем у кадровій політиці. Найбільш критична ситуація спостерігається у прикордонних, деокупованих і прифронтових регіонах, де зруйнована медична інфраструктура поєднується з підвищеною потребою в спеціалізованій допомозі. Надмірне професійне навантаження на одного фахівця не лише ускладнює дотримання клінічних протоколів та стандартів якості, а й створює передумови для професійного вигорання, що, у свою чергу, підсилює ризики подальших кадрових втрат.

1.4 АНАЛІЗ КЛЮЧОВИХ ПОКАЗНИКІВ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Незважаючи на організовану етапну та трирівневу систему перинатальної допомоги, останніми десятиріччями в Україні складається несприятлива демографічна ситуація. З року в рік природний приріст населення є негативним, скорочується чисельність дитячого населення, підвищується рівень захворюваності та інвалідності серед дітей, показник материнської смертності залишається на досить високому рівні.

У 2023 році в Україні народилося 187 387 дітей, що майже на третину менше, ніж у 2021 році — останньому довоєнному році з відносно стабільною демографічною ситуацією, коли було зареєстровано 273 772 живонароджених. Така динаміка свідчить про поглиблення демографічної кризи, яка почалася задовго до повномасштабного вторгнення, але значно прискорилася після 2022 року.

Для порівняння, у період з 2010 по 2013 роки в Україні щороку народжувалося близько 500 000 дітей. Починаючи з 2013 року, народжуваність демонструвала стійке зниження на 6–7 % щорічно, що було зумовлено як соціально-економічними, так і демографічними чинниками. Повномасштабна війна лише посилила ці тенденції та призвела до масштабної міграції, зниження рівня безпеки, погіршення доступу до медичних послуг і загальної невідомості майбутнього.

У 2024 році, за попередніми оцінками, кількість живонароджених в Україні скоротилася до 176 700, що на 10 708 осіб (або 5,7 %) менше, ніж у 2023 році. Загалом за період із 2011 по 2024 рік кількість живонароджених зменшилася у 2,6 рази — з 521 425 до 176 700. Найгіршу динаміку народжуваності в 2024 році продемонстрували Донецька (–18,7 %), Сумська (–12,0 %) та Черкаська (–11,5 %) області. Водночас у низці регіонів фіксується також негативна динаміка смертності, зокрема зростання показника смертності спостерігалось у Київській області (+6,0 %), місті Київ (+2,8 %) та Хмельницькій області (+2,5 %).

Критично низьким залишається у 2024 році сумарний коефіцієнт народжуваності — кількість дітей, які в середньому народжує одна жінка протягом життя. Для забезпечення простого відтворення населення його значення має становити щонайменше 2,2. У країнах Європейського Союзу середній показник становить близько 1,5, в Україні до війни він у середньому становив 1,56 народжень на кожну жінку (193-тє місце у світі) за оцінкою 2022 р.¹¹, у 2024 р. — у середньому 1,22 народжень на жінку (224-тє місце). Традиційно він є вищим у сільського населення (1,8 проти 1,3 у міського). У порівнянні з 1988–1989 рр., коефіцієнт фертильності скоротився більш ніж на 20 % — з 1,9. Найбільше скорочення (близько 30 %) характерне для міського населення. У сільського населення сумарний коефіцієнт народжуваності скоротився приблизно на 20 %¹². Найвищий сумарний коефіцієнт народжуваності спостерігається у сільського населення Рівненської (2,5), Волинської (2,2), Одеської (2,0) областей.

¹¹ Ukraine. The World Factbook. Washington, D.C. : Central Intelligence Agency. URL: <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/ukraine/#people-and-society>

¹² Населення України. Державна служба статистики України.

Найнижчий рівень народжуваності (1,2) характерний для міського населення Луганської, Сумської, Харківської, Полтавської, Черкаської, Чернівецької областей.

Середній вік матері при народженні першої дитини становив 26,2 року за оцінкою 2024 р., що не враховує тимчасово окуповані території.

Коефіцієнт смертності у 2024 р. становив 18,6 смертей на 1000 населення. На жаль, Україна посідає перше місце серед країн світу за рівнем смертності¹³.

Узагальнені демографічні показники станом на грудень 2024 р. представлено у табл. 1.

У 2024 році в Україні було зареєстровано 172 230 пологів, що на 6 025 менше порівняно з 2023 роком (178 255 пологів), тобто зниження становило 3,4 % (табл. 2). Вагомий внесок у загальне скорочення показника забезпечило зменшення кількості пологів серед жінок віком 18–34 років — основної вікової групи репродуктивного віку. У 2024 році у цій категорії було зареєстровано 137 279 пологів, що на 9 078 менше, ніж у 2023 році (146 357), тобто спад становив 6,2 %. Це свідчить не лише про загальне зниження рівня народжуваності, а й про звуження репродуктивного контингенту у найбільш демографічно активній віковій групі.

Окрему увагу заслуговують пологи серед неповнолітніх: серед дівчат до 14 років було зафіксовано 91 випадок у 2024 році проти 98 у 2023 році; серед дівчат 15–17 років відповідно — 1980 проти 2029 випадків. Хоча частка неповнолітніх матерів залишається стабільно низькою, їхня присутність у структурі народжуваності свідчить про необхідність продовження програм превентивної освіти, охоплення шкільною медициною та міжсекторальної взаємодії.

Одним із ключових індикаторів якості організації надання медичної допомоги є кількість пологів у жінок, які не перебували під наглядом у жіночих консультаціях. У 2024 році цей показник становив 1 731 випадок (1,0 % від загальної кількості), що майже не відрізняється від 2023 року (1 775 випадків). Водночас дещо зросла частка таких випадків серед жінок віком 18–34 роки — з 1 294 у 2023 році до 1 325 у 2024 році. Це явище потребує окремого дослідження, оскільки може бути наслідком порушеної маршрутизації, недостатнього доступу до первинної медичної допомоги або обмежень, пов'язаних з переміщенням унаслідок воєнних дій.

Показник кількості пологів, що відбулися поза межами перинатальних закладів також знизився: з 213 у 2023 році до 174 у 2024 році, що може свідчити про певне покращення логістики доступу до стаціонарної допомоги.

У 2024 році зберігається тенденція до незначного зростання кількості багатоплідних вагітностей (2283 проти 2245 у 2023 році). Найімовірніше, це пов'язано із ширшим використанням допоміжних репродуктивних технологій, зокрема програм ЕКЗ, у контексті тенденції відкладеного материнства.

Однак найбільш тривожним є зниження кількості першопологових жінок — з 73 360 у 2023 році до 66 607 у 2024 році (на 9,2 %). Серед жінок віком 18–34 років кількість таких випадків знизилася ще більше — на 10,8 %. Це вказує на зміщення репродуктивних намірів населення на пізніший період життя або загальне зниження мотивації до народження дітей, що може мати довготривалі негативні наслідки для демографічної структури населення.

¹³ Ukraine. The World Factbook. Washington, D.C. : Central Intelligence Agency. URL: <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/ukraine/#people-and-society>

Таблиця 1 — Демографічні показники в Україні станом на грудень 2024 року^{14,15,16}

Станом на грудень 2024 р.	Темпи приросту населення, %	Народжуваність	Смертність	Чистий коефіцієнт міграції	Співвідношення статей при народженні	Середній вік матері при перших пологах, років	Коефіцієнт материнської смертності ¹⁵	Рівень дитячої смертності	Загальний коефіцієнт народжуваності	Валовий коефіцієнт відтворення	Рівень поширеності контрацепції, % ¹⁶
Демографічні показники	2,38	6 народжень / 1000 населення	18,6 смертей на 1000 населення	36,5 мігрантів на 1000 населення	1,06 чол. / жін.	26,2	15 смертей на 100 тис. живонароджених	Усього: 8,7 смертей на 1000 живонароджених чол. : 9,7 смертей на 1000 живонароджених жінок : 7,6 смертей на 1000 живонароджених	1,22 дитини, народжених на 1 жінку	0,59	65,4
Порівняльний рейтинг	24	228	1	1	—	—	133	141	224	—	—

¹⁴ Ukraine. The World Factbook. Washington, D.C. : Central Intelligence Agency. URL: <https://www.cia.gov/the-world-factbook/countries/ukraine/#people-and-society>

¹⁵ Станом на 2020 р.

¹⁶ Станом на 2012 р.

Таблиця 2 — Структура прийнятих пологів в Україні, 2023-2024 роки (за даними МОЗ України)

№ п/п	Найменування	2024				2023			
		Усього	у тому числі жінок у віці			Усього	у тому числі жінок у віці		
			до 14 років включно	15–17 років включно	18–34 років включно		до 14 років включно	15–17 років включно	18–34 років включно
А	Б	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Прийнято пологів — усього	172230	91	1980	137279	178255	98	2029	146357
2	У т.ч. у жінок, які не перебували під наглядом жін. конс.	1731	19	135	1325	1775	16	135	1294
3	Крім того, надійшло породіль, які народили поза родов. від.	174		8	136	213		4	177
4	Із числа пологів нормальні	103901	49	1247	86366	107790	54	1347	90827
5	багатоплідні	2283		10	1712	2245	1	6	1743
6	у першопороділь	66607	83	1685	58041	73360	82	1762	65037

В Україні наявна позитивна динаміка ускладнених пологів — від 67,8 % у 2001 р. до 39,7 % у 2024 р., OR при 95 % ДІ 0,26 (0,26–0,27), аномалії пологової діяльності від 111,2 до 41,14 на 1000 пологів, OR при 95 % ДІ 0,3 (0,3–0,4), акушерська кровотеча від 36,3 до 18,55, OR з 95 % ДІ 0,5 (0,49–0,53). Проблемними залишаються питання збільшення обсягу оперативних втручань у пологах — частота кесаревого розтину від 114,99 до 253,1 ‰, OR з 95 % ДІ 2,4 (2,3–2,4), інструментальних вагінальних пологів — від 5,27 до 13,8 ‰, OR з 95 % ДІ 2,6 (2,5–2,8)¹⁷.

Післяпологова кровотеча, зокрема з крововтратою понад 1000 мл, залишається однією з основних причин материнської захворюваності та смертності в усьому світі. В умовах зростаючих репродуктивних ризиків, зниження доступності медичної допомоги через воєнні дії та переміщення населення, моніторинг цього ускладнення набуває особливої ваги як індикатор клінічної безпеки пологів.

За даними 2023–2024 років в Україні зафіксовано такі параметри післяпологових кровотеч (ППК) з крововтратою понад 1000 мл, що наведені у табл. 3.

Таким чином, у 2024 році частота ППК з крововтратою понад 1000 мл зростає з 4,83 до 5,32 на 1000 пологів, що відповідає зростанню на понад 10 % порівняно з попереднім роком.

Підвищення частоти тяжких ППК створює додаткове навантаження на відділення інтенсивної терапії та служби переливання крові, збільшує тривалість госпіталізації породіль, погіршує якість життя жінок після пологів і може бути предиктором зростання показника материнської смертності.

Особливо тривожним є той факт, що це ускладнення виникає в умовах загального зниження кількості пологів, тобто питома вага ППК зростає в структурі пологової допомоги, що підвищує відносну небезпеку кожного клінічного випадку.

Таблиця 3 — Кількість акушерських кровотеч, 2023-2024 роки (за даними МОЗ України)

№ п/п	Показник	2023	2024	Абсолютна зміна	Відносна динаміка
А	Б	1	2	3	4
1	Абсолютна кількість випадків	882	941	+59	+6,7 %
2	Частота на 1000 пологів	4,83 ‰	5,32 ‰	+0,49 ‰	+10,1 %

¹⁷ Марічерета В. Г. Охорона здоров'я матері і дитини в Україні. *Sustainable healthcare development: national and global dimensions : scientific monograph / edited by Valerii Zaporozhan and Valeriia Marichereda*. Riga, Latvia : Baltija Publishing, 2024. 464 р. С. 55–73.

При цьому рівень материнської смертності як один із ключових інтегральних індикаторів якості та ефективності системи охорони здоров'я, зокрема надання акушерсько-гінекологічної допомоги, в Україні залишається високим, незважаючи на позитивну динаміку (див. п.п. 1.2). Показник материнської смертності на 100 тис. народжених живими представлено у табл. 4.

Так, показник материнської смертності на 100 тис. народжених живими у 2023 р. становив 18,51, а у 2024 р. — 26,96. Це свідчить про значне зростання материнської смертності, яка перевищила поріг у 25 випадків на 100 тис. живонароджених — рівень, що є критичним згідно з рекомендаціями ВООЗ для країн з перехідною економікою.

Більшість випадків материнської смертності пов'язана з ускладненнями під час пологів (наприклад, ускладнені пологи — особливо при ранній першій вагітності, кровотечі та гіпертензивні ускладнення), відразу ж після пологів (сепсис і кровотеча) або після небезпечного абортів. Факторами, які зазвичай пов'язані з цими випадками смертності, є відсутність кваліфікованого медичного персоналу, а також служб, здатних надати екстрену акушерську допомогу й усунути ускладнення після небезпечного абортів, та неефективно діючі системи направлення до вузькопрофільних фахівців.

При цьому зареєстроване зниження репродуктивних втрат з 9,1‰ у 2001 р. до 8,8‰ у 2019 р. супроводжувалося несприятливою зміною структури перинатальної смертності — зростанням мертвонароджуваності з 4,8 до 5,8‰, OR з 95 % ДІ 1,2 (1,1–1,3) на фоні стійкого зростання частки внутрішньоутробної смерті плода — з 85,3 % у структурі мертвонароджуваності у 2001 р. до 90,5 % у 2019 р. зі зниженням постнатальної смертності з 4,3 до 3,0‰, OR з 95 % ДІ 0,7 (0,6–0,8). На жаль, відповідна статистика відсутня на період воєнного стану.

За статистикою, в усьому світі з 10,8 млн випадків дитячої смертності віком до 5 років 3,0 млн смертей спостерігаються у перші 7 днів неонатального періоду. Крім того, згідно з оцінками, 2,7 млн дітей є мертвонародженими.

Дитяча смертність в Україні, незважаючи на зниження, залишається високою і перевищує показник у розвинених країнах Європейського регіону. Смертність дітей у віці до 1 року поступово зменшувалася до 2021 р. Найнижчі значення показника смертності немовлят зареєстровано у 2018–2020 рр., коли вони сягали 7,1–7,0–6,7‰. У 2021 р. спостерігається зростання показника до 7,2‰, за розрахунками Державної служби статистики України без урахування тимчасово окупованої території АР Крим, м. Севастополя та даних у Донецькій і Луганській областях. Імовірно, що зростання показника, швидше за все, пов'язане з пандемією COVID-19.

Таблиця 4 — Показник материнської смертності на 100 тис. народжених живими, 2023–2024 роки (за даними МОЗ України)

Найменування	Померло вагітних, роділь та породіль				На 100 тис. народжених живими
	Усього	у тому числі:			
		в акушерських стаціонарах	в інших відділен.	поза стаціонаром	
Б	1	2	3	4	5
2023	34,00	6,00	23,00	5,00	18,51
2024	48,00	19,00	24,00	5,00	26,96

За останні десять років рівень смертності немовлят у міських поселеннях був значно нижчий, ніж у сільській місцевості. З 2010 р. смертність дітей у віці до 1 року у сільських районах у 1,21 раза вища за смертність у містах (сільська місцевість — 10,3 %, міські поселення — 8,5 %). У 2021 р. значно зменшилася різниця смертності немовлят у сільській місцевості та у містах (7,5 і 7,0 % відповідно), але при цьому малюкова смертність у місті зросла з 2019 р. від 6,3 до 7,0 на 1000 народжених живими у 2021 р.¹⁸

Багато з цих випадків смерті пов'язані з поганим станом здоров'я жінки та недостатньою допомогою під час вагітності, пологів й у післяпологовому періоді. Показник неонатальної смертності (смертність у перші 28 днів) у країнах, що розвиваються, залишився незмінним з початку 1980-х років і становить приблизно 30 випадків смертей на 1000 живонароджених. Крім того, смерть матері може серйозно поставити під загрозу виживання її дітей.

За даними UNICEF, у всьому світі майже 78 % усіх смертей новонароджених є результатом трьох причин, яким можна запобігти та вилікувати: ускладнення передчасних пологів, події, пов'язані з пологами (асфіксію при пологах, родова травма тощо) та інфекції нижніх дихальних шляхів.

В Україні у структурі смертності дітей до 1 року за причинами смерті у 2010–2021 рр. зростають показники та зберігається така тенденція:

- 1-ше місце — стани, які виникли у перинатальному періоді (57 %);
- 2-ге місце — природжені вади розвитку (21 %);
- 3-тє місце — зовнішні причини смерті (3,5 %).

У 2023 р. у структурі захворюваності новонароджених перше місце зберігається за розладами дихальної системи, а також серцевими розладами та розладами дихальної системи.

З початком війни в Україні посилилися фактори, що ускладнюють надання перинатальної допомоги. Стрес, недоїдання, порушення логістики між населеними пунктами, руйнації медичних закладів та відсутність медичної допомоги на тимчасово непідконтрольних Уряду України територіях — це ті проблеми, які найбільше вплинули на вагітних в Україні. За словами лікарів, і тяжких патологій, і передчасних пологів, і викиднів зараз більше, ніж до початку повномасштабного вторгнення в Україну.

Негативна динаміка зростання материнської смертності погіршується на тлі довготривалої повномасштабної війни рф проти України, для якої сьогодні характерна така демографічна ситуація: надсмертність, високий рівень інвалідизації та міграційних процесів і низький рівень народжуваності, що є ключовими чинниками демографічної кризи в Україні. За прогнозами Інституту демографії та соціальних досліджень¹⁹, населення України скоротиться до 30,5 млн осіб до 2037 р. Це буде відчутним ризиком для національної демографічної безпеки України.

¹⁸ Ситуаційний аналіз становища дітей в Україні 2024. URL: https://www.unicef.org/ukraine/en/media/49196/file/UNICEF_SitAn_2024_UKR.pdf.pdf

¹⁹ Європейські стратегії розвитку: досвід для України : монографія / В. І. Андрейко та ін. Ужгород : PIK-Y, 2023.

Загалом по Україні, в переважній більшості областей, забезпечена оптимальна доступність до спеціалізованої високотехнологічної перинатальної допомоги під час пологів, включаючи вагітних з вадами серця (індекс концентрації у закладах перинатальної допомоги III рівня 61,0–66,9 %) та з хворобами системи кровообігу (індекс концентрації 50,5–47,0 %) при порогових значеннях цих показників не менше 50 і 25–30 % відповідно.

Високим, з тенденцією до зростання, залишається показник частоти кесаревих розтинів. За статистичними даними 2024 року, в Україні було проведено 51 195 операцій кесаревого розтину, що становить 289,6 на 1000 пологів, тоді як у 2023 році цей показник дорівнював 290,5 на 1000 пологів (53 021 операція). Хоча спостерігається незначне зниження абсолютної кількості кесаревих розтинів, загальний рівень залишається стабільно високим — близько 29 % усіх пологів. У 2021–2022 році — 17,7–18,3 %, відповідно, при коливанні його від 13,0 % у закладах перинатальної допомоги I рівня до 19,3 % у закладах перинатальної допомоги II рівня та 27,6 % у закладах перинатальної допомоги III рівня.

Доволі високим залишається й індекс неонатальних трансферів. У 2024 році серед 178 091 живонароджених було переведено 9 590 новонароджених у інші відділення, з яких 6 301 — у стаціонари інших закладів. У 2023 році ці показники були вищими: 10 219 та 7 288 відповідно (з 183 720 живонароджених). У 2022 році цей показник склав 4,1 %, у 2023 році — 5,6 %, а у 2024 році залишився майже незмінним — 5,4 %, при оптимальному близько 1 %.

Зниження індексу неонатальних трансферів є позитивним сигналом, однак високий рівень міжлікарняних переведень вказує на потребу у подальшому удосконаленні питань регіоналізації.

Одним із ключових показників якості перинатальної допомоги є частота народжень дітей з дуже малою масою тіла (ДММТ, <1500 г), оскільки така маса асоціюється з високими ризиками неонатальної захворюваності, смертності, необхідністю спеціалізованого догляду та впливом на довготривале здоров'я.

Спостерігається позитивна тенденція концентрації у закладах перинатальної допомоги III рівня розроджень немовлят з дуже малою масою тіла при народженні — 59,0 % у 2014 р. і 62,0 % у 2015 р. новонароджених масою тіла при народженні 500–999 г і 52,4–55,3 % з масою тіла 1000–1499 г та достатня концентрація у закладах перинатальної допомоги II–III рівнів новонароджених з масою тіла при народженні 1500,0–2499 г — 75,8–71,4 %.

Загалом по Україні, у закладах перинатальної допомоги усіх рівнів у 2023 році живонароджені з масою тіла <1500 г становили 1 972 новонароджених (1,07 %), а у 2024 році — 1 882 новонароджених (1,06 %), що відповідає середньоєвропейським показникам (табл. 5).

У межах цієї категорії спостерігається зростання кількості новонароджених вагою 500–999 г у 2024 році, що вимагає високого рівня готовності неонатологічних відділень до надання допомоги таким пацієнтам. Водночас зниження летальності серед дітей з масою <500 г (з 36 до 21 випадку) є позитивною динамікою, що вказує на покращення виживання в найменшій масовій категорії та є позитивним сигналом щодо якості неонатального догляду у високоспеціалізованих закладах. Але летальність у категоріях 500–999 г зростає (з 147 до 164 випадків) і з вагою 1000–1499 (з 58 до 60). Загалом летальність у групі <1500 г у 2023 р. становила 12,1 %, у 2024 р. — 13,1 %, тобто без суттєвих змін, із тенденцією до незначного зростання.

Таблиця 5 — Розподіл народжених і померлих за вагою тіла при народженні за закладами перинатальної допомоги усіх рівнів, 2023-2024 роки (за даними МОЗ України)

Рік: 2023													
Розріз: (20) R20 всі відомства+приватні установи+МОЗ (20)													
№ п/п	Найменування	Вага тіла при народженні в грамах											Усього переведено новонароджених в інші стац. відділ.
		менше 500	500–999	1000–1499	1500–1999	2000–2499	2500–2999	3000–3499	3500 і більше	Загалом			
А	Б	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
1	Народились живими	57	570	1345	1791	7447	29263	71387	71860	183720	10219		
2	з них померло у ак. відділеннях — усього	36	147	58	23	45	35	33	22	399			
3	у тому числі у віці 0-6 діб	32	102	43	19	40	35	31	21	323			
4	Народилось мертвими	67	238	149	135	140	157	123	95	1104			
5	з них смерть наст. до почат. род. діял.	57	208	141	134	134	148	111	82	1015			
Рік: 2024													
Розріз: (20) R20 всі відомства+приватні установи+МОЗ (20)													
№ п/п	Найменування	Вага тіла при народженні в грамах											Усього переведено новонароджених в інші стац. відділ.
		менше 500	500–999	1000–1499	1500–1999	2000–2499	2500–2999	3000–3499	3500 і більше	Загалом			
А	Б	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
1	Народились живими	46	716	1120	2150	7116	27703	68438	70802	178091	9590		
2	з них померло у ак. відділеннях — усього	21	164	60	24	30	26	30	28	383			
3	у тому числі у віці 0-6 діб	19	114	48	19	28	22	26	27	303			
4	Народилось мертвими	77	229	117	138	149	161	132	98	1101			
5	з них смерть наст. до почат. род. діял.	64	201	107	137	143	147	122	88	1009			



Смертність серед новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні залишається значним викликом. Ці дані свідчать про потребу у посиленні не лише технологічного оснащення, але й у підготовці фахівців до роботи з такими високоризиковими групами. У подальшому розвитку перинатальної служби України слід акцентувати увагу на посиленні мережі перинатальних центрів III рівня, включно з телемедичними консультаціями, симуляційним навчанням і мультидисциплінарними підходами.

Дані аналізу ефективності впровадження регіоналізації перинатальної допомоги в Україні станом на січень 2025 р. в цілому підтвердили очікувані результати — наближаються до орієнтовних (17 %) показники питомої ваги пологів у перинатальних центрах III рівня — 17,7 %, індекс концентрації розроджень в умовах закладів перинатальної допомоги III рівня вагітних із вадами серця — 66,9 % (не менше 50 %), з хворобами системи кровообігу — 47,0 % (25–30 %).

1.5 КЛЮЧОВІ ПРОБЛЕМИ ТА ВИКЛИКИ СИСТЕМИ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ

Вплив військових дій та руйнування медичної інфраструктури

Повномасштабне вторгнення Російської Федерації в Україну з лютого 2022 року завдало нищівного удару по системі охорони здоров'я, зокрема — по ланці перинатальної допомоги. Медичні заклади стали об'єктами цілеспрямованих атак: за даними міжнародних правозахисних організацій та Всесвітньої організації охорони здоров'я, станом на середину 2024 року було зафіксовано понад 2 000 ударів по медичній інфраструктурі, з яких щонайменше 81 випадок — по акушерських і пологових установах. Подібні атаки порушують норми міжнародного гуманітарного права, зокрема Женевські конвенції, що прямо забороняють обстріли медичних закладів і персоналу, які не беруть участі в бойових діях.

Наслідки таких дій призвели до глибокої дестабілізації функціонування системи перинатальної допомоги. У регіонах, наближених до зони бойових дій, медична допомога надається в екстремальних умовах — у бомбосховищах, підвалах, під час відключень електроенергії та нестачі ліків. Такі обставини суттєво підвищують ризик ускладнень під час пологів, зокрема кровотеч, інфекцій, асфіксії новонароджених і материнської смертності.

Крім прямого руйнування медичних закладів, війна спричинила зменшення доступності медичної допомоги внаслідок:

- евакуації або переміщення медичного персоналу;
- дефіциту медикаментів, витратних матеріалів та обладнання;
- труднощів з логістикою транспортування вагітних у безпечні регіони;
- перевантаження установ у відносно безпечних областях через потік внутрішньо переміщених осіб.

Ураження пологових відділень і обмеження в доступі до якісної акушерської допомоги створюють ризики не лише для фізичного здоров'я жінок і новонароджених, але й спричиняють психоемоційний стрес, що додатково впливає на перебіг вагітності та пологів. Пологи в умовах тривалої небезпеки, повітряних тривог, шумів вибухів — усе це є серйозним психотравмуючим чинником як для жінки, так і для медичного персоналу.

У результаті спостерігається:

- зростання кількості передчасних пологів;
- збільшення кількості кесаревих розтинів у екстремому порядку;
- погіршення показників неонатальної адаптації новонароджених;
- підвищення показників перинатальної та материнської смертності в окремих регіонах.

Таким чином, військові дії в Україні стали системним дестабілізуючим фактором для перинатальної допомоги, наслідки якого потребують як негайних заходів реагування, так і стратегічного планування відновлення та посилення стійкості медичної системи в умовах затяжного конфлікту.

Зростання частоти ускладнень, передчасних пологів та перинатальної смертності

Погіршення соціально-економічних умов, руйнування медичної інфраструктури та зростання психоемоційного навантаження на тлі повномасштабної війни в Україні створили сприятливе середовище для значного підвищення рівня ускладнень під час вагітності та пологів. Однією з найсерйозніших тенденцій останніх років є підвищення частоти передчасних пологів, що, за сучасними уявленнями, є маркером як індивідуального стану здоров'я матері, так і системної ефективності акушерської допомоги.

За даними міжнародних організацій та Міністерства охорони здоров'я України, у 2023 році було зареєстровано понад 14 780 випадків передчасних пологів, що становить приблизно 8 % від загальної кількості пологів, перевищуючи середньоєвропейські орієнтири (приблизно 5,5–6,5 %)²⁰. Передчасні пологи значною мірою корелюють із впливом наступних чинників:

- хронічний стрес, інтенсивна тривожність, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у вагітних, пов'язаний з військовими діями та переміщенням;
- нестача якісного пренатального спостереження, включно з перерваними маршрутами між первинною і спеціалізованою медичною допомогою;
- обмежений доступ до ліків, діагностики та профілактики ускладнень вагітності, зокрема вразливих груп – внутрішньо переміщених осіб (ВПО), біженок, жінок у сільській місцевості.

Внаслідок цього збільшується кількість новонароджених з низькою масою тіла при народженні, незрілістю дихальної системи, гіпоксично-ішемічними ураженнями центральної

²⁰ PMNCH. URL: pmnch.who.int

нервової системи та іншими важкими станами, які потребують високотехнологічної неонатальної допомоги. В умовах недостатньої матеріально-технічної бази та браку персоналу (лікарів-неонатологів, лікарів-анестезіологів, медсестер) забезпечити відповідний рівень догляду стає дедалі складніше, особливо у прифронтових та деокупованих територіях.

Проблема поглиблюється також недостатньою кількістю закладів III рівня надання перинатальної допомоги, які спроможні надавати інтенсивну терапію новонародженим із граничною життєздатністю (≤ 28 тижнів гестації, маса тіла < 1000 г). Відсутність системи ефективного транспортування вагітних у критичних станах або новонароджених до вищого рівня стаціонару (так званий «неонатальний транспорт») також сприяє зростанню показника перинатальної смертності, зокрема у віддалених або небезпечних регіонах.

Не актуалізовані підходи до регіоналізації, кадровий дефіцит та виклики при формуванні спроможних мереж госпітальних округів

Одним із ключових структурних викликів для системи перинатальної допомоги в Україні є неактуалізований процес регіоналізації медичної допомоги відповідно до нового інфраструктурного етапу медичної реформи, особливо в частині створення стабільно функціонуючих закладів III рівня. У поєднанні з дефіцитом кваліфікованого медичного персоналу це суттєво ускладнює доступність і якість допомоги вагітним із груп ризику, новонародженим із критичними станами, а також породіллям із ускладненнями.

З 2023 року в Україні впроваджується нова модель організації ЗОЗ на регіональному рівні – спроможна мережа медичних закладів у межах госпітальних округів. Метою цієї моделі є створення ієрархії закладів охорони здоров'я (надкластерні, кластерні, загальні), здатних забезпечити якісний доступ до медичних послуг, скоротивши час транспортування пацієнтів до місця надання спеціалізованої допомоги.

Проте в контексті перинатальної допомоги реалізація цього підходу стикається з низкою концептуальних та практичних невідповідностей.

По-перше, чинні нормативно-правові акти, зокрема Постанова КМУ № 174 від 28.02.2023²¹ та її оновлення (Постанова № 1305 від 14.11.2024²²), не містять специфічних вимог до функціонування перинатальних центрів у межах спроможної мережі. Уніфіковані підходи до кластеризації не враховують потреб акушерсько-гінекологічної служби. Це створює ризик того, що пологи та неонатальні послуги надаються в закладах, які не відповідають необхідному рівню складності клінічних випадків.

По-друге, формування мережі госпітальних округів не завершене в більшості східних і південних областей України, зокрема в регіонах, що постраждали внаслідок бойових дій або тимчасової окупації. Таким чином, саме в зонах із найвищими ризиками для вагітних і новонароджених не функціонує жодна повноцінна регіоналізована система акушерсько-гінекологічної допомоги.

²¹ Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я : Постанова КМУ № 174 від 28.02.2023 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/174-2023-%D0%BF#Text>

²² Про внесення змін до Порядку функціонування госпітальних округів і госпітальних кластерів та встановлення їх меж : Постанова № 1305 від 14.11.2024 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1305-2024-%D0%BF#Text>

Ще однією критичною проблемою є кадровий дисбаланс. За даними статистичної форми звітності № 17 МОЗ України, станом на 2022 рік в Україні працювало 8191 лікар-акушер-гінеколог (без урахування дитячого профілю), що на 19,98 % менше, ніж у 2015 році. Найбільше скорочення зафіксовано в регіонах, що перебувають під постійною загрозою: Херсонська область (-41,15 %), Запорізька (-38,81 %), Луганська (-23,67 %), Харківська (-21,75 %). На цьому фоні відсутність чіткої моделі функціонального перерозподілу кадрів між рівнями закладів — ще один бар'єр до ефективної реалізації спроможної мережі.

Формальна класифікація закладів за рівнями без реального кадрового та матеріально-технічного забезпечення призводить до того, що:

- заклади, віднесені до кластерного чи надкластерного рівня, не можуть забезпечити повноцінну перинатальну допомогу через відсутність кваліфікованих лікарів-неонатологів, лікарів-анестезіологів, акушерок;
- пацієнтки з ускладненими вагітностями не мають чітко визначених маршрутів до закладів III рівня, що підвищує ризик материнської та перинатальної смертності;
- через брак персоналу у багатьох громадах пологи проводяться в умовах, які не відповідають жодному рівню безпеки.

Таким чином, спроможні мережі в існуючому вигляді не замінюють і не підсилюють регіоналізацію перинатальної допомоги, а радше поглиблюють розрив між нормативними цілями та клінічною реальністю. Без інтеграції специфіки перинатальної сфери в плани розвитку госпітальних округів, без кадрової стабілізації та нормативного перегляду вимог до закладів різних рівнів реалізація цієї моделі в межах акушерсько-гінекологічної служби залишатиметься декларативною.

Надмедикація та недовикористання моделей низкоризикового ведення вагітних

Сучасна система перинатальної допомоги в Україні характеризується переважанням медікалізованого, акушер-центричного підходу, навіть у випадках, коли клінічний ризик для матері та дитини є низьким. Такий підхід нерідко супроводжується надмірним використанням лікарських засобів, необґрунтованими медичними втручаннями, зокрема кесаревими розтинами, що не завжди відповідає клінічній доцільності. Це суперечить сучасним міжнародним стандартам, які орієнтовані на фізіологічне ведення вагітності та пологів, особливо для жінок без ускладнень.

У країнах Європейського Союзу поширена модель “midwife-led continuity of care” — безперервної допомоги вагітним з низьким ризиком, яка надається акушерками. Вона ґрунтується на автономії акушерської професії, високому рівні довіри до середньої ланки персоналу та раціоналізації медичних втручань. Мета цієї моделі — мінімізувати ризики, пов'язані з надмедикацією, зменшити кількість оперативних втручань, а також забезпечити психоемоційну підтримку жінки на всіх етапах вагітності та пологів. Дані досліджень підтверджують, що така модель сприяє зниженню материнської і перинатальної захворюваності, зменшує ймовірність кесаревого розтину, а також покращує досвід породіллі.

В Україні така модель залишається фрагментарною і практично не впровадженою на системному рівні. Відсутність нормативно закріпленої автономії акушерок, обмежена кількість фахівців середньої ланки, а також недостатня інтеграція їх у клінічні маршрути вагітних суттєво зужує можливості для якісного ведення вагітностей з низьким ризиком. У структурі закладів охорони здоров'я акушерки часто виконують допоміжні функції, не маючи належного обсягу професійної відповідальності, притаманного їм у країнах ЄС.

Водночас переважання лікарського ведення навіть фізіологічних вагітностей та недостатнє дотримання принципів індивідуалізації допомоги може призводити до:

- необґрунтованих інтервенцій (індукція пологів, медикаментозне стимулювання, оперативні втручання);
- підвищення ризиків ускладнень у матері та дитини;
- зростання витрат на охорону здоров'я;
- зниження рівня задоволеності породіль якістю допомоги.

Недостатня увага до вікових ризиків матерів

Демографічні зміни вплинули на структуру віку матерів. З одного боку, материнство у віці понад 35 років стало більш розповсюдженим, що породжує ризики передчасних пологів, хромосомних аномалій та ускладнень під час пологів; з іншого — значною мірою припинилося раннє материнство.

Згідно з даними Державної служби статистики України, народжуваність серед дівчат у віці 15–19 років знизилась з 27,3 на 1 000 у 2015 році до 13,8 на 1 000 у 2021 році. За даними Світового банку, наявні дані на 2023 рік відображають подальше зниження до рівня 11,38 на 1 000 жінок віком 15–19 років.

Небажана вагітність та небезпечні аборти як виклик у сфері репродуктивного здоров'я

Одним із системних викликів для охорони здоров'я жінок в Україні, особливо в умовах війни, залишається проблема небажаної вагітності та пов'язаних із нею небезпечних абортів. У мирний час ці явища тісно пов'язані з обмеженим доступом до якісної інформації, контрацепції та консультування, тоді як у період війни та гуманітарної кризи ці фактори поглиблюються через руйнування медичної інфраструктури, внутрішнє переміщення населення, сексуальне насильство та загальну психологічну вразливість жінок.

За даними ЮНФПА²³, близько 60 % усіх незапланованих вагітностей у світі завершуються абортами, з яких майже половина — небезпечні. У країнах із обмеженим доступом до медичної допомоги (зокрема в умовах війни) небезпечні аборти є однією з основних причин материнської смертності та ускладнень, включно з безпліддям. Україна, попри порівняно висо-

²³ UNFPA. URL: <https://ukraine.unfpa.org/uk/385605>

кий рівень доступу до медичних послуг у довоєнний період, наразі також стикається з цією проблемою, особливо у прифронтових та тимчасово окупованих регіонах.

Щороку у світі переривається приблизно 45 млн випадків небажаної вагітності, причому приблизно 19 млн з них припиняються внаслідок небезпечного абортів, 40 % усіх небезпечних абортів відбуваються у молодих жінок віком 15–24 роки. Унаслідок небезпечних абортів у світі щороку гинуть приблизно 68 тис. жінок, що становить 13 % усіх випадків смерті, пов'язаних із вагітністю. Крім того, небезпечний аборт пов'язаний зі значною захворюваністю; наприклад, дослідження показують, що щонайменше одна з п'яти жінок, які вчинили небезпечний аборт, у результаті цього страждає від інфекції статевих шляхів — деякі з цих інфекцій призводять до безпліддя.

У 2024 році в Україні зареєстровано 43 616 абортів, що на 1 570 менше, ніж у 2023 році, що, в свою чергу, менше на 4 %, ніж у 2022 р. (46,9 тис.). Відносний показник абортів на 1000 жінок репродуктивного віку зменшився з 4,73 до 4,57 (–3,4 %). З 2011 р. кількість абортів зменшується в середньому на 7 %. За останні 13 років абортів в Україні стало менше у 3,6 раз — зі 163,6 до 45,1 тис. на рік. Сьогодні на 1000 новонароджених припадає 250 абортів, тимчасом як у 2011 р. таких втручань було 330 на 1000.

Вікова структура абортів представлена у табл. 6.

Таблиця 6 — Вікова структура абортів, 2023-2024 роки (за даними МОЗ України)

Найменування	До 14 років включно		15–17 років		18–34 років		35–років		УСЬОГО	
	абсолютні числа	показник	абсолютні числа	показник	абсолютні числа	показник	абсолютні числа	показник	абсолютні числа	показник
Б	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2023 рік	29	0,03	435	0,73	30565	7,56	14157	2,88	45186	4,73
2024 рік	33	0,03	385	0,64	29029	7,18	14169	2,89	43616	4,57

У 2024 році:

- 66,6 % переривань вагітності припадає на жінок віком від 18 до 34 років;
- 32,5 % переривань вагітності припадає на жінок віком від 35 до 49 років;
- 0,9 % — на дівчат у віці 15–17 років;
- 1 % — на дівчат віком 5–17 років;
- 0,08 % — на дівчат віком до 14 років включно.

До статистики входять спонтанні переривання вагітності (викидні), медичні легальні аборти, проведені у державних і приватних медичних закладах планово за медичними показаннями чи за бажанням самої жінки²⁴.

У довгостроковій перспективі проблема небажаної вагітності впливає і на демографічну ситуацію, оскільки сприяє зростанню рівня безпліддя, втраті репродуктивного потенціалу жінок та соціальній ізоляції певних груп.

Репродуктивні ризики, пов'язані з інфекціями, що передаються статевим шляхом: сучасний стан і системні бар'єри у виявленні та профілактиці

Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), зокрема ВІЛ, сифіліс, хламідіоз, папіломавірусна та герпесвірусна інфекції, є важливим фактором порушення репродуктивного здоров'я, ускладнень під час вагітності, передчасних пологів і перинатальної смертності. Вони можуть передаватися від матері до дитини, викликаючи неонатальні інфекції, ураження нервової системи та навіть мертвонародження.

За даними ВООЗ, щороку у світі фіксується понад 340 млн нових випадків виліковних ІПСШ, а також мільйони випадків вірусних інфекцій, включно з ВІЛ. Передача ВІЛ від матері до дитини становить близько 600 тис. випадків щорічно. Водночас ІПСШ є однією з провідних причин безпліддя — до 60–80 млн пар у світі страждають на безпліддя внаслідок несвоєчасного або неадекватного лікування.

В Україні проблематика посилюється обмеженим доступом до якісної діагностики, недостатнім охопленням скринінгом та вакцинацією, зокрема проти вірусу папіломи людини (ВПЛ). Вакцинація дівчат включена до національного календаря щеплень лише з 2026 року, а для хлопців — досі відсутня. Це стримує ефективність профілактики раку шийки матки, від якого щороку в світі помирає понад 240 тис. жінок.

За даними міжнародних оцінок, до 20 % загального тягаря порушень репродуктивного здоров'я серед жінок і приблизно 14 % серед чоловіків зумовлені такими факторами, як материнська та перинатальна смертність і захворюваність, онкологічні хвороби репродуктивної системи, інфекції, що передаються статевим шляхом, а також ВІЛ/СНІД. Ці стани мають як медичні, так і соціальні наслідки та потребують комплексної міжсекторальної відповіді.

Гендернозумовлене насильство як загроза репродуктивному та перинатальному здоров'ю

За оцінками ВООЗ, насильство проти жінок є другим найважливішим глобальним фактором ризику для репродуктивного здоров'я²⁵. Насильство з боку інтимного партнера включає фізичне, сексуальне та психологічне зловживання. Наслідки насильства є екстенсивними для репродуктивного й сексуального здоров'я та включають небажану вагітність, небезпечний аборт, хронічні больові синдроми, інфекції, що передаються статевим шляхом, включно з ВІЛ-інфекцією, та гінекологічні порушення.

²⁴ Скільки абортів зробили українки у 2023 році? Статистика від «Опендатабот». 01.06.2024.

²⁵ Devastatingly pervasive: 1 in 3 women globally experience violence. WHO. 2021. URL: <https://www.who.int/news/item/09-03-2021-devastatingly-pervasive-1-in-3-women-globally-experience-violence>

Дослідження показують, що у світі від 4 до 20 % жінок зазнають насильства під час вагітності з наслідками як для них самих, так і для їхніх дітей, такими як викидень, передчасні пологи та низька маса тіла при народженні.

У середньому у світі 1 з 4 жінок зазнає статевого насильства з боку інтимного партнера. Вельми поширене насильство та зґвалтування з боку знайомих і незнайомих людей. Серйозною проблемою залишається вимушена проституція.

За даними Офісу Генерального прокурора України, у 2023 р. від кримінальних правопорушень за ст. 126-1 КК України (домашнє насильство) потерпіла 2731 особа (у 2022 р. — 1449 осіб), з них 2423 особи жіночої статі (у 2022 р. — 1254 особи жіночої статі), 66 дітей (35 неповнолітніх і 31 малолітня особа). В Україні за останні роки зросла кількість випадків домашнього насильства — на 14 % із початку року за даними Міністерства внутрішніх справ України²⁶.

Недостатній рівень інформатизації та використання телемедичних можливостей у перинатальній допомозі

Інформатизація системи охорони здоров'я є необхідною умовою для забезпечення сучасної, ефективної та безперервної перинатальної допомоги, особливо в умовах війни, коли доступ до медичних послуг часто обмежений. Водночас рівень цифрової трансформації у сфері акушерства та неонатології в Україні залишається недостатнім, що створює додаткові ризики для якості та безпеки надання допомоги вагітним, породіллям і новонародженим.

Незважаючи на те, що електронна система охорони здоров'я (ЕСОЗ) охоплює базові сервіси (електронні направлення, реєстрація пацієнтів, рецепти), вона фактично не включає повноцінний модуль для ведення вагітності, контролю перебігу пологів або моніторингу новонароджених.

Телемедичні технології, які в європейських країнах використовуються для забезпечення доступу до акушерських і неонатальних консультацій у віддалених або складних умовах, в Україні впроваджені лише фрагментарно. Відсутність нормативно врегульованих моделей дистанційного ведення вагітності, клінічних протоколів для телемедичних консультацій, а також недостатня підготовка персоналу не дозволяють забезпечити системне застосування телемедицини навіть у тих регіонах, де це технічно можливо.

В умовах активних бойових дій, пошкодження транспортної та медичної інфраструктури, а також масового переміщення населення, доступ до стаціонарної або спеціалізованої допомоги стає проблематичним. Саме тому питання інтеграції телемедицини в систему перинатальної допомоги має розглядатися як стратегічно важливе. Особливо це стосується:

- надання консультацій вагітним із груп ризику;
- супроводу новонароджених після виписки з неонатальних стаціонарів;
- навчання персоналу малопотужних перинатальних ЗОЗ.

²⁶ Домашнє насильство у 2023 році: дані та тенденції. URL: <https://jurfem.com.ua/domashne-nasylstvo-2023/>

Відсутність сучасної системи моніторингу та оцінки якості перинатальної допомоги

Ефективність системи перинатальної допомоги безпосередньо залежить від здатності своєчасно збирати, аналізувати та використовувати якісні дані для прийняття управлінських рішень і впровадження доказових практик. В Україні наразі спостерігається суттєвий дефіцит сучасних інструментів моніторингу і оцінки якості перинатальної допомоги, що ускладнює контроль за станом здоров'я матерів і новонароджених, а також ефективність медичних втручань.

Однією з ключових проблем є відсутність цифрових панелей індикаторів у реальному часі, які дозволяли б оперативно відслідковувати показники перинатальної допомоги на рівні медичних закладів, регіонів і країни в цілому. Наявні системи звітності залишаються переважно паперовими або фрагментованими, що призводить до затримок у надходженні інформації, втрати даних та неможливості швидко реагувати на негативні тренди.

Крім того, в Україні не впроваджено інтегровані модулі оцінки ризиків вагітних і новонароджених, які б автоматично аналізували клінічні дані, ідентифікували потенційні ускладнення та допомагали планувати індивідуальні маршрути пацієнтів. Це позбавляє медичний персонал можливості застосовувати проактивні стратегії управління випадками з високим ризиком.

Недосконалість системи моніторингу також перешкоджає реалізації підходу доказової медицини. Без доступу до актуальних, повних і точних даних стає неможливо проводити об'єктивну оцінку ефективності нових протоколів, порівнювати результати між різними закладами, а також здійснювати якісний аудит і контроль.





ЧАСТИНА II

Пріоритети стратегічного розвитку перинатальної медичної допомоги в Україні

Метою стратегічного розвитку перинатальної медичної допомоги в Україні є створення безпечного середовища для матері та дитини, а також формування стійкої системи, що ефективно захищає та сприяє репродуктивному здоров'ю населення. Кінцевими бенефіціарами якісної перинатальної допомоги є саме мати і дитина, що вимагає від системи охорони здоров'я забезпечення послуг високої якості, економічної ефективності, фінансової захищеності, справедливості та орієнтації на людину. Надання таких послуг повинно базуватися на потребах і очікуваннях пацієнтів, враховувати соціальні, гендерні й культурні особливості громадян України.

Аналіз сучасного стану системи перинатальної допомоги в Україні виявляє комплексний спектр проблем і викликів, які негативно впливають на якість, доступність та безпеку надання медичних послуг у цій критично важливій сфері охорони здоров'я. Ці проблеми мають як клінічний, так і організаційно-управлінський характер і потребують системного, багатогранного підходу для їх подолання. Недостатня інтеграція між рівнями надання допомоги, нерівномірний розподіл кадрового потенціалу створюють значні бар'єри для ефективного функціонування системи.

Формування стійкої і ефективної системи перинатальної допомоги ґрунтується на необхідності забезпечення балансу між наявними ресурсами і гарантованими правами на охорону здоров'я, наявності висококваліфікованих і мотивованих медичних працівників, а також впровадженні найкращих міжнародних практик. Особливу увагу слід приділяти модернізації мережі закладів охорони здоров'я, підвищенню кваліфікації медичних працівників, впровадженню сучасних клінічних стандартів і цифрових технологій, що сприяють підвищенню якості, безпеки та результативності перинатальної допомоги. Водночас відсутність системних механізмів моніторингу та оцінки якості медичних послуг суттєво обмежує здатність оперативно реагувати на проблеми, виявляти критичні точки та приймати обґрунтовані управлінські рішення, гальмуючи процес реформування галузі.

Формування пріоритетів стратегічного розвитку перинатальної допомоги є необхідною умовою для створення стійкої, ефективної та орієнтованої на пацієнта системи охорони здоров'я. На основі глибокого аналізу існуючих проблем і потенційних можливостей визначено ключові стратегічні орієнтири, які мають забезпечити комплексний розвиток перинатальної медицини в Україні, сприяючи покращенню репродуктивного здоров'я матерів і новонароджених.

Цільові індикатори — 2030 щодо удосконалення перинатальної медичної допомоги в Україні:

- Зниження материнської смертності до 11,2 на 100 тис. живонароджених (індикатор цілей сталого розвитку).
- Зниження смертності дітей у віці до 5 років до 6–7 на 1000 живонароджених (індикатор цілей сталого розвитку).

Стратегічний пріоритет 1. Покращення допологової, перинатальної, післяпологової допомоги та допомоги новонародженим

Операційні завдання:

- 1) актуалізація та перегляд чинної нормативно-правової бази у сфері охорони материнства та дитинства;
- 2) запровадження систематичного стратегічного аналізу у сфері перинатального здоров'я, з метою подальшого удосконалення якості медичної допомоги;
- 3) визначення та затвердження системи національних та регіональних індикаторів якості на основі затвердженого МОЗ України переліку ключових індикаторів якості перинатальної допомоги, гармонізованих із стандартами ВООЗ та ЄС, системи регулярного звітування та порівняльного аналізу між регіонами, а також механізму відповідальності за достовірність та повноту внесених даних, які стануть основою для прийняття рішення щодо оптимізації мережі перинатальних центрів та родопомічних закладів;
- 4) впровадження комплексної системи управління якістю перинатальної допомоги, що включає стандартизацію процесів, регулярний моніторинг ключових показників, оцінку результативності та безперервне покращення клінічних практик на основі доказових даних;
- 5) забезпечення моніторингу надання медичних послуг у сфері перинатальної допомоги на національному рівні та рівні територіальних громад;
- 6) оптимізація мережі перинатальних ЗОЗ: розбудова спроможності та посилення стійкості мережі потужних перинатальних центрів із передбаченням функціонування у їхньому складі медико-генетичних консультацій;
- 7) запровадження інтегрованої моделі надання амбулаторної перинатальної медичної допомоги, яка передбачає використання мультидисциплінарних команд на базі центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), які включатимуть акушерку, сімейного лікаря;

- 8) розробка сучасних стандартів надання перинатальної допомоги;
- 9) сприяння охопленню не менше 95 % вагітних вакцинацією відповідно до Національного календаря профілактичних щеплень;
- 10) забезпечення ефективної міждисциплінарної взаємодії між фахівцями різних медичних спеціальностей при наданні допомоги у складних перинатальних випадках з метою підвищення якості, безпеки та результативності медичних втручань;
- 11) перегляд та оптимізація маршрутів пацієток із урахуванням ступеня перинатального ризику для забезпечення своєчасного та адекватного доступу до відповідного рівня медичної допомоги;
- 12) впровадження програм залучення вагітних жінок і партнерів до самоконтролю стану плода під час пологів із обов'язковим розробленням та впровадженням протоколів самоконтролю під час вагітності, пологів та післяпологовий період, а також стандартизованих форм інформування пацієток про методику, межі норми, дії при відхиленнях;
- 13) впровадження механізмів залучення пацієток до оцінки якості перинатальної медичної допомоги шляхом систематичного збору та аналізу зворотного зв'язку щодо задоволеності отриманими послугами, а також врахування їхніх потреб і досвіду. Це сприятиме підвищенню пацієнт-орієнтованості системи охорони здоров'я та вдосконаленню стандартів медичного обслуговування, забезпечуючи більш ефективний і персоналізований догляд;
- 14) підвищення ефективності профілактики перинатальної захворюваності й смертності шляхом раннього виявлення, моніторингу та корекції патологічних станів плода, розглядаючи плід як повноцінного пацієнта перинатальної служби;
- 15) забезпечення індивідуалізованого підходу до ведення вагітних із патологічними станами плода шляхом тісної взаємодії акушерів-гінекологів, неонатологів, генетиків та спеціалістів з ультразвукової діагностики;
- 16) модернізація системи моніторингу внутрішньоутробного стану плода за рахунок розширення використання сучасних методів оцінки функціонального стану плода при ускладненому перебігу вагітності (доплерометрія, біофізичний профіль, кардіотокографія, 3D/4D ультразвукові технології);
- 17) розвиток напрямку внутрішньоутробних втручань (фетальної терапії) з метою профілактики і лікування критичних станів плода на ранніх етапах гестації.

Стратегічний пріоритет 2. Надання високоякісних послуг із планування сім'ї

Операційні завдання:

- 1) створення оптимальної мережі центрів планування сім'ї, як структурних підрозділів ЗОЗ різного рівня та забезпечення їх сучасним діагностичним обладнанням (зокрема при ЦПМСД, перинатальних центрах тощо);
- 2) покращення системи профілактики та лікування безпліддя за рахунок впровадження нових методів лікування та забезпечення доступу до них;
- 3) посилення пріоритетності наукових досліджень для виявлення факторів, що впливають на репродуктивне здоров'я;

- 4) забезпечення доступності комплексних послуг пренатальної підготовки для батьків, що включають інформаційно-консультативну підтримку, навчальні програми та психологічну підготовку до пологів і раннього батьківства;
- 5) впровадження новітніх технологій у сфері репродуктивного здоров'я на основі доказової медицини;
- 6) забезпечення рівного доступу до послуг з репродуктивного здоров'я для чоловіків і жінок;
- 7) охоплення консультативними послугами дітей підліткового віку з питань збереження репродуктивного здоров'я;
- 8) створення програм, спрямованих на пропагування здорового способу життя, відповідального батьківства та безпечного материнства;
- 9) проведення просвітницьких заходів щодо планування сім'ї.

Стратегічний пріоритет 3. Ліквідація небезпечних абортів

Операційні завдання:

- 1) забезпечення широкого доступу до високоефективних методів контрацепції та підтримка їх використання як основного інструменту запобігання небажаній вагітності;
- 2) розвиток системи раннього виявлення вагітності та створення мультидисциплінарних моделей підтримки жінок у кризових ситуаціях;
- 3) забезпечення доступу до безпечних медичних послуг з переривання вагітності відповідно до чинного законодавства та міжнародних стандартів;
- 4) розширення освітніх програм з питань сексуального та репродуктивного здоров'я, що включають інформацію про профілактику небажаної вагітності та ризику небезпечних абортів;
- 5) впровадження комплексних протоколів післяабортної допомоги з акцентом на профілактику ускладнень, реабілітацію та психосоціальну підтримку;
- 6) проведення регулярного аналізу та дослідження для виявлення бар'єрів у доступі до безпечних абортів та розробки заходів для їхнього усунення.

Стратегічний пріоритет 4. Боротьба з інфекціями, що передаються статевим шляхом, включаючи ВІЛ-інфекцію, інфекції статевих шляхів, рак шийки матки та інші гінекологічні захворювання

Операційні завдання:

- 1) розширення доступу до засобів профілактики та медичних послуг — забезпечення доступності та фінансової доступності сучасних засобів контрацепції, включаючи презервативи, для всіх верств населення;
- 2) забезпечення безперервного доступу до сучасної діагностики та лікування ІПСШ підвищення спроможності медичних закладів у сфері лабораторної діагностики, забезпечення наявності необхідних лікарських засобів, зокрема антиретровірусної терапії (АРТ) та засобів специфічного лікування ІПСШ;

- 3) впровадження національної програми вакцинації проти ВПЛ для профілактики раку шийки матки та інших захворювань, пов'язаних з цим вірусом; внесення вакцинації хлопчика проти вірусу папіломи людини в Національний календар профілактичних щеплень;
- 4) проведення інформаційних і просвітницьких кампаній щодо шляхів передачі, методів профілактики та важливості регулярного тестування на інфекції, що передаються статевим шляхом, та ВІЛ;
- 5) розширення охоплення щодо обізнаності тематики інфекцій, що передаються статевим шляхом, та ВІЛ населення, зокрема чоловіків, яким раніше не приділяли особливої уваги;
- 6) удосконалення системи епідеміологічного нагляду для відстеження поширеності інфекцій, що передаються статевим шляхом, та ВІЛ, а також ефективності вжитих заходів; проведення регулярних досліджень для виявлення нових тенденцій та розробки відповідних профілактичних стратегій.

Стратегічний пріоритет 5. Покращення психологічної підтримки вагітним і породіллям

Операційні цілі:

- 1) розширення профілактики, скринінгу, діагностики, лікування та доступу до охорони психічного здоров'я матерів;
- 2) формування національної програми профілактики, скринінгу, діагностики, лікування та доступу до охорони психічного здоров'я матерів;
- 3) розбудова інфраструктури, що підтримує психічне здоров'я матері та сім'ї;
- 4) надання підтримки матерям та їхнім сім'ям, що пов'язана з профілактикою, скринінгом, діагностикою, втручанням і лікуванням психічних розладів у вагітних і породіль;
- 5) проведення інформаційних кампаній щодо ролі матері та партнерської підтримки в безпеці пологів.

Стратегічний пріоритет 6. Посилення кадрового потенціалу перинатальних центрів

Операційні завдання:

- 1) створення на базі перинатальних центрів Інноваційних цільових центрів (прийняття-імплементатії-підтримки, ІА-центрів), які здатні виконувати функцію впровадження в Україні науково-доказових настанов з охорони материнства та дитинства, а також відповідатимуть за впровадження диджиталізованої інформаційної системи перинатальної допомоги в Україні;
- 2) визначення оптимального обсягу практики для лікарів та акушерок перинатальних центрів будь-якого рівня;
- 3) перегляд та оновлення переліку компетентностей медичного персоналу перинатальних центрів усіх рівнів, особливо тих, які не мають достатнього рівня навантаження;
- 4) розвиток системи професійного медичного стажування на базі перинатальних центрів III рівня;

- 5) підготовка та підвищення кваліфікації кадрів у сфері «медицини плода» за рахунок організації системи післядипломної освіти для лікарів акушерів-гінекологів, перинатологів та фахівців суміжних спеціальностей із сучасних технологій пренатальної діагностики та лікування, а також участі у міжнародних освітніх програмах і стажуваннях для інтеграції найкращих світових практик у клінічну діяльність;
- 6) підготовка та підвищення кваліфікації медичних кадрів на основі розробки системи підготовки сімейних лікарів і лікарів загальної практики з питань репродуктивного здоров'я та планування сім'ї, включення до освітніх програм розділів з питань репродуктивного здоров'я;
- 7) підвищення кваліфікації лікарів загальної практики сімейної медицини з орієнтацією на розвиток базових навичок ультразвукового обстеження роділлі та плода з метою оцінки розташування плода, розвитку пологів, виникнення ускладнень, виникнення критичних станів під час пологів, з метою подальшого прийняття клінічних рішень щодо перебігу і плану пологів;
- 8) впровадження в освітній процес на додипломному, післядипломному рівні та БПР-тренінгів і майстер-класів з надання невідкладної допомоги в команді відповідно до міжнародних стандартів і рекомендацій; впровадження ТУ, тренінгів і майстер-класів з набуття навичок ефективної взаємодії та комунікацій при роботі у команді;
- 9) запровадження резидентури з акушерства і гінекології відповідно до сучасних міжнародних стандартів (зокрема, рекомендацій WHO, FIGO, UEMS);
- 10) систематичне удосконалення практичних навичок з невідкладних станів, надання анестезіологічної допомоги у лікарів-акушерів-гінекологів, лікарів-неонатологів, лікарів-загальної практики сімейної медицини;
- 11) адаптація освітніх програм навчання акушерок відповідно до європейських стандартів, інституційна підтримка автономності акушерської практики;
- 12) удосконалення циклів підвищення кваліфікації, майстер-класів, тренінгів у закладах вищої медичної освіти у відповідності до адоптованих клінічних настанов і стандартів надання медичної допомоги матерям і дітям та планування сім'ї за принципами доказової медицини;
- 13) навчання та підготовка медичного персоналу до надання телемедичних послуг, використання мобільних пристроїв і дистанційного аналізу даних;
- 14) удосконалення системи мотивації та стимулювання медичного персоналу;
- 15) забезпечення гендерного балансу та рівних можливостей у кар'єрному розвитку, створення сприятливого професійного середовища, вільного від дискримінації, з рівним доступом до можливостей підвищення кваліфікації, управлінських позицій та наукової діяльності для всіх фахівців;
- 16) розширення партнерства з медичними закладами вищої освіти та міжнародними організаціями, у тому числі іноземними, розвиток академічної співпраці для підвищення якості підготовки кадрів, стажувань, доступу до міжнародного досвіду та інноваційних практик в перинатальній медицині;
- 17) інтеграція мультидисциплінарного підходу у підготовку кадрів, розробка навчальних програм для спільної підготовки команд перинатального догляду (лікарі-акушери-гінекологи, лікарі-неонатологи, психологи, соціальні працівники, фізіотерапевти, консультанти з грудного вигодовування).

Стратегічний пріоритет 7. Стійкі механізми фінансування

Операційні завдання:

- 1) визначення чітких критеріїв фінансування перинатальних ЗОЗ відповідно до рівня регіоналізації;
- 2) забезпечення фінансової доступності допомоги для пацієнтів, здійснення моніторингу неформальних платежів та прямих витрат сімей, з подальшою розробкою заходів із запобігання фінансовим бар'єрам доступу до медичних послуг у перинатальній допомозі;
- 3) забезпечення належного відображення репродуктивного та сексуального здоров'я у національних планах сфери охорони здоров'я;
- 4) проведення систематичного моніторингу фінансової стійкості перинатальних ЗОЗ.

Стратегічний пріоритет 8. Цифрова трансформація та розвиток системи моніторингу якості перинатальної допомоги

Операційні завдання:

- 1) розробка цифрових рішень для автоматичного збору даних та моніторингу показників організації перинатальної допомоги;
- 2) розроблення стандартизованих протоколів зберігання, обміну та інтерпретації даних, сумісних з міжнародними системами;
- 3) впровадження системи клінічних повідомлень і тривожних сигналів при виявленні ознак дистресу плода з негайним сповіщенням лікаря або чергового акушера;
- 4) оснащення ЗОЗ сучасним обладнанням та упровадження технологій дистанційного моніторингу стану вагітних, породіль, роділь та новонароджених, а саме мобільних пристроїв КТГ, дистанційного аналізу безстресових тестів у системі перинатальної допомоги, частоти серцевих скорочень (ЧСС) плода, забезпечивши своєчасний, безпечний і персоналізований контроль в реальному часі стану плода під час вагітності та пологів з передачею даних до телемедичного центру при перинатальному центрі III рівня, а також мобільними додатками — вагітних і матерів, які дозволятимуть здійснювати базовий контроль матері та плода вдома або під час віддалених консультацій під та/або без супроводу медичного персоналу.

Метою реалізації стратегічних пріоритетів розвитку перинатальної медичної допомоги є формування ефективної, стійкої та орієнтованої на потреби пацієнта системи, здатної забезпечити високий рівень охорони здоров'я матері та дитини. Це передбачає не лише зниження показників материнської та перинатальної смертності, а й створення умов для безпечного, науково обґрунтованого та рівноправного доступу до якісних медичних послуг на всіх етапах вагітності, пологів та післяпологового періоду.

Досягнення зазначеної мети потребує консолідації політичної волі та створення належних нормативно-правових, фінансових і регуляторних передумов для впровадження комплексного підходу до розвитку перинатальної допомоги. Такий підхід передбачає модернізацію

інфраструктури, зміцнення кадрового потенціалу, впровадження клінічних настанов, заснованих на засадах доказової медицини, удосконалення міжрівневої координації надання медичних послуг, а також розвиток цифрових технологій для забезпечення прозорого управління якістю та доступністю медичної допомоги.

Стратегічні пріоритети мають бути спрямовані на побудову стійкої системи, заснованої на принципах безпеки, рівності, інклюзивності та професійної відповідальності. Реалізація визначених напрямів сприятиме не лише поліпшенню медичних та соціальних результатів у сфері репродуктивного здоров'я, але й зміцненню довіри населення до системи охорони здоров'я загалом. У довгостроковій перспективі це дозволить забезпечити сталі демографічні зміни, підвищити якість життя громадян та підтримати загальнонаціональні цілі в галузі суспільного здоров'я.



Авторський колектив:

Запорожан Валерій Миколайович — президент Асоціації акушерів-гінекологів України, академік Національної академії медичних наук України, ректор Одеського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор;

Камінський В'ячеслав Володимирович — голова виконавчого комітету Асоціації акушерів-гінекологів України, академік Національної академії медичних наук України, ректор Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, доктор медичних наук, професор;

Орабіна Тетяна Миколаївна — заступниця генерального директора Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України;

Марічереда Валерія Геннадіївна — голова групи експертів МОЗ, експерт-консультант Міністра охорони здоров'я України, професор кафедри акушерства і гінекології, перший проректор Одеського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор;

Могілевкіна Ірина Олександрівна — професор кафедри Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, афілійована до департаменту охорони здоров'я жінок та дітей Університету Уппсали (Швеція), доктор медичних наук, професор;

Борщ Вікторія Ігорівна — професор кафедри менеджменту охорони здоров'я Одеського національного медичного університету, доктор економічних наук, професор

Рецензенти:

МАРКІН Леонід Борисович — завідувач кафедри акушерства і гінекології Львівського національного медичного університету, член-кореспондент Національної академії медичних наук України, доктор медичних наук, професор;

ЖУК Світлана Іванівна — завідувач кафедри акушерства, гінекології та медицини плода Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, доктор медичних наук, професор

*Рекомендовано до видання Вченою радою
Одеського національного медичного університету МОЗ України
(протокол № 8 від 24.04.2025 р.)*

Стратегічні пріоритети розвитку перинатальної медичної допомоги в Україні в умовах демографічної кризи : монографія / В. М. Запорожан, В. В. Камінський, Т. М. Орабіна [та ін.] ; за наук. ред. акад. НАМН України В. М. Запорожана. — Одеса : Олді+, 2025. — 46 с.

ISBN 978-617-8559-68-7

У виданні представлено всебічний аналіз стану перинатальної допомоги в Україні в контексті демографічного спаду, трансформацій системи охорони здоров'я та викликів воєнного часу. Особлива увага приділена проблемам регіоналізації, кадрового забезпечення, якості медичних послуг та цифрової трансформації. На основі статистичних даних, міжнародних практик і сучасних управлінських підходів запропоновано стратегічні напрями розвитку галузі. Запропоновані рішення можуть слугувати основою для розробки державної політики та регіональних програм з охорони материнства і дитинства в Україні. Видання буде корисним для здобувачів вищої освіти, науковців, управлінців, практикуючих лікарів та представників міжнародних організацій, задіяних у сфері перинатальної охорони здоров'я. Для здобувачів вищих медичних закладів освіти та широкого кола читачів, які цікавляться історією вітчизняної медицини.

УДК 618=084(477)

Наукове видання

ЗАПОРОЖАН Валерій Миколайович
КАМІНСЬКИЙ В'ячеслав Володимирович
ОРАБІНА Тетяна Миколаївна та ін.

**СТРАТЕГІЧНІ ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ
ПЕРИНАТАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ
В УМОВАХ ДЕМОГРАФІЧНОЇ КРИЗИ**

Монографія

Верстка *Н. Ковальчук*
Обкладинка *В. Савельєва*
Технічне редагування *О. Гринюк*



Підписано до друку 31.10.2025 р.
Формат 60x84/8. Папір офсет.
Цифровий друк. Гарнітура Fira.
Ум. друк. арк. 47,61. Наклад 500.
Замовлення № 1225-111.

Видавництво та друк: Олді+
65101, м. Одеса, вул. Інглезі, 6/1
тел.: +38 (095) 559-45-45, e-mail: office@oldiplus.ua
Свідоцтво ДК № 7642 від 29.07.2022 р.
Замовлення книг:
тел.: +38 (050) 915-34-54, +38 (068) 517-50-33
e-mail: book@oldiplus.ua

