

Міністерство освіти і науки України
Національний технічний університет
«Дніпровська політехніка»

Навчально-науковий інститут державного управління
Кафедра державного управління і місцевого самоврядування

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА
кваліфікаційної роботи ступеня магістра

Студента Сергієнка Антона Олексійовича

академічної групи 281М-22з-4 ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

на тему: «Удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я
матері та дитини в Україні»

Керівники	Прізвище, ініціали	Оцінка за шкалою		Підпис
		рейтинговою	інституційною	
кваліфікаційної роботи	Хожило І.І.			
розділів:				

Рецензент:	Михайлюта В.В.			
------------	----------------	--	--	--

Нормоконтролер:	Вишневіська О.В.			
-----------------	------------------	--	--	--

Дніпро
2024

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи ступеня магістра на тему «Удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я матері та дитини в Україні».

65 стор., 3 мал., 50 джерел.

ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ, ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я, МАТЕРИНСТВО, ДИТИНСТВО, АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ, УДОСКОНАЛЕННЯ, ОРГАНІЗАЦІЯ УПРАВЛІННЯ.

Об'єкт дослідження – сфера охорони здоров'я матері та дитини в Україні.

Предмет дослідження – публічне управління у сфері охорони здоров'я матері та дитини в Україні.

Мета дослідження – розроблення пропозицій щодо удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я матері та дитини в Україні.

У першому розділі досліджується положення законодавства України про охорони здоров'я, зокрема у сфері материнства та дитинства. Другий розділ присвячено дослідженню сучасних засад організації охорони здоров'я України у сфері матері та дитини як на амбулаторному рівні, так і на стаціонарному. У третьому розділі розглядається аналіз поточного стану системи публічного управління у сфері матері та дитини в Україні, визначені наявні проблеми даній сфері, та запропоновані пропозиції щодо удосконалення та розв'язання проблем на основі адаптації запропонованих міжнародних практик публічного управління у сфері охорони здоров'я материнства та дитинства.

Сфера практичного застосування результатів роботи – заклади охорони здоров'я, відділи охорони здоров'я районних, місцевих державних адміністрацій.

ABSTRACT

Explanatory note of the master's degree qualification work on the topic "Improving public administration in the field of maternal and child health care in Ukraine".

65 pages, 3 figures, 50 sources.

PUBLIC ADMINISTRATION, HEALTH CARE, MATERNITY, CHILDHOOD, OBSTETRICS AND GYNECOLOGY, IMPROVEMENT, MANAGEMENT ORGANIZATION.

The object of the study is the sphere of maternal and child health care in Ukraine.

The subject of the study is public administration in the field of maternal and child health care in Ukraine.

The purpose of the study is to develop proposals for improving public administration in the field of maternal and child health care in Ukraine.

The first chapter examines the provisions of Ukrainian legislation on health care, particularly in the field of maternity and childhood. The second chapter is devoted to the study of the modern foundations of the organization of healthcare in Ukraine in the field of mother and child both at the outpatient and inpatient levels. In the third section, the analysis of the current state of the public management system in the field of mother and child in Ukraine is considered, the existing problems in this field are identified, and the proposed proposals for improvement and problem solving based on the adaptation of the proposed international public management practices in the field of maternal health care and childhood.

The field of practical application of the work results is health care institutions, health care departments of district and local state administrations.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1	
ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ ПРО ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я	
1.1 Правові засади реформування галузі охорони здоров'я.....	9
1.2 Нормативні документи організації акушерсько-гінекологічної допомоги	14
РОЗДІЛ 2	
ОСНОВНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МАТЕРИНСТВА ТА ДИТИНСТВА В УКРАЇНІ	
2.1 Організація управління акушерсько-гінекологічної допомоги.....	17
2.2.1 Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога.....	24
2.2.2 Нормативи організації амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги.....	30
2.3.1 Стаціонарна акушерсько-гінекологічна допомога.....	38
2.3.2 Нормативи організації стаціонарної акушерсько-гінекологічної допомоги.....	40
РОЗДІЛ 3	
ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МАТЕРІ ТА ДИТИНИ В УКРАЇНІ	
3.1 Аналіз поточного стану системи публічного управління у сфері охорони здоров'я матері та дитини в Україні.....	48
3.2 Наявні управлінські проблеми у сфері охорони здоров'я материнства та дитинства в Україні.....	52
3.3 Пропозиції щодо удосконалення публічного управління та розв'язання проблем на основі адаптації запропонованих міжнародних практик публічного управління у сфері охорони здоров'я материнства та дитинства.....	56
ВИСНОВКИ.....	61
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	66

ВСТУП

Охорона здоров'я матері та дитини – це комплекс громадських і державних заходів, спрямованих на зміцнення здоров'я дітей і жінок, покращення демографічної ситуації та на забезпечення здорового всебічного розвитку дітей та молоді.

Материнство і дитинство належать до тих соціальних феноменів, які дуже тісно взаємопов'язані й чутливі до всіх змін, що відбуваються у суспільстві, і є своєрідними індикаторами його благополуччя. Внаслідок особливої вразливості в умовах нестабільного стану сучасного суспільства, вони виявилися найменш соціально і емоційно захищеними і опинилися у кризовому стані. Доказом того є невтішні дані офіційної та неофіційної статистики, реальні факти порушення прав цих категорій населення і сучасні проблеми, в яких відображаються умови, якість життя, а також численні ризики і загрози.

В останні десятиліття щодо стану материнства спостерігаються протирічні тенденції: зростає кількість неповнолітніх мам і мам-одиначок (що є наслідком раннього статевого життя, насилля; випадкових статевих контактів, низької статевої культури, неготовності потенційних чоловіків (батьків) одружуватися, брати на себе відповідальність за утримання і виховання дитини; незареєстрованих шлюбів з метою отримання пільг від держави; розлучень), разом з тим, зростає кількість жінок, які не поспішають народжувати дітей до того часу, поки не досягнуть певного успіху у кар'єрі, у матеріальному благополуччі (що відображає орієнтацію на європейські стандарти сімейного життя і дошлюбної поведінки).

Все більше загострюється проблема підліткової вагітності, її штучного переривання, що призводить до гінекологічних захворювань, безпліддя і різних психічних травм, які можуть виявлятися як у найближчому, так і у більш віддаленому майбутньому.

Об'єкт дослідження – сфера охорони здоров'я матері та дитини в Україні.

Предмет дослідження – публічне управління у сфері охорони здоров'я матері та дитини в Україні.

Мета роботи полягає у дослідженні сучасного стану публічне управління у сфері охорони здоров'я матері та дитини в Україні та його удосконаленні на основі адаптації запропонованих міжнародних практик публічного управління.

Для досягнення поставленої мети магістерської роботи було визначено низку завдань:

1. Дослідити загальні положення законодавства України про охорону здоров'я та визначити місце та роль сфери материнства та дитинства в законодавстві.
2. Вивчити основні засади організації охорони здоров'я материнства та дитинства в Україні.
3. Зробити аналіз поточного стану проблеми публічного управління у сфері охорони здоров'я матері та дитини в Україні.
4. Надати пропозиції щодо удосконалення публічного управління у сфері охорони здоров'я матері та дитини в Україні

Цілі удосконалення публічного управління в сфері охорони здоров'я матері та дитини в Україні:

- покращення здоров'я дітей і матерів, в тому числі репродуктивного здоров'я;
- організація більш доступної та менш затратної кваліфікованої первинної медичної допомоги матері та дитини;
- попередження небажаної вагітності;
- допомога в пологах , орієнтована на участь сім'ї;
- широке впровадження принципів ВООЗ щодо медичного обслуговування під час вагітності , пологів і післяпологового періодів;
- застосування сучасних ефективних технологій фізіологічного догляду за новонародженими;
- зниження материнської та малюкової смертності.

Завдання публічного управління у сфері материнства та дитинства:

- соціальний захист сім'ї , дитини та матері;
- адресне надання соціальної допомоги;

- розвиток мережі закладів охорони здоров'я і оздоровчих закладів;
- реорганізація діючої системи медичної допомоги;
- антенатальна багатопланова охорона плода;
- впровадження сучасних ефективних медичних технологій;
- профілактика захворювань що передаються статевим шляхом, імунопрофілактика;
- застосування клінічних протоколів у практичній діяльності лікаря;
- надання медико-генетичної допомоги хворим зі спадковою патологією;
- забезпечення медичної допомоги жінкам і дітям на основі принципів які базуються на концепції ВООЗ щодо фізіологічного ведення вагітності, пологів і фізіологічного догляду за дитиною з обмеження медичних втручань без належних показань;
- планування сім'ї;
- формування здорового способу життя;
- впровадження затверджених стандартів надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги.

Нині в Україні майже 20% безплідних сімей, причому ця безплідність настає рівною мірою як з причини первинної (генетичної), так і вторинної (набутої внаслідок різних інфекційних захворювань, абортів) безплідності як жінок, так і чоловіків. Ця обставина, а також низький рівень матеріальної забезпеченості молодих сімей, відсутність окремого житла, невпевненість у майбутньому, погіршення екології і загального стану здоров'я стали основними причинами зниження народжуваності дітей в Україні і депопуляції населення (перевищення смертності над народжуваністю) з кінця 80-х р.р. ХХ ст. Донині ця демографічна проблема залишається нерозв'язаною, хоча в останні роки в окремих областях і регіонах намітились позитивні зміни. Досить високою залишаються материнська і дитяча смертність, основними причинами яких є складні пологи чи ускладнення після них, вроджені патології, відсутність належного догляду за дітьми в ранньому віці, тяжкі захворювання дітей і матерів, спричинені наслідками екологічних катастроф і техногенних аварій,

погіршенням харчування.

Стає зрозумілим, що за такої складної демографічної ситуації, яка в перспективі загрожує ще більшим скороченням населення України і старінням нації, зростає цінність кожної дитини і як майбутнього громадянина, і як члена сім'ї, який буде сприяти продовженню конкретного роду.

Методи дослідження. Використано загальнонаукові методи дослідження: порівняння, абстрагування, аналіз, синтез, аналогія, узагальнення та ін. Практичне застосування результатів магістерського дослідження: використання дослідження в медичних комунальних підприємствах та в медичних комунальних некомерційних підприємствах.

РОЗДІЛ 1

ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ ПРО ОХОРОНУ ЗДОРОВ'Я

1.1. Правові засади реформування галузі охорони здоров'я

Законодавство України про охорону здоров'я базується на Конституції України і складається з цих Основ та інших прийнятих відповідно до них актів законодавства, що регулюють суспільні відносини у галузі охорони здоров'я.

На сьогоднішній день правове регулювання системи охорони здоров'я здійснюється Конституцією України, Основами законодавства України про охорону здоров'я, Законами України "Про захист населення від інфекційних хвороб", "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення", "Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз", "Про психіатричну допомогу", "Про лікарські засоби" та іншими законодавчими актами, прийнятими відповідно до них.

Так, стаття 49 Конституції України гарантує право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.

Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена.

Кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я. Суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя [1].

Основи законодавства України про охорону здоров'я визначають правові,

організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюють суспільні відносини у цій галузі з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості [2].

Разом з тим, до теперішнього часу немає єдиної програми реформування системи охорони здоров'я.

Незважаючи на значну кількість нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я, на сьогодні існує багато колізій та проблем в цій сфері.

Так, статтею 49 Конституції України, як вже було зазначено, передбачено, що у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно.

Відповідно до Рішення Конституційного Суду України за конституційним поданням 53 народних депутатів України щодо офіційного тлумачення положення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» (справа про безоплатну медичну допомогу) від 29.05.2002р. № 10-рп/2002 встановлено, що положення частини третьої статті 49 Конституції України «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» треба розуміти так, що у державних та комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається всім громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього, поточного або наступного їх розрахунку за надання такої допомоги.

Проблема із запровадження медичного страхування набуває широкого розголосу.

Так, вказаним вище Рішенням Конституційного Суду України визначено, що частина перша статті 49 Конституції України закріплює право кожного на медичне страхування, тобто не обов'язкове, а добровільне медичне страхування громадян. Стосовно державного медичного страхування, то його запровадження

не суперечитиме конституційному припису «у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» лише у тому разі, коли платниками обов'язкових страхових платежів (внесків) будуть організації, установи, підприємства, інші господарюючі суб'єкти, які займаються підприємницькою діяльністю, державні фонди тощо. Стягнення таких платежів (внесків) з громадян у системі державного медичного страхування не відповідатиме вказаному конституційному положенню, оскільки буде однією з форм оплати за надання їм допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я.

Разом з тим, поняття медичної допомоги, умови запровадження медичного страхування, у тому числі державного, формування і використання добровільних медичних фондів, а також порядок надання медичних послуг, які виходять за межі медичної допомоги, на платній основі у державних і комунальних закладах охорони здоров'я та перелік таких послуг мають бути визначені законом.

Окремих Законів щодо порядку надання медичних послуг другорядного значення («парамедичних»), а також щодо запровадження медичного страхування ще не прийнято.

Крім того, Основами законодавства України про охорону здоров'я, передбачено, що кожний пацієнт має право вільного вибору лікаря, якщо останній може запропонувати свої послуги [3].

Право вільного вибору лікаря є передумовою запровадження інституту сімейних лікарів.

Разом з тим, на сьогоднішній день існує система так званого «прикріплення» лікаря до пацієнта за територіальною ознакою, яка не влаштовує пацієнтів.

На первинному рівні медичну допомогу отримують лише люди похилого віку та діти. Працездатне населення користуються спеціалізованою та високоспеціалізованою медичною допомогою.

Ця тенденція є несприятливою, оскільки, у високорозвинених країнах потреба в первинній медичній допомозі, яка надається сімейними лікарями -

найбільша, у спеціалізованій - менша, а у високоспеціалізованій ще менша.

Разом з тим, ще на первинному рівні більшість хвороб можна вилікувати без потреби втручання спеціалістів вузького профілю [4].

Якщо досліджувати основні правові засади реформування в сфері материнства та дитинства можна визначити наступне:

Програма медичних гарантій:

Фінансування медичних гарантій: Законодавчі акти, що регулюють фінансування програми та надання медичних послуг для жінок у період вагітності та дітей під час перших років життя.

Перелік медичних послуг: Визначення переліку медичних послуг для матері та дитини, які гарантовано надаються за рахунок бюджетних коштів.

Створення спеціалізованих медичних установ:

Розвиток перинатальних центрів: Створення та розвиток спеціалізованих центрів, де надають високоспеціалізовану медичну допомогу вагітним та новонародженим.

Електронна медична документація:

Впровадження електронних медичних карток: З метою полегшення обміну медичною інформацією та забезпечення зручності доступу до медичних послуг для вагітних та матерів.

Система моніторингу та контролю:

Створення механізмів контролю якості медичної допомоги: Визначення стандартів та механізмів моніторингу якості медичної допомоги для материнства та дитинства.

Освіта та підготовка медичних працівників:

Підвищення кваліфікації медичних працівників: Реалізація заходів щодо покращення навчання та підготовки лікарів та медичного персоналу, які надають медичну допомогу матерям та новонародженим.

Гарантії прав пацієнтів:

Права та обов'язки пацієнтів у сфері материнства та дитинства: Законодавчі акти, які визначають права та обов'язки жінок у період вагітності,

матерів та дітей, та забезпечують їхню захищеність.

Отже, з огляду на зазначене, існуюча система охорони здоров'я не задовольняє більшості проблем населення України.

Реформування галузі охорони здоров'я, насамперед слід здійснювати вдосконаливши існуючу нормативно-правову базу.

Основи законодавства України про охорону здоров'я потребують перегляду, зважаючи на нові тенденції розвитку суспільства.

Необхідно визначити на законодавчому перелік платних послуг (так званих «медичних послуг другорядного значення», «парамедичних послуг»); умови запровадження медичного страхування, тощо [3].

Крім того, потребує врегулювання питання запровадження інституту сімейної медицини [5].

І насамперед, слід розробити та прийняти єдину довгострокову Державну програму реформування галузі охорони здоров'я, в якій передбачити:

- створення правових, економічних та управлінських механізмів реалізації конституційних прав громадян України на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування;
- забезпечення гарантованого рівня надання безоплатної кваліфікованої медичної допомоги у визначеному законодавством обсязі;
- формування керованого ринку платних медичних послуг, сприяння діяльності закладів охорони здоров'я всіх форм власності, створення умов для задоволення потреб населення в медичних послугах;
- запровадження системи соціально-економічного стимулювання здорового способу життя, обмеження реклами алкоголю, тютюну й інших шкідливих для здоров'я речовин, тощо [6].

Прийняття зазначених нормативних актів зумовить системність та послідовність в сфері охорони здоров'я, та сприятиме зміцненню загального стану здоров'я населення.

1.2. Нормативні документи організації акушерсько-гінекологічної допомоги

Україна має ряд нормативних документів, що регулюють акушерсько-гінекологічну допомогу та діють в галузі охорони здоров'я. Основними є закони, постанови, та накази, що визначають стандарти та правила надання акушерсько-гінекологічної допомоги.

Закон України «Про основи законодавства України з охорони здоров'я» визначає загальні принципи організації акушерсько-гінекологічної допомоги, права та обов'язки пацієнтів, а також регулює питання медичної практики та надання медичних послуг. Деякі з цих положень включають:

- організація системи охорони здоров'я: Закон визначає загальні принципи організації системи охорони здоров'я, включаючи аспекти акушерсько-гінекологічної допомоги.

- права та обов'язки пацієнтів: Закон гарантує права та обов'язки пацієнтів, зокрема, право на отримання якісної та безпечної акушерсько-гінекологічної допомоги.

- медична практика: Регулює питання медичної практики, включаючи вимоги до кваліфікації та ліцензування медичних працівників, що надають акушерсько-гінекологічну допомогу.

- надання медичних послуг: Закон визначає засади та правила надання медичних послуг у всіх галузях медицини, включаючи акушерсько-гінекологічну допомогу [7].

Контроль якості медичної допомоги. Забезпечує механізми контролю якості медичної допомоги та визначає відповідальність за неналежне надання медичних послуг. Законодавчі та регуляторні акти визначають механізми цього контролю. Нижче наведено деякі аспекти цього питання:

- Ліцензування медичних установ та працівників. Установам, що надають медичні послуги, та медичним працівникам часто потрібна ліцензія для забезпечення відповідності стандартам та вимогам.

- Акредитація медичних установ. Медичні установи можуть пройти процес акредитації, який включає перевірку відповідності певним стандартам якості.

- Моніторинг та аудит якості:

o Внутрішні аудити: Медичні установи можуть проводити внутрішні аудити для оцінки якості медичної допомоги та виявлення можливих проблем.

o Зовнішні аудити та оцінки: Зовнішні органи або експерти можуть проводити аудити та оцінки якості медичних установ.

- Звітність та відповідальність:

o Публікація результатів: Деякі країни встановлюють вимоги щодо публікації результатів аудитів та оцінок якості для громадськості.

o Відповідальність працівників: Закони визначають відповідальність медичних працівників за неналежне надання медичних послуг, включаючи можливість судового переслідування.

Ці механізми спрямовані на забезпечення безпеки та ефективності медичної допомоги, а також підвищення рівня довіри до системи охорони здоров'я серед населення.

Наказ Міністерства охорони здоров'я України "Про затвердження Протоколів медичної допомоги в галузі акушерства та гінекології". Містить стандарти та протоколи надання медичної допомоги при акушерських та гінекологічних станах.

Наказ Міністерства охорони здоров'я України "Про затвердження стандартів та правил медичної практики в акушерстві та гінекології". Визначає стандарти медичної практики для акушерів та гінекологів.

Постанова Кабінету Міністрів України "Про затвердження Порядку надання медичних послуг в галузі акушерства та гінекології". Регламентує порядок надання різних видів медичної допомоги в галузі акушерства та гінекології.

Наказ МОЗ України "Про затвердження Положення про акушерсько-гінекологічні стаціонари". Положення про акушерсько-гінекологічні стаціонари

може містити визначення їхньої структури, функцій, порядку надання медичних послуг, а також вимог щодо їхньої організації та управління.

Отже, в Україні запровадженні нормативні документи організації акушерсько-гінекологічної допомоги, якими регламентується акушерсько-гінекологічна сфера охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 2

ОСНОВНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МАТЕРИНСТВА ТА ДИТИНСТВА В УКРАЇНІ

2.1. Організація управління акушерсько-гінекологічної служби

На сьогодні організація акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні базується на принципах ВООЗ. Це забезпечення сталого доступу всіх верств населення до кваліфікованої медичної допомоги, служб планування сім'ї, медико-генетичного консультування. З урахуванням різноманітних факторів, які впливають на стан здоров'я жінок, розроблено нормативну базу щодо забезпечення жіночого населення амбулаторною та стаціонарною акушерською допомогою.

Здоров'я жінки - це здоров'я нації. Сучасні принципи надання кваліфікованої акушерської допомоги передбачають: ведення партограми, визначення (за показаннями) біофізичного профілю плода, організацію роботи акушерських стаціонарів з упровадженням спільного перебування матері і дитини, грудного вигодовування, практики "індивідуальних", відповідно до чинного законодавства, та «сімейних» пологових залів, забезпечення запасу медикаментів для надання невідкладної медичної допомоги.

Первинна медична допомога надається в сільських лікарських амбулаторіях, амбулаторіях загальної практики – сімейної медицини, центрах первинної медико-санітарної допомоги. Первинна лікарська медична допомога включає: експрес-діагностику, визначення маршрутів пацієнтів для надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та санаторно-курортного лікування, лікування основних найпоширеніших захворювань, травм і отруєнь, профілактичні заходи [8] .

Вторинна (спеціалізована) медична допомога передбачає спеціалізовані медичні послуги, що у плановому порядку та у невідкладних (екстрених) випадках надаються в амбулаторних умовах та в лікарнях.

Лікарні, які надають вторинну медичну допомогу, поділяють на п'ять типів:

- лікарня інтенсивної допомоги – надання цілодобової медичної допомоги хворим з гострими станами, що потребують високої інтенсивності лікування та догляду (наприклад, інфаркт міокарда, інсульт, гостра кровотеча тощо). Ресурсне забезпечення лікарень цього типу потребує інтенсивних технологій, спеціалізованого, діагностичного та лікувального обладнання, наявності служби реанімації та інтенсивної терапії, служби екстреної діагностики.

– лікарня планового лікування хронічних хворих – проведення повторних курсів терапії або доліковування з використанням стандартних схем лікування;

– лікарня відновного лікування – відновлення функцій після захворювань чи травм, з метою попередження інвалідності та/або реабілітації інвалідів, які потребують спеціального обладнання (фізіотерапевтичного, тренажерів для лікувальної фізкультури тощо);

– хоспіси – надання паліативної допомоги та психологічної підтримки термінальним (безнадійно) хворим, наявність спеціального оснащення для надання допомоги і догляду, а також спеціально підготовленого, переважно сестринського, персоналу та широке залучення волонтерів;

– лікарня медико-соціальної допомоги – догляд та надання соціальної і паліативної допомоги хронічним хворим, мінімальне забезпечення діагностичним та лікувальним обладнання, спеціально підготовлений середній медичний персонал та соціальні працівники.

Третинна (високотехнологічна) медична допомога передбачає діагностичні та лікувальні медичні послуги, які недоступні на рівні первинної та вторинної (спеціалізованої) допомоги, і надається з використанням високотехнологічного обладнання за направленням служб вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Клінічна база закладу третинної медичної допомоги передбачає її використання для проведення пріоритетних наукових

досліджень та до- і післядипломної підготовки медичних працівників [9].

Акушерську допомогу в Україні здійснюють у лікувальних закладах амбулаторного і стаціонарного типу, основними з яких є пологові будинки та жіноча консультація у складі акушерсько-гінекологічного об'єднання, акушерські відділення у складі багатoproфільної лікарні, жіноча консультація як підрозділ поліклініки.

Акушерську допомогу вагітним (роділлям) з у край високим ступенем прогнозованого перинатального та акушерського ризику надають в акушерських стаціонарах III рівня. З метою підвищити якість надання такої допомоги роботу зазначених закладів будують на принципах співробітництва з кафедрами акушерства і гінекології, неонатології, анестезіології вищих навчальних закладів відповідно до чинних нормативно-правових актів [10].

Організація акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні базується на принципі єдності здоров'я матері та дитини, а удосконалення первинної медико-санітарної допомоги вагітним, жінкам, дівчаткам має пріоритетне значення.

Організація акушерсько-гінекологічної допомоги складається із основних трьох етапів:

1. Організації служби планування сім'ї як основи формування та збереження репродуктивного здоров'я;
2. організації акушерської допомоги на основі принципів безпечного материнства;
3. Організації гінекологічної допомоги, заснованої на принципах реабілітації репродуктивного здоров'я як основного фактора профілактики онкогінекологічних захворювань.

Організація акушерської допомоги за сучасними підходами розглядається як організація перинатальної допомоги, основними складовими якої є:

- підготовка сім'ї до народження дитини сьогодні розглядається як спільна відповідальність за народження дитини усієї родини, особливо майбутніх батьків у відповідності рекомендацій ВООЗ щодо залучення родини до народження дитини. Реорганізація «Школи материнства» у «Школи відповідального

батьківства» передбачає через нові комунікаційні технології підготовку вагітної та її членів родини до партнерських пологів як вагомого психологічного заходу профілактики ускладнень у пологах, зменшення застосування медикаментів, зменшення кількості пологів шляхом кесаревого розтину і як результату поліпшення здоров'я новонароджених;

- формування та підтримка грудного вигодовування малюків дає надзвичайно важливі позитивні результати у зменшенні випадків інфекційних розладів у новонароджених та породіль, а також хвороб органів травлення та шлунково-кишкового тракту у новонароджених;

- профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ. Удосконалені технології у відповідності рекомендацій ВООЗ щодо 4-компонентного підходу, а саме: профілактики ВІЛ серед жіночого населення, профілактики небажаної вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок, медикаментозної профілактики ВІЛ у новонароджених та соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей і їх сімей;

- медико-генетична допомога спрямована на профілактику вродженої та спадкової патології.

Нормативи надання медико-генетичної допомоги визначають спільну діяльність спеціалістів з медичної генетики та акушерства і гінекології з питань впровадження прекоцепційної підготовки до вагітності і пологів, своєчасної діагностики генетичної патології для її попередження у новонароджених [11].

Структура та організація акушерсько-гінекологічної служби в Україні базується на комплексному підході до надання медичної допомоги жінкам у сферах акушерства та гінекології [12].

Медична допомога жінкам і дітям ґрунтується на загальних принципах організації лікувально-профілактичної допомоги, проте має більш виражену профілактичну спрямованість і надається поетапно:

I етап - медична допомога майбутній матері та підготовка її до материнства;

II етап - комплекс заходів з пренатальної охорони плода, здійснюваних спеціалізованими акушерсько-гінекологічними закладами, загальною мережею

лікувально-профілактичних закладів, санаторіями для вагітних;

III етап - інтранатальна охорона плода - забезпечення допомоги при пологах у акушерських відділеннях пологових будинків чи багатoproфільних лікарень, або в дільничних лікарнях;

IV етап - лікувальна допомога новонародженим у відділеннях новонароджених пологових будинків і відділеннях новонароджених дитячих лікарень;

V етап - охорона здоров'я дітей дошкільного віку, здійснення профілактичних заходів;

VI етап - охорона здоров'я дітей шкільного віку.

В Україні створена 3-рівнева система акушерсько-гінекологічної допомоги: амбулаторна акушерська-гінекологічна допомога, жіноча консультація та стаціонарна акушерсько-гінекологічна допомога.

Амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу здійснюють у:

- жіночих консультаціях, гінекологічних кабінетах центральних районних лікарень, сільських лікарських амбулаторіях, амбулаторіях загальної практики сімейної медицини, центрах планування сім'ї, оглядових кабінетах поліклінік [13].

В основі лікувально-профілактичної роботи цих закладів лежить принцип диспансерного спостереження жінок. Основними принципами організації амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги є:

- етапність (рівні) надання медичної допомоги;- надання медичної допомоги за узагальненими нормативами (стандартами);
- систематичний, кваліфікований,
- в рівній мірі доступний в селах і містах,
- профілактичний нагляд за жінками.

Амбулаторну акушерсько-гінекологічну допомогу жінки отримують у лікарських амбулаторіях та дільничних лікарнях (без лікаря акушера-гінеколога). Амбулаторна робота акушерки в основному, має профілактичний характер з метою попередження ускладнень вагітності

та виникнення гінекологічних захворювань [14].

Організація спеціалізованої амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги:

Спеціалізована лікувально-профілактична допомога - це вид медичної допомоги, що надається лікарями, які мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечити більш кваліфіковане консультування, діагностику та лікування, ніж лікарі загальної практики [15].

Спеціалізована амбулаторно-поліклінічна акушерсько-гінекологічна допомога може надаватись в умовах:

- жіночої консультації, у якій є 8 акушерських дільниць і більше;
- діагностичного центру планування сім'ї та репродукції людини;
- консультативної поліклініки.

Спеціалізовану допомогу надають при: невиношуванні вагітності; гінекологічних ендокринних порушеннях; патології шийки матки; безплідності; плануванні сім'ї; патології перименопаузального періоду.

В основі лікувально-профілактичної роботи жіночої консультації лежить принцип диспансерного спостереження жінок.

Роботу жіночої консультації організовано за територіальним принципом. Одна акушерська дільниця включає приблизно дві терапевтичні. На дільниці працюють акушер-гінеколог і акушерка. Територіально-дільничний принцип роботи жіночої консультації дає можливість акушеру-гінекологу підтримувати постійний зв'язок із дільничним терапевтом та іншими спеціалістами. Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога населенню включає заходи щодо збереження репродуктивного здоров'я населення, диспансеризацію вагітних, антенатальну охорону плода, профілактику і лікування акушерсько-гінекологічної патології, планування сім'ї [16].

Основні завдання жіночої консультації:

- організація і проведення комплексу профілактичних заходів щодо збереження репродуктивного здоров'я населення.
- проведення лікувально-профілактичних заходів, направлених на

запобігання ускладненням вагітності, післяпологового періоду, гінекологічним захворюванням, що ґрунтуються на сучасних досягненнях науки і практики.

- раннє виявлення вагітності (до 12 тиж) і диспансерний нагляд. Проведення клінічного, функціонального УЗД, лабораторного дослідження із застосуванням сучасних засобів для визначення ступеня і групи перинатального ризику з метою профілактики акушерських і перинатальних ускладнень.

- своєчасне виявлення захворювань у вагітних і направлення на госпіталізацію у відділення патології вагітності пологового будинку або до інших лікувально-профілактичних закладів за профілем захворювання. Направлення вагітних, які потребують лікування, в стаціонар денного перебування.

- упровадження в практику сучасних засобів діагностики і лікування ускладнень вагітності, захворювань породіль, гінекологічних захворювань. Забезпечення вагітних функціональним і лабораторним дослідженням у повному обсязі.

- організація підготовки вагітних до пологів і залучення сім'ї до навчання в «Школі материнства».

- організація і проведення профілактичних гінекологічних оглядів жінок з використанням сучасних методів обстеження (кольпоскопія, цитологія та ін.) з метою раннього виявлення і лікування гінекологічних захворювань.

- організація і проведення консультування сімей з питань планування сім'ї. Забезпечення правового захисту жінок відповідно до чинного законодавства, за потреби — за участю юрисконсульта.

- своєчасне надання відпустки по вагітності і пологам відповідно до чинного законодавства, лікарняного листка у випадках тимчасової непрацездатності жінки.

- організація медико-генетичного консультування подружжя, пар, які збираються одружитися, і сімей, у яких є ризик народження (або які мають) дітей із природженими вадами або спадковими захворюваннями [17].

2.2.1 Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога

Акушерсько-гінекологічна допомога може надаватися як у самостійних лікувально-профілактичних закладах - пологових будинках і жіночих консультаціях, так і у відповідних відділеннях різних лікарень, поліклінік або медикосанітарних частин, в Українському консультативно-діагностичному центрі матері та дитини.

Вона забезпечується також у перинатальних центрах і в Центрі реабілітації репродуктивної функції жінки, в Інституті педіатрії, акушерства та гінекології АМН України [18].

Важливе місце в забезпеченні всіма видами акушерсько-гінекологічної допомоги займає пологовий будинок.

До складу пологового будинку можуть входити стаціонар і жіноча консультація; остання може функціонувати самостійно.

До управлінського апарату пологового будинку відносяться:

- головний лікар;
- заступник головного лікаря з медичної частини;
- завідувач жіночої консультації;
- головна медична сестра.

Для надання амбулаторної допомоги дітям і підліткам встановлюється посада лікаря-гінеколога дитячого та підліткового віку з розрахунку 0,5 посади на 10 тис. вказаного населення замість 0,5 посади лікаря акушера-гінеколога амбулаторного прийому [19].

В жіночій консультації передбачені посади інших спеціалістів: терапевта на 60 тис. і стоматолога на 100 тис. дорослого населення, яке проживає на території обслуговування [20].

Акушери-гінекологи:

- надають медичну допомогу в консультації та вдома;
- співпрацюють з дільничними терапевтами, педіатрами (чи

сімейними лікарями), з іншими спеціалістами, що надають допомогу жінкам, які проживають в районі діяльності консультації.

Лікар акушер-гінеколог амбулаторії забезпечує:

- раннє виявлення вагітних, до 12 тижнів вагітності, взяття їх під диспансерне спостереження;
- систематичне спостереження - 12-13 разів при нормальному перебігу раз на місяць у першій половині, 2 рази на місяць у другій 3-4 після 32 тижнів);
- огляд вагітних терапевтом 2 рази, стоматологом та іншими спеціалістами за показаннями;
- проведення лабораторних та функціональних досліджень: аналіз крові при кожному відвідуванні консультації, двічі реакція Васермана, на резус належність і групу крові, ВІЛ-інфекцію, токсоплазмоз, при необхідності біохімічні дослідження тощо;
- ультразвукове дослідження на 16-18-му та 22-24-му тижнях вагітності;
- медико-генетичне консультування за показаннями (народження дітей з вадами розвитку при попередніх вагітностях, звичні викидні, мертво народження нез'ясованої етіології, наявність уроджених аномалій та психічних захворювань у родичів 1-3 ступеня родинної спорідненості). При відвідуванні вагітною консультації з'ясовуються умови її праці та побуту, виявляються фактори ризику та уточняється план диспансерного спостереження.

При наявності екстрагенітальних захворювань, ускладнень вагітності частота відвідувань консультації збільшується. При потребі жінку госпіталізують у відділення патології до пологового будинку чи до відповідного спеціалізованого відділення. Її можуть також направити до санаторію для вагітних [21].

Якщо вагітна працює в шкідливих умовах, консультація видає довідку про необхідність переведення жінки на іншу роботу.

Також проводиться цілеспрямоване гігієнічне виховання вагітних щодо дотримання правил особистої гігієни, режиму праці, відпочинку, харчування.

Школа материнства навчає жінку в першій половині вагітності догляду за дитиною, в другій - організовує заняття з питань психопрофілактичної підготовки до пологів.

Важливе значення має формування психологічної установки на грудне вигодовування з метою реалізації відповідних принципів ВООЗ і ЮНІСЕФ.

Ця копівка праця проводиться поетапно: в жіночій консультації, пологовому стаціонарі, дитячій поліклініці. За діючим законодавством вагітним жінкам надають відпустку на 70 днів до та 56 після пологів (загалом на 126 днів). У разі ускладнених пологів, при народженні кількох дітей відпустка подовжується на 14 днів. Жінкам, які мешкають у зонах радіоактивного забруднення, відпустка надається на 180 днів.

Мета всіх заходів запобігання несприятливому перебігу вагітності, ускладнень пологів - антенатальна охорона плода, зниження материнської та перинатальної смертності, народження здорових немовлят.

Вирішення проблем охорони здоров'я матері та дитини потребує узгоджених дій різних служб, організацій, відомств, насамперед санітарно-епідеміологічної, яка повинна активно сприяти формуванню здорового способу життя, вивченню умов праці жінок, розробці заходів щодо їх оздоровлення.

Ця служба повинна здійснювати також контроль за дотриманням санітарного законодавства з охорони праці жінок і диспансерним спостереженням за вагітними з виробничими факторами ризику. Крім лікувально-профілактичної допомоги вагітним, акушери-гінекологи жіночих консультацій забезпечують медичну допомогу гінекологічним хворим, прошарок яких досить значний. Гінекологічні захворювання виявляють при звертанні пацієнтів, проведенні профілактичних оглядів з використанням сучасних діагностичних методів [22].

Важливе значення має правильний вибір гінекологом тактики при виявленні захворювань жіночої статеві сфери з огляду на конкретний діагноз і стадію, професію хворої, доцільність вибору методів лікування тощо.

Переважає частина хворих гінекологічного профілю підлягає досить

тривалому диспансерному спостереженню.

На диспансерному спостереженні повинні перебувати:

- ті, які тривало та часто хворіють на запальні захворювання матки та придатків;
- хворі з порушенням менструального циклу;
- хворі на ерозію та поліпи шийки матки;
- хворі та прооперовані з приводу пухлин жіночої статеві сфери;
- хворі на безпліддя.

Певна частина їх потребує лікування в гінекологічному відділенні.

Акушери-гінекологи жіночої консультації здійснюють відбір на госпіталізацію, забезпечують повноцінне обстеження (частина хворих може лікуватися в амбулаторних умовах).

Після виписки забезпечують у жіночій консультації подальше спостереження, відновлювальне лікування із залученням необхідних спеціалістів.

У жіночих консультаціях, як і в інших амбулаторно-поліклінічних закладах, створюють денні стаціонари. Особливості їх роботи визначаються специфікою патології даного контингенту.

Акушер-гінеколог жіночої консультації співпрацює з акушеркою. Її обов'язки:

- виконання лікувальних і діагностичних призначень лікаря в консультації та вдома;
- підготовка до амбулаторного прийому;
- допомога лікарю при проведенні оглядів, лікувальних і оперативних маніпуляцій;
- патронаж вагітних і породіль;
- проведення санітарно-освітньої роботи;
- контроль за роботою молодшого медичного персоналу [23].

В жіночих консультаціях, що мають не менше 8 посад акушерів-гінекологів, встановлюється посада старшої акушерки, яка відповідає за:

- забезпечення своєчасного та якісного виконання середнім медперсоналом лікарських призначень;
- поповнення, збереження та використання медикаментів, перев'язувального матеріалу, інструментів;
- збереження та облік отруйних, наркотичних і сильнодіючих ліків;
- своєчасний обмін медичної документації між жіночою консультацією та стаціонаром пологового будинку;
- складання графіків роботи середнього та молодшого медичного персоналу [24].

В стаціонарах пологових будинків з відповідними підрозділами надають кваліфіковану стаціонарну допомогу жінкам під час вагітності, пологів, у післяпологовому періоді, при гінекологічних захворюваннях, а також новонародженим.

При наявності екстрагенітальної патології, гестозу другої половини вагітності, неправильного положення плода жінку за направленням госпіталізують до відділення патології, в разі поліпшення здоров'я її виписують під спостереження консультації, а з початком пологів переводять до пологового будинку. При підозрі на інфекційне захворювання чи виявленні його ознак вагітну слід направити до обсерваційного відділення [25].

Певна частина вагітних та жінок з гінекологічними хворобами поступають до стаціонару за екстреними показаннями. Особливості перебігу вагітності, стану вагітної на початку пологів і т. ін. обумовлюють вимоги до діяльності приймально-пропускного блоку. До завдань його працівників належать:

- обстеження вагітних, породіль і гінекологічних хворих;
- санітарна обробка;
- своєчасне виявлення вагітних з підозрою на інфекційне захворювання та наступна госпіталізація до обсерваційного відділення;
- розподіл вагітних по відповідних відділеннях;
- надання невідкладної допомоги;

- інформаційно-довідкове забезпечення.

Значна частина акушерських ліжок знаходиться у фізіологічному відділенні. Його пологовий блок найбільш потужний, операційні повинні бути обладнані всім необхідним.

Виключне значення з точки зору профілактики інфікування вагітної, породіллі та новонародженого має дотримання санітарно-епідеміологічного режиму стаціонару пологового будинку [26].

Спостереження за здоровими дітьми раннього віку, крім персоналу педіатричних дільниць здійснюють працівники створених у дитячих міських і районних поліклініках кабінетів (відділень) здорової дитини. В них працюють лікар і досвідчені медичні сестри.

Робота кабінету здорової дитини спрямована на формування та збереження здоров'я дітей.

Його працівники повинні пропагувати здоровий спосіб життя, навчаючи батьків основам виховання, а саме організації відповідно до віку дитини режиму, раціонального харчування, фізичного виховання, загартовування та догляду.

Медичний персонал кабінету надає допомогу дільничним лікарям щодо проведення занять у школах молодих матерів, індивідуальних і колективних бесід з батьками дітей раннього віку, в забезпеченні їх методичними матеріалами з питань охорони здоров'я дитини.

В кабінеті батьків навчають догляду за дітьми, проведенню масажу та гімнастики, загартовуючих процедур; виготовленню харчування, правильному введенню догодівлі та пригодівлі, пропагують впровадження плавання в грудному віці.

Можна зробити висновок, що основними принципами організації амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги є етапність надання медичної допомоги; за стандартами нормативами надання медичної допомоги; кваліфікований, систематичний, в рівній мірі доступний в селах і містах, лікарський, сестринський, фельдшерський профілактичний нагляд за жінками [27].

2.2.2 Нормативи організації амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги

Нормативи організації підготовки до вагітності.

1. Здійснювати інформаційні заходи (інформаційні кампанії друковані матеріали групові консультації) для забезпечення сексуального та репродуктивного здоров'я підготовки до планованої вагітності включаючи питання контрацепції.

2. Виявлення і модифікація факторів ризику (харчування ожиріння куріння вживання алкоголю психічне здоров'я вплив факторів навколишнього середовища) і генетично обумовлених захворювань при підготовці до вагітності.

3. Профілактика виявлення та лікування інфекційних та неінфекційних захворювань інфекцій що передаються статевим шляхом а також інших інфекцій репродуктивного тракту в тому числі ВІЛ туберкульозу та сифілісу.

4. Рекомендувати жінці яка планує вагітність використовувати дієтичні добавки та призначати препарати фолієвої кислоти або комбіновані гормональні контрацептиви з фолатами прийом яких упродовж 3-х місяців передуючи запланованій вагітності дасть можливість наситити організм жінки фолатами на перший триместр вагітності в період органогенезу. Це є ефективним прегравідарним заходом для профілактики вроджених вад розвитку плода. Окрім цього тримісячна підготовка до вагітності дасть можливість подружній парі здійснити необхідне обстеження, оздоровчі заходи та виконати рекомендації щодо ЗСЖ зокрема не застосування тютюнопаління та алкоголю.

5. Скринінг та профілактика раку шийки матки і раку молочної залози. 6. Використання дієтичних добавок та призначення препаратів заліза при підготовці до вагітності при наявності залізодефіцитної анемії.

7. У жінок зі звичним невиношуванням поза вагітністю провести комплексне обстеження включаючи виявлення тромбофілічних розладів та призначити за їх наявності антикоагулянти. При підтвердженні гормональної

причини невиношування - корекція гормонального статусу.

8. Запобігання та боротьба з гендерним та домашнім насильством [28].

Амбулаторна акушерська допомога надається вагітній за зверненням у відповідності до чинного законодавства щодо вільного вибору лікаря та закладу охорони здоров'я.

Перше звернення вагітної для обліку за перебігом вагітності має бути до лікаря загальної практики – сімейної медицини, з яким укладено декларацію, або до лікаря акушера-гінеколога [29].

При першому зверненні з приводу вагітності забезпечується:

- збір анамнезу загальне та акушерське обстеження заповнення медичної документації (Індивідуальна карта вагітної і породіллі - форма № 111/о та Обмінна карта пологового будинку пологового відділення лікарні - форма №113/о) визначення обсягу і термінів лабораторного обстеження заповнення вагітною анкети за згодою форму первинної облікової документації № 003-6/о Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики лікування та на проведення операції та знеболення» інформаційної згоди. Обмінна карта видається вагітній з моменту встановлення на облік.

- консультування щодо використання презервативів під час цієї вагітності для профілактики інфекцій що передаються статевим шляхом (ПСС) та можливого ризику перинатальної передачі ПСС в т.ч. ВІЛ вірусів гепатиту В (ВГВ) і гепатиту С (ВГС) плоду і новонародженому та способах їх попередження; доцільності консультування статевого партнера вагітної щодо ЗСЖ; планування сім'ї та сучасних методів контрацепції для попередження небажаної вагітності в майбутньому .

У разі неускладненої вагітності оптимальна кількість візитів до лікуючого лікаря за період спостереження становить в середньому вісім-дев'ять разів (бажано разом з батьком дитини) у відповідності до графіку візитів вагітної [30].

Під час кожного візиту всі дані фізикального лабораторного та інструментального обстеження заносяться до Індивідуальної карти вагітної і породіллі» та Обмінної карти» із зазначенням відповідних призначень дати

наступного відвідування і засвідчуються підписом лікаря та інформованою згодою вагітної за формою (Інформована - згодна/незгодна»).

Вагітним із неускладненим загальним і акушерським анамнезом а також з неускладненим перебігом вагітності які знаходяться під динамічним спостереженням лікаря обов'язково проводяться консультації лікаря акушера-гінеколога в 19-21 і 30 тижнів вагітності. Лікар надає лікарю акушеру-гінекологу інформацію про стан здоров'я вагітної.

Надається інформація вагітній про необхідність та порядок спостереження за перебігом вагітності у лікаря-акушера-гінеколога. Протягом 7-ми діб після скерування вагітної до лікаря акушера-гінеколога 12 здійснює активний патронаж вагітної вдома для з'ясування ситуації щодо консультації у лікаря акушера-гінеколога [30].

Здійснюється заходи з профілактики виявлення інфекційних і неінфекційних захворювань інфекцій що передаються статевим шляхом та інших інфекцій репродуктивного тракту в тому числі ВІЛ туберкульозу та сифілісу.

Здійснюються заходи з виявлення факторів ризику перебігу вагітності (харчування ожиріння куріння вживання алкоголю психічне здоров'я вплив факторів навколишнього середовища) та їх модифікація.

Виявляти фактори ризику генетично обумовлених захворювань та здійснювати заходи з їх корекції. 3.3. Усім вагітним при першому зверненні здійснюється скринінг на ВІЛ (за згодою) із застосуванням експрес-тестів для одночасного виявлення антитіл до ВІЛ $\frac{1}{2}$ та антигену р24 ВІЛ-1. Пропонується також обстеження її чоловіка (партнера). У разі відмови жінки від тестування на ВІЛ при першому обстеженні слід здійснювати ДТК з наданням інформації щодо доцільності обстеження та у разі позитивного ВІЛ-статусу передачі ВІЛ плоду [31].

У надавача медичних послуг (далі - НМП) здійснюються заходи щодо отримання підтверджуючого результату обстеження на ВІЛ упродовж 2 тижнів для прискорення початку АРТ з метою ефективної профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини у відповідності діючих медико-технологічних документів.

Усім вагітним при першому зверненні здійснюється скринінг за допомогою експрес-тестування на сифіліс. У разі отримання позитивного результату проводиться обстеження з виявлення серологічних маркерів.

У разі виявлення сифілісу здійснюється лікування у відповідності до діючих медико-технологічних документів та пропонується обстеження її чоловіка (партнера).

Усім вагітним проводити скринінг на вживання наркотиків та інших психоактивних речовин проводиться за допомогою профілактичного опитувальника для роботи з вагітними за анкетною АССИСТ;

Здійснити оцінку показань до направлення на медико-генетичну консультацію Жінки групи високого ризику виникнення у плода вродженої/спадкової патології підлягають медико-генетичному обстеженню та консультиванню.

Здійснити оцінку умов праці. Видається лікарський висновок за встановленою формою при необхідності Скринінгове УЗД I триместру обов'язково включає оцінку анатомічних структур плода кровоплину в маткових артеріях та двох ехографічних маркерів - комірцевого простору та кістки носу. В спеціалізованих МНП також вимірюються додаткові маркери - кровоплин через тристулковий клапан і венозну протоку [32].

Скринінгове УЗД I триместру проводиться фахівцем який отримав у визначеному порядку спеціальну підготовку з пренатальної діагностики сертифікацію у Fetal Medicine Foundation (FMF) і проходить у FMF щорічний аудит своїх результатів. Вимоги до проведення та оформлення скринінгового ультразвукового дослідження I триместру вагітності під час неускладненої вагітності регламентовані відповідним стандартом доказової медицини.

Кінцевим обов'язковим результатом пренатального скринінгу є розрахунок індивідуального ризику жінки щодо трисомій 21, 18, 13 хромосом у плода та перинатальних ускладнень. Ризик розраховується на підставі віку матері соматичного та родинного анамнезу артеріального тиску показників біохімічних та ультразвукових маркерів виключно за допомогою спеціалізованих

комп'ютерних програм. Розрахунок ризику може проводитися безпосередньо в лабораторії яка проводить біохімічний скринінг або лікарем акушером-гінекологом/ лікарем з ультразвукової діагностики з використанням дійсної ліцензії FMF лікаря що проводив скринінгове УЗД вагітній з дотриманням вимог програмного забезпечення розрахунку ризику. 3.10.4. Граничним показником індивідуального ризику що є підставою віднести вагітну жінку до групи високого ризику є значення 1/100.

Вагітні жінки з високим та середнім ризиком ($>1/2499$) скеровуються на консультацію до лікаря-генетика у спеціалізованих МНП для проведення уточнюючих методів пренатальної діагностики. Консультування лікарем-генетиком включає вибір індивідуального маршруту подальшого обсягу обстеження вагітної.

Лікар 1 раз на 2 тижні здійснює моніторинг виконання призначень лікаря-акушера-гінеколога (за телефоном та шляхом активного патронажу). У разі невиконання пацієнткою призначень лікар ЗПСМ пояснює важливість лікарських призначень для здоров'я як для самої вагітної так і для майбутньої дитини а також пояснює що відповідно до чинного законодавства у разі невиконання лікарських призначень жінка є відповідальною за свій стан здоров'я та стан здоров'я майбутньої дитини (ст. 34 Основ законодавства про охорону здоров'я).

У разі виявлення у плода вроджених вад розвитку або високого розрахунково ризику хромосомних анеуплоїдій вагітна направляється на пренатальний консиліум: забезпечується експертне УЗД медико-генетичне консультування надання (за необхідності) рекомендацій щодо обсягу додаткового комплексного обстеження комунікацій з дитячим кардіохірургом хірургом нейрохірургом іншими фахівцями для встановлення летального / інвалідізуючого / вітального прогнозу / характеру патології у підсумку - заключення з обґрунтуванням доцільності виношування даної вагітності або її переривання визначення методу та МНП для розродження. Доцільно надати батькам інформацію щодо можливості корекції деяких видів вроджених вад

розвитку за допомогою внутрішньоутробних малоінвазивних втручань [33].

Заключення щодо переривання вагітності з вродженою вадою розвитку плода носить рекомендаційний характер – поінформоване рішення приймають майбутні батьки. Пренатальний консиліум має проводитися на регулярній основі.

Акушерська допомога хворим на туберкульоз забезпечується в боксованих палатах. Надання амбулаторної акушерської допомоги вагітним роділлям породіллям та їх новонародженим хворим на сифіліс здійснюється за стандартами медичної допомоги хворим на сифіліс.

Пропонувати корекцію тазового передлежання плода за відсутності протипоказань для виконання зовнішнього повороту та при письмовій інформованій добровільній згоді вагітної. Вагітні з тяжким ускладненим перебігом вагітності з супутньою тяжкою екстрагенітальною патологією вродженими вадами розвитку плода скеровуються до спеціаліста МНП високоспеціалізованої медичної допомоги. У разі виникнення у вагітної під час прийому невідкладного стану внаслідок чого вона потребує екстреної медичної допомоги лікар ЗПСМ або лікар-акушер-гінеколог має викликати бригаду екстреної медичної допомоги із забезпеченням пацієнтці відповідної медичної допомоги. У разі виникнення ускладнень вагітності у терміні до 22 тиж які потребують стаціонарного лікування вагітна госпіталізується до гінекологічного відділення після 22 тижнів - до відділення патології вагітних, або до відділення медицини плода МНП високоспеціалізованої медичної допомоги [34].

За необхідності лікування екстрагенітальної патології у терміні вагітності до 22 тижнів вагітна госпіталізується до відділення екстрагенітальної патології вагітних чи терапевтичного відділення після 22 тижнів вагітності – до відділення екстрагенітальної патології. 10.Забезпечується вакцинація проти правця за показаннями (адсорбована коклюшно-дифтерійно-правцева вакцина (АКДП) рекомендується всім вагітним жінкам в 3-му триместрі гестації). 11. Здійснюються заходи щодо консультативної допомоги у випадках домашнього насильства зокрема з боку статевого партнера.

Оформлення відпустки у зв'язку із вагітністю та пологами здійснюється у відповідності до діючого законодавства щодо Порядку видачі листка непрацездатності та довідки для призначення державної допомоги у зв'язку з вагітністю і пологами» та наказу МОЗ України від 18.03.2002 № 93 Про затвердження форм облікової документації щодо призначення державної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами жінкам які не застраховані в системі загальнообов'язкового державного соціального страхування та інструкції щодо їх заповнення»).

Дані щодо оформлення відпустки у зв'язку із вагітністю та пологами визначаються комісійно: лікарем ЗПСМ спільно з акушером-гінекологом та представника адміністрації МНП та заносяться до форми № 035/о Журнал запису висновків лікарсько-консультативної комісії».

За умови регулярного невиконання вагітною призначень лікаря в т.ч. у разі нез'явлення на запланований візит лікуючим лікарем з'ясовується причина за вказаним контактним телефоном жінки. За відсутності поважної причини вагітній пояснюється важливість динамічного спостереження за перебігом вагітності з відміткою в медичній документації та інформуванням керівника МНП з подальшим консиліумним рішенням.

У разі виявлення асоціальної поведінки вагітної лікар за згодою вагітної надає інформацію працівнику соціальної служби (за територіальним принципом) з метою забезпечення додаткового соціального супроводу

Організація амбулаторної акушерської допомоги за нозологічною формою захворювання (МКХ-10) здійснюється згідно з додатком 26 Організація амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги у відповідності до нозологічної форми захворювання». В. Нормативи амбулаторної гінекологічної допомоги 1. Амбулаторна гінекологічна допомога передбачає проведення заходів з питань збереження репродуктивного здоров'я профілактики виникнення гінекологічних захворювань раннього їх виявлення ефективного лікування та реабілітації.

Пріоритетним напрямком охорони репродуктивного здоров'я в рамках

амбулаторної гінекологічної допомоги є забезпечення населення якісними послугами з попередження небажаної вагітності з метою викорінення практики їх переривання штучним методом (аборт).

З метою профілактики та раннього виявлення гінекологічних хвороб жінок проактивно забезпечують щорічними профілактичними гінекологічними оглядами.

Амбулаторна гінекологічна допомога за нозологічною формою захворювання (МКХ-10) надається згідно з додатком 26: Організація амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги у відповідності до нозологічної форми захворювання».

Застосовувати у лікуванні порушень менструального циклу як найбільш поширеної патології класифікацію за причинами PALM-COEIN, рекомендовану Всесвітньою асоціацією акушерів-гінекологів (FIGO 2018) з метою впровадження ефективних проактивних методів діагностики 19 (опитувальник та піктограма) у відповідності до клінічного протоколу Аномальні маткові кровотечі» [35].

Медичні дані заносяться до Медичної карти амбулаторного хворого» (форма №025/о) у відповідності до інструкції щодо заповнення. 9. На кожне виявлення захворювання заповнюється статистичний талон у відповідності встановлених вимог до їх заповнення. 10. У разі пошкодження (або підозрі) сексуального характеру здійснюються наступні заходи: збір скарг та анамнезу загальний огляд з вимірюванням (пульсу АТ частоти дихання та температури тіла гінекологічне обстеження консультація необхідних спеціалістів обстеження на ПСШ ВІЛ та гепатит В. Рекомендується вакцинація відповідно віку пацієнтки. За можливості надати психологічну підтримку.

Лікар інформує жінку про постконтактну профілактику ВІЛ та ПСШ а також про екстрену контрацепцію.

Згідно з Порядком проведення та документування результатів медичного обстеження постраждалих осіб від домашнього насильства або осіб які відповідно постраждали від домашнього насильства а також надання їм медичної

допомоги» МНП не пізніше однієї доби інформує правоохоронні органи

2.3.1 Стационарна акушерсько-гінекологічна допомога

Стационарна акушерсько-гінекологічної допомоги організовується цілодобово. Право на отримання невідкладної акушерсько-гінекологічної допомоги забезпечується в МНП незалежно від місця проживання пацієнтки.

Основні завдання гінекологічно-акушерського стаціонару:

- надання кваліфікованої медичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям, основної на доказовій медицині;
- впровадження в практику сучасних безпечних методів ведення пологів та періоду новонародженості;
- проведення профілактичних заходів щодо ускладнень вагітності, пологів, післяпологового періоду та інфекційних захворювань серед матерів і дітей;
- проведення інформаційної роботи серед вагітних, породіль та їх сімей.

На прикладі статистичних даних Дніпропетровської області станом на 30.06.2023 можна зробити висновок, що спостерігається покращення ефективності роботи надавачів медичних послуг комунальних та комунально некомерційних форм власності. .

Тобто, завантаження стаціонарного ліжка вагітних та проділь за 2022 рік було 63 пацієнтки. Якщо взяти до уваги 2023 рік, то ми бачимо позитивну тенденцію, а саме збільшення роботи ліжка. Виходячи з нижче наведеної таблиці, можна спостерігати що, ліжка для вагітних та проділь – на майже 6% покращили свою ефективність відповідно до попереднього року. Варто зауважити, що ліжка для патології вагітних та гінекологічні для дорослих мають значне збільшення на 23 % і 32% відповідно Також можна зауважити, що дані щодо оборту ліжка та середнього знаходження у Дніпропетровській області також покращилися (Мал. 1).

Найменування	Число ліжок				Робота ліжка		Оберт ліжка		Середнє знаходження	
	абсол. число		на 10 тис. нас		2022	2023	2022	2023	2022	2023
	на 31.12. 2022	на 30.06. 2023	на 31.12. 2022	на 30.06. 2023						
Для вагітн. та род.	673	628	2,2	2,0	62,8	66,3	14,6	14,5	4,3	4,6
Патолог. вагітн.	348	323	1,1	1,0	62,3	76,8	13,1	16,2	4,8	4,7
Гінекологічні д/дор.	862	786	2,8	2,5	92,5	121,8	18,1	22,2	5,1	5,5

Малюнок 1. Ліжковий фонд стаціонарної акушерсько-гінекологічної допомоги в Дніпропетровській області станом на 30.06.2023

Лікувальні заклади забезпечують розродження вагітних вкрай високого та високого ступеня акушерського та перинатального ризику, з тяжкою екстрагенітальною патологією, надання спеціалізованої допомоги гінекологічним хворим. Організація роботи пологових будинків або пологових відділень будується за єдиним принципом відповідно до діючого законодавства.

Акушерська стаціонарна допомога частково регламентується наказом МОЗ України від 31.10.2011 № 726 «Про вдосконалення організації надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах», яким визначається етапність надання перинатальної допомоги у відповідності трьох рівнів перинатальної допомоги з урахуванням регіональних особливостей. У цьому Порядку термін «регіоналізація» передбачає систему організації етапності надання перинатальної допомоги жінкам, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим у МНП за трьох [160, 169, 172, 228] рівнів перинатальної допомоги із забезпеченням її своєчасності, доступності, адекватності, ефективності та безпечності з раціональним розподілом ресурсу системи охорони здоров'я.

Рівні перинатальної допомоги визначаються за наступними критеріями:

- мережа МНП, що надають перинатальну допомогу;
- категорія пацієнтів, яким надається медична допомога (ступінь перинатального ризику);
- наявність можливості виїзних консультацій;

- можливість транспортування пацієнтів;
- кваліфікація медичного персоналу;
- обсяг надання медичної допомоги;
- рівень матеріально-технічного оснащення;
- перинатальні технології, що використовуються в МНП [36].

Основною метою регіоналізації перинатальної допомоги стало покращення якості, доступності перинатальної допомоги через створення маршруту пацієнтів за регіональними особливостями та станом інфраструктури. ПД забезпечується у відповідності життєвого циклу: підліткам у разі корекції статевого дозрівання, жінкам репродуктивного віку, які планують вагітність, із забезпеченням прекоцепційної підготовки, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим [75]. Одним із важливих завдань є створення можливості виходжування дітей з малою та дуже малою масою тіла при народженні або хірургічної корекції патології новонародженого. Все означене безперечно сприятиме зниженню материнської, малякової смертності та попередженню дитячої інвалідності.

2.3.2 Нормативи організації стаціонарної акушерсько-гінекологічної допомоги

Загальні принципи стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги базуються на концепції ВООЗ.

Пацієнтка за бажанням у відповідності до вітчизняного законодавства обирає МНП та лікуючого лікаря.

Невідкладна акушерсько-гінекологічна допомога надається у найближчому територіально МНП акушерсько-гінекологічного профілю.

Госпіталізація вагітних роділь гінекологічних хворих до акушерсько-гінекологічного стаціонару здійснюється за направленням лікарів швидкої медичної допомоги лікаря акушера-гінеколога.

У разі невідповідності акушерсько-гінекологічного стаціонару стану

пацієнтки обгрунтована відмова у госпіталізації фіксується у формі первинної облікової документації № 001/о Журнал обліку прийому хворих у стаціонар та відмов у госпіталізації».

При госпіталізації медична документація оформляється згідно з документами пацієнтки що підтверджують її особу. У разі їх відсутності в медичній документації здійснюється відмітка про те що паспортні дані записані зі слів пацієнтки.

Персонал акушерсько-гінекологічного стаціонару забезпечує лікувально-охоронний режим дотримання вимог медичної етики та деонтології високу культуру медичного обслуговування жінок і новонароджених застосовуючи ефективні форми та засоби санітарної просвіти [37].

Згідно з планом обстеження і лікування та відповідно до чинного законодавства в медичній карті стаціонарного хворого історії пологів здійснюються відповідні відмітки щодо поінформованої згоди пацієнтки на всі запропоновані методи обстеження/лікування з фіксацією дати їх призначення: назви методу обстеження/лікування прізвища ім'я по батькові та підпису лікуючого лікаря а також особистого підпису пацієнтки.

Адміністрація акушерсько-гінекологічного стаціонару забезпечує умови для надання ефективної акушерсько-гінекологічної та неонатальної допомоги.

Діяльність акушерсько-гінекологічного стаціонару передбачає ведення відповідної облікової та звітної документації.

Під час госпіталізації вагітної (роділлі) до акушерського стаціонару лікар акушер-гінеколог та акушерка приймального відділення здійснюють загальний огляд вимірювання температури тіла пульсу артеріального тиску обстеження внутрішніх органів виконання проби з сульфосаліциловою кислотою (експрес метод виявлення білку в сечі) у жінок з групи ризику вимірювання висоти стояння дна матки окружності живота та розмірів тазу аускультацию серцебиття плода внутрішнє акушерське дослідження. Лікар вивчає дані Обмінної карти (форма № 113/о) збирає загальний та епідеміологічний анамнез звертаючи особливу увагу на наявність гострих респіраторних захворювань оглядає видимі

слизові оболонки та шкіру з метою виявлення гнійничкових і грибкових, зокрема, бокових поверхонь тулубу (де часто розміщується висипка вторинного сифілісу), а також інфекційних (гастроентероколіт гепатит ПСШ ВІЛ тощо) захворювань встановлює тривалість безводного періоду. Обов'язковою є відмітка в Історії вагітності та пологів щодо відчуття рухів плода самою жінкою. Результати анамнезу дані Обмінної карти (форма № 113/о) та проведеного обстеження заносяться до Історії вагітності та пологів (форма 096/о) та визначається план подальшого обстеження, лікування та методу розродження з визначенням факторів перинатального та акушерського ризику.

У породіль з групи низького ступеню перинатального та акушерського ризику тактика ведення пологів має відповідати принципам ведення фізіологічних пологів визначених у діючому клінічному протоколі.

Ведення пологів передбачає ведення партограми та моніторингу стану плода біля ліжка пацієнтки з чітким їй поясненням [38].

Сучасні підходи до якісної акушерської допомоги вимагають переорієнтації ведення нормальних пологів у пологовій палаті оснащеним ліжком-трансформером в якій роділля (породілля) перебуває індивідуально зі своїм новонародженим від моменту госпіталізації до виписки з акушерського стаціонару. Таким чином забезпечується так званий замкнутий цикл перебування пацієнтів в акушерському стаціонарі визнаний як ефективний метод профілактики інфекційних ускладнень як у матері так і у новонародженого а також як підхід який має значний економічний зиск.

У разі виникнення непередбачуваних ускладнень пологів роділля переводиться до оснащених спеціальним медичним обладнанням пологової або операційної зали.

Якщо такі умови відсутні роділля госпіталізується до окремої палати для спільного перебування матері та дитини на пологи переводиться до індивідуальної пологової зали після пологів мати та її новонароджений переводяться в ту ж палату.

Вимоги до акушерського стаціонару для забезпечення пологів без

ускладнень або у разі виникнення ускладнення нормальних пологів:

- кесарева розтину за обґрунтованими показаннями з боку матері і плода;
- преіндукції та індукції пологів лише за обґрунтованими медичними показаннями;
- профілактики та своєчасного лікування післяпологової кровотечі;
- профілактики і лікування еклампсії з використанням сульфату магнію;
- виявлення та лікування інфекції корекція факторів ризику інфекцій в тому числі профілактичного застосування антибіотиків при кесаревому розтині;
- скринінг на ВІЛ (якщо дослідження не виконувалося раніше) запобігання передачі інфекції від матері до дитини у відповідності до клінічного протоколу Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини»;
- запобігання передачі сифілісу від матері до дитини у відповідності до стандартів медичної допомоги Сифіліс»;
- гігієнічної обробки пуповини при народженні в тому числі із застосуванням хлоргексидину за необхідності;
- проведення тромбопрофілактики у жінок з підвищеним ризиком венозного тромбоемболізму;
- підтримки грудного вигодовування [39].

Кардіотокографія у пологах здійснюється для діагностики дистресу плода або КТГ-моніторинг у вагітних та роділь з груп ризику. Рутинна КТГ для оцінки благополуччя плода не проводиться.

Породілля забезпечується психологічною підтримкою умовами гігієни та раціонального харчування інформацією щодо використання методів профілактики непланованої або небажаної вагітності у післяпологовому періоді інформацією щодо грудного вигодовування дитини.

Метод контрацепції лікуючим лікарем рекомендується у відповідності до критеріїв ВООЗ:

- за поінформованим бажанням жінки;

- у відповідності до стану здоров'я пацієнтки та її статевого партнера;
- у відповідності до віку пацієнтки та її статевого партнера;
- у відповідності до репродуктивних планів;
- у відповідності до матеріальних спроможностей після пояснення економічної ефективності використання того чи іншого методу контрацепції.

Госпіталізація вагітних з ускладненим перебігом вагітності до 22 тижнів вагітності а також для переривання вагітності за показаннями у пізніх термінах здійснюється до гінекологічного відділення після 22 тижнів вагітності – до акушерських відділень. Вагітні з екстрагенітальною патологією до 22 тижнів вагітності за показаннями госпіталізуються до відділення екстрагенітальної патології або до профільного стаціонару.

Оперативне розродження зокрема операції кесарева розтину вакуум-екстракції плода накладання акушерських щипців здійснюється за обґрунтованими показаннями та за наявністю відповідних умов проведення операції під адекватним знеболюванням. Показання до оперативного втручання визначає консилиум лікарів із зазначенням в історії вагітності та пологів до складу якого включається хірург асистент та неонатолог. Контролює обґрунтованість кожного випадку оперативного втручання заступник з лікувальної частини акушерського стаціонару з особистим підписом в історії вагітності та пологів.

Виписка матері та дитини з акушерського стаціонару за умови фізіологічного перебігу пологів післяпологового періоду та періоду постнатальної адаптації здійснюється на 3 добу після пологів.

Госпіталізація вагітних (роділь) до НМП для забезпечення їх спеціалізованою та високоспеціалізованою стаціонарною акушерською допомогою (II-III рівень перинатальної допомоги) здійснюється відповідно до показань визначених до наказу МОЗ України від 31.10.2011 №726 “Про вдосконалення організації надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах” та наказу МОЗ України від 19.10.2018 № 1881 Про затвердження Об’єму надання вторинної

(спеціалізованої) медичної допомоги що повинен забезпечуватися багатопрофільними лікарнями інтенсивного лікування першого та другого рівня та Змін до Порядку регіоналізації перинатальної допомоги» [40].

Вагітним з екстрагенітальною патологією ускладненнями пологів та післяпологового періоду надаються конкретні рекомендації поради щодо подальших лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів консультування відповідних фахівців про що зазначається в Обмінній карті пологового будинку пологового відділення лікарні (форма 113/о).

Акушерська стаціонарна допомога при передчасних пологах забезпечується з урахуванням особливостей контингенту новонароджених що передбачає необхідність цілодобового чергування неонатолога анестезіолога цілодобового функціонування лабораторної служби наявність спеціального обладнання (фетальні монітори апарати для штучної вентиляції легень електровідсмоктувачі спеціальні кувези інструментарій медикаменти для проведення інфузійної терапії та парентерального харчування новонароджених).

Стаціонарна допомога вагітним з інфекційними захворюваннями до 22 тижнів може надаватись у відповідних відділеннях інфекційних лікарень за умови відсутності ускладнень перебігу вагітності та забезпечення своєчасної консультативної акушерської допомоги [41].

Вагітній з невідомим ВІЛ-статусом забезпечується експрестестування на ВІЛ з подальшим уточненням ВІЛ-статусу. У разі відмови від обстеження здійснюється експрес-тестування пуповинної крові з поясненням породіллі про її можливе свідоме поширення ВІЛ-інфекції своїй дитині. Згідно з чинним законодавством України у разі необхідності у тому числі за відмови матері (батьків) від проведення дитині постконтактної АРВ профілактики або у разі їх низької прихильності залучається соціальний працівник служба у справах дітей органів місцевого самоврядування та правоохоронні органи. У випадку відмови матері (батьків) від медичного нагляду і лікування ВІЛ-позитивної дитини у якої є до цього відповідні показання або у разі низької прихильності батьків до лікування і медичного нагляду за ВІЛ-позитивною дитиною слід вважати це

проявом жорстокого поводження із дитиною у вигляді медичної занедбаності. У такому випадку та за умови вичерпності усіх можливостей медичних працівників по роботі з батьками з цих питань заклад охорони здоров'я повинен звернутись до служби у справах дітей за місцем проживання дитини та прокуратури для забезпечення конституційного права дитини на здоров'я та життя.

Надання стаціонарної акушерської допомоги ВІЛ-інфікованим вагітним роділлям породіллям та їх новонародженим здійснюється у відповідності до діючого клінічного протоколу Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» ураховуючи необхідну рекомендацію пожиттєвого прийому АРТ терапії.

Надання стаціонарної акушерської допомоги вагітним роділлям породіллям та їх новонародженим хворим на туберкульоз здійснюється за стандартами охорони здоров'я при туберкульозі. Акушерська допомога хворим на туберкульоз забезпечується в боксованих палатах.

У разі виникнення ускладнень пологів та післяпологового періоду виписки породіллі здійснюється з відповідною відміткою в Історії вагітності та пологів та в Обмінній карті пологового будинку пологового відділення лікарні (форма № 113/о) щодо видачі додаткового листка непрацездатності працюючим жінкам та довідки – жінкам не застрахованим у системі загальнодержавного обов'язкового медичного соціального страхування 25 відповідно до переліку показань ускладнення вагітності пологів та післяпологового періоду [42].

Заповнені відповідним чином талони 2 і 3 Обмінної карти пологового будинку пологового відділення лікарні (форма № 113/о) видаються на руки породіллі. 8. Відповідно до Порядку підтвердження факту народження дитини поза закладом охорони здоров'я» у МНП створюється лікарськоконсультативна комісія для підтвердження факту народження дитини за письмовою заявою жінки яка народила дитину або її чоловіка та інших законних представників. За результатом рішення комісії видається довідка за затвердженою формою щодо підтвердження факту народження нею дитини яка містить загальні відомості та ймовірну дату пологів.

Лікарем ЗПСМ здійснюється післяпологовий патронаж (огляд вдома) в

перший день після виписки з акушерського стаціонару і на 7-й день після пологів та через 6 тижнів після пологів з визначенням самопочуття і загального стану породіллі; стану молочних залоз і характеру лактації; інволюції матки і характеру виділень з піхви; дотримання жінкою правил особистої гігієни у післяпологовому періоді та наданням консультації з питань грудного вигодовування та планування сім'ї.

РОЗДІЛ 3

ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МАТЕРІ ТА ДИТИНИ В УКРАЇНІ

3.1 Аналіз поточного стану системи публічного управління у сфері охорони здоров'я матері та дитини в Україні

Охорона здоров'я матері та дитини є першочерговим комплексом державних і громадських заходів, спрямованих на зміцнення здоров'я жінок і дітей та покращання демографічної ситуації, на забезпечення здорового всебічного розвитку молоді та дітей. Будь-яке суспільство має бути зацікавленим у відтворенні та збереженні повноцінного людського потенціалу.

Проте, через те що населення України наразі є свідками боротьби за незалежність, яке несе за собою втрати громадян варто розуміти що демографічний стан країни є катастрофічним. Якщо брати до уваги статистичні дані з відкритих джерел то можна побачити що за останні 10 років народжуваність скоротилась майже в 2 рази. Це обумовлено багатьма факторами. По-перше, тим що близько 6 млн українців виїхало закордон після початку війни і досі залишаються там, де більшість жінки дітородного віку. Наприклад, тільки в Польщі українки народили 13 748 дітей.

Другим важливим фактором є зниження рівня життя українців у зв'язку із повномасштабним вторгненням росії в Україну. Як прогнозує ООН у 2024 році рівень безробіття в Україні становитиме 18,3 відсотка. При цьому 65 відсотків домогосподарств повідомили про зниження доходів з лютого 2022 року. Окрім того, за даними організації, частка сімей, для яких основним джерелом доходу є оплачувана робота, зменшилася з 67 до 53 відсотків.

На наш погляд третім важливим фактором є недостатня соціальна і фінансова підтримка молодих сімей. Молодь наразі є надзвичайно свідомою, вони націлені в першу чергу «стати на ноги» та мати стабільний дохід перед тим

як народжувати дітей. Це призводить до того, що середній вік народження первістка щорічно зростає і станом на зараз вже становить 26-27 років. А при нинішній ситуації в країні молодь не планує народжувати до поки не закінчиться війна в Україні.

Аналіз стану системи управління у сфері охорони здоров'я матері та дитини в Україні обумовлено міжнародними і національними стандартами та законодавством. Зокрема, Постановою від 27.12.2017 №1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України» було створено Національну службу здоров'я України як центральний орган виконавчої влади, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я. НСЗУ проводить аналіз і прогнозування потреб населення України у медичних послугах та лікарських засобах з метою розроблення проекту програми медичних гарантій, здійснення стратегічних закупівель медичних послуг та реімбурсації лікарських засобів та медичних виробів за програмою медичних гарантій. Також одним із завдань є реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій).

Основні функції НСЗУ включають:

- створення та управління фондом обов'язкового медичного страхування. НСЗУ відповідає за формування та управління фондом обов'язкового медичного страхування, з якого фінансуються медичні послуги для застрахованих осіб.
- контрахтування з медичними закладами. НСЗУ укладає контракти з медичними закладами та підрядниками для надання медичних послуг за стандартами якості та ефективності.
- регулювання фінансового потоку в охороні здоров'я. Здійснює контроль за фінансовими потоками в системі охорони здоров'я, розподіляє кошти на медичні заклади в рамках укладених контрактів.

- розвиток та впровадження електронної системи здоров'я. Здійснює заходи щодо впровадження електронної системи обліку та обміну медичною інформацією.
- моніторинг та контроль якості медичних послуг. Відповідає за контроль та моніторинг якості медичних послуг, що надаються за рахунок обов'язкового медичного страхування.
- інформаційна робота та залучення громадськості. Інформує громадськість про права та можливості в рамках обов'язкового медичного страхування та взаємодіє з громадськістю [43].

Реформа охорони здоров'я та створення НСЗУ спрямовані на вдосконалення системи медичного обслуговування, покращення управління фінансами в галузі охорони здоров'я та забезпечення доступності та якості медичних послуг для всіх застрахованих осіб.

Для Національної служби здоров'я України охорона материнства і дитинства залишаються пріоритетними напрямками. Були створені такі медичні пакети як «Ведення вагітності в амбулаторних умовах» та «Медична допомога при пологах».

Медичний пакет «Ведення вагітності в амбулаторних умовах» включає:

- амбулаторне Спостереження: регулярні відвідування лікаря або акушера для відстеження розвитку вагітності.
- діагностика та моніторинг здоров'я Матері та Плода: ультразвукові обстеження та інші діагностичні процедури для визначення стану матері та плода.
- лабораторні Дослідження. Аналізи для визначення рівня гормонів, показників крові та інших показників здоров'я.
- надання Інформації та Консультації.

На законодавчому рівні у 1991 році Україна, ратифікувавши Конвенцію ООН про права дитини, підписала Всесвітню декларацію про забезпечення виживання, захисту та розвитку дітей і молоді, а також План щодо її виконання.

Законодавча база охорони здоров'я в Україні містить більшість міжнародно-визнаних прав людини. Відповідно до Конституції України:

- людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю (ст.3);
- кожна людина має невід'ємне право на життя і на захист свого життя та здоров'я (ст. 27);
- кожна людина без її вільної згоди не може бути піддана медичним, науковим чи іншим дослідженням (ст.28);
- кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу (ст. 49).

Право на життя та охорону здоров'я встановлене ст.6 Закону України "Про охорону дитинства". Згідно викладеного в ній: «Кожна дитина має право на життя з моменту визначення її живонародженою та життєздатною за критеріями Всесвітньої організації охорони здоров'я. Держава гарантує дитині право на охорону здоров'я, безоплатну кваліфіковану медичну допомогу в державних і комунальних закладах охорони здоров'я, сприяє створенню безпечних умов для життя і здорового розвитку дитини, раціонального харчування, формуванню навичок здорового способу життя»/

Ст.25 Загальної Декларації прав людини, говорить про те, що кожна людина має право на такий життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та необхідне соціальне обслуговування, який є необхідним для підтримання здоров'я і добробуту її самої та її сім'ї, і право на забезпечення в разі безробіття, хвороби, інвалідності, вдовства, старості чи іншого випадку втрати засобів до існування через незалежні від неї обставини. Материнство і дитинство дають право на особливе піклування і допомогу. Всі діти, народжені у шлюбі або поза шлюбом, повинні користуватися однаковим соціальним захистом [1].

Отже, можна зробити кілька ключових спостережень:

1. Охорона здоров'я матері та дитини визнається як першочерговий комплекс державних і громадських заходів. Це свідчить про важливість та пріоритетність цієї галузі для суспільства.

2. Зазначається катастрофічний стан демографії в Україні, і вказуються різні фактори, що призводять до зменшення народжуваності. Це включає еміграцію, зниження рівня життя, безробіття та зменшення соціальної та фінансової підтримки молодих сімей.

3. Відзначається, що еміграція та військова ситуація впливають на демографічну ситуацію в країні. Це може бути пов'язано з втратами громадян, зокрема жінок дітородного віку.

4. Підкреслюється важливість соціальної та фінансової підтримки молодих сімей для стабільності національної демографічної ситуації.

5. Зазначається, що Національна служба здоров'я України відіграє ключову роль у розробці та реалізації стратегій забезпечення медичної допомоги та реформування системи охорони здоров'я.

Загалом, проблеми в сфері охорони здоров'я матері та дитини в Україні є багатограними та пов'язаними з різноманітними економічними, соціальними та політичними чинниками. Вирішення цих проблем вимагатиме комплексного підходу та ефективних стратегій в управлінні системою охорони здоров'я.

2.2. Наявні управлінські проблеми у сфері охорони здоров'я материнства та дитинства в Україні

Охорона здоров'я матері та дитини - це комплекс державних і громадських заходів, спрямованих на зміцнення здоров'я жінок і дітей та покращання демографічної ситуації, на забезпечення здорового всебічного розвитку молоді та дітей.

Ефективність охорони здоров'я матері та дитини залежить від вирішення низки завдань, до яких відносяться:

- соціальний захист родини, матері та дитини, адресне надання соціальної допомоги;
- першочергове спрямування відповідних ресурсів на розвиток відповідних лікувально-профілактичних і оздоровчих закладів;

- впровадження медичного страхування та реорганізація діючої системи лікувально-профілактичної допомоги;
- антенатальна охорона плода за участю відповідних лікувальних і санітарно-профілактичних закладів;
- впровадження сучасних ефективних медичних технологій;
- профілактика інфекційних захворювань, здійснення в повному обсязі імунопрофілактики;
- формування здорового способу життя [44].

Показники народжуваності в Україні падають ще з 2013 року — приблизно на 7% щороку (Мал.2). Проте повномасштабне вторгнення призвело до найбільшої кризи у кількості нових українців. Це найбільший спад за весь час незалежності.



Малюнок 2. Показники народжуваності в Україні

Тільки дієва соціальна політика держави може забезпечити їх реалізацію шляхом інтенсифікації діяльності структур, причетних до охорони материнства та дитинства.

Здійснення численних державних, громадських, медико-соціальних заходів повинно відбуватися на основі засад, передбачених відповідними законодавчими актами.

Також надзвичайно важливим для України є забезпечення доступності якісної та ефективної медичної допомоги широкому загалу. Проте, загальне зниження рівня життя і зростання масштабів бідності погіршило доступність медичної допомоги, насамперед через високу вартість ліків, медичних товарів,

послуг охорони здоров'я. Зокрема, 24% домогосподарств не мали змоги придбати необхідні ліки.

В Україні відмічається недостатність високовартісного медичного обладнання. Одночасно ефективність використання високовартісної апаратури у малопотужних відділеннях незадовільна. Для забезпечення опалення напівпорожніх корпусів витрачаються величезні кошти. Незважаючи на наявність в пологовому відділенні пацієнтів, проводиться щоденне прибирання, стерилізація, використовується велика кількість дезінфектантів.

Ще один аспект проблеми - значна невідповідність у навантаженні на акушерок: якщо на одну акушерку пологових будинків на рік припадає близько 200 пологів, то в багатьох районних відділеннях ця цифра складає 10-30 пологів. З метою більш раціонального використання ліжкового фонду акушерських стаціонарів, обговорюється питання організації міжрайонних перинатальних відділень, оснащених сучасною апаратурою, забезпечених цілодобовим чергуванням лікарів, які приймають участь у процесі ведення пологів та догляду за немовлям [45].

Особливе місце займає рівень кваліфікації лікарів майбутніх міжрайонних відділень, які безумовно частіше мають справу з різноманітними ускладненнями і тому здатні надати більш кваліфіковану допомогу.

Отже, можна узагальнити та систематизувати в найбільш поширені проблеми:

1. Низька якість та доступність медичних послуг:
 - Нерівномірний розподіл та доступність медичних послуг в різних регіонах країни.
 - Недостатня якість послуг у деяких лікарнях та клініках.
2. Недостатнє фінансування та ресурси:
 - Обмежені фінансові ресурси для системи охорони здоров'я, що може призводити до нестачі обладнання, ліків та кваліфікованого медичного персоналу.
3. Поганий стан медичної інфраструктури:

- Застарілі лікарні та обладнання, що потребують оновлення та модернізації.

4. Несистемність та відсутність координації:

- Відсутність ефективної системи координації між різними рівнями охорони здоров'я та медичними закладами.

5. Доступність та якість репродуктивних послуг:

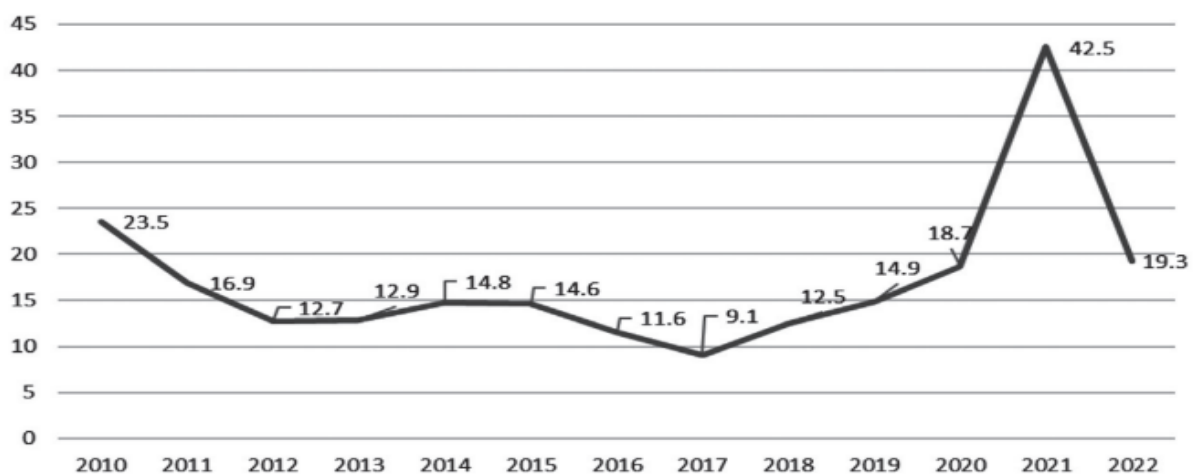
- Обмежений доступ до сучасних методів контрацепції та недостатнє інформування про них.

- Низький рівень доступності та якості послуг репродуктивного здоров'я.

6. Високий рівень материнської та дитячої смертності:

В Україні спостерігається негативна хвилеподібна ситуація з показником материнської смертності, тобто коливання від зниження до підвищення. І навіть зниження показника МС не досягає його рівня у розвинених країнах. У 2022 р. зареєстровано 19,3 на 100 тис. народжених живими (Мал. 3).

7. Проблеми в сфері психічного здоров'я. Недостатня увага до психічного здоров'я вагітних жінок та матерів є серйозною проблемою, яка може мають важливі наслідки для самої жінки, її дитини та всієї сім'ї.



Малюнок 3. Динаміка рівня материнської смертності на 100 тис. народжених живими (Україна, 2010*2022 рр.)

8. Соціокультурні проблеми:

Соціокультурні чинники, такі як обмежений доступ до освіти та високий рівень бідності, які можуть впливати на здоров'я матерів та дітей [46].

Розв'язання цих проблем вимагає комплексного підходу, який включає в себе реформу фінансової системи охорони здоров'я, підвищення якості медичних послуг, модернізацію інфраструктури, підвищення кваліфікації медичного персоналу, розвиток ефективної системи координації та залучення громадськості до процесу управління охороною здоров'я.

2.3. Пропозиції щодо розв'язання проблем на основі адаптації міжнародних практик публічного управління у сфері охорони здоров'я материнства та дитинства

В США концепція реформування перинатальної допомоги вперше була сформульована ще в 1976 році. Були визначені критерії стосовно трьох рівнів надання допомоги матерям та новонародженим, направлення пацієнтів на відповідні рівні надання медичної допомоги. Основою концепції є те, що кадровий потенціал та доступні технології на кожному рівні повинні відповідати потребам пацієнтів цього рівня та забезпечувати оптимальний результат лікування.

Як і в більшості країн пострадянського простору, в Литві спостерігалось різке зниження народжуваності: з 15,2 пологів на 1000 чоловік у 1993 році до 8,9 пологів на 1000 чоловік у 2003 році. Система перинатальної допомоги не відповідає критеріям Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), були застарілими методи лікування та статистичного обліку. З 1991 року в країні було впроваджено трирівневу систему перинатальної допомоги, створено перинатальні центри III рівня (м.м. Вільнюс та Каунас). Виділені критерії надання медичної допомоги відповідно до рівнів, переглянуто клінічні протоколи. Критеріями ефективності запроваджених змін є: зниження материнської смертності – з 44 випадків у 1992 році до 9 випадків у 2004 році;

зниження перинатальної смертності – з 17,3‰ у 1992 році до 8,3‰ у 2003 році, виживання новонароджених з вагою 1000-1500 г при народженні близько 90%.

В Португалії реформа системи безпечного материнства розпочалась у 1990-х роках. Було закрито пологові стаціонари з кількістю пологів до 1500 на рік, запроваджена трирівнева система надання перинатальної допомоги. Особлива увага була приділена транспортуванню новонароджених, зокрема створена національна система транспортування новонароджених. Разом з тим, перевага надається транспортуванню вагітної з ненародженим дитям [8].

Проект MOSAIC вивчав вплив реорганізації перинатальної допомоги глибоконедоношеним дітям в 10 країнах Європи на 490 тис. пологів живими дітьми. Дослідження показало, що частка новонароджених 24-31 тижня гестації, які народились в закладах III рівня надання допомоги складає 63-64 % в Данії та Польщі та до 80% в Бельгії, Італії, Німеччині та Португалії.

Конвенція про права дитини прийнята резолюцією 44/25 Генеральної Асамблеї ООН від 20 листопада 1989 року. У 2009 році світова спільнота відзначала 20-річчя підписання Конвенції ООН про права дитини.

У 1991 р. Україна ратифікувала Конвенцію ООН про права дитини, підписала Всесвітню декларацію про забезпечення виживання, захисту та розвитку дітей і розробила план дій щодо її реалізації.

Виконання Конвенції та інших міжнародних договорів, учасником яких є наша держава, контролюється статтею 9 Конституції. При визнанні Верховною Радою вони набувають статус обов'язкових і стають частиною національного законодавства.

Конвенція ООН ґрунтується на визнанні дітей частиною суспільства з пріоритетами загальнолюдських цінностей та гармонійного розвитку особистості, відсутності дискримінації дитини за будь-якими ознаками чи мотивами [47].

Відповідно до статті 24 Конвенцію ООН кожна дитина має право на найдосконаліші послуги системи охорони здоров'я.

Вирішення проблем охорони здоров'я матері та дитини, в т.ч. медичного забезпечення, залежить від соціального та економічного статусу жінки.

Конвенція МОП № 103 (1952 р.) передбачає державну допомогу майбутній матері - забезпечення необхідного рівня життя, медичної допомоги, заборону під час вагітності працювати у важких та шкідливих умовах, надання відпустки до та після пологів, для виховання дитини.

Ці положення знайшли відтворення в VII розділі Основ законодавства України про охорону здоров'я (1992 р.). проте станом на 2023 цих заходів щодо заохочення та гарантії здоров'я матері та дитини недостатньо.

Після повномасштабного вторгнення росії в Україну більшість санаторіїв і будинків відпочинку для вагітних жінок і матерів з дітьми, ясел, садків та інших дитячих закладів не мають облаштованого укриття які необхідні при ракетних небезпеках, тому припинили свою діяльність.

Також грошова допомога при народженні дитини, надання матеріальної допомоги самотнім матерям чи багатодітним сім'ям є мінімальною, що становить важливий фактор при вирішенні народжування дитини.

Охорона здоров'я матері та дитини - це комплекс державних і громадських заходів, спрямованих на зміцнення здоров'я жінок і дітей та покращання демографічної ситуації, на забезпечення здорового всебічного розвитку молоді та дітей.

Ефективність функціонування системи охорони здоров'я матері та дитини залежить від вирішення низки завдань, до яких відносяться:

- соціальний захист родини, матері та дитини, адресне надання соціальної допомоги;
- першочергове спрямування відповідних ресурсів на розвиток відповідних лікувально-профілактичних і оздоровчих закладів;
- впровадження медичного страхування та реорганізація діючої системи лікувально-профілактичної допомоги;
- антенатальна охорона плода за участю відповідних лікувальних і санітарно-профілактичних закладів;

- впровадження сучасних ефективних медичних технологій;
- профілактика інфекційних захворювань, здійснення в повному обсязі імунопрофілактики;
- формування здорового способу життя.

Тільки дієва соціальна політика держави може забезпечити їх реалізацію шляхом інтенсифікації діяльності структур, причетних до охорони здоров'я материнства та дитинства [48].

Першочергово необхідно направити сили на поліпшення охорони здоров'я сім'ї та дітей, формування відповідального ставлення до власного життя і здоров'я, у тому числі й репродуктивного. Це завдання забезпечується шляхом надання консультативних послуг щодо підготовки сім'ї до вагітності і пологів; забезпечення ефективної роботи системи надання гінекологічної допомоги дітям та підліткам з метою профілактики і ранньої діагностики захворювань; проведення у навчальних закладах роз'яснювальної роботи серед учнівської молоді з питань формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя; здійснення пропаганди серед населення грудного вигодовування дітей; поліпшення стану надання медико-генетичної допомоги, тощо.

Дуже важливим є підвищення престижу сім'ї та утвердження пріоритетності сімейних цінностей як головних напрямів діяльності, спрямованої на поліпшення демографічної ситуації. Це завдання забезпечується шляхом: проведення конференцій, семінарів та інших заходів з питань підвищення престижу сім'ї, утвердження пріоритетності сімейних цінностей, демографічного розвитку та пріоритетних завдань демографічної політики [49].

Адаптація міжнародних практик публічного управління у сфері охорони здоров'я материнства та дитинства може сприяти вдосконаленню системи надання медичних послуг та підвищенню їхньої ефективності в Україні. Ось деякі пропозиції:

Створення Центру Координації. Запровадження системи міжвідомчого співробітництва та створення Центру Координації для охорони здоров'я материнства та дитинства, який би об'єднував представників різних галузей.

Навчання та Підвищення Кваліфікації. Професійний розвиток медичних працівників: Забезпечення постійного професійного навчання та підвищення кваліфікації медичних працівників у сфері охорони здоров'я материнства та дитинства [50].

Система моніторингу якості: запровадження системи моніторингу якості медичних послуг та регулярного звітування перед громадськістю. Також необхідне залучення громадських рад та пацієнтських груп для активної участі у прийнятті рішень та моніторингу надання медичних послуг.

Забезпечення прозорості фінансування. Розробка та впровадження механізмів фінансової транспарентності в системі охорони здоров'я.

Швидке реагування на проблеми. Створення ефективних механізмів для швидкого виявлення та вирішення проблем в сфері охорони здоров'я материнства та дитинства .

Ці пропозиції мають на меті покращити організацію та надання медичної допомоги, забезпечуючи високий рівень якості та доступність медичних послуг для матерів та дітей.

ВИСНОВКИ

У розділі 1 було визначені правові засади реформування галузі охорони здоров'я та досліджені основні нормативні документи які регламентують організацію акушерсько-гінекологічної допомоги. Таким чином, були визначені ключові спостереження:

1. Охорона здоров'я матері та дитини визнається як першочерговий комплекс державних і громадських заходів. Це свідчить про важливість та пріоритетність цієї галузі для суспільства.

2. Зазначається катастрофічний стан демографії в Україні, і вказуються різні фактори, що призводять до зменшення народжуваності. Це включає еміграцію, зниження рівня життя, безробіття та зменшення соціальної та фінансової підтримки молодих сімей.

3. Відзначається, що еміграція та військова ситуація впливають на демографічну ситуацію в країні. Це може бути пов'язано з втратами громадян, зокрема жінок дітородного віку.

4. Підкреслюється важливість соціальної та фінансової підтримки молодих сімей для стабільності національної демографічної ситуації.

5. Зазначається, що Національна служба здоров'я України відіграє ключову роль у розробці та реалізації стратегій забезпечення медичної допомоги та реформування системи охорони здоров'я.

Загалом, проблеми в сфері охорони здоров'я матері та дитини в Україні є багатогранними та пов'язаними з різноманітними економічними, соціальними та політичними чинниками. Вирішення цих проблем вимагатиме комплексного підходу та ефективних стратегій в управлінні системою охорони здоров'я.

Також були розглянуті та досліджені нормативні документи, які регламентують роботу акушерства та гінекології в Україні і можна зробити висновок, що в Україні існує ретельно розроблена система нормативно-правового регулювання в галузі акушерсько-гінекологічної допомоги, яка спрямована на забезпечення якісного та безпечного надання медичних послуг в

цій сфері.

Загалом, наявність ретельно розробленої нормативно-правової бази свідчить про серйозний підхід до забезпечення якості та безпеки акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні. Важливо враховувати ці норми при реалізації стратегій та політик в галузі охорони здоров'я для досягнення оптимальних результатів у наданні медичної допомоги жінкам та дітям.

У розділі 2 було досліджено публічне управління у сфері охорони здоров'я матері та дитини в Україні та проведено аналіз поточного стану системи публічного управління у сфері охорони здоров'я матері та дитини в Україні. Визначені наявні проблеми у сфері охорони здоров'я материнства та дитинства в Україні та надані пропозиції щодо розв'язання проблем на основі адаптації запропонованих міжнародних практик публічного управління у сфері охорони здоров'я материнства та дитинства.

Отже, можна зробити кілька ключових спостережень щодо поточного стану системи управління у сфері охорони здоров'я матері та дитини:

1. Охорона здоров'я матері та дитини визнається як першочерговий комплекс державних і громадських заходів. Це свідчить про важливість та пріоритетність цієї галузі для суспільства.

2. Зазначається катастрофічний стан демографії в Україні, і вказуються різні фактори, що призводять до зменшення народжуваності. Це включає еміграцію, зниження рівня життя, безробіття та зменшення соціальної та фінансової підтримки молодих сімей.

3. Відзначається, що еміграція та військова ситуація впливають на демографічну ситуацію в країні. Це може бути пов'язано з втратами громадян, зокрема жінок дітородного віку.

4. Підкреслюється важливість соціальної та фінансової підтримки молодих сімей для стабільності національної демографічної ситуації.

5. Зазначається, що Національна служба здоров'я України відіграє ключову роль у розробці та реалізації стратегій забезпечення медичної допомоги та реформування системи охорони здоров'я.

Загалом, проблеми в сфері охорони здоров'я матері та дитини в Україні є багатогранними та пов'язаними з різноманітними економічними, соціальними та політичними чинниками. Вирішення цих проблем вимагатиме комплексного підходу та ефективних стратегій в управлінні системою охорони здоров'я.

Також можна узагальнити та систематизувати в найбільш поширені проблеми:

1. Низька якість та доступність медичних послуг:
 - Нерівномірний розподіл та доступність медичних послуг в різних регіонах країни.
 - Недостатня якість послуг у деяких лікарнях та клініках.
2. Недостатнє фінансування та ресурси:
 - Обмежені фінансові ресурси для системи охорони здоров'я, що може призводити до нестачі обладнання, ліків та кваліфікованого медичного персоналу.
3. Поганий стан медичної інфраструктури:
 - Застарілі лікарні та обладнання, що потребують оновлення та модернізації.
4. Несистемність та відсутність координації:
 - Відсутність ефективної системи координації між різними рівнями охорони здоров'я та медичними закладами.
5. Доступність та якість репродуктивних послуг:
 - Обмежений доступ до сучасних методів контрацепції та недостатнє інформування про них.
 - Низький рівень доступності та якості послуг репродуктивного здоров'я.
6. Високий рівень материнської та дитячої смертності:

В Україні спостерігається негативна хвилеподібна ситуація з показником материнської смертності, тобто коливання від зниження до підвищення. І навіть зниження показника МС не досягає його рівня у розвинених країнах. У 2022 р. зареєстровано 19,3 на 100 тис. народжених живими.

7. Проблеми в сфері психічного здоров'я.

Недостатня увага до психічного здоров'я вагітних жінок та матерів є серйозною проблемою, яка може мати важливі наслідки для самої жінки, її дитини та всієї сім'ї.

8. Соціокультурні проблеми:

Соціокультурні чинники, такі як обмежений доступ до освіти та високий рівень бідності, які можуть впливати на здоров'я матерів та дітей.

Розв'язання цих проблем вимагає комплексного підходу, який включає в себе реформу фінансової системи охорони здоров'я, підвищення якості медичних послуг, модернізацію інфраструктури, підвищення кваліфікації медичного персоналу, розвиток ефективної системи координації та залучення громадськості до процесу управління охороною здоров'я.

Також виходячи з дослідження міжнародних практик щодо удосконалення ведення материнства та дитинства можна запропонувати деякі наступні пропозиції:

1. Запровадити системи міжвідомчого співробітництва та створення Центру Координації для охорони здоров'я материнства та дитинства, який би об'єднував представників різних галузей.
2. Забезпечити постійного професійного навчання та підвищення кваліфікації медичних працівників у сфері охорони здоров'я материнства та дитинства.
3. Запровадити системи моніторингу якості медичних послуг та регулярного звітування перед громадськістю.
4. Залучити громадських рад та пацієнтських груп для активної участі у прийнятті рішень та моніторингу надання медичних послуг.
5. Розробити та впровадити механізмів фінансової транспарентності в системі охорони здоров'я.
6. Створити ефективні механізми для швидкого виявлення та вирішення проблем в сфері охорони здоров'я материнства та дитинства.

Ці пропозиції мають на меті покращити організацію та надання медичної

допомоги, забезпечуючи високий рівень якості та доступність медичних послуг для матерів та дітей.

У розділі 3 було визначено основні засади організації охорони здоров'я материнства та дитинства в Україні. Таким чином, можна зробити висновок, що закріплені в нормативних актах принципи амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги визначають правила та стандарти, які спрямовані на забезпечення доступності та ефективності цієї форми допомоги для населення.

Також, було визначено, що стандарти та протоколи надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної допомоги визначають умови та процедури для найвищого ступеня безпеки та ефективності лікування пацієнток у стаціонарних умовах.

В цьому ж розділі було визначено, що Міністерство охорони здоров'я України встановлює чіткі нормативи для організації амбулаторної та стаціонарної акушерсько-гінекологічної допомоги, враховуючи вимоги до обладнання, кваліфікації медичного персоналу та процедур надання послуг.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Конституція України: від 28.06.1996 №254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр> (дата звернення: 18.10.2023).
2. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги: Закон України від 01.07.2022 №2347-ІХ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text> (дата звернення: 18.10.2022)
3. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 №2801-ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення: 15.11.2023).
4. Порядок надання первинної медичної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 19.03.2018 № 504. URL: <https://moz.gov.ua> (дата звернення 16.11.2023).
5. Про місцеве самоврядування в Україні: Закон України від 21.05.1997 №280/97-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/дата> звернення: 17.12.2023).
6. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 №2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 17.12.2022)
7. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: Закон України від 06.04.2017 №2002-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19> (дата звернення: 17.12.2022)
8. Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько – гінекологічної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 15.07.2011 № 417. URL: <https://zakon.rada.gov.ua> (дата звернення 16.12.2023).
9. Концепція розвитку охорони здоров'я України. Затверджена Указом Президента України від 7 груд. 2000 р. №1313/2000 / Офіц. вісн. України, 2000,

URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000#Text> (дата звернення 16.12.2023).

10. 4. Радиш Я. Ф. Медична помилка: сутність, класифікація та правовий вимір. Медичне право, 2008. С. 52.

11. Радущкий М. Право на помилку: захистити і лікаря, і пацієнта. URL: <https://life.pravda.com.ua/columns/2020/11/2/242856/> (дата звернення 19.12.2023).

12. Сенюта І. Я. Цивільно-правова відповідальність у сфері надання медичної допомоги: методичні рекомендації для адвокатів. Харків : Фактор, 2018. 64 с.

13. Торбас О.М. Еволюція ролі органів місцевого самоврядування щодо покращення послуг територіальній громаді з охорони здоров'я: *Державне управління: теорія та практика*, 2007, 255 с.

14. Шкрумеляк, Н. М. (2018). Управління охороною здоров'я в Україні: сучасний стан та напрями реформ. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Міжнародні економічні відносини та світове господарство*, 365 с;

15. Верба, І. М., Гунько, М. М., Журавель, Т. О., та ін. Особливості взаємодії медичних працівників та сім'ї в умовах реформування охорони здоров'я в Україні. *Медичний огляд*, 2019. 281 с;

16. Головне управління статистики у Львівській області. *Статистичний збірник "Здоров'я населення Львівської області"*. URL: <http://lv.ukrstat.gov.ua/statinfo/zdorovyua.htm> (дата звернення 14.12.2023).

17. Інститут економіки та прогнозування. Проект концепції реформування системи охорони здоров'я в Україні. 2020. №4. URL: http://www.ief.org.ua/images/Reformuvannya/Reformuvannya_konc_2020.pdf (дата звернення 19.12.2023).

18. Гриньова, О. М. Оцінка реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2016, 34-39;

19. Гаврилюк, В. В., Бабак, О. Ю. Реформування системи охорони

здоров'я в Україні: аналіз сучасного стану та перспективи. Сучасні проблеми медицини та медичної освіти. 2018, 79-84;

20. Бойко, В. М. Аналіз державного управління системою охорони здоров'я в Україні. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Економічні науки.* 2019, 101-105;

21. В.С.Артамонов, М. Г. Богдашкін, Б. М. Венцковський та ін., Акушерство: Підручник для лікарів-інтернів / за ред. В. І. Грищенка. Харків : Основа. 1996, 482-489;

22. Хміль С.В., Кучма З.М., Романчук Л.І. Гінекологія: Підручник. Тернопіль : Укрмедкнига. 1999, 323-356;

23. Державна політика та стратегія в галузі охорони здоров'я : навч. посіб. Харків : ХМАПО. 2003, 55-56;

24. Стеценко С. Г. Медичне право України : підруч. / за заг. ред. д.ю.н., проф. С. Г. Стеценка. Київ : Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність». 2008, 279-300;

25. Довідник з питань репродуктивного здоров'я / за ред. Н.Г. Гойди Київ : Видавництво Раєвського. 2004, 77-92;

26. Нагорна А., Басанец А., Кононова І. та ін. Стан здоров'я населення працездатного віку та ефективність функціонування системи охорони здоров'я України. 2021, № 1 (63): 5–22;

27. Назарова, І.Б. Фізіологічне акушерство: підручник. Київ : Медицина. 2009, 24-43;

28. Акушерство та гінекологія: У 4 т.: національний підручник / за ред. акад. НАМН України, проф. В.М. Запорожана. Київ : ВСВ «Медицина». 2013, 39-49;

29. Хміля Г. М. Акушерство. Тернопіль. 2013, 54-58;

30. Запорожан В.М. Акушерство та гінекологія: підручник у 4 т. Київ : ВСВ «Медицина». 2013, 154-162;

31. Громова А.М. Сучасні підходи до ведення пологів та післяпологового періоду при патологічному перебігу вагітності. Полтава. 2016,

113-115.

32. Назарова І.Б. Самойленко В.Б. Муштенко Н.П. Шембелєв І.Г. Патологічне і оперативне акушерство: підручник. Київ : ВСВ «Медицина». 2012, 415-419.

33. Практикум із сестринської справи: навч. посібник, 2-ге видання, перероблене та доповнене. Київ : Здоров'я. 2007, 4211-234.

34. Касевич Н.М. Петрагаєв В.В. Сестринська справа. Київ : Медицина. 2008, 506-518 с.

35. Шатило В.Й. Практикум з фантомного акушерства: навч. посіб. Київ : ВСВ "Медицина". 2010, 71-80.

36. Звірко В. Л. Варіант зупинки та профілактики маткової кровотечі при центральному передлежанні плаценти. *Журнал Гродненського державного медичного університету*. 2013, 98-99;

37. Мельников А. П. Причини та результати акушерських кровотеч в акушерській клініці МОНПАГ. *Журнал акушерства та жіночих хвороб*. 2012, 34-40;

38. Жабченко І.А., Корнієць Н.Г., Тертична-Телюк С.В., Коваленко Т.М. Перинатальні аспекти збереження вагітності на тлі хронічного стресу. *Репродуктивна ендокринологія*. 2019, 29-33;

39. Трохимович О.В., Борисюк О.Ю., Чубей Г.В. Рання втрата вагітності: сучасний стан проблеми. *Здоров'я України. Тематичний номер «Акушерство, Гінекологія, Репродуктологія»*. 2021, 14-17;

40. Вовк І.Б., Корнацька А.Г., Трохимович О.В. Ранні репродуктивні втрати: роль інфекційно-запальних захворювань. *Медичні аспекти здоров'я жінки*, 2017, 11-17.

41. Логвиненко Б.О. Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: теорія і практика. Київ : МП Леся. 2017, 51-98;

42. Україна. 30 років незалежності. Стислий довідник / За ред. д. і. н., проф. Киридон А. М. Київ : Державна наукова установа «Енциклопедичне видавництво». 2021, 55-57;

43. Фуртак І. І., Грицко Р. Ю. Оптимізації фінансування і структури медичних організацій на тлі доказової потреби у медичній допомозі. *Сімейна медицина*. 2018, 143–144;
44. Червяк П. І. Медицина України в персоналіях : у 3 т. Київ : Фенікс. 2019, 78-90;
45. Громова А.М. Дудченко А.А. Мітюніна Н.І. Громова О.Л. Акушерство та гінекологія для сімейних лікарів. Полтава. 2003, 224-228;
46. Терзі О. О., Ляхова Н. О., Плужнікова Т. В. Правові та етичні засади громадського здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2019, 84–90;
47. Жилка Н. Я. Аналітичний огляд законодавчого забезпечення охорони репродуктивного здоров'я. Київ : Вид-во Раєвського. 2005, 72-78;
48. Слабкий Г. О., Лехан В. М., Надутий К. О. та ін. Деякі уроки реформи охорони здоров'я України. 2014, 7–22;
49. Цимбалюк В. І., Червяк П. І. Світочі української медицини. Київ : Просвіта. 2019, 231-233;
50. Могильовкіна І.А. Деякі аспекти репродуктивного здоров'я в Україні. *Здоров'я жінки*. 2006, 112-128;