



Жилка Н.Я

Ситуаційний аналіз доступності засобів контрацепції для населення України



УДК.....

Жилка Надія Яківна – начальник відділу охорони здоров'я матерів та дітей Департаменту організації та розвитку медичної допомоги населенню МОЗ України

Планування сім'ї – важлива складова репродуктивного здоров'я населення. Система планування сім'ї у кожній країні дає можливість окремим особам та подружнім парам досягти певних репродуктивних результатів, зокрема запобігти непланованій вагітності, народити бажаних дітей. Засоби та методи контрацепції є основою у профілактиці незапланованої вагітності та штучного її переривання. В роботі представлений аналіз використання контрацепції населенням України, результати дослідження попиту щодо сучасних засобів контрацепції, наявності їх на ринку, а також доступності до них у населення. Представлена сучасна інформація про основні політики, програми та нормативні документи у сфері РЗ/ПС, профілактики незапланованої вагітності, ІПСШ, ВІЛ/СНІДу, розкриває основні проблеми та шляхи їх реалізації за допомогою адвокації, міжгалузевого підходу та залучення громадськості, покликана підвищити рівень обізнаності широких верств населення України щодо питань РЗ/ПС та загострити увагу на питаннях забезпечення населення України засобами контрацепції.

Дана публікація призначена для розробників політик у сфері РЗ/ПС на національному та місцевому рівнях, медичних, фармацевтичних, соціальних, педагогічних працівників, журналістів, політологів, для представників неурядових організацій та спеціалістів приватного сектору, для всіх зацікавлених сторін, що опікуються проблемами РЗ/ПС.

Підготовлено до друку та надруковано за сприяння Проекту ПОЛІСІ.

Проект ПОЛІСІ фінансується Агентством США з Міжнародного розвитку (АМР США) за контрактом № HRN-C-00-00-00006-00 від 7 липня 2000 року. Проект реалізується «Ф'ючерс Груп Інтернешнл» у співробітництві з Центром Розвитку та Демографічної Діяльності (ЦРДД) та Інститутом «Рісерч Тріенгл (РТІ). Положення, викладені в цьому документі, не завжди співпадають з точкою зору АМР США.

Зміст

Передмова	4
Скорочення	5
I. Вступ	6
Розділ I. Інформація для ознайомлення	6
Розділ II. Оцінка ситуації	10
1. Рівень використання контрацепції населенням	10
2. Надання послуг у сфері ПС	16
3. Логістика	25
4. Прогнозування та закупівля контрацептивів	25
5. Державна політика у сфері ПС	27
6. Фінансування	30
7. Політика	34
8. Лідерство та прихильність	39
9. Координація	40
Додаток А	44
Додаток Б	45
Висновки	41
Література	48

Графіки, Таблиці та Вставка

Вставка 1. Історія ситуації з абортами в Україні та розвитку системи забезпечення населення засобами контрацепції	8
Графік 1. Рівень материнської смертності в Україні (на 100 000 народжених), 1992-2004 рр.	9
Графік 2. Рівень малюкової смертності в Україні (кількість померлих дітей віком до 1 року на 1000 народжених живими).....	9
Таблиця 1. Динаміка зареєстрованих випадків ВІЛ/СНІДу та чисельність померлих від СНІДу в Україні, 1987-2004 рр.....	10
Таблиця 2. Динаміка використання контрацепції (дані 3-х соціологічних досліджень*).....	11
Таблиця 3. Динаміка використання контрацептивів в Україні в 1992-2004 рр	12
Графік 2. Рівень небажаної вагітності у порівнянні з рівнем використання гормональних контрацептивів	13
Таблиця 4. Застосування контрацептивів підлітками.....	15
Таблиця 5. Питома вага жінок, які отримали консультації служб планування сім'ї.....	19
Таблиця 6. Розподіл користувачів сучасними засобами контрацепції (за методом та джерелом).....	23
Таблиця 7. Вартість контрацептивів.....	31
Таблиця 8. Вид оплати пацієнтами контрацептивів.....	32
Таблиця 9. Джерела гуманітарних поставок контрацептивів.....	34
Графік 4. Порівняльні витрати, пов'язані з абортами і лікуванням їх ускладнень та витратами, пов'язаними з використанням контрацепції. 1999-2002	43

ПЕРЕДМОВА

Представлений ситуаційний аналіз є внеском до зусиль України щодо поліпшення стану репродуктивного здоров'я населення як складової загального здоров'я та вагової складової демографічної ситуації в країні.

Репродуктивне здоров'я – це стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише відсутність захворювань в усьому, що стосується репродуктивної системи, її функцій та процесів в ній. Таким чином, репродуктивне здоров'я означає можливість задовільного та безпечного сексуального життя, здатність до відтворення та можливості вирішувати, коли і як часто це робити. Це, вочевидь, передбачає право чоловіків та жінок на інформацію та доступ до безпечних, ефективних, доступних за ціною та прийнятних методів планування сім'ї та інших обраних ними методів регулювання народжуваності, які не суперечать закону, а також право доступу до відповідних послуг з охорони здоров'я, які дозволяють жінці безпечно перенести вагітність, пологи і дають батькам найкращу можливість народити здорову дитину. У відповідності до визначення репродуктивного здоров'я, охорона репродуктивного здоров'я розглядається як сукупність методів, прийомів і послуг, які впливають на репродуктивне здоров'я та благополуччя шляхом попередження та вирішення проблем, що стосуються репродуктивного здоров'я.

Основними проблемними питаннями репродуктивного здоров'я є захворюваність репродуктивної сфери, захворюваність інфекціями, що передаються статевим шляхом, включаючи ВІЛ/СНІД, розповсюдженість безплідності та невиношуваності вагітності. Перелічені чинники дужк важливі у формуванні та збереженні репродуктивного здоров'я, але менш значимі, ніж штучне переривання не планованої вагітності, яке наносить непоправну шкоду здоров'ю і в першу чергу репродуктивному. Саме аборти (мимовільне чи штучне переривання вагітності в терміні до 22 тижнів) впливають на фертильність жінок, перебіг наступних вагітностей та пологів. Аборт не може бути методом регулювання народжуваності, як було до недавня в Україні. Розумною альтернативою абортів повинна стати контрацепція - процес чи спосіб запобігання непланованої вагітності за допомогою лікарських засобів, виробів медичного призначення, чи методів, які дозволяють уникнути запліднення під час статевого акту. Позитивним зрушенням у вирішенні проблем сексуального та репродуктивного здоров'я сприяло створення мережі центрів планування сім'ї і гінекологічних кабінетів дитячого та підліткового віку. Вони проводять гігієнічну і просвітницьку роботу серед підлітків і молоді, формують відповідальну сексуальну культуру, а також рекомендують сучасні методи запобігання небажаних вагітностей. Хоча кількість абортів в Україні суттєво знизилась, проте їх розповсюдженість є значно вищою, ніж у багатьох високорозвинених країнах.

Основною метою цього дослідження стало вивчення рівня використання контрацептивів населенням України, структури використання методів, наявності їх на ринку України, доступності до них у населення, а також якості надання послуг з питань планування сім'ї.

Інформація розрахована для осіб, які займаються плануванням та реалізацією заходів у сфері репродуктивного здоров'я (РЗ), демографії, планування сім'ї (ПС) та профілактики ПСШ, ВІЛ/СНІДу.

Автор висловлює щире подяку Міністерству охорони здоров'я України, співробітникам Проекту ПОЛІСІ (Україна, США), Проектам «Делівер», «ПієсПі», ФН ООН, ЮНЕЙДС, представникам Інституту демографії, АМС, RMBS, АТ Бізнес-Кредит, НДО, фармацевтичним компаніям Шерінг, Органон, а також експертам Групи з розробки політики у сфері РЗ за допомоги і сприяння у підготовці даного матеріалу.

Скорочення

АМР США	Агентство з міжнародного розвитку США
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВМЗ	Внутрішньоматковий засіб
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГРП	Група з розробки політики
ЖІРЗ	Жіноча ініціатива у сфері репродуктивного здоров'я
ІПСШ	Інфекції, що передаються статевим шляхом
НДО	Недержавна організація
НПРЗ	Національна програма з репродуктивного здоров'я
МІС	Менеджмент-інформаційна система
МКНР	Міжнародна конференція з проблем народонаселення та розвитку
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
ОК	Оральні контрацептиви
ПДВ	Податок на додаткову вартість
ПС	Планування сім'ї
РЗ	Репродуктивне здоров'я
СНІД	Синдром набутого імунодефіциту
СПАРКС	Стратегічні підходи до забезпечення населення контрацептивами
УМРЗ	Українська мережа репродуктивного здоров'я
ФАП	Фельдшерсько-акушерський пункт
ФН ООН	Фонд народонаселення ООН
ЮНЕЙДС	Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу

I. Вступ

Починаючи з 90-х років, проблема планування сім'ї в Україні набула медико-соціальної значимості у зв'язку з погіршенням демографічної ситуації, зниженням життєвого рівня більшості населення, погіршенням його репродуктивного здоров'я, а також з тим, що в країні склалася вкрай несприятлива ситуація з абортами. Аборт все ще залишається одним із методів регулювання народжуваності в Україні: в 1999 році рівень абортів склав 1,01, що вказувало на те, що кількість абортів та кількість дітей, народжених живими є приблизно однаковими. Однак, поточна ситуація останнім часом поліпшилася. У 2003 році рівень абортів склав 73 аборти на 100 пологів (Центр статистики МОЗ). Як і інші країни Україна зіткнулася з проблемою задоволення потреб населення у контрацепції з метою профілактики небажаної вагітності, тому забезпечення населення засобами контрацепції – коли людина у разі потреби може вибирати, отримувати та використовувати методи і послуги в сфері РЗ – це важливий пріоритет для країни. Програма дій, прийнята на Міжнародній конференції з питань народонаселення і розвитку (Каїр, 1994) (МКНР) стала заклик до забезпечення загального доступу до послуг в сфері репродуктивного здоров'я до 2015 року. Цілі розвитку тисячоліття також стали заклик до зниження рівня материнської та дитячої смертності до 2015 року, призупинення епідемії ВІЛ/СНІД та покращення здоров'я малозабезпечених груп населення. Неможливо досягти цілей МКНР та цілей розвитку тисячоліття, а також знизити рівень абортів без забезпечення населення засобами контрацепції. З цієї причини Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) та Група з розробки політики (ГРП) включають питання забезпечення населення контрацептивами як компонент нової Національної програми “Репродуктивне здоров'я нації на 2006-2015 роки”.

В цій роботі дається аналіз поточної ситуації і окреслена низка проблем та можливостей, пов'язаних із забезпеченням населення засобами контрацепції. Ця інформація допоможе Україні розробити 5-річний стратегічний план щодо забезпечення населення країни засобами контрацепції.

Розділ I. Інформація для ознайомлення

У 2004 р. МОЗ у співробітництві з Проектом «ПОЛІСІ», Що фінансується АМР США, став ініціатором заходів щодо забезпечення населення контрацептивами. МОЗ провело оцінку поточної ситуації у сфері РЗ країни, застосовуючи модель «Стратегічний підхід до забезпечення населення товарами в сфері РЗ» (СПАРКС). Ця робота включала низку опитувань ключових респондентів та аналіз офіційної та оперативної статистики, соціально-демографічні опитування та ряд досліджень, нещодавно проведених в Україні різними партнерськими організаціями. В ході оцінки СПАРКС було отримано наступну інформацію:

- **Демографічна ситуація** в Україні
- **Інформація про клієнтів** (користувачів контрацептивами), рівень їх обізнаності про методи ПС, попит на контрацептиви, як поінформоване рішення клієнта, характеристика тих груп населення, що не використовують засоби контрацепції; контрацептивний ринок України;
- **Система надання послуг:** джерела контрацептивів для населення, рівень надання послуг в Україні з питань контрацепції;

- **Фінансування:** джерела фінансування товарів та послуг у сфері ПС, включаючи державне фінансування, фінансування з боку населення та альтернативні його види.
- **Закупівля та логістика:** потужність системи забезпечення контрацептивами: розповсюдження видів контрацепції серед населення, прогнозування, закупівля;
- **Політика:** політика та нормативна база з питань РЗ та ПС, а також політичне середовище;
- **Механізми** координації системи забезпечення населення контрацептивами в Україні;
- **Лідерство та прихильність** до системи забезпечення населення контрацептивами: на рівні держави, галузі та громадськості.

Виходячи з цієї оцінки Проект «ПОЛІСІ» та МОЗ України провели семінар з мультисекторальною групою з метою досягнення розуміння проблеми забезпечення населення контрацептивами та тих питань, які впливають на це, а також запровадження моделі та методології СПАРКС і розповсюдження її результатів оцінки. Зацікавлені сторони, які працюють в сфері РЗ, підтвердили ці результати і визначили додаткову інформацію, яку включено до проведення цієї оцінки.

Демографічна ситуація в Україні

З початку 90-х років населення України скоротилося в результаті зниження рівня народжуваності, підвищення рівня смертності та міграції населення. Населення країни зменшилося з 50,9 мільйонів в 1993 році до 47,5 мільйонів в квітні 2004 року. В період 1991-2003 народжуваність знизилася з 1,83 до 1,12.¹ Поточна демографічна ситуація в країні вважається кризовою, оскільки вона впливає на теперішній та майбутній розвиток України [9]. Не дивлячись на те, що народжуваність в останні три роки підвищилася, рівень депопуляції в Україні не зменшується.

Представлені нижче демографічні показники є відображенням проблеми, яку слід вирішувати через вирішення проблем репродуктивного здоров'я та планування сім'ї – однією з яких є забезпечення населення країни контрацептивами. Ці показники слід враховувати при розробці стратегічного плану забезпечення населення країни контрацептивами з тим, щоб відслідковувати з часом його покращання.

Загальна кількість населення:

В період 1994-2003 років населення України зменшилося на 9%. Оскільки загальна смертність перевищує загальну народжуваність показник приросту населення є негативним з 1991 року. Згідно з демографічним прогнозам у наступні 5 років населення України зменшиться на 4%, а через десять років – на 7%. В даний час процент міського населення складає 67,3% [16]..

В 2003 р. кількість жінок репродуктивного віку складала 12516,7. Це головний показник, який використовується для визначення потреби населення в засобах контрацепції. Репродуктивне здоров'я, будучи компонентом загального здоров'я, є важливим фактором у забезпеченні сприятливої перспективи для країни та у формуванні її демографічного та соціально-економічного потенціалу в контексті сталого розвитку [15].

Вставка 1. Історія ситуації з абортами в Україні та розвитку системи забезпечення населення засобами контрацепції

Протягом минулого століття аборт був звичайним методом регулювання народжуваності в Україні. Ще на початку ХХ століття російські лікарі зрозуміли і офіційно визнали в декларації Товариства Пирогова, що єдиною альтернативою абортів та його небезпечних наслідків, є виробництво ефективних засобів контрацепції. Наприкінці 20-х років СРСР був однією з країн-лідерів, що вивчали питання, пов'язані з абортів та плануванням сім'ї. Незважаючи на ці знання про переваги планування сім'ї, в 50-х роках рівень абортів та непланованої вагітності в Радянському Союзі був один із найвищих у світі [19].

Регулювання народжуваності шляхом абортів залишається світовою проблемою. Дані ВООЗ свідчать, що приблизно 50% вагітностей, які наступають щоденно – незаплановані, біля 25% - небажані, майже 150 000 вагітностей закінчується абортів, що щорічно складає до 55 млн. штучних абортів. Численні дані демографів підтверджують, що третина всіх жінок протягом репродуктивного віку мають в анамнезі хоча б один штучний аборт [18], а в середньому у світі щорічно 35 із кожних 1000 жінок роблять аборт.

За даними ВООЗ, з 1990 р. в країнах СНД щорічно виконується біля 7 млн. абортів. В розвинутих країнах частка жінок, які щорічно роблять аборт становить 5%, в Східній Європі – 14%, в Західній Європі - 3%, в Латинській Америці – 9%, в Африці – 11%. Найвищий рівень абортів у світі відмічається в Центральній та Східній Європі [4]. Якщо в більшості європейських країн на кожні 100 вагітностей припадає тільки 10-15 абортів[10], то в Україні – 74. На долю України припадає 6,7% світового обсягу абортів, в той час як чисельність її людності складає лише 0,9% загального числа людей на планеті. Число абортів досягало більше 1 млн. абортів у рік, що складало 82,5 на 1000 жінок фертильного віку і перевищувало аналогічний показник країн Європи в 15 разів. Також спостерігалась негативна тенденція в структурі абортів – зростала питома вага абортів у першовагітних жінок; не дивлячись на доступність медичної допомоги в цьому питанні, продовжувалась реєстрація кримінальних та позалікарняних видів абортів. Щорічно від причин, пов'язаних з такими абортами помирало біля 30 молодих жінок. А питома вага померлих жінок від абортів складала 60% у показнику материнської смертності.

Незважаючи на пряму та опосередковану шкоду, яку наносять аборти здоров'ю жінки та її нащадкам, заходи щодо профілактики абортів того часу залишалися малоефективними з огляду на відсутність комплексного підходу до вирішення забезпечення контрацептивними засобами населення. Планування сім'ї та профілактика небажаної вагітності, на відміну від розвинутих країн, не визначалась як державна проблема. В країні не проводилось виробництво та закупівля в достатній кількості ефективних засобів попередження непланованої вагітності. Населення, в тім числі молодь та підлітки, не мали можливості отримати кваліфіковану доступну інформацію з питань репродуктивної поведінки, попередження непланованої вагітності та захисту від хвороб, що передаються статевим шляхом.

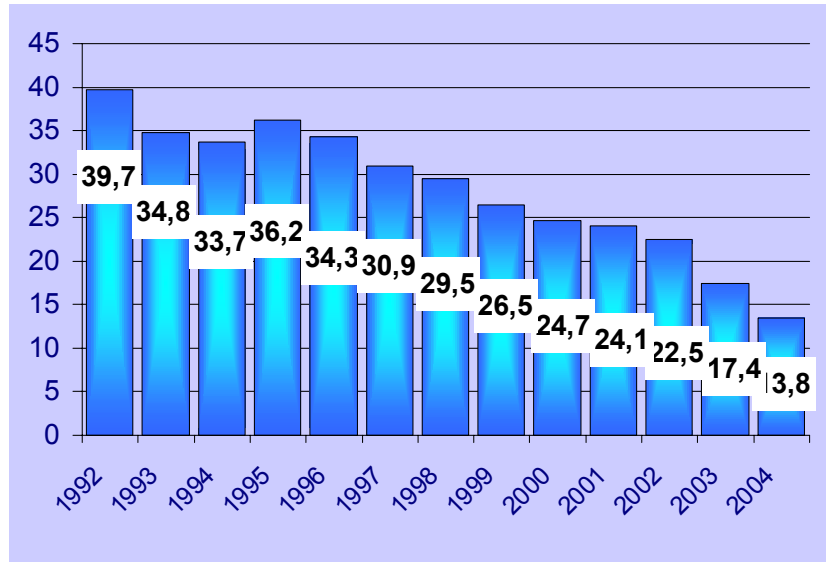
Підґрунтям для розроблення вітчизняних заходів з планування сім'ї стали основні положення ряду міжнародних документів: Декларації Міжнародної конференції ООН по правах людини (Тегеран, 1968 р.), Конвенції ООН щодо ліквідації всіх форм дискримінації відносно жінок (1979 р.), Програми дій, прийнятій на Міжнародній конференції з питань народонаселення і розвитку (Каїр, 1994), Декларації і Платформи дій, прийнятих на Четвертій всесвітній конференції з становища жінок (Пекін, 1995).

Зараз в Україні запроваджується комплексний підхід до забезпечення населення країни засобами контрацепції – коли все населення (як чоловіки так і жінки) будуть здатні вибирати, отримувати та використовувати необхідні їм засоби контрацепції.

Рівень материнської смертності

Графік 3. Рівень материнської смертності в Україні, (на 100 000 народжених), 1992-2004 рр.

Окрім зменшення ризику абортів та його негативного впливу на стан репродуктивного здоров'я, контрацепція позитивно впливає на материнську, перинатальну смертність, зменшує рівень розповсюдженості ВІЛ, і таким чином, сприяє зниженню загального рівня смертності населення. На графіку 1 показано, що материнська смертність в Україні знизилася з 34,8 на 100 000 народжених живими в 1993 р.і до 36,2 на 100 000 народжених живими у 1995 р. З 1995 р. цей показник набув тенденції до стабільного зниження, а у 2004 р. становив 13,5 на 100 тис. народжених живими.

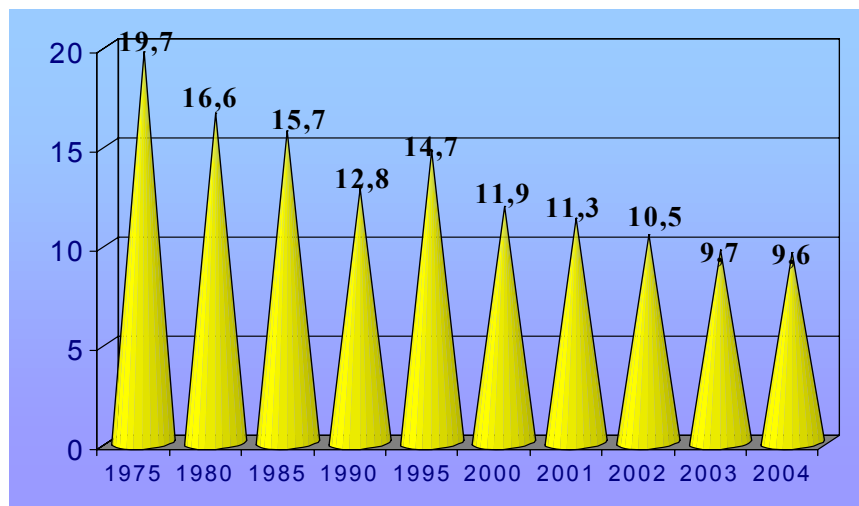


Джерело: Державний комітет статистики України

Рівень малюкової смертності

На Графіку 2 показані зміни рівні дитячої смертності в Україні починаючи з 1975 року. З 1975 по 2004 рік дитяча смертність знизилася більш як на половину, не дивлячись на певні коливання в період 1990-2000 років.

Графік 4. Рівень малюкової смертності в Україні (кількість смертей дітей віком до 1 року на 1 000 народжених живими)



Джерело: Державний Комітет статистики України

Рівень розповсюдженості ВІЛ-інфекції

Поточний рівень розповсюдженості ВІЛ в Україні складає загрозу розвитку країни – зараз і в майбутньому. Рівень захворюваності на ВІЛ (Таблиця 1) та смертність від СНІДу щороку зростає, і близько половини інфікованих – це люди у віці 25-34 роки.

Таблиця 2. Динаміка зареєстрованих випадків ВІЛ/СНІДу та чисельність померлих від СНІДу в Україні, 1987-2004 рр.

Найменування показника	Роки												
	1987-1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Всього
Загальне число випадків ВІЛ-інфекції	354	44	1499	5422	8934	8512	5830	6216	7009	8761	10013	12494	75166
Загальне число осіб хворих на СНІД	24	13	45	146	193	400	586	648	868	1356	1916	2745	8939
Загальне число померлих від СНІДу	13	5	20	70	85	156	253	415	474	837	1285	1775	5382

Джерело: Український Центр профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІД

За даними сероепідеміологічного моніторингу ВІЛ-інфекції, у 2004 р. загальне число діагностованих випадків ВІЛ-інфікування в Україні становило 75,1 тис. чол. В той же час відомо, що зареєстровані випадки ВІЛ/СНІДу становлять лише незначну частину (близько 10-12%) фактичного числа інфікованих. Рівень розповсюдженості ВІЛ за останні десять років збільшився майже у 12 разів (з 0,16% населення у 1995 р. до 1,87% у 2003 р.), а за прогнозними даними протягом майбутніх п'яти років збільшиться до 2,48% населення. Розрахункові прогнозні дані щодо рівня розповсюдженості ВІЛ у 2015 р. дають надію на його зменшення – 2,38% [ЮНЕЙДС, 2005].

Розділ II. Оцінка ситуації

1. Рівень використання контрацептивів населенням

Забезпечення населення контрацептивами залежить від його здатності вибирати, отримувати та використовувати засоби контрацепції. У міру зростання рівня використання контрацептивів також будуть зростати вимоги до забезпечення населення засобами контрацепції. Для розуміння того, яким чином краще забезпечити населення засобами контрацепції, необхідно вивчити питання стосовно наявного рівня використання контрацептивів населенням.

Сучасні методи контрацепції (гормональні, внутрішньоматкові засоби, презервативи, сперміциди, жіноча та чоловіча стерилізація) вважаються більш ефективними у порівнянні з традиційними методами (переривання статевого акту, календарний метод, періодичне утримання від статевих стосунків, спринцювання розчинами та ін.) Ефективність будь-якого методу розраховується на основі так званих контрацептивних “невдач” (див. Додаток 1). Із

таблиці видно, що до сучасних контрацептивів відносяться ті з них, які мають відносно невисокий відсоток “невдач” та високу ефективність. Наведені дані також свідчать, що ефективність будь-якого контрацептиву підвищується в залежності від дотримання стандартів використання, фахової підготовки медичних спеціалістів та рівня інформованості населення щодо питань планування сім’ї.

В Україні питання застосування контрацепції населенням є одним із питань моніторингу стану здоров’я шляхом державної статистичної реєстрації, а також використовується для аналізу ситуації та прийняття оперативних рішень. Однак, важко інтерпретувати тенденції у часі, оскільки в різних дослідженнях застосовуються різні методики, а в деяких дослідженнях не проводиться збір даних про весь спектр контрацептивних методів, які використовуються населенням України. Все ж таки, ці дані свідчать про те, що підвищення рівня використання контрацептивів сприяло зниженню рівня абортів та небажаних вагітностей в Україні. Дані таблиці 2 свідчать про збільшення відсотку користувачів сучасними методами контрацепції. Це збільшення вказує на зростаючу потребу населення України в ефективних методах та свідчить про ефективність заходів з підвищення обізнаності, що є частиною планування сім’ї, з точки зору збільшення попиту на контрацептиви. Процент користувачів традиційними методами контрацепції все ще залишається високим - 30-35%, тобто майже третина досліджуваних потребує сучасних засобів контрацепції, проте по різних причинам не застосовує їх.

**Таблиця 2. Динаміка використання контрацепції
(дані 3-х соціологічних досліджень*)**

Категорія	1996 (%)	1999 (%)	2003 (%)
РІВЕНЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ КОНТРАЦЕПЦІЇ -ВСІ МЕТОДИ	92,2	67,5	92,0
РІВЕНЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ КОНТРАЦЕПЦІЇ - СУЧАСНІ МЕТОДИ	53,4	37,6	65,0
ВМК	23,9	18,6	12,4
Оральні контрацептиви	5,4	3,0	14,5
Ін’єкційні контрацептиви	0,1	0,1	*
Вагінальні методи	4,1	0,6	3,4
Презерватив	19,9	13,5	29,9
МЛА	1,5	*	*
Діафрагма	0,1	*	*
Жіноча стерилізація	*	4,2	*
Інші методи	*	0,3	1,0

Природний метод	19,9	*	*
Переривання статевого акту	17,3	10,4	19,4
Хімічні препарати	4,0	*	5,3
Періодичне утримання (календарний метод)	*	19,5	6,5

* вказані розрахунки здійснювались у відповідності кількості жінок репродуктивного віку;

** - питання не вивчалось

Source of surveys: Ukraine Reproductive Health Survey 1999, CDC 2001, Жилка Н.Я. Медичні та соціально-економічні основи удосконалення служби планування сім'ї та профілактики порушень репродуктивного здоров'я жінок в Україні, 2005

Для прийняття рішень стосовно стратегічного планування забезпечення населення контрацептивами зацікавлені сторони потребують інформації щодо поінформованого попиту на кожний метод контрацепції, а також інформації про доступність, якість контрацептивів та платіжну спроможність кожної людини. Однак, державні офіційні дані є наявними лише для двох методів контрацепції: гормональні контрацептиви та ВМЗ. Таким чином, в цілях прийняття рішень необхідно використовувати дані попередніх досліджень разом з цією офіційною статистикою, які відображають динаміку в асортименті методів протягом 1996, 1999 та 2003 років (Див. таблицю 2). Слід зауважити те, що ці дослідження проводилися різними організаціями, які застосовували різні методики. Таким чином, при розгляді даних в часі важко інтерпретувати тенденції.

Однак, ці дослідження підтверджують офіційну статистику, що свідчить про підвищення рівня використання сучасних методів контрацепції.

Згідно з статистичними офіційними даними використання гормональних контрацептивів в Україні в період 1992-2004 років збільшилося на 27%, в той час як відсоток жінок, які використовують ВМЗ знизився (Таблиця 3). Ці дані вказують на очевидну тенденцію зростання рівня використання контрацептивів населенням: у 2004 р. кількість клієнтів, що застосовували ВМЗ та гормональні контрацептиви збільшилася на 8,8% у порівнянні з 1992 р.

Таблиця 3. Динаміка використання контрацептивів в Україні в 1992-2004 рр

Вид контрацепції	Знаходиться на обліку жінок, які використовують контрацептиви (%)												
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
ВМС	17,8	18,4	18,2	17,8	16,9	16,0	14,7	14,4	14,6	14,7	14,9	14,8	14,5
Гормональна контрацепція	3,7	3,5	3,3	3,4	3,4	4,0	4,8	6,2	7,0	9,2	10,8	12,4	13,8

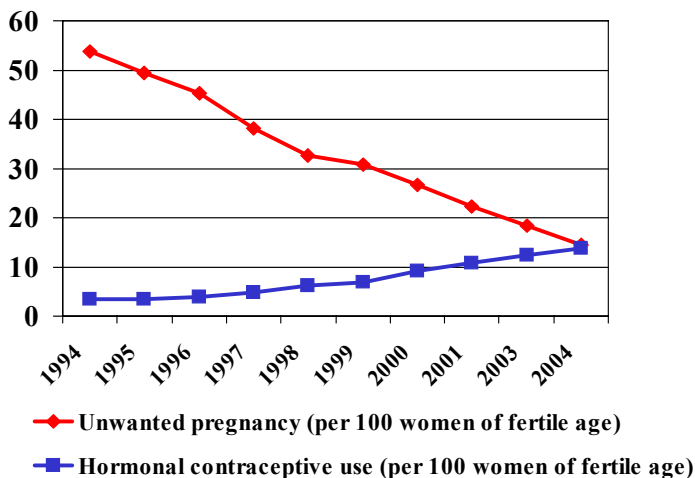
В минулому найбільш популярними методами були ВМЗ. Однак, кількість користувачів ВМЗ зменшується, в той час як більш популярними стають презервативи та таблетки, як видно з таблиць 2 та 3. Рівень використання ВМЗ зменшився з 23,9% в 1996 р. до 14,5% в 2004 р., в той

час як кількість користувачів гормональними контрацептивами збільшилася майже в 4 рази (з 3,7% в 1992 році до 13,5% в 2004 р.). Рівень використання презервативів за останні 5 років також збільшився в 2,2 рази [12].

Дослідження того, яким методам жінки віддають перевагу, виявило що найбільш популярним методом контрацепції є презервативи, слід за якими йдуть відразу гормональні засоби та ВМЗ. [3] Зниження рівня використання ВМЗ можна пов'язати з декількома факторами: розповсюдження ЗПСШ, які є протипоказанням для застосування ВМЗ, та тенденція в сторону використання оральних контрацептивів внаслідок зниження рівня упередженості лікарів та населення проти гормональних методів контрацепції.

Внаслідок все більшого використання сучасних методів контрацепції, кількість непланованих вагітностей та абортів зменшується. З 1992 по 2004 рік кількість незапланованих вагітностей на 1000 жінок репродуктивного віку знизилася на 75%. Це свідчить про те, що забезпечення населення контрацептивами сприяє зниженню рівня абортів. На графіку 3 показано співвідношення між зростанням рівня використання контрацептивів та зниженням показника абортів.

Графік 5. Рівень небажаної вагітності у порівнянні з рівнем використання гормональних контрацептивів



В сучасних умовах при наявності значної кількості методів та засобів контрацепції аборт не повинен бути методом планування сім'ї. Варто не переривати, а попереджувати небажану вагітність. Тому альтернативою абортів повинна стати контрацепція. Ризик, пов'язаний з використанням контрацептивів, набагато нижчий за ризик небажаної вагітності та абортів. В розвинутих Європейських країнах рівень абортів є низьким (5-10 на 1000 жінок репродуктивного віку), а рівень використання населенням контрацептивів є високим - 60-70% населення використовують сучасні методи контрацепції [2,6,12] Для того,

щоб досягти європейських стандартів Україна має забезпечити те, щоб все її населення могло вибирати, отримувати та використовувати необхідні йому засоби контрацепції. .

Фактори, що впливають на використання засобів контрацепції населенням

В середньому рівень використання всіх методів серед заміжніх жінок складав у 1999 році 68%, при цьому 38% застосовували сучасні контрацептиви і 30% - традиційні методи (періодичне

утримання та переривання статевого акта²). Хоча між рівнями використання контрацептивів в Східному, Західному, Південному та Центральному регіоні країни немає значних відмінностей, населення Західного регіону більш використовує традиційні методи контрацепції - 42%, а 25% - сучасні методи [12].

Існують відмінності у використанні сучасних методів контрацепції серед міського та сільського населення. В 1999 році в містах 42% жінок використовують сучасні методи, і 27% - традиційні методи, а той час як у сільській місцевості 27% використовували сучасні методи і 36% - традиційні методи контрацепції [12]. За даними вибіркового дослідження ДЕЛИВЕР/Джон Сноу Инк. у 2004 р. *сучасні методи* використовують 49% міських жінок і 39% сільських жінок [17]. Такі відмінності у показниках серед жителів міста та села також спостерігаються і за методами контрацепції, які вони використовують: 6,4% жінок в сільській місцевості використовують презервативи і 1,4% - оральні контрацептиви, а той час у міській місцевості цей відсоток є відповідно 16,5% та 3,6%. Сільські жителі більш схильні використовувати традиційні методи контрацепції, ніж сучасні. Більшість жінок як в сільській, так і в міській місцевостях знають принаймні один сучасний метод контрацепції, але рівень обізнаності щодо сучасних методів є вищим в містах [12]. Ці дані свідчать про те, що є необхідність у проведенні заходів щодо підвищення обізнаності серед жінок сільської місцевості.

Ці дані говорять про те, що необхідно більш детально вивчити причини невикористання населенням контрацептивів шляхом соціальних опитувань, що дасть можливість діячам, які приймають рішення, приймати рішення і розробляти програми для вирішення цих питань. Невикористання контрацепції призводить до появи непланованої вагітності та абортів, і в решті решт до виникнення розладів репродуктивного здоров'я.

Одним з основних факторів, що обумовлюють невикористання населенням сучасних методів контрацепції є фінансова недоступність цих методів. Для тих жінок, які користуються контрацепцією, але не використовують той метод, що їм подобається, 27% вказали високу вартість контрацептивів як причину цього [12]. Найбільш доступним контрацептивом є ВМЗ, тому це впливає на високий рівень його використання.

Рівень освіти – також фактор, що впливає на використання контрацептивів населенням, оскільки люди з вищою освітою більш схильні користуватися контрацепцією. У 1999 році рівень застосування сучасних методів складав 29% серед клієнтів, що не мали повної середньої освіти; 36% - серед людей, що мали середню освіту; 47% - серед людей, що мали освіту вищу за середню ([12].

Основними причинами припинення застосування контрацепції були названі наступні: жінки, що не є сексуально активні (25%), мають обмежену здатність до репродукції (13,5%), вагітні (13%), жінки, що рідко мають статеві стосунки (9%) та ті, що бажають завагітніти (8%). (Див. додаток 3, в якому наведені всі причини припинення застосування контрацепції жінками).

Використання контрацептивів підлітками

² В цілях проведення цього розрахунку в процент користувачів традиційними методами контрацепції не включено користувачів тими методами, які вважаються малоефективними або неефективними, наприклад спринцювання та народні методи .

Відображенням істинної ситуації щодо підготовленості молоді до відповідального батьківства можуть стати результати окремого дослідження використання контрацепції підлітками [13].

Таблиця 4. Застосування контрацептивів підлітками

Вид контрацепції	Вік 15-18 років		Вік 19-20 років	
	Відповіді юнаків (%)	Відповіді дівчат (%)	Відповіді юнаків (%)	Відповіді дівчат (%)
Протизаплідні таблетки	5,8 *	8,8*	13,9 *	14,4
Презерватив	46,4	30,7	75,2	51,0
Протизаплідні ін'єкції	0	0	0,4	0,3
Протизаплідні креми	0,4 *	0,4	2,6 *	1,9
Внутрішньоматкова спіраль	1,1 *	0	0,8 *	0,6
Переривання статевого акту	8,7	10,8	19,9	23,5

* - інформація щодо використання протизаплідних засобів надана підлітками відносно їх партнерів;

Як видно з таблиці менше половини підлітків віком 15-17 років застосовують презервативи (46,4%) та лише у 5-8% протизаплідні таблетки, хоча у досить значній кількості випадків (8-10%) вдаються до неефективного традиційного такого методу як переривання статевого акту.

Молодь віком 19-20 років частіше використовує методи контрацепції: презервативи у 50-70% випадків та протизаплідні таблетки у 13-14%. Застосування протизаплідних кремів та ін'єкцій майже на тому рівні, що і у віковій групі 15-17 років. І знову ж таки традиційні методи застосовують 19-23% молодих людей.

Все вищенаведене вказує на необхідність активізувати просвітницьку діяльність на більш ранніх етапах підготовки молоді до сімейного життя.

Прогнозована незадоволена потреба

Для задоволення потреб населення у контрацепції враховують дві категорії населення, які потребують послуг у плануванні сім'ї. До першої категорії віднесені сексуально активні жінки, які можуть завагітніти, але не бажають цього в даний час і не застосовують засоби попередження непланованої вагітності. Питома вага жінок, що потребують застосування контрацепції, які сексуально активні, не вагітні, не страждають порушеннями репродуктивної функції і не планують вагітніти на теперішній час складала в 1999 році 15%, - досить високий рівень у порівнянні з розвинутими країнами.

До другої категорії належать жінки, які не бажають завагітніти і використовують неефективні методи контрацепції. Незадоволена потреба в контрацепції серед цих жінок складає 37% і корелює з високим рівнем абортів. Загальна незадоволена потреба в контрацепції складає 52%. Якщо порівняти обидві категорії жінок, то жінки, у яких немає дітей, мають меншу

потребу в контрацепції, ніж жінки, які мають дітей. Респонденти з повною середньою освітою, мали більшу потребу в контрацепції, ніж інші респонденти. Не було помічено майже ніяких відмінностей у контрацептивній потребі жінок з різних регіонів країни. Жінки, що живуть в сільській місцевості, мають більшу незадоволену потребу, ніж жінки в містах [12].

Заходи щодо створення попиту серед населення

Попит на ті чи інші види контрацепції залежить від багатьох причин: інформованості населення, підготовленості фахівців, якості надання послуг, ефективності методів та пов'язаної з цим прихильності пацієнта до певних видів протизаплідних засобів, зручності використання, зворотності репродуктивної функції, вартості контрацептиву і т.п.

З метою задоволення зростаючого попиту контрацептивів Відділом охорони здоров'я матерів та дітей МОЗ України здійснюється реорганізація та реформування системи послуг ПС. Українська мережа репродуктивного здоров'я (УМРЗ) працює у напрямку покращення послуг у сфері ПС в Україні, отримуючи значну підтримку Ініціативи у сфері репродуктивного здоров'я жінок (ІРЗЖ), що фінансується АМР США. Зокрема, ця ініціатива спрямована на покращання нормативної бази щодо РЗ та ПС з тим, щоб підвищити рівень обізнаності про засоби контрацепції, покращити знання медичних працівників про ПС, забезпечити населення засобами контрацепції, розробити бюджет поінформованої задоволеної потреби населення у засобах попередження не планованої вагітності на всіх рівнях, покращити систему надання послуг ПС на всіх рівнях шляхом реорганізації та підвищення кваліфікації кадрів. В Україні вже створена інфраструктура РЗ та ПС, в тому числі центри з РЗ; розроблені просвітньо-інформаційні матеріали для медпрацівників та клієнтів; державні заклади, а також НДО відіграють активну роль у формуванні відповідального ставлення до свого репродуктивного здоров'я та попиту у контрацепції.

В проекті національної програми РЗ на 2006-2010 роки заплановані зміни у нормативній базі, які будуть сприяти створенню відповідних механізмів та організаційних технологій для розповсюдження засобів контрацепції. Це є частиною перегляду наказу МОЗ № 180, яким передбачається реорганізація центрів ПС у самостійні заклади, що буде сприяти формуванню більшого попиту на контрацептиви.

МОЗ також планує працювати з усіма сторонами над плануванням заходів ПС, в чому числі з чоловіками. Особлива увага буде приділятися підвищенню рівня обізнаності про методи контрацепції та їх використання підлітками, враховуючи законодавчі зміни, які визнають репродуктивні потреби підлітків.

Ще одним важливим фактором, що сприяє формуванню більшого попиту на послуги ПС, є зниження рівня упередженості до гормональних методів серед лікарів [17]. Підвищення рівня відкритості щодо використання оральних контрацептивів сприяє підвищенню попиту на оральні контрацептиви, що може призвести до підвищення загального рівня використання контрацептивів, а не лише до переходу від одного методу до іншого (у міру того, як все більше клієнтів ПС розпочинають користуватися таблетками, а ті, хто вже ними користується, успішно продовжують користуватися).

2. Надання послуг у сфері планування сім'ї

Рівні надання послуг

В Україні створена система ПС, яка спроможна надавати послуги ПС, яка включає: Український державний центр планування сім'ї, 25 обласних, Київський та Севастопольський міські центри планування сім'ї та 500 кабінетів планування сім'ї у центральних районних лікарнях. В Україні функціонує 7 центрів РЗ підлітків (АР Крим, Донецька, Одеська, Львівська, Луганська, Запорізька області, м.Київ). Надання висококваліфікованої спеціалізованої допомоги підліткам здійснюється Центром дитячої та підліткової гінекології УДСЛ "ОХМАТДИТ", Інститутом педіатрії, акушерства і гінекології АМН України, відділенням дитячої гінекології Інституту охорони здоров'я дітей і підлітків м.Харкова та Донецького регіонального центру охорони материнства та дитинства.¹

Структура державної служби ПС складається з чотирьох рівнів надання медико-консультативної допомоги населенню. На кожному рівні вирішується конкретні питання, а перед структурами кожного рівня стоять конкретні завдання. При тому, чим вище рівень, тим складніші та більш високотехнологічні, в тому числі й організаційні, задачі необхідно вирішувати.

На I рівні системи ПС медична допомога з питань планування сім'ї забезпечується за допомогою створення опорних пунктів контрацепції, які розміщуються на фельдшерсько-акушерських та фельдшерських пунктах, в дільничних лікарнях та лікарських амбулаторіях. Основними завданнями структурних підрозділів I рівня системи ПС є: надання інформації населенню закріпленої адміністративної території щодо питань планування сім'ї, видів та методів запобігання небажаної вагітності. Поширення інформації здійснюється як індивідуально, так і за допомогою лекцій, виступів та засобів масової інформації, а також під час патронажних відвідувань членів родини.

Створення "куточків контрацепції" для розміщення основних видів контрацепції підвищує доступність населення до послуг планування сім'ї в сільській місцевості. Медичні спеціалісти також скеровують до кабінетів планування сім'ї жінок для забезпечення безоплатними контрацептивами із визначених законодавством груп населення. Проте, фахівці первинної медико-санітарної допомоги не можуть забезпечити призначення та надання контрацептивної допомоги, оскільки за функціональними обов'язками це виконують лише лікарі. Непідготовленість сімейних лікарів у питаннях планування сім'ї погіршує доступність сільського населення до цього виду послуг, жінки змушені їхати до районного центру або до міського ЦПС для отримання медико-консультативної допомоги з питань контрацепції. На сьогодні для спеціалістів I рівня визначено надання консультативної допомоги населення з питань, де і коли можна отримати медичну допомогу з питань використання контрацепції;

В ЛПЗ I рівня здійснюється своєчасне виявлення жінок з екстрагенітальною патологією важкого ступеню, яким протипоказана вагітність за життєвими показаннями, з метою скерування на районний рівень для індивідуального підбору і призначення того чи іншого виду контрацепції; проведення в навчальних закладах роботи з питань статевого виховання, здорового способу життя, формування та збереження репродуктивного здоров'я; виявлення соціально неадаптованих сімей з метою допомоги з питань профілактики абортів, аналіз показників діяльності з метою виявлення проблем репродуктивного населення адміністративної території, а також розробка пропозицій та впровадження заходів щодо їх подолання.

Існуючі підходи до організації надання допомоги населенню з планування сім'ї не може забезпечити її повну доступність та кваліфікацію, а тому її ефективність, про що свідчить ще велика кількість небажаних вагітностей в Україні.

На II рівні надання медичної допомоги з питань ПС здійснюється в кабінетах ПС, які створені в районних та центральних районних лікарнях, міських або районних жіночих консультаціях. В кожному районі визначається відповідальний спеціаліст з питань ПС, який здійснює методичне керівництво щодо попередження небажаної вагітності та організації підготовки лікарів акушерів-гінекологів, сімейних лікарів, лікарів дільничних лікарень та лікарських амбулаторій, фельдшерів, акушерок, медичних сестер ФАПів з ПС.

До III рівня закладів структури служби ПС належать республіканський центр планування сім'ї (ЦПС) Автономної республіки Крим, обласні та Київський та Севастопольський міські ЦПС з консультативно-діагностичними та стаціонарними відділеннями, тобто на сьогодні наявні такі структурні підрозділи в кожному з 27 регіонів.

Діяльність ЦПС регламентована наказом Міністерства охорони здоров'я України від 11.06.97 №180 "Про організацію роботи медичних центрів планування сім'ї та репродукції людини". ЦПС забезпечують надання амбулаторної консультативної і лікувально-діагностичної допомоги з питань, пов'язаних з охороною репродуктивного здоров'я сімей, планування сім'ї; профілактику захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ), надання андрологічної допомоги населенню, профілактику, діагностику та лікування безплідності; організацію санітарно-просвітницької та навчальної роботи серед медичних фахівців, соціальних працівників, психологів та педагогів основам планування сім'ї, дитячої гінекології, сексології, андрології.

Регіональні ЦПС відповідають за організаційно-методичну роботу служби планування сім'ї та інших лікувально-профілактичних акушерсько-гінекологічних лікувальних закладів регіону; впровадження сучасних методів профілактики, діагностики лікування розладів і порушень репродуктивної функції; підвищення кваліфікації лікарів різних спеціальностей та середніх медичних працівників з даних проблем; проведення моніторингу за станом здоров'я вагітних груп ризику, ведення реєстру основних показників репродуктивного здоров'я; співпрацю з органами місцевої влади, соціального захисту населення, службою сім'ї та молоді, органами освіти, державними органами реєстрації актів цивільного стану, правоохоронними та іншими органами, засобами масової інформації, організаціями, релігійними конфесіями з питань медико-соціального захисту інтересів і прав сімей та їх членів, репродуктивного здоров'я населення, а також визначення потреб населення області в різних засобах та методах контрацепції.

На IV рівні організацію медичної допомоги з ПС забезпечує Український державний центр планування сім'ї в Інституті педіатрії, акушерства і гінекології АМН України з консультативно-діагностичним стаціонарним відділенням для надання висококваліфікованої спеціалізованої допомоги.

Український державний центр планування сім'ї виконує функції організаційно-методичного центру організації діяльності служби ПС в масштабах України. Крім того здійснює розробку стратегічних напрямків діяльності з питань репродуктивного здоров'я та нормативних положень з питань удосконалення діяльності служби ПС, впровадження міжнародного досвіду, а також рекомендацій ВООЗ; координацію та взаємодію громадських, міжнародних, асоціацій та інших зацікавлених організацій з ПС; надання високотехнологічної амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги з ПС та РЗ; координацію науковими розробками у питаннях репродуктивного здоров'я; аналіз діяльності служби ПС та РЗ та розробку заходів вирішення проблем із зазначених питань; організацію науково-практичних конференцій з питань

репродуктивного здоров'я; підготовку інформаційно-аналітичних матеріалів для урядових структур з метою означення проблем репродуктивного здоров'я населення України та його основних чинників.

Роль приватного сектору в наданні послуг полягає в тому, щоб надавати інформацію та особливі дані населенню та надавачам медичних послуг (див. вище), а також розповсюджувати і реалізувати товари в сфері контрацепції.

Якість послуг у сфері планування сім'ї та репродуктивного здоров'я

Населення має мати доступ до якісних послуг. В цьому розділі розглядаються низку аспектів у наданні послуг, що впливають на спроможність населення вибирати, отримувати та використовувати засоби контрацепції.

З впровадженням в Україні служби планування сім'ї право населення на інформацію і освіту в цій галузі почало задовольнятися значно краще. Обізнаність населення про засоби контрацепції: про презервативи інформовані 99% населення, про ВМС – 95%, про гормональні контрацептиви – 90%, про сперміциди – 61%, про жіночу стерилізацію – 65%, про імплантанти – 19% [15].

Дані про частки жінок, які отримали консультації однієї із служб планування сім'ї після останніх пологів чи абортів, за видами послуг вміщені в табл. 5 [12].

Таблиця 5. Питома вага жінок, які отримали консультації служб планування сім'ї (%)

Вид послуги	Після пологів	Після аборту
З жінкою проведена бесіда про способи запобігання вагітності	25,6	41,1
Жінка виписана з лікарняного закладу з контрацептивом або рецептом на контрацептив	9,1	16,1
Жінка направлена до спеціаліста із застосування контрацепції	4,4	6,8

Джерело: Обстеження репродуктивного здоров'я українських жінок CDC 2001

Однак біля половини жінок потребують консультацій з планування сім'ї. До них належать 52% жінок з незадоволеними потребами. Короткий час, що пройшов після впровадження служби планування сім'ї, недостатній для зміни психології населення, особливо чоловіків, щодо засобів планування сім'ї і т. ін.

Якість послуг з планування сім'ї, перш за все, залежить від пріоритетності цього питання на рівні держави, рівня організації цього виду діяльності в країні, а також від підготовленості медичних спеціалістів щодо методів планування сім'ї.

Існуюча система планування сім'ї не повністю відповідає сучасним вимогам щодо адаптації до структурної перебудови галузі:

- на першому рівні надання медичної допомоги до роботи по плануванню сім'ї не залучаються сімейні лікарі, недостатньо за рівнем кваліфікації медичних спеціалістів

проводиться післяабортне та післяпологове консультування з питань застосування контрацепції на рівні жіночих консультацій, гінекологічних та акушерських відділень, недостатньо здійснюється робота по планування сім'ї медичними генетиками, практично не залучаються до роботи в сфері збереження репродуктивного здоров'я неурядові організації.

- Служба планування сім'ї потребує оптимізації на основі принципів системності та функціональної єдності, що дозволить, зберігаючи наявні елементи існуючої системи планування сім'ї, ввести до неї як нові структури, так і нові організаційні технології: на першому рівні дільничні лікарні, лікарські амбулаторії, амбулаторії сімейної медицини з визначенням функцій щодо планування сім'ї, на другому - жіночі консультації, пологові відділення з проведенням післяпологового та післяабортного консультування щодо індивідуального підбору методу контрацепції, на третьому - медико-генетичні центри/консультації, обласні дермато-венерологічні диспансери, Центри профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІД, соціальні служби з консультування у питаннях планування сім'ї, на четвертому - навчальні заклади III-IV рівня акредитації і на кожному - неурядові організації, а також функціонально поєднати їх між собою.
- Забезпечення населення контрацептивами не є пріоритетом для уряду та регіональних адміністрацій;
- Недостатня підготовка надавачів послуг та фармацевтів з питань сучасних методів контрацепції та їх упереджене ставлення до контрацепції як шкідливої для здоров'я;
- Відсутність статусу юридичної особи центрів ПС. Лише в деяких областях центри ПС є самостійними медичними закладами, що недостатньо для формування регіональної політики з питань ПС, а також матеріальних ресурсів для проведення інформаційної роботи (транспорт, дефіцит людських ресурсів), обладнання (лапароскопів, лабораторного) для проведення таких сучасних методів контрацепції як добровільна стерилізація та обстеження на ПСШ.
- Недостатній рівень обізнаності та фінансових можливостей населення обмежує попит на засоби контрацепції, особливо в сільській місцевості.
- На місцевому рівні недостатня обізнаність про проблеми РЗ серед надавачів послуг та decision-makers та про шляхи вирішення цих проблем, зокрема забезпечення населення контрацептивами. Підвищення обізнаності надавачів послуг позитивно вплине на поінформований вибір клієнтів щодо методів контрацепції, та якість послуг в сфері ПС та РЗ, знизить частоту невдач при використанні певного типу контрацепції.

Однією із пропозицій, які було зроблено на національному семінарі з питань забезпечення населення засобами контрацепції, була покращити систему направлень клієнтів між різними рівнями надання допомоги в системі ПС.

Аналіз причин припинення використання методів контрацепції:

Припинення застосування контрацепції свідчить про якість послуг ПС та рівень інформованості населення щодо методів та засобів контрацепції. В Україні рівень припинення застосування контрацепції дуже високий для всіх методів контрацепції. Опитування населення з питань РЗ, проведене в 1999 році, показало, що 29% клієнтів припиняють застосування контрацепції

протягом одного року (для всіх методів). Майже половина всіх користувачів припиняють застосування контрацепції після 3 років. Із п'яти методів, що мають найбільше застосування, найменший рівень припинення застосування належить ВМЗ.[12].

Існує низка причин припинення застосування того чи іншого методу контрацепції. Серед причин припинення застосування ВМЗ були названі такі: дати відпочинок організмові (26%); рішення лікаря (21%); та занепокоєння своїм здоров'ям (16%). Серед жінок, які припинили використовувати презерватив були названі такі основні причини: вагітність (21%); перехід до використання кращого методу (15%); та відмова партнера (12%). Серед жінок, які припинили використовувати оральні контрацептиви, були названі такі основні причини: дати відпочинок організмові (21%); побочні ефекти (12.5%); та занепокоєння своїм здоров'ям (12%) [12]. Особливе занепокоєння викликає така причина як «дати відпочинок організмові», оскільки вона не має медичного підґрунтя. Вищенаведені причини мають враховуватися під час проведення освітніх заходів для надавачів послуг, які повинні призначати методи контрацепції та надавати повну інформацію про них клієнтам.

Частота невдач певного методу визначається як вірогідність настання вагітності при застосуванні конкретного методу контрацепції. Дослідження CDC 1999 р. виявило, що в середньому приблизно 9% жінок, що застосовували контрацепцію в 1999 р. завагітніли при застосуванні певного методу протягом одного року після початку його застосування. Після трьох років застосування цей показник зріс до 19% для всіх методів. Звичайно, частота невдач при застосуванні сучасних методів менша, ніж при застосуванні традиційних. Частота невдач при застосуванні ВМЗ коливалася від 1,4% протягом року та 3,5% протягом трьох років; для оральних контрацептивів - від 5,9% протягом одного року до 13,2% протягом трьох років; і для презервативів від 7,1% до 18,7% [12]. Необхідно врахувати це в процесі стратегічного планування: посилення розповсюдження інформації серед клієнтів та надавачів послуг може сприяти підвищенню ефективності контрацепції.

Доступність послуг у сфері контрацепції

Загальновідомо, що жителі сільської місцевості не мають повноцінного доступу до послуг з планування сім'ї, а також можливостей задовольнити їх в обласних ЦПС. Створені кабінети ПС у районних поліклініках працюють ще не досить ефективно, а тому не можуть ефективно задовольнити потреби населення у плануванні сім'ї

Відомим також є те, що сільські жителі не мають повного доступу до послуг ПС та змушені звертатися до центральних районних лікарень або Центрів ПС для отримання необхідних методів контрацепції. Тобто доступність методів контрацепції в сільській місцевості є обмеженою. Міське населення має також доступ до методів, що забезпечуються приватним сектором, в той час як доступ сільського населення до них є обмеженим.

Рівень кваліфікації лікарів також обмежує доступ до контрацепції, оскільки сімейним лікарям не вистачає підготовки в сфері ПС і лише їм дозволяється надавати такі послуги. Крім того, лікарі первинної акушерської та гінекологічної допомоги, робітники лікарень та аптек потребують підвищення кваліфікації з питань сучасної контрацепції. За рекомендаціями ВООЗ щодо індивідуального призначення засобів контрацепції, надавані послуги мають брати до уваги наступне:

- шляхом надання повноцінної інформації щодо сучасних видів контрацепції;
- відповідно стану здоров'я пацієнтки чи подружжя;
- відповідно віку пацієнтки чи подружжя;
- відповідно репродуктивних планів;
- відповідно поінформованого бажання;
- відповідно матеріальних можливостей придбати той чи інший вид контрацепції.

Такий підхід вимагає постійної підготовки спеціалістів в обласних центрах ПС з тим, щоб лікарі отримувала найостаннішу інформацію.

Внаслідок обмеженого доступу до послуг в сфері ПС в сільській місцевості, 17 листопада 2004 року Кабінет Міністрів України видав постанову №1570 “Про затвердження Правил торгівлі лікарськими засобами в аптечних закладах”, в якому говориться, що у разі відсутності аптеки у сільській місцевості роздрібна торгівля лікарськими засобами за переліками, що встановлюються МОЗ може здійснюватися, фельдшерськими, фельдшерсько-акушерськими пунктами, сільськими лікарськими амбулаторіями на підставі договорів, укладених з аптекою за письмовим погодженням органів місцевого самоврядування. Відповідальність за функціонування системи забезпечення якості лікарських засобів у сільській аптеці може покладатися на підготовлену з питань ПС особу із середньою фармацевтичною освітою.

Ще одна проблема доступності – те, що в Україні немає цільового механізму розподілу засобів контрацепції. В законодавстві (постанова КМУ від 17 серпня 1998 р. №1303 “Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями населення”) лише говориться про певні категорії жінок, яким видаються контрацептиви (жінки з протипоказаннями вагітності, жінки, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АС та підлітки); але це носить все декларативний характер, оскільки немає механізму цільового розподілу для розподілу і фінансування контрацептивних товарів.

Асортимент та джерело методів контрацепції

На контрацептивному ринку України представлений широкий асортимент методів контрацепції: оральні контрацептиви, ВМЗ, презервативи, ін'єкційні гормональні засоби, сперміциди та методи жіночої/чоловічої стерилізації. Однак, в містах асортимент методів контрацепції набагато ширший, ніж у сільській місцевості внаслідок більшого попиту на засоби контрацепції в містах, вищий рівень обізнаності та платоспроможності міського населення.

Джерело методів контрацепції

Джерела розповсюдження трьох найбільш популярних методів (оральні контрацептиви, ВМЗ та презервативи) наведені в таблиці 6. В державному секторі більшість методів контрацепції надаються через жіночі консультації, аптеки є головним джерелом видачі оральних контрацептивів та ВМЗ. Аптеки забезпечують трохи більше половини користувачів презервативами. Майже всі ВМЗ розповсюджуються через медичні заклади, оскільки лише лікарі мають право здійснювати процедуру введення ВМЗ. Презервативи переважно розповсюджуються через аптеки та інші заклади, наприклад, жіночі консультації та фармацевтичні кіоски[12].

**Таблиця 6. Розподіл користувачів сучасними засобами контрацепції
(за методом та джерелом) (%)**

Джерело	ОК	ВМЗ	Презервативи
Жіночі консультації, в тому числі центри ПС	39,3	66,0	10,0
Аптека (різної форми власності)	34,6	3,7	56,6
Лікарня	6,6	20,4	2,1
Аптечний кіоск	1,7	0,1	7,3
Пологовий будинок	2,1	5,3	0,5
Приватна клініка	1,0	0,4	0,3
Центр материнства та дитинства	0,4	0,1	0,4
Інші	15,7	4,4	22,8
Всього	100,0	100,0	100,0

Source: 1999 Ukraine Reproductive Health Survey, CDC 2001

Обмежена наявність в приватному секторі продуктів в сфері РЗ є результатом нестачі фармацевтичних кіосків в сільській місцевості, недостатньою обізнаністю населення про сучасні методи контрацепції та вартістю контрацептивів. Комерційні джерела пропонують різноманітні методи контрацепції в залежності від виробника або компанії, яку вони представляють на Україні. Узагальнених даних про продажі контрацептивних товарів в Україні немає. Однак, за різними джерелами інформації було встановлено, що на приватному ринку існує 35 типів контрацептивів.

За даними вибіркового дослідження ДЕЛИВЕР/Джон Сноу Инк. у 2004 р. фармацевтичний сектор достатньо представлений в Україні і складається із приватних фірм та приватизованих державних аптек. Ціна на контрацептивні засоби підвищується зазвичай не більш, ніж на 15-20% у рік. Деякі приватні аптеки пропонують дисконтну картку для регулярних клієнтів, які отримують 5-15% скидки [17].

Наявність засобів контрацепції на ринку

Забезпечення державних медичних закладів контрацептивами здійснювалось за рахунок закупівлі ВМЗ закладами охорони здоров'я та гуманітарних поставок донорів, але останнім часом ця допомога припинена. Тому на сьогодні в державних центрах ПС наявна недостатня забезпеченість контрацептивами.

Для покращення забезпечення населення засобами попередження не планованої вагітності, певні види контрацептивів (логест, жанін, депо-провера, мерсілон) були включені до національного Перелік ліків вітчизняного та закордонного виробництва, які медичні заклади можуть закуповувати їх, використовуючи кошти місцевого бюджету. Це дає можливість керівникам медичних закладів планувати ці типи контрацептивів.

Підготовка кадрів з питань ПС

Однією із основних проблем в сфері ПС в Україні є недостатній рівень підготовки серед медичних працівників. Наказом Міністерства охорони здоров'я від 20.09.93 № 208 "Про затвердження тимчасових кваліфікаційних характеристик фахівців з лікарських спеціальностей" серед інших загальних знань і навичок, визначених кваліфікаційною характеристикою лікаря фахівця з спеціальності акушерство і гінекологія, передбачена необхідність знати і вміти застосовувати сучасні методи запобігання небажаній вагітності, здійснювати санітарно-просвітницьку роботу (в тому числі пропагування знань щодо методів запобігання небажаній вагітності). Цим наказом затверджено також і кваліфікаційну характеристику лікаря зі спеціальності дитяча та підліткова гінекологія. Серед загальних навичок такого спеціаліста зазначено необхідність проведення санітарно-освітньої роботи серед батьків і підлітків. Однак, чітко сформульовані вимоги щодо, скажімо, знання і вміння - застосувати сучасні методи запобігання небажаній вагітності, у даній кваліфікаційній характеристиці відсутні.

Кваліфікаційні вимоги до середніх медичних працівників, діяльність яких пов'язана з наданням акушерсько-гінекологічної допомоги, встановлено Інструктивно-методичними вказівками з атестації середніх медичних працівників, що є одним з додатків до наказу Міністерства охорони здоров'я від 23.10.91 № 146 "Про атестацію середніх медичних працівників". Даний додаток містить серед інших кваліфікаційні вимоги до фельдшерів і акушерок (фельдшер швидкої допомоги, фельдшер, акушерка стаціонару, акушерка жіночої консультації). Необхідність наявності навичок, пов'язаних з плануванням сім'ї та охороною репродуктивного здоров'я, передбачено лише кваліфікаційними вимогами до акушерки жіночої консультації (знання сучасних засобів контрацепції, санітарно-освітня робота з пропаганди здорового способу життя, профілактики незапланованої вагітності, СНІДу).

Підготовка спеціалістів з питань призначення та використання контрацепції здійснюється на додипломному рівні, в т.ч. інтернатурі, хоча не на достатньому рівні.

На рівні післядипломної освіти у програмі передатестаційного циклу не визначені питання ПС. Лише у вигляді тематичного циклу "Питання профілактичної перинатології та планування сім'ї", розрахованого на 156 годин для вузького кола спеціалістів.

Підготовка акушерок на рівні додипломної освіти здійснюється протягом 648 годин, в питаннях акушерства та гінекології - 243 години, з них 54 години по ПС. На рівні післядипломної освіти в рамках передатестаційного циклу питанням планування сім'ї присвячено лише 8 годин.

Міжнародне партнерство (тренінги):

Значним внеском у підготовку кадрів з питань ПС стала підготовка спеціалістів на тренінгах в рамках міжнародного партнерства.

- В 1995-2000 роках Фонд народонаселення ООН технічно підтримував спільно з підготовленими українськими спеціалістами тренінги для 4 000 спеціалістів з питань ПС. Три тисячі з цих спеціалістів - це акушери-гінекологи. Внаслідок змін, що відбулися в асортименті методів контрацепції, та змін кадрового потенціалу системи ПС, є потреба у поновленні такої підготовки.

- Питанням підготовки спеціалістів займаються також фармацевтичні компанії на цільових семінарах. Фармацевтичною компанією Шерінг за спільною угодою з Київською медичною академією післядипломної освіти за період з 1996 по 2004 роки підготовлено 10859 лікарів, провізорів та студентів 6 курсу (6004 лікарів акушерів-гінекологів, 875 сімейних лікарів, 779 лікарів ендокринологів, 1428 студентів, 1773 провізорів) з питань планування сім'ї. Фармацевтичною компанією Органон: у 2004 р. підготовлено в індивідуальних бесідах 2000 лікарів акушерів-гінекологів. Здійснено більше 150 виступів на лікарських конференціях. Проведено 15 мініконференцій.
- У 1999 р. у розрахунку на кожного лікаря акушера-гінеколога України (більше 12 тис.) розповсюджено Керівництво по плануванню сім'ї, у якому детальним чином на основі рекомендацій ВООЗ надається інформація щодо сучасних підходів до організації роботи з планування сім'ї на всіх її рівнях, а також здійснений системний огляд сучасних методів контрацепції із зазначенням питань профілактики ускладнень та випадків "контрацептивних невдач".

З метою уніфікації надання консультативно-медичної допомоги з питань планування сім'ї та підвищення кваліфікації спеціалістів, які займаються наданням послуг з ПС, в Україні розроблені і впроваджені стандарти (нормативи) планування сім'ї, затверджені наказами МОЗ України.³ Цими стандартами передбачена необхідність проводити обов'язкове післяабортне та післяпологове консультування з питань попередження небажаної вагітності шляхом контрацепції. В клінічних протоколах з питань ПС передбачена необхідність надання повної інформації про практики призначення конкретних методів контрацепції, їх застосування, реєстрацію та зберігання. Однак, ці стандарти ще не втілені в життя.

3. Логістика

Якісні послуги, які дають можливість клієнтам вибирати, отримувати та використовувати контрацептиви, потребують такої системи логістики, що розповсюджує контрацептиви ефективно і надійно на всіх рівнях. Важливо визначити потужність існуючої системи розповсюдження контрацептивів для того, щоб зрозуміти її майбутні потреби. В Україні існують дві системи забезпечення контрацептивами державного сектору. Перша система – вертикальна, в рамках МОЗ розподіл гуманітарної допомоги від донорів. Друга система, Укрмедпостач – напівдержавний український поставник медикаментів та товарів медичного призначення, який займається розвезенням більшості медикаментів, закуплених за кошти державного бюджету [17].

³ Наказ МОЗ #503 (28.12.03) "Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні"; Наказ МОЗ #620 (29.12.2003) "Про організацію стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні"; Наказ МОЗ #582 (15.12.2003) "Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги".

4. Прогнозування та закупівля контрацептивів

Для того, щоб населення могло вибирати, отримувати та застосовувати контрацептивні товари в системі спочатку велике значення має прогноз потреб населення у цих засобах та механізм забезпечення.

Прогнозування

В Україні прогнозування потреби в засобах контрацепції завчасно не проводиться по причині обмеженого фінансування галузі охорони здоров'я та відсутності підготовки спеціалістів з питань логістики. Прогнозування потреб у контрацептивах здійснюють регіональні Центри планування сім'ї, яка подається до місцевих органів охорони здоров'я та МОЗ України. Відповідальним за прогнозування необхідних видів та кількості контрацептивів є МОЗ України на основі інформації регіональних ЦПС.

В Україні використовується декілька джерел даних для розрахунку потреби: демографічні дані та дані соціологічних опитувань (невикористання контрацептивів, використання традиційних методів, планування пологів і т.п.), а також службову статистику (рівень абортів, небажаної вагітності, кількість користувачів контрацептивами). Спеціальної системи прогнозування кількості та асортименту контрацептивів в Україні не розроблено.

Одним із заходів щодо забезпечення населення контрацептивами є співпраця приватного сектору з центрами ПС в розповсюдженні методів контрацепції, тобто щомісяця представники приватного сектору в деяких регіонах збирають інформацію про наявність різних типів контрацептивів в центрах ПС або про замовлення центрами ПС конкретних контрацептивних товарів. Таким чином, для задоволення попиту в регіоні формується адекватний контрацептивний ринок.

Закупівля контрацептивних товарів

Не дивлячись на пріоритетність питань охорони материнства в Україні та планування сім'ї, а також впровадження Національної програми планування сім'ї, державна закупівля контрацептивів на сьогодні не здійснюється. На прикладі закупівлі інших видів лікарських засобів та предметів медичного призначення є чіткий механізм його здійснення: формування спеціалістами МОЗ обґрунтованого рішення щодо необхідності закупівлі того чи іншого виду лікарських засобів, розрахунки вартості вносяться до плану бюджету наступного року. Існуючий механізм закупівлі препаратів наступний: за умови виділення коштів готується техніко-економічне обґрунтування (ТЕО) закупівлі лікарських засобів, яке подається до Тендерного комітету МОЗ. У визначеному порядку на тендерній основі здійснюється визначення конкретного виду лікарських засобів у відповідності з ТЕО та висновку експертної комісії. У разі закупівлі контрацептивів за державні бюджетні кошти, вказаний механізм може застосовуватись.

Розподіл

В системі постачання контрацептивів існує чотири рівні:

- I. Український центр планування сім'ї.
- II. Заклади охорони здоров'я республіканського, обласного значення.
- III. Заклади охорони здоров'я міського та районного рівня.
- IV. ФАПи, сільські лікарські амбулаторії.

Система доставки контрацептивів з моменту надходження його після процесу розмитнення може складати 2-4 тижні. Умови зберігання контрацептивів в системі є адекватними для забезпечення зберігання всієї продукції, що надходить. Відповідно до статті 19 Закону України № 123/96 "Про лікарські засоби" та постанови КМУ від 17.11.2004 № 1570 "Про затвердження Правил торгівлі лікарськими засобами в аптечних закладах" визначено забезпечення дотримання визначених МОЗ загальних та специфічних умов зберігання лікарських засобів відповідно до їх складу, фізико-хімічних властивостей, впливу навколишнього середовища та інших факторів; забезпечення належної схоронності лікарських засобів. Суб'єкт господарювання, який провадить діяльність з роздрібною торгівлею лікарськими засобами, повинен: забезпечити наявність усіх необхідних приміщень, устаткування та обладнання для належного зберігання та реалізації лікарських засобів.

Система доставки контрацептивів в Україні передбачає розроблення чіткого графіку розповсюдження засобів контрацепції профільним управлінням МОЗ України у відповідності пропорційної кількості жінок репродуктивного віку у регіоні. До регіонів направляється прозорий план розподілу (із висвітленням кожного регіону) для організації транспортування контрацептивів до місця призначення. У регіонах розподіл здійснюється за таким же механізмом. Транспортні умови забезпечують регіональні органи охорони здоров'я у відповідності до умов зберігання відповідних лікарських засобів.

До стратегічного плану забезпечення контрацептивами включаються також питання зворотного зв'язку в межах існуючої інфраструктури. Дані про наявні запаси контрацептивів та рівень їх споживання збираються під час щорічних звітів про діяльність центрів планування сім'ї, а також як звітні форми про використання гуманітарної допомоги. Обласні ЦПС також отримують інформацію від регіональних служб щодо наявності контрацептивів та рівень їх використання населенням.

В Україні впроваджена в 5 областях менеджмент-інформаційна система (МІС) за підтримки ФН ООН, яка передбачає мати дані про наявні запаси контрацептивів та рівень їх споживання, вони використовуються для замовлення та доставки засобів контрацепції на всіх рівнях. З 2005 р. МІС впроваджується в усіх регіонах України.

Регламентация якості товару або його придатності до використання здійснюється відповідно до постанови КМУ від 17.11.2004 № 1570 "Про затвердження Правил торгівлі лікарськими засобами в аптечних закладах", якою визначено мати план термінових дій для відкликання у разі потреби лікарських засобів з продажу, а також зберігати протягом не менше трьох років документи, що засвідчують факт купівлі або продажу із зазначенням дати, назви, кількості та серії отриманого та поставленого лікарського засобу, інформації про покупця (постачальника) та реквізитів його ліцензії; мати план термінових дій для зупинення торгівлі неякісними та фальсифікованими лікарськими засобами, вилучення у разі потреби лікарських засобів з продажу та вжиття відповідних заходів щодо повернення зазначених лікарських засобів постачальнику (виробнику) або їх знищення (утилізації).

Питанню посилення потужності державного забезпечення контрацептивами на рівні галузі охорони репродуктивного здоров'я приділяється чільна увага: удосконалення нормативної бази, цільові заходи на рівні міжнародних донорських організацій, а також завдяки удосконаленню інфраструктури системи надання медичної допомоги з питань РЗ та ПС та постійній інформаційній кампанії протягом впровадження Національних програм з питань ПС та РЗ.

Регуляція зазначених питань у приватному секторі відбувається за рахунок попиту щодо певних видів контрацепції та рівня реалізації засобів. На обмеження наявності продукції з РЗ у приватному секторі впливає недостатність аптечних кіосків у сільській місцевості та недостатня інформованість населення щодо сучасних методів контрацепції. Потребує також підвищення кваліфікації кадрів: сімейних лікарів, педіатрів, акушерів-гінекологів, гінекологів дитячого та підліткового віку, фельдшерів, акушерок.

5. Державна політика у сфері ПС

Система ПС – є наймолодшою підсистемою системи охорони здоров'я України. Вона була створена в 1995 році – році, коли Кабінет Міністрів ухвалив Національну програму планування сім'ї. Це відбувалося на тлі демографічної, економічної кризи та погіршення здоров'я населення, з метою вирішення проблем в сфері РЗ, які набули державної важливості. Репродуктивне здоров'я є важливим фактором в забезпеченні сприятливо демографічної перспективи для країни, що важливою передумовою демографічного, а відповідно і соціально-економічного потенціалу українського суспільства

Вплив законодавчо-нормативної бази на систему ПС

На надання послуг у сфері планування сім'ї впливають наступні політики:

1. Указ Президента України “ Про Національну програму “Репродуктивне здоров'я 2001-2005”, яким визначено сприяння розширенню мережі служб планування сім'ї, дитячої підліткової гінекології та оснащенню їх необхідним обладнанням. Наказом МОЗ України від 28.04.2001 № 159/27 “Про затвердження плану реалізації заходів щодо забезпечення виконання Національної програми “Репродуктивне здоров'я 2001-2005” визначено завершення організації кабінетів планування сім'ї районного рівня та забезпечити їх оснащення і створення служби дитячої та підліткової гінекології в усіх областях України; забезпечення Центрів планування сім'ї та служб дитячої та підліткової гінекології кадрами.
2. Постанова КМУ від 17 серпня 1998 р. №1303 “Про впорядкування безоплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями населення”, якою визначається безкоштовне забезпечення контрацептивами жінок груп високого ризику виникнення ускладнень вагітності та пологів, жінок, що постраждали від наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, молоді віком до 18 років
3. Указом Президента України від 03.01.2002 № 5/2002 “Про заходи щодо заохочення народжуваності в Україні”, розпорядженням КМУ від 1 липня 2002 р.

№ 355-р “Комплексні заходи щодо заохочення народжуваності на 2002-2007 роки” та наказом МОЗ України від 29.07.2002 № 294/60 “Про затвердження плану виконання комплексних заходів щодо заохочення народжуваності передбачено оснащення центрів планування сім’ї сучасними апаратами ультразвукової діагностики.

4. Постанова Кабінету Міністрів України від 17.11.2004 № 1570 "Про затвердження правил торгівлі лікарськими засобами в аптечних закладах" з метою удосконалення медикаментозного забезпечення населення та наказ 25.11.2004 № 569 МОЗ України “Про затвердження обов'язкового мінімального асортименту лікарських засобів для аптек” вимагає наявності в аптечній мережі згідно з переліком необхідного асортименту лікарських засобів, до якого входять і контрацептиви
5. Постанова Кабінету Міністрів України від 16.11.2002 р. № 1740 “Про затвердження порядку здійснення добровільного медичного обстеження осіб, які подали заяву про реєстрацію шлюбу” передбачає впровадження порядку проведення обстеження майбутніх подружніх пар з метою попередження захворюваності, в т.ч. вроджених вад та спадкової патології у майбутньої дитини.
6. Міжгалузєва програма “Сільська жінка”, затверджена спільним наказом Державного Комітету України у справах сім’ї та молоді, Міністерства праці та соціальної політики, Міністерства охорони здоров’я, Міністерства аграрної політики, Міністерства освіти та науки України від 27.09.2002 №656/312/498/530/360 “Про затвердження включає заходи щодо проведення семінарів для підготовки фахівців центральних районних та дільничних лікарень, сільських лікарських амбулаторій, фельдшерсько-акушерських пунктів з питань планування сім’ї, статевого виховання, а також надання молодим дівчатам і жінкам психологічної, соціально-педагогічної, консультативної допомоги з питань планування сім’ї та збереження репродуктивного здоров’я через діяльність центрів сім’ї – “Родинний дім”, сімейних клубів, батьківських шкіл, шкіл молодого подружжя, консультативних пунктів тощо
7. У наказі МОЗ України від 29.12.2002 №503 “Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні” зазначено введення на I етапі системи ПС ЛПЗ, де передбачені посади сімейного лікаря з виконанням функцій з питань ПС, що поліпшить доступність населення до послуг з ПС. Визначено Проведення обов'язкового післяабортного консультування з питань ПС та індивідуального підбору методу контрацепції в ЖК або в гінекологічному відділенні шляхом кваліфікованого призначення засобів контрацепції та застосування їх згідно з сучасними вимогами ВООЗ: індивідуального підбору для кожної особи, а також затверджено Положення про Центри планування сім’ї з новими функціями. Нові завдання та функції з питань ПС нормативно визначені у положеннях про посади та родопомічні лікувальні заклади I,II, та III рівнів системи ПС: про ФАП та акушерку ФАПу, про жіночу консультацію та основні посади, про акушерські та гінекологічні відділення і їх посади
8. Наказ від 29.12.2003 № 620 “Про організацію стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні” включає Методичні “Рекомендації щодо післяабортного та післяпологового консультування”: при виписці з акушерського стаціонару в епікризі та обмінній карті зазначається конкретний для кожної породіллі метод контрацепції. Породіллі також

забезпечується інформацією щодо лікувально-профілактичних закладів у регіоні, де можна отримати індивідуальне консультування з питань планування сім'ї

9. Наказ МОЗ України від 11.06.97 №180 “Про організацію роботи медичних центрів планування сім'ї та репродукції людини” регламентує діяльність Центрів планування сім'ї.
10. Наказ МОЗ України та АМН України від 31.12.2003 № 641/84 “Про удосконалення медико-генетичної допомоги в Україні”, яким передбачено включення до діяльності ЛПЗ з медичної генетики функцій з питань ПС, зокрема пре концепційна підготовка до вагітності, обстеження майбутніх подружніх пар на наявність медико-генетичної патології.
11. 11. Наказ МОЗ України від 15.12.2003 № 582 “Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги” затверджує клінічний протокол з питань ПС, в якому чітко визначається індивідуальний підхід до вирішення проблем ПС, спрямованих на попередження небажаної вагітності та ІПСШ.

Порядок ліцензування діяльності системи планування сім'ї

Наступні положення регулюють порядок ліцензування системи видачі контрацептивів населенню:

Відповідно до постанови КМУ від 17 листопада 2004 р. N 1570 “Про затвердження Правил торгівлі лікарськими засобами в аптечних закладах” оптова та роздрібна торгівля лікарськими засобами здійснюється на підставі ліцензій, одержаних суб'єктами господарювання відповідно до законодавства. Оптова та роздрібна торгівля лікарськими засобами без наявності ліцензії забороняється.

При проведенні ліцензування діяльності акушерів-гінекологів відповідно до наказу МОЗ України питання планування сім'ї включені до загального пакету акушерсько-гінекологічної допомоги для лікарів, які працюють у ЛПЗ приватної форми власності. Обмежень у видачі контрацептивів населенню немає, розповсюдження контрацептивів здійснюється з дотриманням умов реєстрації контрацептиву на території України.

Не врегульована на сьогодні діяльність громадських організацій щодо надання послуг з ПС при наявності в НУО медичного фахівця, що потребує вивчення та розробки нових механізмів впливу на профілактику абортів та співпраці у цій діяльності з державними установами.

Можливості щодо надання послуг з ПС конкретним медичним персоналом визначені наказами МОЗ України № 503 та № 620. Консультування щодо видів та методів контрацепції можуть проводити сімейні лікарі, лікарі акушери-гінекологи, гінекологи дитячої та підліткової гінекології та акушерки. Призначення того чи іншого виду контрацепції здійснює лише лікар з дотриманням стандартів надання медичної допомоги. Введення ВМС здійснюється лише лікарським персоналом.

Система управління інформацією з питань ПС

В Україні проводиться щорічний моніторинг діяльності служби ПС за інформацією регіональних Центрів планування сім'ї, а також офіційна щорічна статистична звітність щодо використання внутрішньоматкових та гормональних контрацептивів. Впроваджена менеджмент-

інформаційна система планування сім'ї у Дніпропетровській, Кіровоградській, Вінницькій, Львівській областях з програмним (комп'ютерним) забезпеченням, в якій базовими є питаннями використання контрацепції населенням регіону.

Базові принципи логістики щодо зберігання, застосування в т.ч. контрацептивів для спеціалістів зазначені у наказі Міністерства охорони здоров'я України від 14.05. 2003 р. № 211” Про внесення змін і доповнень до наказів МОЗ України” і визначено зберігання лікарських засобів в аптеках, аптечних пунктах (кіосках) та лікувально-профілактичних закладах здійснюється відповідно до умов зберігання, визначених в інструкціях про медичне застосування цих лікарських засобів. а також викладаються на періодичних семінарах-тренінгах, які проводяться спільно МОЗ з ФН ООН.

6. Фінансування

Закупівля контрацептивів та забезпечення їхньої доступності для тих, кому вони необхідні, потребує адекватного рівня фінансування. Знання основних джерел та шляхів використання коштів, передбачених на закупівлю товарів в сфері РЗ, визначення дефіциту ресурсних, вивчення майбутніх сценаріїв фінансування та розробка заходів забезпечення фінансової безпеки – все це аспекти фінансування в сфері закупівлі контрацептивних товарів. Бажання населення платити та відповідний розподіл ресурсів (сегментація ринку) також впливають на варіанти фінансування.

Поточне фінансування

Опосередкованим свідченням утруднених можливостей сплачувати за контрацептиви широкого загалу населення України може стати аналіз сукупних витрат домогосподарств. Продовольчі товари та харчування (частка витрат, на які є одним із головних індикаторів для оцінки добробуту) лишаються основною і переважаючою статтею споживчих витрат домогосподарств і на сьогодні. Більшість населення витрачає більш, ніж половину свого доходу на харчування, тому у населення обмежені можливості платити за медичні та санаторно-курортні послуги. У 2001 році найменш забезпечені домогосподарства витрачали на медичні та санаторно-курортні послуги 2,7 грн. у місяць (0,9%), домогосподарства з середньодушовими сукупними витратами у місяць нижче прожиткового мінімуму – 7,6 грн. (1,5%), а серед десятої частини найбільш забезпечених домогосподарств витрати на медичні й санаторно-курортні послуги становили 33 грн. (3% сукупних витрат) на місяць. Всі міські домогосподарства витрачали на оплату медичних і санаторно-курортних послуг 2% своїх сукупних витрат, а сільські домогосподарства – 1,1% [13].

Таблиця 7. Вартість контрацептивів, гривни

Назва гормонального контрацептиву	Ціна однієї упаковки	Назва ВМЗ	Ціна
Рігевідон	5.10	Multiload - 250	50.00
Мікрогенон	22.60	Multiload - 375	50.00
Овідон	6.45	Юнона-біо-Т	35.10
Логест	30.65	Назва презервативу	Ціна однієї упаковки (3 презервативи)

Діана	33.45	Sico	7-55
Три-регол	5.50	Vizit	7-55
Ексклютон	21.45	Contex	5-30
Ліндінет	23.00	Masculap	6-45
Новінет	10.01	Гусарские	4-40
Регулон	18.00	Invotex	6-50
Жанін	47.00	Erotica	4-30
Депо-провера	28.00	Презерватив	0-80
Назва	Ціна однієї	Grive	0-74
сперміциду	упаковки		
Фарматекс	28-00	DOTTED	1-65
Патентекс	9-15		
Контрацептин	5-65		
Еротекс	9-15		

Джерело: Н.Я. Жилка 2005 рік.. Медичні та соціально-економічні основи удосконалення служби планування сім'ї та профілактики порушень репродуктивного здоров'я жінок в Україні

В Таблиці 7 наведені результати дослідження цінової політики, для окремих методів, яке проводилося в аптечній мережі країни. (Жилка, 2005 рік).

Середньорічна вартість контрацепції для однієї особи за методом:

- гормональних засобів становить 229 грн.;
- ВМС – 13 грн.;
- презервативів – 181 грн.;
- сперміцидів – 164 грн.

За умови, що прожитковий мінімум для громадянина України в середньому складає на рік 4440 грн (із розрахунку щомісячного прожиткового мінімуму –370 грн.), то витрати на придбання гормональних контрацептивів для ефективного використання складає 5%, ВМС – 0,3%, презервативів – 4,1%, сперміцидів – 3,7%. Ці дані вказують на недостатні фінансові спроможності населення для використання контрацепції, щоби бути ефективною альтернативою абортів, які є основною руйнівною силою репродуктивного здоров'я

За даними соціологічного дослідження жінки в більшості випадків затруднялись із відповіддю щодо витрат на застосування того чи іншого методу контрацепції. Проте різниця серед видів оплати основних методів контрацепції у міській та сільській місцевості не значна (%):

Таблиця 8. Вид оплати пацієнтами контрацептивів

Вид оплати	ОК	ВМК	Презервативи
Гроші (грн.)	82,3	72,4	76,0
Товар або послуги	0,2	1,4	0,3
Безоплатно	16,8	26,1	10,8
Не пам'ятаю, не знаю	0,7	0,1	12,7

В Україні останніми роками відбуваються активні зміни щодо розвитку приватних форм надання медичної допомоги. У лікувально-профілактичних закладах державної форми власності відповідно до ст. 49 Конституції України медична допомога, в т. ч. і щодо призначення контрацепції безоплатна. А в закладах охорони здоров'я приватної форми власності вартість

одного відвідування лікаря амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги становить від 40 до 80 грн (телефонне опитування приватних клінік).

За даними вибіркового дослідження ДЕЛИВЕР/Джон Сноу Инк. у 2004 р. більше половини (57%) жінок, які проживають в сільській місцевості мають низький рівень доходу і для них придбання контрацептивів є труднодоступним. В міській місцевості 2/3 жінок (67%) мають високий рівень достатку і мають більший доступ до контрацепції за рівнем доходу [17].

Одним із методів вивчення рівня доходу є метод опосередковано вивчення наявного майна у респондентів. За результатами вони розподілилися за рівнем доходу:

- нижче середнього рівня доходу – близько 60% (не мали телефону);
- середнього рівня – близько 27% (у яких були відсутні ванна/душ, кольоровий телевізор);
- вище середнього – біля 3% (мали персональний комп'ютер).

За наведеними даними для 60% населення є недоступними сучасні види контрацепції, враховуючи їх вартість на українському ринку [12].

За даними дослідження ДЕЛИВЕР/Джон Сноу Инк. сама бідна (40%) частка населення не може собі дозволити за рівнем доходу ніякий тип контрацептивного засобу, серед наявних на ринку країни, окрім ВМК.

Для населення з середнім рівнем доходу(40%) за ціною може бути доступним, наприклад, Рігевідон як доступний оральний контрацептив, який наявний на українському фармацевтичному ринку.

Для частини населення з високим рівнем доходів (20%) також може бути утрудненою оплата самих дороговартісних типів пероральних препаратів таких як Жанін, Діане-35 та Марвелон. Хоча, такі типи контрацептивів, зокрема завдяки широкій рекламі пропонуються надавачами послуг. Численні дороговартісні пероральні таблетки та презервативи залишаються не доступними особам із середнім рівнем доходів.

Для 60% населення, які отримують доходи, існують можливості для придбання будь-яких типів препаратів [17].

Отримані дані свідчать про необхідність розробки стратегії забезпечення різних верств населення контрацептивами і можуть бути використані для цього.

Державне фінансування

Фінансування закладів охорони здоров'я регулюється Бюджетним кодексом. Бюджет системи охорони здоров'я щорічно формується на основі заявок та пропозицій до плану фінансування видів діяльності. Медичні заклади в Україні фінансуються з державного та місцевих бюджетів. Науково-дослідні установи та деякі медичні заклади третього рівня надання медичної допомоги фінансуються з державного бюджету. Заклади охорони здоров'я третього рівня надання медичної допомоги обласного рівня фінансуються бюджетом області, а першого та другого рівня – районними та муніципальними бюджетами.

В Україні кошти з державного та місцевих бюджетів на фінансування забезпечення контрацептивів не виділяються. Питома вага витрат на РЗ із загального бюджету на охорону здоров'я складає 1,9%. В рамках реалізації національної програми “Репродуктивне здоров'я 2001-2005” фінансування на контрацептиви не передбачалось.

Витрати на ПС пов'язані лише з утриманням ЦПС. Оскільки вони в основному є структурними підрозділами родопомічних лікувальних закладів, то окреме фінансування діяльності ЦПС також не визначається.

У поточному періоді донорські поставки контрацептивів не здійснювались. Основними джерелами контрацептивів є аптечна мережа державної та приватної форми власності, фармацевтичні компанії, донори.

Державний облік таких видатків не здійснюється. Із незалежних джерел інформації (AMS, RMBS, АТ Бізнес-Кредит) відомо, що за 9 міс. 2004 р. з аптечної мережі державної та приватної форми власності реалізовано контрацептивів на 838700 дол. США (4 445 100 грн.), що складає 0,06% державного бюджету (за 9 міс. 2004 р. 7 085 550 000 грн.) та 0,09% з місцевих бюджетів (за 9 міс. 2004 р. 4 990 050 000 грн.).

Статтею 49 Конституції встановлено, що держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування і те, що у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно.

Видатки з державного та місцевих бюджетів у 90% здійснювались на утримання родопомічних закладів та заробітну платню медичним спеціалістам, які в них працюють.

Альтернативні механізми фінансування

Співпраця з міжнародними організаціями та донорами зменшилася в останні роки, як це показано в Таблиці 9.

Таблиця 9. Джерела гуманітарних поставок контрацептивів

Джерело фінансування Контрацептивів	80-ті роки	90-ті роки	Поточний період
Фонд народонаселення ООН	300 тис. \$	300 тис. \$	
Агентство США з Міжнародного Розвитку	700 тис. \$	70 тис. \$	
Інший донор: CDC	176.960 \$		
Фірма Органон		80 тис. \$	
Фірма Шеренг		40 тис. \$	
Фірма Геден-Ріхтер		100 тис. \$	
Комерційний сектор		598,20 грн.	
Інші міжнародні джерела фінансування:	-	-	12790,4 грн.*

* Облік міжнародних джерел фінансування започаткований в МОЗ України з 2004 р.

7. Політика

Національна політика та законодавство

Офіційна демографічна політика визначається демографічною ситуацією в країні. За останні роки демографічна ситуація в Україні вважається кризовою і характеризується таким

явищем, як депопуляція, тобто скороченням чисельності населення в національному масштабі в результаті зниження народжуваності, зростання загальної смертності населення, скорочення чисельності населення працездатного віку, погіршення здоров'я населення та його постаріння.

На фоні соціально-економічного спаду спостерігається систематичне зменшення абсолютних і відносних показників народжуваності і плідності, особливо значне - в міських поселеннях. Рівень народжуваності в Україні знизився з 13,3 осіб на 1000 чоловік населення у 1989 р. до 8,5 у 2003 р.

В умовах різкого зниження народжуваності в Україні проблема репродуктивного здоров'я та планування сім'ї набуває, перш за все, медико-соціальної значимості. З метою подолання негативних тенденцій демографічної ситуації питання вирішення проблем репродуктивного здоров'я та планування сім'ї зазначалися в Національній програмі планування сім'ї 1995 - 2000, затвердженій постановою Кабінету Міністрів України у вересні 1995 року №736 та Національній програмі «Репродуктивне здоров'я 2001-2005», затвердженій Указом Президента України від 26.03.2001 № 203/2001.

Не дивлячись на те, що питання забезпечення контрацептивами останніми роками піднімається на рівні політичних рішень в рамках виконання Національних програм з питань репродуктивного здоров'я, воно має здебільшого декларативний характер у зв'язку із відсутністю державного механізму забезпечення населення контрацептивами по причині відсутності вітчизняного виробництва, окрім деяких видів презервативів:

- презервативи Perfekt (Львівська обл., м. Новояворівськ);
- презервативи латексні («ВІЗИТ УКРАЇНА» м. Київ);

Одним із політичних рішень щодо забезпечення населення контрацептивами є постанова Кабінету Міністрів України від 17.08.98 № 1303 «Про впровадження безплатного та пільгового відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань», яка визначає безкоштовне забезпечення контрацептивами жінок груп високого ризику виникнення ускладнень вагітності та пологів, жінок, що постраждали від наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, молоді. Проте з огляду на відсутність державної закупівлі контрацептивів забезпечення цих груп населення відбувається за рахунок гуманітарних поставок.

Наступною політикою вирішення питання щодо підвищення доступності населення до контрацепції є наказ 25.11.2004 № 569 МОЗ України «Про затвердження обов'язкового мінімального асортименту лікарських засобів для аптек», до якого віднесені і гормональні контрацептиви.

На національному рівні вирішується питання можливості забезпечення населення контрацептивами шляхом включення їх до Переліку лікарських засобів, які можуть закуповувати заклади й установи охорони здоров'я, затверджений постанови КМУ від 5 вересня 1996 р. № 1071 «Про порядок закупівлі лікарських засобів закладами та установами охорони здоров'я, що фінансуються з бюджету» та наказом МОЗ України 14.04.2003 № 169 «Про внесення змін до Переліку лікарських засобів вітчизняного та іноземного виробництва, які можуть закуповувати заклади й установи охорони здоров'я, що повністю або частково фінансуються з державного та місцевих бюджетів», до яких включені контрацептиви: мікрогінон, мінізистон, ригевідон, логест, фемоден, тризистон, три-регол, депо-провера.

Регулювання контролю якості контрацептивів

Контроль якості контрацептивів регламентований наступними законодавчо-нормативними актами:

- Закон України від 24.02.94 № 4004-ХІІ “Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення (ст.9 та 11) визначає, що державній санітарно-гігієнічній експертизі підлягають субстанції, як хімічні речовини – потенційно небезпечні фактори.

- Закон України від 04.04.96 № 123/96-ВР “Про лікарські засоби”(ст. 17) передбачає ввезення на територію України лікарських засобів, зареєстровані в Україні за наявності сертифікату якості, що видається виробником.

- Указ Президента України від 7 лютого 2003 р. № 91 "Про заходи щодо поліпшення забезпечення населення лікарськими засобами і виробами медичного призначення, а також підвищення ефективності державного управління у цій сфері";

- постанова КМУ від 28 жовтня 2004 р. № 1443 “Про доповнення Порядку визначення країни походження товару, що переміщується через митний кордон України”;

- постанова від 9 листопада 2004 р. № 1497 Про затвердження Порядку державної реєстрації медичної техніки та виробів медичного призначення” визначає Державну реєстрацію медичних виробів здійснює Служба за результатами експертизи та у разі потреби випробувань, що проводяться експертними установами Служба розглядає подані матеріали у порядку, встановленому МОЗ, протягом не більш як 90 днів. Експертною установою за результатами експертизи складається протокол (звіт, висновок), який надсилається Службі або вручається заявникові.

Під час проведення експертизи з метою отримання додаткових даних щодо безпеки, якості та ефективності медичного виробу експертна установа має право вимагати від заявника надання у разі потреби додаткових матеріалів. Час, необхідний для їх підготовки і подання, не включається до строку проведення експертизи. Якщо заявник протягом 30 календарних днів не надасть додаткові документи або не надішле листа з обґрунтуванням строку, необхідного для їх підготовки, експертиза припиняється і державна реєстрація не проводиться. Обсяг та зміст експертизи (випробувань) залежить від ступеня потенційного ризику застосування медичних виробів у медичній практиці. Установлено чотири класи безпеки: I, Іа, Іб та ІІІ. Клас безпеки медичних виробів декларується заявником і підтверджується результатами технічної експертизи.

На підставі розгляду висновків експертизи (випробувань) та рекомендацій дорадчого органу у сфері державної реєстрації Служба приймає рішення про реєстрацію медичних виробів або про відмову в їх реєстрації. Рішення про відмову в державній реєстрації приймається у разі, коли не підтверджуються висновки щодо безпеки, якості та ефективності виробу. Про прийняте рішення Служба у десятиденний строк повідомляє заявника у письмовій формі.

На підставі рішення про державну реєстрацію медичні вироби включаються до Державного реєстру медичної техніки та виробів медичного призначення (далі - Реєстр), що ведеться Службою, а заявнику видається свідоцтво про державну реєстрацію медичних виробів (далі - свідоцтво) за зразком згідно з додатком. Свідоцтво може мати додатки, у яких зазначаються модифікації медичних виробів та комплектувальні вироби. Строк дії свідоцтва до п'яти років. По закінченні строку дії свідоцтва ввезення на територію України, реалізація та використання медичних виробів можливі тільки після їх перереєстрації. Заява про перереєстрацію медичних виробів подається до Служби не раніше ніж за 120 і не пізніше ніж за 90 календарних днів до закінчення строку дії свідоцтва. У разі встановлення або отримання повідомлення про невідомі раніше негативні властивості медичних виробів, виявлені у процесі виробництва та/або застосування, невідповідності в маркуванні, виникнення загрози здоров'ю або життю людини, про відсутність або недостатню якість та

ефективність їх дії порівняно із задекларованою Служба за рекомендацією дорадчого органу приймає рішення про анулювання державної реєстрації або припинення дії свідоцтва на певний строк, що має наслідком заборону (тимчасову заборону) застосування виробів медичних, про що робить відповідну відмітку в Реєстрі та у десятиденний строк письмово повідомляє про це заявника.

Після усунення виявлених негативних властивостей медичних виробів Служба за рекомендацією дорадчого органу може прийняти рішення про поновлення дії свідоцтва. У разі анулювання державної реєстрації або припинення дії свідоцтва кошти, сплачені за проведення робіт, пов'язаних з державною реєстрацією, заявникові не повертаються. У разі припинення робіт, пов'язаних з проведенням експертизи, внаслідок відсутності додаткових матеріалів або листа з обґрунтуванням строків, необхідних для їх підготовки, сплачені кошти заявникові не повертаються.

Заявник сплачує до державного бюджету реєстраційний збір у розмірі: за державну реєстрацію медичної техніки - 50, виробів медичного призначення - 20 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

Ефективність контролю якості здійснюється у відповідності до:

- Закону України від 04.04.96 № 123/96-ВР “Про лікарські засоби” , яким визначено контроль за ввезенням на митну територію України лікарських засобів Державною інспекцією з контролю якості лікарських засобів.
- Указу президента України від 17.08.98 “Про Положення про Міністерство охорони здоров'я України”, постанови Кабінету Міністрів України від 05.06.2000 р. № 917 “Про затвердження Положення про Державний департамент з контролю за якістю, безпекою та виробництвом лікарських засобів і виробів медичного призначення” наказів МОЗ України від 26.09. 2000 № 229 та від 15.10.2003 № 486 “Про внесення змін до наказу МОЗ України від 26.09. 2000 № 229” затверджено “Порядок державної реєстрації виробів медичного призначення в Україні” з доповненням.

Державним департаментом з контролю за якістю, безпекою та виробництвом лікарських засобів (ЛЗ) і виробів медичного призначення (ВМП) та Державною митною службою створена міжвідомча база (МБ) даних, зареєстрованих в Україні ЛЗ в електронному вигляді. Порядок використання цієї МБ, затверджений наказом МОЗ України та Державної митної служби від 08.06.2001 № 224/387. Відсутність ЛЗ у МБ є підставою для відмови у переміщенні його через митний кордон України (лист Держмитслужби України до митниць від 19.07.2001 № 3/10-3555-ЕП).

Наказом МОЗ України від 12.01.2001 №10 затверджений Порядок надання одноразового дозволу на ввезення на митну територію України незареєстрованих виробів медичного призначення”

Наказом МОЗ України від 22.07.1999 № 175 затверджений “Порядок ввезення на територію України лікарських засобів, що надходять у вигляді гуманітарної допомоги”.

Наказом Держмитслужби від 12.07.2004 № 510 затверджений Порядок проведення Держмитслужбою України деталізації товарів в Українській класифікації товарів зовнішньоекономічної діяльності на національному рівні.

Законодавством України врегульована діяльність приватного сектору щодо реалізації контрацептивів. Порядок видачі суб'єктам підприємницької діяльності ліцензій на право здійснення медичної практики, як і ліцензій на право роздрібною реалізації лікарських засобів, регламентується постановою Кабінету Міністрів України від 3 липня 1998 року № 1020 "Про порядок ліцензування підприємницької діяльності" та відповідною інструкцією, затвердженою

спільним наказом Ліцензійної палати при Міністерстві економіки та Міністерства охорони здоров'я України від 22 березня 1996 року № ЛП-6/60.

Громадські організації діють на підставі власних статутів, що не повинні суперечити законодавству про охорону здоров'я, Закону "Про об'єднання громадян" і Закону "Про благодійництво та благодійні організації".

Політики чи інші перешкоди, які обмежують доступ до контрацептивів та їх вибір

1. Згідно з ч.3 ст. 26 Закону "Про лікарські засоби", реклама лікарських засобів в Україні здійснюється відповідно до III розділу ст. 21 Закону "Про рекламу", яка називається "Реклама лікарських засобів, медичної техніки, методів профілактики, діагностики, лікування і реабілітації". У п. 2 зазначено заборону реклами лікарських засобів, які вживаються та розповсюджуються тільки за приписом (рецептом) лікаря або - містять наркотичні або психотропні речовини. Контрацептиви відпускаються за рецептом лікаря, окрім Діане-35, логісту, мерсілону, фарматексу та патентексу, які включені до Переліку лікарських засобів, дозволених до застосування в Україні, які відпускаються без рецепту з аптек та аптечних кіосків, затвердженого Наказом Міністерства охорони здоров'я від 14.05. 2003 р. № 211" Про внесення змін і доповнень до наказів МОЗ України" (лікарські засоби, які не ввійшли до Доповнення, визначеного в п. 1 цього наказу, та Переліку лікарських засобів, дозволених до застосування в Україні, які відпускаються без рецептів з аптек, аптечних пунктів та аптечних кіосків, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25.07.97 № 233 у редакції наказу МОЗ України від 21.05.2002 № 181, здійснюється за рецептами відповідно до Правил відпуску лікарських засобів та виробів медичного призначення з аптек, затверджених наказом МОЗ України від 30.06.94 № 117). Отже, рекламу гормональних контрацептивів для споживачів заборонено, окрім реклами рецептурних лікарських засобів, що призначена для медичних і фармацевтичних працівників та тих видів контрацепції, що відпускаються без рецепту.

Необхідно зазначити, що при вирішенні питання щодо включення лікарських засобів до Переліку бралися до уваги безпечність та ефективність ліків, досвід їх використання в Україні. У зв'язку з тим, що процес реєстрації лікарських засобів безперервний, для вирішення питання віднесення ліків, що не включені до даного Переліку чи до Переліку лікарських засобів, дозволених до застосування в Україні, які відпускаються за рецептами, необхідно звертатися до Державного фармакологічного центру МОЗ України.

На виконання статті 26 Закону "Про лікарські засоби" та статті 20 Закону "Про рекламу" Міністерство охорони здоров'я наказом від 10 червня 1997 року № 177 затвердило Порядок погодження інформації, яка може міститися в рекламі лікарських засобів для дітей і підлітків, та видачі дозволу на рекламування лікарських засобів для дітей і підлітків. Розділ 2 ("Загальні обмеження щодо реклами лікарських засобів для дітей і підлітків", пункт 2.1) також забороняє рекламу лікарських засобів, які вживаються та поширюються за рецептами лікарів. Такий стан справ є перешкодою до поінформованості споживачів щодо гормональних контрацептивів.

Не встановлено лише обмежень реклами презервативів та інших механічних контрацептивів.

2. Однією із перешкод застосування гормональних контрацептивів є те, що їх застосування розцінюється як здійснення медичного втручання. Під медичним втручанням згідно з частиною першою статті 42 Основ законодавства України про охорону здоров'я визначається застосування методів діагностики, профілактики або лікування, пов'язаних з

впливом на організм людини. Згідно з статтею 43 вказаних Основ, для застосування медичного втручання потрібна згода об'єктивно інформованого дієздатного пацієнта. Для осіб, які не досягли 15-річного віку чи був визнаний судом недієздатним або за фізичним станом не може повідомити про своє рішення, медичне втручання не можливе без згоди батьків або інших законних представників пацієнта. Щодо осіб віком від 15 до 18 років чи визнаних судом обмежено дієздатними, таке втручання проводиться за їх згодою та згодою їх батьків або інших законних представників.

3. Наступною перешкодою є те, що для жінок, які проживають у сільській місцевості, деякі види контрацептивів є менш доступними, ніж для тих, що проживають у містах. Щоб вирішити питання про встановлення внутрішньоматкового контрацептиву, жінці, яка проживає у селі, де відсутній лікар-гінеколог, необхідно звертатися до лікарні в іншому населеному пункті, де є такий спеціаліст (сімейні лікарі, фельдшери і акушерки не виконують такої процедури). Те ж може стосуватися й гормональних контрацептивів, що відпускаються за рецептом лікаря.

4. Наказ МОЗ України від 07.02.97 № 25 Про затвердження Державного гігієнічного нормативу "Перелік речовин, продуктів, виробничих процесів, побутових та природних факторів, канцерогенних для людини", до яких віднесені естрогенвміщуючі оральні контрацептиви.

5. Перешкодами доступу населення до контрацептивів в Україні можна вважати:

- недостатню інформованість населення щодо контрацептивів як методу попередження небажаної вагітності: від 30% до 50% жінок інформовані щодо сучасних методів контрацепції. Проте 30% опитаних жінок у 2003 р. затруднялись з відповіддю щодо впливу контрацепції на стан здоров'я. По причині недостатньої інформованості 40% жінок і 20% чоловіків (партнерів) не бажають використовувати контрацепцію.

- відсутність навчальних програм з питань планування сім'ї. Питання контрацепції розглядаються як інформація;

- недостатня підготовка медичних фахівців щодо питань планування сім'ї, зокрема контрацепції. Лише 5 годин приділяється питанням ПС із 1404 годин підготовки лікаря акушера-гінеколога на додипломному рівні;

- висока вартість контрацептивів, за даними соціологічного дослідження 10% жінок вказали на відсутність доступних методів контрацепції

упередженість населення і деякої частки медичних фахівців щодо шкідливого впливу на стан здоров'я: із проведеного соціологічного дослідження 25% вважають, що контрацептиви мають негативний вплив на стан здоров'я [3].

Податкове та митне регулювання ринку контрацептивів

- Хоча гормональні контрацептиви та сперміциди звільнені від ввізного мита, на презервативи пільгова і повна ставки ввізного мита становлять відповідно 5 та 10 відсотків митної вартості. (яка ця пільгова ставка?)⁴

⁴ Згідно з Законом України від 21.05.2001 р. "Про митний тариф України" хімічні фармацевтичні засоби виготовлені на основі гормонів та сперміцидів, що ввозяться на митну територію України, звільнені від ввізного мита. Виняток становлять презервативи (входять до групи 40 "Каучук і гумові вироби", код 4014 "Вироби гігієнічні і фармацевтичні з вулканізованої гуми"), для яких встановлена пільгова і повна ставки ввізного мита.

- Згідно з підпунктом 5.1.7 статті 5 Закону України "Про податок на додану вартість", від оподаткування цим податком звільнено операції з продажу лікарських засобів та виробів медичного призначення, зареєстрованих в Україні у встановленому законодавством порядку (в тому числі надання послуг з такого продажу аптеками). Підпунктом 5.1.8 від цього Закону звільнено надання послуг з охорони здоров'я закладами охорони здоров'я, які мають ліцензію на надання таких послуг. Як випливає з постанови Кабінету Міністрів України від 5 жовтня 1998 року № 1602, виданої відповідно до підпункту 5.1.8 зазначеного вище Закону, послуги з планування сім'ї та охорони репродуктивного здоров'я не становлять винятку.

- Відповідно до Закону України "Про гуманітарну допомогу" та наказу МОЗ України від 07.12.2004 № 873 "Про внесення змін і доповнень до наказу Держмитслужби України від 09.07.97 № 307 (до дод.6 наказу Держмитслужби №307 від 09.07.97 "Про затвердження Інструкції про порядок заповнення вантажної митної декларації") визначені пільги у вигляді звільнення від обкладення товарів увізним митом гуманітарної допомоги у грошовій або натуральній формі, яка ввозиться або пересилається в Україну та лікарських засобів, зареєстрованих в Україні в установленому порядку.

- Постановою Кабінету Міністрів України від 17 грудня 2003 р. N 1949 затверджений перелік лікарських засобів та виробів медичного призначення, операції з продажу яких звільнюються від обкладення податком на додану вартість, до якого входять оболонкові (презервативи) препарати та внутрішньоматкові контрацептиви відповідно до деталізації товарів в Українській класифікації товарів зовнішньоекономічної діяльності (УКТЗЕД) на національному рівні, порядок проведення якого затверджений наказом Державної митної служби від 12.07.2004 № 510 на виконання Митного кодексу України й постанови Кабінету Міністрів України від 12.12.2002 № 1863 "Про затвердження Порядку ведення Української класифікації товарів зовнішньоекономічної діяльності".

Політики, які впливають на попит контрацептивних товарів

Формування попиту державного сектору здійснюється у відповідності до діючого законодавства України (реєстрація лікарських засобів, ввезення в Україну, контроль якості продукції, порядок реалізації контрацептивів).

Роль приватного сектору на сьогодні у забезпеченні контрацептивами є більш визначальною у порівнянні з державним. Зацікавленість приватного сектору та відсутність нормативних перешкод щодо реалізації контрацептивів сприяє активному поширенню контрацептивів в Україні. Перешкодою у використанні контрацептивів за інформацією фармацевтичних компаній вважається недостатність інформації щодо сучасних методів контрацепції та фінансова спроможність населення (доровартісність препаратів).

Внесення змін до законодавчих актів та операційних політик щодо фінансування контрацептивами населення, підготовки спеціалістів, оптимізації системи ПС в рівній мірі позитивно вплине на державний та приватний сектор. Хоча перевагу у забезпеченні контрацептивами можна віддати приватному сектору.

8. Лідерство та прихильність

Неможливо забезпечити населення країни контрацептивами без чіткої та міцної політичної прихильності та лідерства на всіх рівнях та серед широкого кола зацікавлених сторін.

Політична прихильність до забезпечення населення контрацептивами

Політична прихильність набирає все більшого масштабу в Україні. Існуюча нормативно-правова база, впровадження заходів Національних програм “Планування сім’ї” та “Репродуктивне здоров’я 2001-2005”, створення системи ПС, підготовка кадрів з питань ПС, розробка та впровадження стандартів з ПС, наявність клінічного протоколу по ПС сприяють підвищенню рівня споживання послуг з ПС та позитивно впливають на забезпечення контрацептивами.

Розроблення та впровадження майбутньої Державної програми “Репродуктивне здоров’я нації 2006-2015” із включенням питань медико-соціального та економічного впливу ПС на вирішення проблем репродуктивного здоров’я сприятиме подальшому розвитку позитивних зрушень, зокрема:

- зміни в законодавчій базі з ПС;
- удосконалення підготовки кадрів з питань ПС та введення стандартів ПС
- пропагування використання контрацептивів як альтернативного методу запобігання непланованій вагітності;
- реалізація стратегії забезпечення контрацептивами цільових груп;
- надання регіональним ЦПС статусу юридичної особи;
- вирішення питань кадрового забезпечення структур ПС в Україні;
- підвищення інформованості населення щодо питань контрацепції та шкоди абортів, особливо в сільській місцевості;
- покращання доступності до послуг та асортименту контрацептивів, зокрема у сільській місцевості;
- забезпечення підготовки медичних спеціалістів та провізорів з питань сучасних методів контрацепції;
- підвищення інформованості керівників регіональних адміністративних структур щодо проблем ПС;
- виділення коштів з місцевих бюджетів для закупівлі контрацептивів;
- адвокація питань ПС та РЗ, а також вирішення питань соціального замовлення фінансування заходів з ПС та РЗ з державного бюджету на законодавчому рівні.

9. Координація

Забезпечення населення засобами контрацепції в умовах обмежених ресурсів вимагає багатостороннього та міжгалузевого співробітництва, ґрунтованого на плануванні сумісних дій. Основною ціллю підходу СПАРКС є об’єднання зусиль усіх зацікавлених сторін з метою розробки мультипартнерської стратегії забезпечення населення засобами контрацепції. Необхідна координація дій донорів в Уряді, між програмами та між секторами для підтримки

каналів надання послуг. Така координація може забезпечити задоволення потреб всіх клієнтів і ефективне використання ресурсів.

МОЗ України координує заходи в сфері ПС на національному рівні. Рівень координації між державним та приватним секторами є недостатнім, МОЗ зацікавлене у встановленні партнерських зв'язків для ефективної координації діяльності.

Реформа у сфері охорони здоров'я, яка здійснюється останніми роками, позитивно впливає на процес забезпечення населення контрацептивами. Законодавчі та нормативні акти, що регулюють питання ввезення та реалізації контрацептивів сприяють розширенню ринку контрацептивів в країні (пільги щодо звільнення від мита при ввезенні контрацептивів, дозвіл на закупівлю контрацептивів за бюджетні кошти, урегульованість діяльності приватного сектору щодо послуг та реалізації контрацептивів).

Включення контрацептивів до Переліку лікарських засобів вітчизняного та іноземного виробництва, які можуть закуповувати заклади й установи охорони здоров'я, затвердженого наказом МОЗ України 14.04.2003 № 169 що дає можливість шляхом децентралізації, а саме планування місцевих (регіональних) бюджетів на закупівлю контрацептивів у відповідності потреб, які визначають регіональні Центри планування сім'ї. Однак, по причині обмеженості ресурсів закупівля засобів контрацепції не проводиться (згідно інформації отриманої з ЦПС).

Питання забезпечення населення контрацептивами ініціюється МОЗ України при розробці та затвердженні програмних документів з питань РЗ. Одним із заходів вирішення цього питання - це сприяння співпраці з громадськими та міжнародними організаціями щодо включення питання забезпечення контрацептивами до спільних Проектів.

Тісна співпраця МОЗ (участь лідерів організації системи охорони репродуктивного здоров'я у проведенні інформаційно-просвітницьких кампаній, спільні навчальні проекти, підготовка інформаційних матеріалів для населення та медичних фахівців, сприяння у залученні якомога більшого кола спеціалістів до участі в інформаційних заходах та ін.) з представництвами фармацевтичних компаній, які опікуються питаннями контрацепції сприяє підвищенню інформованості населення та медичних спеціалістів щодо сучасних методів контрацепції, більш активному залученню приватного сектору до поширення методів контрацепції, а тому збільшенню кількості користувачів контрацепцією.

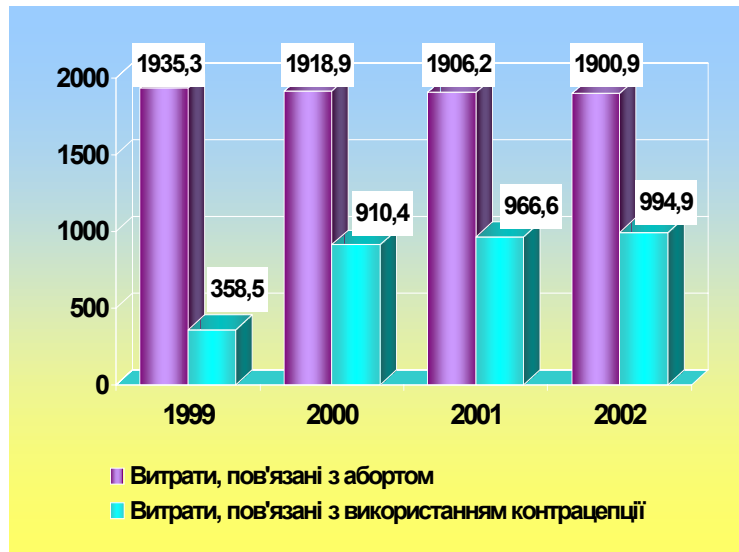
Планування сім'ї, в основі чого є забезпечення населення контрацептивами, належить до стратегічних питань системи охорони здоров'я як невід'ємна частина вирішення проблем репродуктивного здоров'я, а також складної демографічної ситуації в Україні.

Результати проведеного дослідження яскраво свідчать про значні економічні втрати внаслідок штучного переривання вагітності і вимагають активних і ефективних дій на всіх рівнях виконавчих структур щодо реалізації політики планування сім'ї та збереження репродуктивного здоров'я жіночого населення.

Отримані дані свідчать, що витрати на проведення абортів та лікування його ускладнень залишаються значним економічним тягарем для держави. Навіть при щорічному зменшенні кількості абортів та збільшенні кількості осіб (1999 р. - 37,3%, 2002 р. – 56,8%), які використовують сучасні засоби контрацепції, витрати, пов'язані на проведення абортів та лікування ускладнень

(1900,9 тис. грн.), майже удвічі вищі, ніж витрати на забезпечення контрацептивами (994,9 тис. грн.) (Графік 4)

Графік 4. Порівняльні витрати, пов'язані з абортами і лікуванням їх ускладнень та витратами, пов'язаними з використанням контрацепції. 1999-2002 рр. (млн. грн.)



Джерело: Н. Я. Жилка 2005 рік. Медичні та соціально-економічні основи удосконалення служби планування сім'ї та профілактики порушень репродуктивного здоров'я жінок в Україні

Наведені дані вказують на те, що економічно вигідно як для кожної сім'ї, так і для системи охорони здоров'я проводити активну роботу з ПС.

Вони також дають підставу для віднесення проблеми забезпечення населення контрацептивами з метою збереження репродуктивного здоров'я населення до одного з пріоритетних напрямків державної фінансової політики.

Додаток 1

За даними ВОЗ частота контрацептивних невдач наведена в таблиці А. [1].

Таблиця А. Приблизна частота контрацептивних невдач (що призвели до вагітності) в різних країнах світу¹ (дані оцінки 1993 року)

Метод контрацепції	Розрахункова частка “невдач” (ідеальне використання)	Розрахункова частка “невдач” (типове використання)	Кількість користувачів ²	Кількість випадкових вагітностей при ідеальному використанні	Кількість випадкових вагітностей при типовому використанні
	%	%	Абс.	Абс.	Абс.
Жіноча стерилізація	0,5	0,5	201 000	1005	1005
Чоловіча стерилізація	0,1	0,15	41 000	41	62
Ін’єкційні контрацептиви	0,3	0,3	26 000	78	78
ВМС	0,6	0,8	149 000	894	1192
Таблетки	0,1	5,0	78 000	78	3900
Презервативи	3,0	14,0	51 000	1530	7140
Бар’єрні вагінальні методи	6,0	20,0	4000	240	800
Періодичне утримання	3,0	25,0	26 000	780	6500
Переривання статевого акта	4,0	19,0	31 000	1240	5890

¹ Trussel (1998р.) – за розрахунковими даними США. Частка “невдач” відображає ту частину жінок, у яких наступала вагітність на фоні використання даного методу протягом одного року.

² Відділ ООН з питань народонаселення (2002 р.). Орієнтовне число жінок віком 15-49 років, які перебувають у шлюбі.

Додаток 2:

Таблиця 3. Основні причини невикористання контрацепції (%).

Причини	Всього
Причини пов'язані з вагітністю, фертильність та сексуальною активністю	66.7
Не є сексуально активними	25.4
Мають обмежену здатність до репродукції	13.5
Вагітні	12.6
Бажають завагітніти	8.2
Важко завагітніти	7.0
Інші причини	33.3
Нечасті статеві стосунки	8.8
Відмова зі сторони партнера	2.7
Боязнь побічних ефектів та наслідків для здоров'я	2.7
Вартість/наявність/складність застосування	2.6
Жінки, що годують грудьми/породіллі	1.9
Не призначення лікарем	1.6
Не вважають за необхідне	1
Побічні ефекти в минулому	0.6
Релігія	0.6
Віддають перевагу аборту	0.1
Інше	2.6
Не знаю	8.2
Всього	100

Джерело: Дослідження в сфері РЗ України 1999 рік, Кінцевий звіт (вересень), Центр контролю захворювань США, 2001 рік.

ВИСНОВКИ

Даним дослідженням встановлено, що одним із ефективних заходів щодо формування та збереження репродуктивного здоров'я населення стала спеціально розроблена за світовим взірцем система, яка включає комплекс медико-організаційної роботи, спрямованої на формування безпечної статевої поведінки, зацікавленості у збереженні та поліпшенні здоров'я, основ відповідального батьківства як складових системи планування сім'ї. Тобто в основу діяльності служби ПС покладалась перш за все цілеспрямована робота з формування у населення статевої культури та підготовки її до створення здорової сім'ї.

На сьогодні система планування сім'ї України включає Український центр планування сім'ї, центри планування сім'ї у кожному регіоні та кабінети планування сім'ї районного і міського рівня у складі амбулаторних родопомічних закладів. Діяльність системи планування сім'ї полягає у профілактиці найголовніших чинників розладу репродуктивного здоров'я – інфекцій, що передаються статевим шляхом, в т.ч. ВІЛ/СНІДу та непланованої вагітності, яка переривається за допомогою абортів. Вагомим інструментом ефективної діяльності системи ПС є забезпечення населення сучасними методами контрацепції, підготовка кадрів та матеріально-технічна спроможність закладів охорони здоров'я. Особливо, зважаючи на те, що за визначенням ВООЗ, кожний район з кількістю населення 10 000 і більше повинен мати принаймні один центр з надання послуг по плануванню сім'ї.

Десятирічний період діяльності служби планування сім'ї свідчить про доцільність та необхідність її функціонування. В середині 90-х років ХХ століття показники захворюваності дітей і жінок репродуктивного віку, дитячої і материнської смертності значно перевищували такі в країнах європейського регіону і набули загрозливого характеру для сталого розвитку суспільства.

Негативний вплив абортів на показники материнської та малюкової смертності на сьогодні ні в кого не викликають сумніву. Щорічно у світі помирає біля 70 тис. жінок від причин, пов'язаних з абортами, що складає 13% усіх материнських втрат, в Україні при позитивній тенденції цього показника завдяки активній діяльності системи планування сім'ї, він складає 11% (2004 р.)

Аборти є не тільки причиною негативного впливу на репродуктивне здоров'я, а й економічним тягарем для держави в цілому та кожної сім'ї. Актуальність вивчення економічних наслідків переривання небажаної вагітності та лікування їх ускладнень значною мірою посилюється, зважаючи на значимість економічного аспекту у вирішенні проблем планування сім'ї, а також те, що лише третина населення використовує сучасні методи запобігання непланованій вагітності, а незадоволена потреба у сучасних методах становить 52% населення України.

Результати дослідження свідчать про значні негативні економічні наслідки штучного переривання вагітності і вимагають активних та ефективних дій на всіх рівнях виконавчої влади щодо реалізації політики планування сім'ї та збереження репродуктивного здоров'я жіночого населення.

Економічна ефективність як для кожної сім'ї, так і в цілому для системи охорони здоров'я, використання засобів контрацепції як одного з напрямків діяльності системи планування сім'ї дає підставу для віднесення проблеми забезпечення населення контрацептивами з метою збереження репродуктивного здоров'я населення до одного з пріоритетних напрямків державної фінансової політики, а також для удосконалення системи планування сім'ї: посилення потужності для організаційно-методичної допомоги закладам охорони здоров'я і населенню, кадрового забезпечення та державної підтримки у діяльності з метою до наближення до європейських стандартів.

Створення належних умов шляхом стратегічного забезпечення населення засобами контрацепції для реалізації населенням репродуктивної функції та планування сім'ї є запорукою

збереження й оптимального розвитку продуктивних сил, без чого неможливе збереження і відтворення народу, нації, держави.

Література

1. Безопасный аборт: Рекомендации для систем здравоохранения по вопросам политики и практики. / ВОЗ. Женева: ВОЗ, 2004. – 131 с.
2. Венцовський Б.М., Товстановська В.О. Контрацепція: порівняння та перспективи. //Нова медицина. – 2002. - №4. - С. 21-27.
3. Гойда Н.Г., Жилка Н.Я. Соціально-медичні та економічні аспекти планування сім'ї (соціологічне дослідження). //Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2004. - № 3. – С. 71-74.
4. Двинских Е.А. Современная контрацепция: Советы профессионала. - СПб.: Питер, 2000. – 153 с.
5. Доклад о развитии человека за 2003 год. UNDP. – 2003. – 358 с.
6. Здоров'я дітей та жінок в Україні. Під ред. В.Стешенко.//Соціологічне дослідження Київського Міжнародного інституту соціології “Здоров'я – 1996” К.: 152 с.
7. Жилка Н.Я. Медичні та соціально-економічні основи удосконалення системи планування сім'ї та профілактики порушень репродуктивного здоров'я жінок в Україні. Автореферат дис. к-та мед. наук. 14.02.03. М-во охорони здоров'я України. Київська медична академія післядипломної освіти. К.: 2005. 21 с.
8. Жилка Н.Я. Деякі аспекти соціально-економічної ефективності застосування контрацепції, як альтернативи переривання небажаної вагітності в Україні //Укр. мед. альманах. – 2004. – №1 (додаток). – С.5-7
9. Лакіза-Сачук Н.М. Репродуктивне здоров'я населення України у контексті її соціально-демографічного розвитку. – К.: 1999. – 14 с.
10. Николаева Е.М., Вихляева Е.М. К эпидемиологии искусственных абортот: результаты пилотажного исследования. // Планирование семьи. – 1997. - №3. - С.2-5.
11. Основы контрацепции: Руководство для мед. персонала: Progr. По демограф. информ. ун-та им. Д. Хопкинса / Р.А. Хэтчер, У. Райнхарт, Р. Блэкберн и др.- Б. М.: - 2002.
12. Репродуктивное здоровье населения Украины - 1999. Итоговый отчет. / Киев. междунар. ин-т социологии. Центры контроля и профилактики заболеваемости США. Агентство международного развития США. – К.: 2001. – 209 с.
13. Репродуктивне та статеве здоров'я підлітків в Україні .Ситуаційний аналіз. Н. Березіна, Б.Ворник, Ю.Галустян, Н.Жилка, В.Коломієць,І.Курило.// ФНООН, МОЗ, УАПС.2005.
14. Руководство по контрацепции. Русское международное издание. Группа издателей. США. – Джорджия. –1994. – 504 с.

15. Стан репродуктивного здоров'я в Україні (медико-демографічний огляд). / М-во охорони здоров'я України, Нац. АН України, ін-т економіки. / Н. Жилка, Т. Іркіна, В. Стешенко. – К: 2001. – 68 с.
16. Стефановський А., Рудницький О. Прогноз чисельності та статеві-вікового складу населення України до 2050 року.//Демографічні дослідження. Випуск 25. - К.: Вид-во МС, 2003. - С. 110-115.
17. Хаджинс Т., Райт К.. Оцінка доступності контрацепції в Україні // Вибіркове соціологічне дослідження. 2004. 28 с.
18. Lech M.M. Abortion: influencing politics. // Eur. J. Contracep. Reprod. Health Care. – 2004. – Vol. 9, N1. - P. 20.
19. Remennick L. I. Birth Control Patterns in the USSR: Abortion Still Dominant // Sex and Russian Society, ed. by I. Kon and J. Riordan. Indiana University Press, 1993.